

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمقراطية

أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية

للأطفال المصابين بمرض الربو

دراسة ميدانية لعينة من الأطفال (0-15 سنة) في كل من: مستشفى محمد لمين

دباغين بباب الوادي ومستشفى جيلالي بونعامة بالدويرة

إشراف الأستاذ الدكتور:

عميرة جويذة

إعداد الطالبة:

بن جاب الله حليلة

السنة الجامعية: 2017 / 2018

# كلمة شكر

الحمد والشكر أولاً لله العلي القدير الذي سهل لنا درب الوصول إلى إنجاز هذا العمل المتواضع.

ثم الشكر والامتنان موصول للأستاذة المشرفة الدكتورة - جريدة حميرة - التي سهلت عملنا بفضل نصائحها وتوجيهاتها القيمة وخبرتها الطويلة، مما جعلنا نعتز بالعمل معها ونعتبره شرفاً لنا.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الكرام الذين سوف يشرفون على مناقشة هذه الرسالة.

وإلى كل أستاذ كان له الفضل في وصولي إلى المبتغى.

وكل من خطا بقدمه ودون بقلمه ونصح بلسانه وكان هدفه فعل الخير بتسهيل درب الوصول.

# إهداء

ثمرة الجهد والعمل المتواضع مهداة إلى:

"أمي وأبي" الغاليان اللذان حباهما الله فكانا سببا في وجودي ونجاحي

حفظهما الله ورعاهما وأمدهما بالصحة والعافية وجعلهما نور حياتي وجنة آخرتي.

إلى روح جدي الطاهرة "محمد" رحمه الله وجعل الجنة مثواه لئلا تمني بلوغ ما رده

الفاه

إلى زوجي الفاضل "رياض" الذي كان سندي وعمودي

وإلى فلذات كبدي القمر "محمد رمزي" والنجمتين المنيرتين "روان وروزان"

إلى الأخوين العزيزين: صالح وأمين، والأخوات الفاضلات: "سارة"، "وهيبة" وزوجها

"سفيان" وأبناؤهما "يونس النجم"، "آلاء نورهان"، "مريم" وإلى "منى" وزوجها "هشام"

وأبنتهما "إسراء".

إلى الجدة "العالية" التي أدعو الله أن يحميها ويمد في عمرها.

دون أن أنسى كل عائلة زوجي الذين أكن لهم كل الاحترام والتقدير وخاصة: الأم

"خضرة" والأب "العمري"

إلى الأهل والأقارب والأحباب، وكل ما ساندني وساعدني ووقف معي إلى جانبي ولو بكلمة

طيبة أو دعاء خالص أهدي لهم ثمرة جهدي وذكري حياتي

## الفهرس

مقدمة.....أ

الباب الأول: الإطار النظري للبحث

الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

### 1 - تحديد موضوع البحث

1-1- الإشكالية.....8

1-2- الفرضيات.....10

1-3- تحديد المفاهيم.....11

1-4- أهداف البحث وأسباب اختياره.....18

### 2 - المنهجية المتبعة.....19

2-1- تحديد نوع الدراسة والمنهج.....19

2-2- العينة وكيفية إختيارها.....20

2-3- مجالات البحث.....21

2-2-1- البشري.....21

2-2-2- الجغرافي.....21

2-2-3- الزمني.....24

2-4- الأدوات المستخدمة في جمع البيانات.....25

الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

تمهيد.....28

المبحث الأول: المؤتمرات والقمم العالمية المهمة بصحة الطفل.....29

1- أهم المؤتمرات والقمم العالمية ذات الصلة بصحة الطفل.....29

1-1- مؤتمر ألما آتا.....29

1-2- ثورة بقاء الأطفال والرعاية الصحية الأولية الانتقائية.....31

|    |                                                                   |
|----|-------------------------------------------------------------------|
| 32 | 3-1- مبادرة باماكو.....                                           |
| 33 | 4-1- اتفاقية حقوق الطفل.....                                      |
| 35 | 5-1- مؤتمر القمة العالمي من أجل الأطفال.....                      |
| 37 | 6-1- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة.1994.....            |
| 38 | 7-1- مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000.....                             |
| 40 | 8-1- إصدار وثيقة عالم جدير بالأطفال قمة 2002.....                 |
| 42 | 9-1- أهم النتائج المحققة.....                                     |
| 46 | <b>المبحث الثاني: السياسات والبرامج الصحية الموجهة للطفل.....</b> |
| 46 | 1- تعريف السياسة الصحية.....                                      |
| 47 | 2- البرامج والمراكز الصحية الموجهة للطفل.....                     |
| 51 | 1-2- القطاعات الصحية.....                                         |
| 53 | 2-2- المراكز الاستشفائية الجامعية.....                            |
| 56 | 3-2- مراكز حماية الأمومة والطفولة.....                            |
| 59 | <b>المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر.....</b>      |
| 60 | 1- الوفيات والأمراض.....                                          |
| 71 | 2- الوضع التغذوي.....                                             |
| 79 | 3- الرضاعة الطبيعية.....                                          |
| 82 | 4- التحصين ضد الأمراض.....                                        |
| 87 | 5- شبكات الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب.....                   |
| 91 | خلاصة الفصل.....                                                  |

## الفصل الثالث: دور الأسرة في الرعاية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيها

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| تمهيد.....                                              | 93         |
| <b>المبحث الأول: الأسرة بين التطور والخصائص.....</b>    | <b>94</b>  |
| 1- الأسرة: تعريفها وتطور أشكالها.....                   | 94         |
| 1-1- تعريف الأسرة.....                                  | 94         |
| 1-2- تطور أشكال الأسرة.....                             | 95         |
| 1-2-1- الأسرة الزوجية الممتدة.....                      | 95         |
| 1-2-2-1- الأسرة الأبوية المركبة ( العائلة).....         | 95         |
| 1-2-3-1- الأسرة الأبوية البسيطة.....                    | 96         |
| 2- اتجاهات دراسة الأسرة.....                            | 96         |
| 3- وظائف الأسرة.....                                    | 101        |
| 3-1- الوظيفة الجنسية.....                               | 101        |
| 3-2- الوظيفة التناسلية.....                             | 102        |
| 3-3- الوظيفة التربوية.....                              | 102        |
| 3-4- الوظيفة الاقتصادية.....                            | 103        |
| 3-5- الوظيفة الاجتماعية.....                            | 103        |
| 3-6- الوظيفة النفسية.....                               | 104        |
| 4- الأسرة الجزائرية وخصائصها الاجتماعية.....            | 104        |
| 4-1- الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية.....           | 105        |
| 4-2- الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية التقليدية..... | 105        |
| 4-3- الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية المستحدثة..... | 106        |
| <b>المبحث الثاني: الرعاية الصحية للأطفال.....</b>       | <b>107</b> |
| 1- حقوق الأطفال في الإسلام.....                         | 107        |

|     |                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| 108 | 1-1- حق الطفل في بداية صحية للحياة.....                              |
| 108 | 1-2- حق الطفل في الأسرة والنسب.....                                  |
| 109 | 1-3- حق الطفل في الرعاية الصحية والتغذية السليمة.....                |
| 110 | 2- احتياجات الطفل الأساسية ودور الأسرة في تلبيتها.....               |
| 110 | 1-2- الجانب الاجتماعي والثقافي.....                                  |
| 112 | 2-2- الجانب الاقتصادي.....                                           |
| 112 | 2-2-2- الحاجة إلى المسكن.....                                        |
| 113 | 2-2-2- الحاجة إلى الملابس.....                                       |
| 114 | 2-3- الجانب الصحي.....                                               |
| 114 | 2-3-1- أثناء فترة الحمل والإنجاب.....                                |
| 115 | 2-3-2- بعد فترة الإنجاب.....                                         |
| 120 | 2-3-3- الحاجة إلى الغذاء الصحي.....                                  |
| 122 | 2-3-4- التطعيم.....                                                  |
| 123 | 2-3-5- النظافة.....                                                  |
| 123 | 2-3-6- المراقبة الطبية.....                                          |
| 124 | <b>المبحث الثالث: العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للأطفال.....</b> |
| 124 | 1- العوامل ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي.....                      |
| 124 | 1-1- المستوى المعيشي للأسرة وانخفاض الدخل.....                       |
| 125 | 1-2- عمل المرأة.....                                                 |
| 130 | 1-3- المستوى التعليمي.....                                           |
| 131 | 1-4- طبيعة وحجم الأسرة.....                                          |
| 132 | 1-4- العامل الثقافي.....                                             |
| 137 | 1-5- الجهل بالتربية الصحية.....                                      |

|     |                                                       |
|-----|-------------------------------------------------------|
| 140 | 1-6- قلة المعارف حول الغذاء الصحي للطفل .....         |
| 142 | 2- تأثير العامل البيئي على الرعاية الصحية للطفل ..... |
| 147 | 3- نظرة الأسرة للطفل.....                             |
| 151 | خلاصة الفصل.....                                      |

#### الفصل الرابع: الأمراض وعلاقتها بصحة الطفل

|     |                                                   |
|-----|---------------------------------------------------|
| 153 | تمهيد.....                                        |
| 154 | المبحث الأول: مشاكل الطفل الصحية.....             |
| 154 | 1- أهم الأمراض التي تصيبه.....                    |
| 154 | 1-1- الأمراض الصدرية والتنفسية.....               |
| 157 | 1-2- سوء التغذية.....                             |
| 161 | 1-3- الإسهال.....                                 |
| 166 | 1-4- الحصبة.....                                  |
| 169 | 1-5- الأمراض المزمنة.....                         |
| 180 | 2- عوامل الإصابة بها.....                         |
| 184 | 3- كيفية الوقاية منها.....                        |
| 189 | المبحث الثاني: مرض الربو بين النشأة والتطور ..... |
| 189 | 1- لمحة تاريخية عن مفهوم الربو والحساسية .....    |
| 196 | 2- الإحصاءات والدراسات حول مرض الربو.....         |
| 202 | 3- تصنيفات الربو .....                            |
| 202 | 3-1- التصنيف حسب السن.....                        |
| 203 | 3-2- التصنيف حسب المنشأ.....                      |
| 206 | 3-3- الربو المسبب عن حساسية الأسيرين.....         |
| 206 | 4- أسباب مرض الربو .....                          |



|     |                                                             |
|-----|-------------------------------------------------------------|
| 208 | 4-1- العوامل البيئية.....                                   |
| 210 | 4-2- العامل الوراثي (الجيني).....                           |
| 211 | 4-3- عامل الحساسية.....                                     |
| 213 | 4-4- الجهد الجسدي.....                                      |
| 214 | 4-5- الضغوط النفسية.....                                    |
| 214 | <b>المبحث الثالث: تشخيص مرض الربو وطرق الوقاية منه.....</b> |
| 214 | 1- أعراض مرض الربو.....                                     |
| 215 | 2- تشخيص مرض الربو.....                                     |
| 216 | 2-1- قياسات تشخيص الربو.....                                |
| 217 | 2-2- معايير تشخيص الربو.....                                |
| 217 | 2-3- فحوصات تأكيد تشخيص الربو.....                          |
| 217 | 3- علاقة الطفل المريض بعائلته ومحيطه.....                   |
| 219 | 4- الطرق الصحية في التعامل مع الطفل المصاب بالربو.....      |
| 221 | 5- الوقاية والعلاج.....                                     |
| 223 | 5-1- العلاج الأساس.....                                     |
| 226 | 5-2- الطب البديل (المكمل أو الأعشاب).....                   |
| 231 | 5-3- قواعد صحية يجب أن يتبعها المصاب بالربو.....            |
| 233 | خلاصة الفصل.....                                            |

## الباب الثاني: الإطار الميداني للبحث

### الفصل الأول: تأثير المستوى المعيشي للأسرة على الرعاية الصحية للأطفال

#### المصابين بمرض الربو

|     |                            |
|-----|----------------------------|
| 236 | تمهيد.....                 |
| 237 | 1- خصائص أفراد العينة..... |

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1-1- الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة .....                          | 237 |
| 1-2- الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة.....                                     | 246 |
| 1-3- الخصائص الصحية لأفراد العينة .....                                          | 251 |
| 2-الفرضية الأولى: المستوى المعيشي للأسرة وعلاقته بالرعاية الصحية للأطفال         |     |
| المصابين بمرض الربو.....                                                         | 255 |
| 1-2- اختبار مدى مساهمة الدخل الشهري للأسرة في تقديم الرعاية الصحية               |     |
| للأطفال المصابين بمرض الربو.....                                                 | 255 |
| 2-2- اختبار مدى مساهمة المسكن وخصائصه في تقديم الرعاية الصحية                    |     |
| للأطفال المصابين بمرض الربو.....                                                 | 275 |
| خلاصة الفصل.....                                                                 | 367 |
| <b>الفصل الثاني: تأثير المركز الاجتماعي للوالدين على الرعاية الصحية للأطفال</b>  |     |
| <b>المصابين بمرض الربو</b>                                                       |     |
| تمهيد .....                                                                      | 371 |
| 1-الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي للوالدين وعلاقته بالرعاية الصحية للأطفال     |     |
| المصابين بمرض الربو .....                                                        | 372 |
| 1-1- اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للوالدين في تقديم الرعاية الصحية للأطفال |     |
| المصابين بمرض الربو.....                                                         | 372 |
| 1-تأثير المستوى التعليمي للأم على الرعاية الصحية للأطفال.....                    | 372 |
| 2-تأثير المستوى التعليمي للأب على الرعاية الصحية للأطفال .....                   | 393 |
| 1-2- اختبار مدى مساهمة الوضعية المهنية للوالدين في تقديم الرعاية الصحية          |     |
| للأطفال المصابين بمرض الربو.....                                                 | 407 |
| 1-تأثير الوضعية المهنية للأم على الرعاية الصحية للأطفال .....                    | 407 |
| 2-تأثير الوضعية المهنية للأب على الرعاية الصحية للأطفال .....                    | 417 |

430 ..... خلاصة الفصل

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

434 ..... تمهيد

1-الفرضية الثالثة: العوامل البيئية وعلاقتها بالرعاية الصحية للأطفال المصابين

435 ..... بمرض الربو

1-1-اختبار مدى مساهمة مكان الإقامة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال

435 ..... المصابين بمرض الربو.

1-2-اختبار مدى مساهمة وجود التلوث ونوعه في تقديم الرعاية الصحية للأطفال

445 ..... المصابين بمرض الربو

456 ..... خلاصة الفصل

458 ..... الاستنتاج العام.

463 ..... الخاتمة.

قائمة المراجع

الملاحق

## فهرس الجداول الجانف النظرى

- جدول رقم (01): عدد الأطباء فى الفترة (1962 – 1972) ..... 52
- جدول رقم (02): تطور عدد الأطباء فى الفترة (1975-1986) ..... 53
- الجدول رقم (03): تطور المنشآت القاعدفة للفترة (1991-1998) ..... 55
- جدول رقم (04): ففبن تطور معدل وففات الأطفال الرضع حسب الجنس من سنة 2004  
إلى سنة 2009 (لكل 1000 ولادة ففة). ..... 60
- جدول رقم (05): ففبن تطور معدل وففات الأطفال الرضع حسب الجنس من 1970 إلى  
2000 (بالألف). ..... 61
- جدول رقم (06): توزيع وففات الأطفال الأقل من خمس سنوات بالألف حسب المدة  
والجنس. .... 63
- جدول رقم (07): توزيع الأطفال حسب سبب البقاء فى المستشفى وسبب الوفاة للأطفال  
الأقل من خمس سنوات لسنة 2010 ..... 67
- جدول رقم (08): توزيع الأطفال الذفن كانوا فى المستشفى والذفن تعرضوا لخطر الوفاة  
حسب كل فئة عمرفة من 0 فوم إلى 59 شهر لسنة 2010 ..... 68

جدول رقم (09): معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات خلال الفترة (1990-2014). ..... 69

جدول رقم (10): تطور أمل الحياة عند الميلاد في الفترة (1990-2014) ..... 71

جدول رقم (11): تطور نقص الوزن حسب التحقيقات الوطنية. .... 74

جدول رقم (12): التغير في نسب الزيادة في الوزن في شكله المتوسط والحاد حسب المتغيرات التالية: الجنس - مكان الإقامة والعمر بالأشهر. .... 78

جدول رقم (13): التغطية التحصينية للأطفال من 0-59 شهر خلال 1992-2002-2006-2013 ..... 87

جدول رقم (14): يبين تطور عدد النساء في سوق الشغل من 1977 إلى 2014 ..... 126

جدول رقم (15): تطور نقص الوزن حسب التحقيقات الوطنية. .... 159

### الجانب الميداني

جدول رقم (01): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة. .... 237

جدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن. .... 238

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المسكن. .... 239

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف في المسكن. .... 240

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب ما تملكه الأسرة من التجهيزات الأساسية.

240 .....

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود تلوث بالمحيط. .... 241

جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب نوع التلوث المحيط بالمسكن. .... 241

جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين. .... 242

جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للأم. .... 244

جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للأب. .... 245

جدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة. .... 245

جدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب السن. .... 246

جدول رقم (13): توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس. .... 247

جدول رقم (14): يمثل توزيع المبحوثين حسب متغير الرتبة. .... 248

جدول رقم (15): توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال في الأسرة. .... 248

جدول رقم (16): توزيع المبحوثات حسب عدد أفراد الأسرة. .... 249

جدول رقم (17): توزيع أفراد العينة حسب نوع الرضاعة المقدمة للطفل. .... 250

جدول رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب مدة الإرضاع طبيعياً (بالأشهر). ..... 250

جدول رقم (19): توزيع أفراد العينة حسب درجة التعرض للنوبة. .... 251

جدول رقم (20): توزيع أفراد العينة حسب كيفية التصرف مع النوبة ..... 251

جدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب المدة بين التعرض للنوبة وتلقي العلاج 252

جدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب المتابعة الطبية للمرض ..... 252

جدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب الطبيب المفضل لطلب العلاج ..... 253

جدول رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج المفضل للطفل ..... 253

جدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل. 254

جدول رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب الفصل الذي تتأزم فيه الحالة الصحية

للطفل. .... 254

جدول رقم (27): علاقة الدخل الشهري الأسري بكيفية التصرف عند حدوث النوبة

..... 255

جدول رقم (28): علاقة الدخل الشهري الأسري بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

..... 257

جدول رقم (29): علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بالمتابعة الطبية للمرض. .. 260

- جدول رقم (30): علاقة الدخل الشهري الأسري بالطبيب المفضل لطلب العلاج . 263
- جدول رقم (31): علاقة الدخل الشهري للأسر بنوع العلاج المفضل للطفل..... 266
- جدول رقم (32): علاقة الدخل الشهري للأسرة بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.. 268
- جدول رقم (33): علاقة الدخل الشهري الأسري بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.  
272 .....
- جدول رقم (34): علاقة نوع المسكن بمدى تهويته. .... 275
- جدول رقم (35): علاقة نوع المسكن بكيفية التصرف مع النوبة ..... 277
- جدول رقم (36): علاقة نوع المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج. .... 279
- جدول رقم (37): علاقة نوع المسكن بالمتابعة الطبية للمرض. .... 281
- جدول رقم (38): علاقة نوع المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج. .... 283
- جدول رقم (39): علاقة نوع المسكن بنوع العلاج المفضل للمرض..... 284
- جدول رقم (40): علاقة نوع المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. .... 287
- جدول رقم (41): علاقة نوع المسكن بمكان لعب الطفل ..... 289
- جدول رقم (42): علاقة طبيعة المسكن بدرجة التعرض للنوبة ..... 291



جدول رقم (43): علاقة طبيعة المسكن بكيفية التصرف مع النوبة ..... 293

جدول رقم (44): علاقة طبيعة المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج ... 295

جدول رقم (45): علاقة طبيعة المسكن بالمتابعة الطبية للمرض ..... 297

جدول رقم (46): علاقة طبيعة المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج ..... 299

جدول رقم (47): علاقة طبيعة المسكن بنوع العلاج المفضل ..... 301

جدول رقم (48): علاقة طبيعة المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. .... 303

جدول رقم (49): علاقة طبيعة المسكن بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل. .. 305

جدول رقم (50): علاقة طبيعة المسكن بمكان لعب الطفل..... 307

جدول رقم (51): علاقة الدخل الشهري الأسري بكيفية التصرف عند حدوث النوبة

..... 315

جدول رقم (52): علاقة الدخل الشهري الأسري بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

..... 317

جدول رقم (53): علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بالمتابعة الطبية للمرض. .. 319

جدول رقم (54): علاقة الدخل الشهري الأسري بالطبيب المفضل لطلب العلاج . 322

جدول رقم (55): علاقة الدخل الشهري للأسر بنوع العلاج المفضل للطفل..... 325

جدول رقم (56): علاقة الدخل الشهري للأسرة بنوع الرضاعة المقدمة للطفل... 327

جدول رقم (57): علاقة الدخل الشهري الأسري بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

331 .....

جدول رقم (58): علاقة نوع المسكن بمدى تهويته. .... 334

جدول رقم (59): علاقة نوع المسكن بكيفية التصرف مع النوبة ..... 336

جدول رقم (60): علاقة نوع المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج. .... 338

جدول رقم (61): علاقة نوع المسكن بالمتابعة الطبية للمرض. .... 340

جدول رقم (62): علاقة نوع المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج. .... 342

جدول رقم (63): علاقة نوع المسكن بنوع العلاج المفضل للمرض. .... 343

جدول رقم (64): علاقة نوع المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. .... 346

جدول رقم (65): علاقة نوع المسكن بمكان لعب الطفل. .... 348

جدول رقم (66): علاقة طبيعة المسكن بدرجة التعرض للنوبة ..... 350

جدول رقم (67): علاقة طبيعة المسكن بكيفية التصرف مع النوبة ..... 352

جدول رقم (68): علاقة طبيعة المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج ... 354

جدول رقم (69): علاقة طبيعة المسكن بالمتابعة الطبية للمرض ..... 356

جدول رقم (70): علاقة طبيعة المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج..... 358

جدول رقم (71): علاقة طبيعة المسكن بنوع العلاج المفضل ..... 359

جدول رقم (72): علاقة طبيعة المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. .... 361

جدول رقم (73): علاقة طبيعة المسكن بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل. .. 363

جدول رقم (74): علاقة طبيعة المسكن بمكان لعب الطفل..... 365

جدول رقم (75): علاقة المستوى التعليمي للأم بدرجة التعرض للنوبة. .... 372

جدول رقم (76): علاقة المستوى التعليمي للأم بكيفية التصرف مع النوبة ..... 374

جدول رقم (77): علاقة المستوى التعليمي للأم بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

..... 376

جدول رقم (78): علاقة المستوى التعليمي للأم بالطبيب المفضل لطلب العلاج .. 380

جدول رقم (79): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع العلاج المفضل..... 382

جدول رقم (80): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. .. 384

جدول رقم (81): علاقة المستوى التعليمي للأم بمدة الإرضاع طبيعيا ..... 388

جدول رقم (82): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

390 .....

جدول رقم (83): علاقة المستوى التعليمي للأب بكيفية التصرف مع النوبة..... 393

جدول رقم (84): علاقة المستوى التعليمي للأب بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

394 .....

جدول رقم (85): علاقة المستوى التعليمي للأب بالمتابعة الطبية للمرض. .... 396

جدول رقم (86): علاقة المستوى التعليمي للأب بالطبيب المفضل لطلب العلاج . 398

جدول رقم (87): علاقة المستوى التعليمي للأب بنوع العلاج المفضل. .... 399

جدول رقم (88): علاقة المستوى التعليمي للأب بنوع الرضاعة المقدمة للطفل... 401

جدول رقم (89): علاقة المستوى التعليمي للأب بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

403 .....

جدول رقم (90): علاقة المستوى التعليمي للأب بمكان لعب الطفل ..... 405

جدول رقم (91): علاقة الوضعية المهنية للأم بدرجة التعرض للنوبة ..... 407

جدول رقم (92): علاقة الوضعية المهنية للأم بكيفية التصرف مع النوبة ..... 408

جدول رقم (93): علاقة الوضعية المهنية للأم بالمتابعة الطبية للمرض. .... 410

جدول رقم (95): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع العلاج المفضل للطفل..... 412

جدول رقم (96): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. ... 413

جدول رقم (97): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

416 .....

جدول رقم (98): علاقة الوضعية المهنية للأب بدرجة التعرض للنوبة ..... 417

جدول رقم (99): علاقة الوضعية المهنية للأب بكيفية التصرف مع النوبة ..... 418

جدول رقم (100): علاقة الوضعية المهنية للأب بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

420 .....

جدول رقم (101): علاقة الوضعية المهنية للأب بالمتابعة الطبية للمرض. .... 421

جدول رقم (102): علاقة الوضعية المهنية للأب بالطبيب المفضل للعلاج. .... 423

جدول رقم (103): علاقة الوضعية المهنية للأب بنوع العلاج المفضل للطفل. ... 424

جدول رقم (104): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. . 425

جدول رقم (105): علاقة الوضعية المهنية للأب بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل

427 .....

جدول رقم (106): علاقة مكان الإقامة بدرجة التعرض للنوبة ..... 435

- جدول رقم (107): علاقة مكان الإقامة بكيفية التصرف مع النوبة ..... 437
- جدول رقم (108): علاقة مكان الإقامة بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج ... 438
- جدول رقم (109): علاقة مكان الإقامة بالطبيب المفضل للعلاج ..... 439
- جدول رقم (110): علاقة مكان الإقامة بنوع العلاج المفضل ..... 441
- جدول رقم (111): علاقة مكان الإقامة بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. .... 442
- جدول رقم (112): علاقة مكان الإقامة بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل .. 443
- جدول رقم (113): علاقة وجود التلوث بدرجة التعرض للنوبة ..... 445
- جدول رقم (114): علاقة وجود التلوث بكيفية التصرف مع النوبة ..... 447
- جدول رقم (115): علاقة وجود التلوث بالمدة بين حدوث النوبة وطلب العلاج . . 448
- جدول رقم (116): علاقة مدى وجود التلوث بمدى الحرص على المتابعة الطبية للمرض. .... 449
- جدول رقم (117): علاقة مدى وجود التلوث بالطبيب المفضل للعلاج ..... 450
- جدول رقم (118): علاقة مدى وجود التلوث بنوع العلاج المفضل ..... 452
- جدول رقم (119): علاقة مدى وجود التلوث بنوع الرضاعة المقدمة للطفل..... 453

جدول رقم (120): علاقة مدى وجود التلوث بمكان لعب الطفل ..... 454

### جدول الرسوم البيانية للجانب الميداني

رسم بياني رقم (01): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين. .... 244

رسم بياني رقم (02): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس. .... 247

## مقدمة:

إن الطفولة هي مرحلة أساسية وهامة من مراحل النمو، وتعتبر بداية مراحل تكوين ونمو الشخصية، وهي مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يبدأ منها الإنسان حياته. ذلك أن زيادة الاهتمام بالطفل تفرض زيادة مماثلة في المطالب التي تتعلق بالرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية، وهذا نظرا لعجز وتبعية هذه الفئة العمرية وحاجاتها لمن يخدمها ويلبي حاجاتها، وهذا نتيجة لما تصاحب هذه المرحلة من العمر من اعتلالات صحية ونفسية، وما ينجر عنها من احتياجات مختلفة التي تتطلب تكاثف جميع جهود المجتمع من أجل تقديم العناية والاهتمام لها لكي تحيا حياة طبيعية.

وتعتبر العناية بصحة الطفل من أهم انشغالات العديد من المنظمات العالمية التي تعنى بالطفولة، ولا سيما المنظمة العالمية للصحة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف).

كما أن الدولة الجزائرية اهتمت بدورها بصحة الطفل سعيا منها إلى تحسين صحته وتوفير كل الشروط الصحية اللازمة له، فعملت على حماية هذه الفئة من خلال اتخاذ إجراءات مختلفة من أجل التكفل بها من جميع النواحي خاصة الصحية والاجتماعية والنفسية.

فستت قوانين ووضعت أنظمة تضمن رعاية هذه الفئة وذلك من خلال تحديد مسؤولية الأسرة إزاء الأطفال خاصة الوالدين في النصوص القانونية، كما سنت وأصدرت قانون تباعد الولادات وذلك بهدف رفع المستوى الصحي والمعيشي والحصول على أفضل رعاية، كما قامت برسم برامج صحية ووقائية لضمان الحصول على الخدمات الصحية الضرورية في كل زمان وفي كل مكان كمتابعة صحة الأم والطفل أثناء الحمل وخلال الوضع وما بعده، والاستفادة من خدمات التلقيحات المختلفة وتعميمها والتي تضمن وقاية الطفل من الأمراض وكذا إنشاء مختلف المراكز التي تهتم برعاية الطفولة وتعنى بها والتي من خلالها يسمح بمتابعة مراحل نمو الطفل.



ذلك أن صحة الطفل أو الرعاية التي كان يتلقاها في هذا الجانب لم تكن في المستوى المطلوب نتيجة نقص الخدمات الصحية المقدمة له بشقيها العلاجي والوقائي، مما جعله يتعرض للعديد من الأمراض بسبب نقص حملات التطعيم أو عدم توسيعها، وكذا نقص المراكز التي تسمح بمتابعة صحة الأم والطفل على وجه الخصوص عبر مراحل تطوره، دون أن ننسى الظروف التي يعيش فيها الطفل داخل أسرته كانهخفاض المستوى المعيشي وكذا انخفاض المستوى التعليمي خاصة للأم كل ذلك انعكس على صحته.

وتهدف الرعاية الصحية في كثير من الدول إلى الاهتمام بالمشكلات الصحية وتوفير الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية، وحيث أن هذه الخدمات تمثل انعكاسا للظروف الاقتصادية والقيم الاجتماعية للمجتمع، فإنها تختلف باختلاف البلد والمجتمع المحلي، لكنها ستشمل على الأقل: تعزيز التغذية الملائمة، وتوفير القدر الكافي من المياه النقية، والتدابير الأساسية المتعلقة بتعزيز الصحة العامة ورعاية الأمومة والطفولة، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والتطعيم ضد الأمراض المعدية، والوقاية من الأمراض المتوطنة أو السيطرة عليها، والتوعية المتعلقة بالمشكلات الصحية السائدة، وأساليب الوقاية منها والسيطرة عليها، والمعالجة الملائمة للأمراض والإصابات الشائعة.<sup>1</sup>

ومن بين أهم الأمراض التي يعاني منها الطفل في وقتنا الراهن نجد مرض الربو الذي يعتبر من الأمراض المزمنة والخطيرة التي لاتزال تهدد صحة وحياة الأطفال على وجه الخصوص.

ويعتبر موضوع الربو من بين المواضيع الهامة، لذا كان محل انشغال العديد من الباحثين والعلماء لكونه يتميز بعدة خصائص لما يشهده من تطور وانتشار، يكون العامل الاقتصادي والاجتماعي السبب الأول في حدوثه وزيادة حدته من خلال تأثيرها على الرعاية

<sup>1</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، الإسكندرية، 2003، ص ص 6-7

الأسرية التي تحول دون قيامها بدورها، لذا تعتبر هذه العوامل من أهم المسببات لأزمة الربو، مما يستدعي إيجاد حلول لهذه الوضعية التي آل إليها أطفالنا، خاصة بتسخير الطاقات المادية بصفة خاصة التي تعتبر أول عنصر فعال نظرا لما لها من تأثير على المرض والاهتمام الأسري بصفة عامة.

وموضوع الربو يعتبر من أقدم الانشغالات التي أرقّت العلماء، وقد تناوله عدة باحثين إلا أن تعريفه ووصفه وتبيان أسبابه الحقيقية تختلف من باحث لآخر.

فحالات الربو تتطلب في الكثير من الأحيان عناية طبية مستمرة أو على فترات وهي تلقى عبئا كبيرا على المصابين به وعلى أسرهم لما يتطلب ذلك من عناية كبيرة، فكثير من الأهالي تتأزم الحالة الصحية لأطفالهم نتيجة عدم إدراك بواكر المرض وهذا للجهل منهم أو لقلة الثقافة والتربية الصحية، فإدراك بواكر المرض وأهم الظروف التي تزيد من حدته يسهل كثيرا طريقة السيطرة عليه، كما أن لتغافل الأم وتجاهلها لابنها المريض وتهاونها في رعايته لن يزيد للأمر إلا سوءا، كون الطفل خلال هذه المرحلة من مراحل حياته يكون ضعيف لا يستطيع الاعتناء بنفسه، وهنا يتوجب على الأم على وجه الخصوص والأسرة على وجه العموم أن تكون بمثابة النائب الذي ينوب عنه ولكن يشترط عليه أن يكون على قدر كبير من الوعي والإدراك والمسؤولية، بمعنى أن تدرك المرض في بداياته وتعمل على أن تعجل بعلاج فوري له قبل أن يبلغ درجة التأزم وهذا يكون أولا بالوقاية وإبعاده عن كل ما يثير المرض وهذا لا يكون إلا تحت ما يسمى بالرعاية الصحية.

ليلقى الطفل في الوقت الحالي اهتماما أكبر من طرف الدولة باعتبار تقدم المجتمع مرهون بهذه الفئة من خلال وضع برامج وسياسات لصالحه تتضمن ضرورة الاستفادة من الخدمات التي تساهم في الرفع من المستوى الصحي مما انجر عنه القضاء على العديد من الأمراض بالرغم من عدم الوصول إلى المستوى المطلوب.

الأمر الذي يبرر مدى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من جميع النواحي خاصة جانب الرعاية الصحية التي يتلقاها الطفل داخل أسرته لكونه ينمو في إطار اجتماعي يشمل أولا الأسرة، هذه الأخيرة عبارة عن وحدة إنتاجية فهي المحيط الاجتماعي الأول الذي يولد فيه الطفل ويتزعرع، لأن طفل اليوم هو رجل الغد وأب المستقبل فلا بد أن ينمو سليما، ومن هنا يبرز دور وأهمية الأسرة وأعضائها في رعاية الطفل.

إذن الرعاية الصحية للأطفال تتأثر بعدة عوامل، وللبحث في هذه الأخيرة تم تقسيم دراستنا إلى: بابين: الأول نظري والثاني ميداني، وتم التطرق في الباب النظري إلى أربعة فصول أولها الفصل المنهجي الذي تضمن تحديد موضوع البحث والمنهجية المتبعة وكذا التقنيات المستعملة، والفصل الثاني تمحور حول: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به وهو بدوره تضمن على ثلاثة مباحث: المبحث الأول: المؤتمرات والقمم العالمية المهمة بصحة الطفل، المبحث الثاني السياسات والبرامج الصحية الموجهة للطفل في الجزائر، أما المبحث الثالث حول الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر، بينما الفصل الثالث حمل عنوان دور الأسرة في الرعاية الصحية للأطفال، بدوره احتوى على ثلاثة مباحث، الأول حول الأسرة بين التطور والخصائص، والثاني تطرقنا فيه إلى الرعاية الصحية للأطفال، أما الثالث فكان حول الرعاية الصحية للأطفال، أما الفصل الرابع فقد حمل عنوان الأمراض وعلاقتها بصحة الطفل، ففي مبحثه الأول تطرقنا إلى مشاكل الطفل الصحية، والثاني إلى مرض الربو بين النشأة والتطور، والثالث تشخيص مرض الربو وطرق الوقاية منه.

أما الباب الثاني الميداني يحتوي على ثلاثة فصول، حيث حمل الفصل الأول عنوان: تأثير المستوى المعيشي للأسرة على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، وتضمن بناء وتحليل جداول خصائص أفراد العينة وتطرقنا من خلاله إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية ثم الخصائص الديموغرافية، وأخيرا الخصائص الصحية.

كما تضمن هذا الفصل اختبار فرضية البحث الأولى والتي حملت عنوان: المستوى المعيشي للأسرة وعلاقته بالرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، ومن خلالها تم اختبار أولاً مدى مساهمة الدخل الشهري للأسرة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، بينما ثانياً تم اختبار مدى مساهمة المسكن وخصائصه في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

أما فيما يخص الفصل الثاني الذي انطوى تحت عنوان تأثير المركز الاجتماعي للوالدين على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، حيث تضمن تحليل جداول الفرضية الثانية والتي حملت عنوان المركز الاجتماعي للوالدين وعلاقته بالرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، ومن خلالها تم اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للوالدين في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، وكذا اختبار مدى مساهمة الوضعية المهنية لهما في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

بينما الفصل الثالث والأخير فقد جاء تحت عنوان: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، ومن خلاله تم تحليل جداول الفرضية الثالثة من خلال اختبار مدى مساهمة مكان الإقامة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، وكذا اختبار مدى مساهمة وجود التلوث ونوعه في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

بالإضافة إلى الإستنتاج العام والخاتمة وأخيراً قائمة المراجع المعتمدة في البحث وقائمة الملاحق.

# الباب الأول

الإطار النظري للبحث

# الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

## 1 - تحديد موضوع البحث

1-1- الإشكالية.

1-2- الفرضيات

1-3- تحديد المفاهيم.

1-4- الدراسات السابقة.

1-5- أهداف البحث وأسباب اختياره.

## 2 - المنهجية المتبعة.

2-1- تحديد نوع الدراسة والمنهج.

2-2- العينة وكيفية اختيارها.

2-3- مجالات البحث

2-3-1- البشري.

2-3-2- الجغرافي.

2-3-3- الزمني.

2-4- الأدوات المستخدمة في جمع البيانات

## 1-تحديد موضوع البحث:

### 1-1-الإشكالية:

تعتبر الرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلب ملح بل إنها عنصر لا غنى عنه لبقاء الإنسان، وللتنمية والنمو والإنتاجية والاستمتاع بالحياة، لذلك تعد الرعاية الصحية للأطفال من المواضيع التي تلقى اهتماما وأهمية من طرف المنظمات العالمية التي تعنى بالطفولة على غرار منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، والمنظمة العالمية للصحة.

ويرجع ذلك أساسا إلى اعتبار صحة الطفل من أهم المؤشرات الهامة التي يقع عليها نجاح أي برنامج صحي لأي بلد، وكذلك إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية وحتى البيئية منها التي يحيا فيها داخل أسرته.

وقد اهتمت الدولة الجزائرية بصحة الأم والطفل على وجه الخصوص عن طريق برامج التطعيم والتلقيح محاولة منها تخفيف نسبة الإصابة بالأمراض، إلى جانب حملات التوعية بضرورة متابعة صحته عبر جميع مراحل حياته من خلال متابعة الحمل والولادة في مراكز حماية الأمومة والطفولة مع ضرورة الإقبال على الرضاعة الطبيعية منذ الساعات الأولى من ولادة الطفل والاستمرار في ممارستها، إلى جانب ضرورة أن يحظى الطفل بأفضل تغذية بداية من الشهر السادس من عمره.

وبالرغم من الجهود المبذولة في مجال صحة الطفل، إلا أن مشكل سوء الرعاية الصحية للأطفال مازال مطروحا، والذي ينجر عنه زيادة في الاحتياجات مع اختلافها وتعددتها لهذه الفئة، فهي تتطلب زيادة في مختلف أنواع الرعاية والحماية والاهتمام بها أكثر من طرف أفراد المجتمع ومؤسساته، خاصة الأسرة التي تعتبر الوحدة الأساسية لبناء المجتمع، وهي التي تعمل على تأمين الرعاية الصحية الجسمية والنفسية لأعضائها التي تحددها واقع وظروف الأسرة

الاجتماعية والاقتصادية، وكذا ظروف الزوج والزوجة، وتعتبر المرجع الرئيسي الأول لاختيار وتحديد نوع الخدمات الصحية المطلوبة<sup>1</sup>.

وبما أن الاهتمام بصحة الطفل مسألة بالغة الأهمية فلقد كانت محل انشغال لقاءات علمية كثيرة وهذا لكون الطفل يتعرض في بداية حياته للعديد من الأمراض ومن بين هذه الأمراض نجد مرض الربو الذي يعتبر من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا، وهو مرض قد يصيب الأطفال منذ الولادة، وربما قد لا تظهر الأعراض إلا بعد سنوات وهو السبب الأول للوفيات.

ويعاني منه حوالي 300 مليون شخص والأرقام في زيادة، حيث زادت نسبة المصابين بالربو في العالم ما بين 1980-1994 إلى 75%، ويتوقع أن يرتفع المصابون بالعالم إلى 400 مليون نسمة خلال 2025 بعد أن سجلت 334 مليون مصاب في 2014<sup>2</sup> وحسب الدراسة التي قامت بها المنظمة العالمية للصحة لسنة 2008 حول مرض التنفس الحاد، بينت وجود حوالي 70% من الوفيات موجودة في إفريقيا، أما في الجزائر حسب نفس الدراسة فتقدر بـ 3%.

وحسب المعهد الوطني للصحة العمومية لسنة 2005 فإنه حسب الدراسة التي أجريت على 1781 طفل مريض بالربو توجد 176 حالة وفاة<sup>3</sup>.

أما عن آخر الإحصائيات المسجلة في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي لأواخر شهر فيفري 2016 وجدنا أن المستشفى يستقبل ما بين 9 إلى 12 حالة جديدة أسبوعيا من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم في الغالب من 3 إلى 7 سنوات، بينما مستشفى جيلالي بونعامة بالدويرة فيستقبل ما بين 8 إلى 11 حالة من نفس الفئة العمرية.

<sup>1</sup> - أيمن سليمان مزاهرة، عصام محمدي الصفدي وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ط01، ص 126.

<sup>2</sup> - <http://www.who.int>

<sup>3</sup> -MSP: synthèse de l'article par site: <https://www.ÉquipeAlgériemonde.Com>.



كما ظهرت دراسات تعنى بالطفل المريض بالربو داخل الأسرة وأثر ظروف هذه الأخيرة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية عليه مثل دراسة آيت خالد بعنوان "الربو في الجزائر".

وبما أن الأسرة هي الوسط الأول للطفل التي تضمن الرعاية الصحية له، فإن رعايته داخل هذه الأخيرة تتأثر بعدة عوامل على غرار انخفاض المستوى المعيشي لها وكذا المركز الاجتماعي للوالدين خاصة بعد انتشار التعليم وخروج المرأة للعمل دون أن ننسى العوامل البيئية وأثرها في ذلك، وعليه فإن الظروف والخصائص التي تعيشها الأسر الجزائرية يدفعنا للتساؤل وطرح الإشكال التالي: ما مدى إمكانية أسرنا توفير الرعاية الصحية الكافية لأطفالها المصابين بمرض الربو في ظل هذه الظروف؟، وما هي أهم العوامل والظروف التي تتحكم في الرعاية المقدمة لهؤلاء الأطفال من طرف أسرهم؟. ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الجزئية:

- هل للمستوى المعيشي للأسرة وخصائص المسكن تأثير على تقديم الرعاية الصحية لأطفالها المصابين بمرض الربو؟
  - هل للمركز الاجتماعي للوالدين تأثير على تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو؟
  - هل للظروف البيئية تأثير على الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بمرض الربو؟
- وعليه ومن خلال هذه التساؤلات نحاول الإجابة عنها من خلال الفرضيات التالية:

## 1-2-الفرضيات:

- 1- المستوى المعيشي الحسن كارتفاع الدخل الأسري وخصائص المسكن الجيدة للأسرة يساعد على وجود وتقديم رعاية صحية أحسن للأطفال المصابين بمرض الربو.
- 2- ارتفاع المركز الاجتماعي للوالدين كالمستوى التعليمي والوضعية المهنية الجيدة يؤدي إلى وجود رعاية صحية أحسن للأطفال المصابين بمرض الربو

3- الظروف البيئية الملائمة تساهم في وجود رعاية صحية أحسن للأطفال المصابين بمرض الربو.

**1-3- تحديد المفاهيم:** هي خطوة من الخطوات المنهجية المهمة والتي لا بد على أي باحث أن يمر بها، هذه المفاهيم التي تستمد من الموضوع والفرضيات المعتمد عليها، وعلى هذا الأساس فإننا قمنا بتحديد المصطلحات التالية:

**1-3-1- الصحة:** عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها " حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز".

وقد جرت محاولات عديدة من قبل العلماء لتعريف الصحة من أهمها أن الصحة هي "حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع نفسه ومع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وعملية التكيف هذه للمحافظة على سلامته لاستمرار توازن وظائف الجسم في عملها<sup>1</sup>.

**1-3-2- الرعاية الصحية:** هي مجموعة الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها.

كما يشير مفهوم الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد إلى جانب الرعاية الطبية، وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود المبذولة من طرف كل النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض<sup>2</sup>.

والمكونات الأساسية للرعاية الصحية هي التشخيص الصحي، الصحة البيئية، البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة، التطعيم وتنظيم الأسرة، والوقاية من الأمراض المتوطنة

<sup>1</sup> - بهاء الدين سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط 02، 2007، ص 17.

<sup>2</sup> - أيمن سليمان مزاهرة: عصام محمدي الصفيدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، ص 67.

والعلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة، توفير الأدوية الضرورية، ونشر الوعي بأسس التغذية الصحية وطرق العلاج التقليدية، لهذا يجب أن تتسم بالجودة والشمولية والمساواة والكفاءة<sup>1</sup>

ونقصد بالرعاية الصحية في دراستنا هذه الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقوم بها الأسرة لأطفالها والتي تعتمد على مدى توفر الإمكانيات اللازمة لأسرة الطفل، بهدف حمايته ورعايته ولهذا يتطلب من الجميع العناية قدر الإمكان بصحة الطفل وذلك من خلال حصوله على الرعاية الصحية الكافية والمناسبة عبر مراحل نموه، وعليه فقد حددنا بعض المؤشرات التي تقيس هذا النوع من الرعاية الصحية للأطفال، حيث نجدها تتمثل في الجانب العلاجي لها من حيث الحرص على المتابعة الدائمة للحالة الصحية لهم، ونوع الطبيب الذي يتوجه إليه، وأيضاً نوع العلاج المتبع لهذا المرض المزمن من خلال القيام بمراقبة التطورات المرضية له والمتابعة الطبية لذلك، أما الجانب الوقائي فقد اقتصرنا لا الحصر على الاهتمام بتناول الغذاء الصحي المتوازن ونوع الرضاعة المعتمد عليها مع التأكيد على الرضاعة الطبيعية والحرص على ذلك

**1-3-3-تعريف الطفل:** عرفت المادة الأولى من الاتفاقية الدولية الخاصة بحماية حقوق الطفل عام 1990 الطفل على أنه " كل إنسان لم يتجاوز 18 سنة إلا إذا بلغ سن الرشد قبل ذلك "<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>-جمعية التنمية الصحية والبيئة: الحالة الصحية في مصر-دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، برنامج السياسات

والنظم الصحية، دون ذكر دار النشر، مصر، 2005، ص 11

<sup>2</sup> - حسنين المحمدي بواوي: حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية والقانون الدولي، دار الفكر الجامعي، دون ذكر البلد، 2005، ط01، ص 80.

من خلال ما سبق فإن تعريف الطفل في بحثنا هذا هو كل طفل مصاب بمرض الربو وينتمي إلى الفئة العمرية [0-15 سنة]، بغض النظر عن جنسه والذي يتميز بمجموعة من الخصائص الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

ويمكن الإشارة إلى أنه هناك فرق بين الطفل والطفولة:

فالطفل: هو كائن بشري في سن معين كما له خصائص معينة.

أما الطفولة: فتشير إلى كونها عبارة عن مراحل عمرية متدرجة من عمر الكائن البشري من سن الميلاد إلى البلوغ، وقد تدوم أحياناً إلى قبيل سن الرشد<sup>1</sup>.

وهي مرحلة عمرية مبكرة من حياة الإنسان، والتي يكون فيها في حالة اعتماد واضحة على المحيطين به سواء كانوا آباء أو مدرسين... إلخ<sup>2</sup> وهو الطرف المستجيب لعملية التفاعل الاجتماعي من حوله والتي يزود عن طريقها بالعادات والتقاليد والقيم والمعايير وأساليب التفكير وأنماط السلوك والتي تؤثر على نحو شخصه<sup>3</sup>، وللطفولة مراحل وهي كالتالي:

أ- **الطفل الحديث الولادة:** وهي أقصر فترة من فترات النمو خلال الحياة، وتبدأ من لحظة الميلاد إلى فترة أسبوعين.

ب- **مرحلة الرضاعة:** وتبدأ بعد سن أسبوعين من عمر الطفل وتمتد حتى نهاية السنة الثانية من عمره.

ج- **مرحلة الطفولة المبكرة:** وتبدأ من سن عامين إلى ستة أعوام، ومن أهم ما يميز الطفل في هذه المرحلة هو اعتماده بدرجة كبيرة على من حوله.

<sup>1</sup> - إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي: موسوعة نمو وتربية الطفل، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2005، ص 268.

<sup>2</sup> - إعداد لجنة متخصصة: رعاية الطفولة في المجتمع العربي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004، ص 13.

<sup>3</sup> - إبراهيم بيومي: الخدمة الاجتماعية ورعاية الأسرة والطفولة، المكتب الجامعي للبحث، مصر، دون ذكر السنة، ص ص

د-مرحلة الطفولة المتأخرة: وتبدأ من 5 إلى 12 سنة<sup>1</sup>.

1-3-4-الربو: تعددت تعريفات مصطلح الربو بحيث كل باحث يتناوله من منظور معين

ومن بين أهم التعريفات التي تناولت الربو نجد:

أ-تعريف المنظمة العالمية للصحة: حيث عرفته بأنه عبارة عن التهابات تتميز بنوبات عسر

التنفس، بحيث تكون مصحوبة بعلامات عيادية كانسداد كلي أو جزئي متقلب بين النوبات

وهذا الانسداد يمثل ارتفاع للمقاومات الخاصة للمسالك الهوائية.

ولقد عرفه سامي القباني: على أنه اعتلال يصيب الرئتين والأنابيب القصبية ويحدث

من جرائه صعوبة في إخراج الهواء من الرئتين أثناء الزفير بسبب تشنج القصبات<sup>2</sup>.

ونقصد بمرض الربو في بحثنا هذا الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو

النفسية أو الاجتماعية للطفل ينتج عنها عدم قدرة الجسم على أداء وظائفه.

1-3-4-المركز الاجتماعي: المركز الاجتماعي هو المركز الذي يشغله الفرد في جماعة

ويرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها الفرد طبقاً للقواعد السلوكية المقررة، وقد يكون المركز

الاجتماعي منسوباً أو مفروضاً<sup>3</sup>.

وسنحاول من خلال عملنا هذا قياس المركز الاجتماعي من حيث المستوى التعليمي للوالدين

والوضعية المهنية لهما، حيث نتعرف من خلال هذين المؤشرين كيفية تأثيرهما على الرعاية

الصحية للأطفال.

<sup>1</sup> - جابر عوض سيد حسن، خيرى خليل الجميلي: الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة، المكتبة الجامعية الأزرا ريطه، الإسكندرية، 2000، ص ص 145-146.

<sup>2</sup> - سامي القباني: الحساسية، أنواعها، الوقاية منها، دار الملايين، بيروت، 1997، ص 103

<sup>3</sup> - فاروق مداس: قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار منى، الجزائر، 2003، ص 253.

**1-3-5- الحالة التعليمية:** الحالة التعليمية كثيرا ما تعرف على أساس سنوات الدراسة الكامل، أو على أساس شهادة أو دبلوم أو درجة علمية منحت، ومثل هذه الشهادات تتغير مع نظام التعليم في كل بلد.

ويفرق عادة بين ثلاثة مستويات تعليمية، وهي حسب ترتيبها التصاعدي: تعليم ابتدائي وتعليم ثانوي وتعليم عال، أما الأمي فهو الشخص الذي لا يعرف القراءة ولا الكتابة<sup>1</sup>.

وفي بحثنا هذا نقصد بالحالة التعليمية أو المستوى التعليمي الأطوار التعليمية الأربعة وهي المستوى الابتدائي، المتوسط، الثانوي، الجامعي، أما الأمي فهو الذي لا يعرف القراءة والكتابة.

**1-3-6- المستوى المعيشي:** يشير هذا المصطلح إلى الظروف الفعلية التي يعيشها الناس وكذا الظروف التي يتطلع إليها الناس ولكنهم لم يحققوها، ولا تزال مسألة قياس مستوى المعيشة تحظى باهتمام المشتغلين بالدراسات الاقتصادية والاجتماعية نظرا للصعوبات التي تواجهها<sup>2</sup>. ويتحدد المستوى المعيشي بمقدار السلع والخدمات التي يستطيع الفرد أو الأسرة أو الفئة الاجتماعية أو الشعب كله الحصول عليها، وهذا المقدار من السلع يتحدد بدوره وفقا لدرجة التقدم الحضاري أو التكوين الطبقي للمجتمع والوظيفة الاجتماعية للسلع والخدمات<sup>3</sup>.

من خلال التعريف السابق الذي يربط المستوى المعيشي سواء للمجتمع أو الأسرة بالتقدم الحضاري والتطور الاقتصادي، الذي تختلف درجته من بلد لآخر وتعدد المحددات التي يعتمد عليها في تحديد المستوى المعيشي لسكانها من جهة أخرى، فقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المؤشرات التي تشمل كل من قيمة الدخل الشهري للأسرة وكذا التجهيزات الأساسية أو الكمالية، وكذا نوع المسكن والظروف المحيطة به من حيث عدد الغرف ومدى كثافتها (توفر الكهرباء

<sup>1</sup> - هيئة الأمم المتحدة: المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات، تر: عبد المنعم الشافعي وآخرون، دار الكتاب العربي، القاهرة، 1966، ط01، ص52.

<sup>2</sup> - محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1989، ص 470.

<sup>3</sup> - أحمد زكي بدوي: مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978، ط01، ص 407.

والغاز ومدى ارتباط المسكن بشبكة المياه الصالحة للشرب ... إلخ) إلى جانب نوع المسكن وملكيته.

وهذا من أجل تحديد التغير في ظروف المعيشة وبالتالي مدى تأثير كل ذلك على قيام والتزام الأسرة بدورها في الرعاية الصحية لأطفالها المصابين بمرض الربو.

### 1-3-7- الظروف البيئية:

ونقصد بالظروف البيئية في بحثنا هذا بالعوامل الطبيعية الخارجية والتي تكون من بين الأسباب التي لها تأثير مباشر على الطفل المريض بالربو والمتمثلة في تلوث الهواء والمواد الكيميائية البيئية، نزلات البرد، حبوب اللقاح دخان المصانع والسيارات وغيرها من العوامل التي لها الأثر المباشر على الرعاية الصحية للأطفال.

### 1-3-8- تعريف الأسرة:

**1- لغة:** تعني أهل الزوج وعشيرته، وهي الجماعة التي يربطها أمر مشترك وجمعها أسر<sup>1</sup> وتعني القيد.

**2- اصطلاحاً:** هي المؤسسة الأولى المسؤولة عن بلورة الأفكار والأنماط السلوكية وترسيخ القيم والعادات والتقاليد الخاصة بالأفراد والجماعات<sup>2</sup>.

فالأسرة هي الخلية الأولى للمجتمع، والركن الأساسي الذي يعتمد عليه في بنائه<sup>3</sup>، ويدل لفظ الأسرة على الزواج والإنجاب ونعني به مجموعة من المكانات والأدوار المكتسبة عن طريق الزواج والولادة على أساس أن الزواج شرط أساسي لوجودها التي تعتبر بدورها نتاجاً للتفاعل

<sup>1</sup> - فضيل دليو: أسس البحث وتقنياته في العلوم الاجتماعية -130 سؤال وجواب-، دون ذكر دار النشر، قسنطينة، 1997، ص 30.

<sup>2</sup> - محمد عاطف غيث: مرجع سابق، ص 176.

<sup>3</sup> - السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 46.

الزواجي، ويرى بعض العلماء أن الأسرة وحدة بنائية تتكون من رجل وامرأة مع أطفالهما بطريقة منظمة اجتماعياً<sup>1</sup>.

كما يعرفها برجس ولوك في كتابهما (العائلة) على أنها: "جماعة من الأفراد تربطهم روابط قوية ناتجة عن صلات الزواج والدم والتبني، وهذه الجماعة تعيش في دار واحدة وتربط أعضائها: الأب، الأم، الابن والبنات علاقات اجتماعية متماسكة أساسها المصالح والأهداف المشتركة"<sup>2</sup>.

وينظر ماكيفر ويبج للأسرة بأنها: "اتحاد بين اثنين رجل وامرأة تقوم على أساس العلاقات الجنسية المستمدة على نحو يسمح بإنجاب الأطفال ورعايتهم"<sup>3</sup>.

وتفرق سناء الخولي بين نمطين من الأسرة، الأولى أسرة التوجيه والأخرى أسرة الإنجاب، حيث توضح أن الفرق يمر خلال حياته بنمطين من الأسرة النواة، فهو يولد في أسرة مكونة منه ومن إخوته ووالديه تسمى أسرة التوجيه، وعندما يتزوج الفرد ويترك أسرته يخلق لنفسه نواة أخرى تكون منه ومن زوجته وأطفاله تسمى حينئذ أسرة الإنجاب<sup>4</sup>.

كما تفرق سناء الخولي في كتابها " الأسرة والحياة العائلية" بين مفهوم الأسرة والعائلة، فالأسرة تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معاً في مسكن واحد، أما العائلة فهي مكونة من الزوج والزوجة وأولادهما الذكور والإناث الغير متزوجين، والأولاد وزوجاتهم وابنائهم وغيرهم من الأقارب كالعم والعمة والابنة والأرملة... الخ، وهؤلاء جميعاً يقيمون في نفس المسكن ويشاركون حياة اقتصادية واجتماعية واحدة تحت رئاسة الأب الأكبر أو رئيس العائلة<sup>5</sup>.

1 - حنان عبد الحميد العناني: الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط1، ص 53.

2 - ميتشل دينكن: معجم علم الاجتماع، تر: إحسان محمد الحسن، دار الطليعة للنشر، بيروت، 1996، ص 97.

3 - جابر عوض سيد حسن، خيرى خليل الجميلي، مرجع سابق، ص 08.

4- سناء الخولي: الزواج والعلاقات الأسرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990، ص 65.

5- سناء الخولي: الأسرة والحياة العائلية، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص 40.



أما مصطفى بوتقنوشات يرى أن مفهوم العائلة يعني تلك المؤسسة الأساسية التي تشمل رجلا أو عددا من الرجال يعيشون زواجيا مع امرأة أو عدد من النساء ومعهم الخلق الأحياء وأقارب آخرين وكذلك الخدم، ففي رأيه أن هذا التعريف يفتح مع ذلك كل الأبواب لموضوع الدراسة الاجتماعية.

كما أن العائلة إنتاج اجتماعي تعكس صورة المجتمع الذي توجد وتتطور فيه، ففي مجتمع سكني تبقى البنية العائلية مطابقة له، وفي مجتمع تطوري أي ثوري فإن العائلة تتحول حسب ظروف التطور لهذا المجتمع<sup>1</sup>

ولقد أخذت الأسرة أنماطا متعددة وهي: الأسرة النووية، الأسرة الممتدة، والأسرة المركبة. 1-1-أهداف البحث وأسباب اختياره: ما من شك في أنه لكل باحث أهداف وأسباب وراء اختياره لدراسة موضوع ما والبحث فيه، ونحن بدورنا نملك أهدافا وأسبابا خاصة دفعتنا وكانت وراء اختيارنا لدراسة موضوع الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو، والتي نوجزها فيما يلي:

#### 1-4-1-أسباب الاختيار:

- بعد مطالعنا لمختلف المذكرات الجامعية لقسم علم الاجتماع تخصص الديمغرافيا، لاحظنا بأن هذا الموضوع لم يحظى بالدراسة الكافية من قبل زملائنا الباحثين.
- من الأسباب الموضوعية وجوب اختيار موضوع الرسالة (الدكتوراه) والبحث فيه لإعدادها.
- من المعلوم أن صحة الطفل تعتبر من المؤشرات الهامة التي تسمح بقياس مدى الاستفادة من البرامج الصحية الرامية إلى تحسين صحته، هذا ما دفع بنا إلى معرفة مدى تلقي الطفل للرعاية الصحية داخل أسرته في ظل العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تتميز بها.

<sup>1</sup> مصطفى بوتقنوشات: العائلة الجزائرية، (التطور والخصائص الحديثة)، تر: دميري أحمد، دم.ج، الجزائر، 1984، ص

- إن السبب الوحيد الذي دفعنا إلى إبراز دور الأسرة في الرعاية الصحية للطفل، باعتبارها باعتباره عاجزا على خدمة نفسه.

#### 1-4-2- أهداف البحث: تتجلى في النقاط التالية:

- سعيًا إلى محاولة التعرف على أهمية ودور الأسرة في الرعاية الصحية لأطفالها المصابين بمرض الربو، وكذا معرفة وإبراز أهم العوامل المؤثرة في ذلك.

- إبراز متطلبات واحتياجات هذه الفئة من المجتمع باعتبار اهتمامنا انصب على أهم شريحة، إذ تعتبر الفئة الأكثر حساسة نظرا لما تتعرض له من أمراض ومشاكل صحية نتيجة سوء الرعاية والاهتمام، لذلك ينبغي علينا كباحثين دراسة هذا النوع من البحوث والتأكيد على ما تحتاج إليه هذه الفئة لتفادي الوقوع فيما هو غير مرغوب فيه، وكذا معرفة مدى الاستفادة من البرامج الصحية الموجهة للطفل.

**2- المنهجية المتبعة:** ما من شك في أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث إتباع منهجية معينة، وعليه كان اعتمادنا على المنهجية التالية:

**2-1- تحديد نوع الدراسة والمنهج:** عندما يعالج الباحث أية دراسة علمية يجد نفسه مجبرا على اتباع أو انتهاج منهج علمي معين<sup>1</sup>، والمنهج هو مجموعة من القواعد التي يتم وضعها قصد الوصول إلى الحقيقة في العالم<sup>2</sup>.

ونظرا لطبيعة الموضوع المتمثل في الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو وذلك من أجل معرفة أهم الظروف والعوامل التي تتحكم في نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهم من طرف أفراد أسرهم، فإننا اخترنا المنهجين الكمي والكيفي.

<sup>1</sup> - محمد الحسن إحسان: الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي، دار الطليعة، بيروت، 1986، ط02، ص 25.

<sup>2</sup> - عمار بوحوش: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ط02، ص 99.

فالمنهج الكمي يهدف في الأساس إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة (مجموعة من الإجراءات لقياس الظواهر) وذلك باستعمال الحساب، وكذلك الأمر حينما يتم استعمال المؤشرات، النسب، المتوسطات أو الأدوات التي يوفرها الإحصاء بصفة عامة<sup>1</sup>.

ويظهر استعمالنا له في بحثنا من خلال تحويل المعطيات وتوزيعها في جداول إحصائية وكذا حساب النسب والعلاقة الموجودة بين متغيرات الفرضيات والاستعانة مثلاً بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت.

أما المنهج الكيفي يهدف في الأساس إلى فهم الظاهرة موضوع الدراسة (مجموعة من الإجراءات لتحديد الظواهر) وعليه ينصب الاهتمام هنا أكثر على حصر معنى الأقوال التي تم جمعها أو السلوكات التي تمت ملاحظتها<sup>2</sup>، بمعنى أنه يصف لنا الظاهرة ويبين خصائصها ويحللها.

## 2-2- العينة وكيفية اختيارها:

العينة هي جزء من المجتمع أو هي عدد من الحالات التي تؤخذ من المجتمع الأصلي وتجمع البيانات بقصد دراسة خصائص المجتمع الأصلي وبهذه الطريقة فإنه يمكن دراسة الكل عن طريق دراسة الجزء بشرط أن تكون العينة ممثلة للمجتمع المأخوذة منه<sup>3</sup>.

إن اختيار نمط العينة يتم وفق شروط منهجية تفرضها إشكالية وفرضيات البحث، ونظراً لغياب إطار المعاينة والمتمثلة في عدم توفر قائمة الأطفال المصابين بمرض الربو، فإننا اعتمدنا في بحثنا هذا على العينة القصدية وهي عينة غير احتمالية والتي يعرفها موريس

<sup>1</sup> - موريس أنجريس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية، تر: بوزيد صحراوي، كمال بوشرف وآخرون، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004-2006، ط 02 منقحة، ص 100.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 100.

<sup>3</sup> - فهد خليل زايد: أساسيات منهجية البحث في العلوم الإنسانية، الأردن، 2006، ص ص 112-113.

أنجرس بأنها: "العينة التي يكون فيها مجتمع البحث مجهولا ولا يسمح ذلك بتقدير درجة تمثيل العينة المشكلة"<sup>1</sup>.

واختيارنا للعينة العمدية لم يتم بالصدفة أو بطريقة عشوائية بل بطريقة مقصودة ومعتمدة على شروط وضعت بعد تحديد مسبق لأهداف البحث، أي لجأنا إلى أسلوب الاختيار المكاني للعينة حيث أن هذا النوع من العينات يستعمل في مجتمع يفتقر لقاعدة الصبر، ولقد اعتمدنا أثناء ممارستنا للبحث على الأمهات اللواتي يحضرن إلى القسم الخاص بطب الأطفال ومصلحة الاستعجالات في كل من المؤسسة الاستشفائية بالدويرة ومستشفى محمد لمين دباغين بباب الواد فالمجتمع الأصلي غير معروف لأن عدد النساء الوافدات مع أطفالهن المصابين بمرض الربو غير معروف لذا قمنا باستجواب 300 امرأة تتوزع بالتساوي بين المؤسستين الاستشفائيتين بصفة عمدية وتحملن الصفة التي نريدها وهي إصابة أبنائهن بمرض الربو.

وفيما يلي نقوم بتحديد مجالات البحث الثلاثة والمتمثلة في: المجال البشري، المجال الجغرافي والمجال الزمني.

## 2-3 - مجالات البحث:

**2-3-1-المجال البشري:** تم التوجه إلى فئة الأمهات اللواتي هن في سن الإنجاب وينجبن فعلا ولديهن على الأقل طفل مصاب بمرض الربو، بحيث قمنا باستجوابهن حول ظروف وصحة أطفالهن.

**2-3-2-المجال الجغرافي:** تم إجراء البحث في كل من مركز حماية الأمومة والطفولة بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية جيلالي بونعامة بالدويرة، والمستشفى الجامعي محمد لمين دباغين بباب الواد.

<sup>1</sup>-Angers Maurice: initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, Ed: casbah, Alger, 1997, p 229

1- مستشفى جيلالي بونغامة: تم إنشاؤه عام 1839 كمَنْزل بمساحة 3 هكتارات على مساحة كلية مقدرة بـ 9 هكتارات، ليحول بعد ذلك إلى مركز علاج، وقد تم إعادة تهيئته وتوسيعه على مدار السنين لكي يصبح عام 1986 وحدة استشفائية جامعية تابعة للقطاع الاستشفائي الجامعي للبلدية، وفي عام 1997 تم إنشاء المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للدائرة كهيئة للصحة العمومية ذات طابع إداري ذات الشخصية المعنوية والاستقلالية المالية تابعة لوصاية وزارة الصحة في إطار النشاط الصحي الاستشفائي ولوزارة التعليم العالي والبحث العلمي في إطار النشاط الجامعي البيداغوجي.

المؤسسة تسير من طرف مجلس إداري وتوجه من طرف مدير ولها هيئة استشارية تدعى بـ "المجلس الصحي".

أما فيما يتعلق بالمهام فإن المرسوم رقم 97-465، شعبان 1418 المتعلق بإنشائها يعطيها المهام الأساسية التالية: تطبيق أنشطة الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي والاستشفائي، تطبيق برامج وطنية، جهوية ومحلية في مجال الصحة، المساهمة في رسكلة وتحسين أداء المستخدمين في مختلف المصالح الصحة.

وتتضمن المؤسسة الاستشفائية على الأقسام التالية:

قسم الإستعجالات الطبية: استعجالات عادية (الطب الداخلي) واستعجالات جراحية.

قسم المفاصل والعظام: قسم الإستعجالات (الأطفال) وقسم الإستعجالات (البالغين).

قسم الجراحة العامة: جراحة الرجال وجراحة النساء.

قسم الأشعة.

قسم الولادة.

قسم الكسور والرضوض يشمل ثلاث أجنحة (أطفال-رجال-نساء).

مخبر التحاليل الطبية.

قسم جراحة الوجه والفك.

قسم الحروق.

قسم الفحص الطبي للأطفال.

الإدارة العامة: تشرف على المصالح الإدارية والمالية للموظفين.

قسم التعقيم والتطهير.

قسم الجراحة العامة للنساء.

تشمل: 10 غرف بكل غرفة سريرين.

**يشرف عليه:** أستاذ في الطب (مسير الوحدة)، أساتذة مساعدون، أطباء مختصون، أطباء في مرحلة التكوين، ممرضات مؤهلات، أعوان الأمن والنظافة.

**مهامه:** إنجاز العمليات الجراحية الخاصة ب: المعدة-الغدة الدرقية-الكبد-الدوالي-الأمعاء.

**2- مستشفى محمد لمين دباغين:** كان يعد مركزا استشفائيا هاما، وهو يعتبر من أهم المستشفيات في العاصمة بناءه داي الجزائر، وهو موجود في الشمال الغربي للقصبة، حيث أنه كان سكنا رفيعا، إلا أنه في أواخر القرن 19 بنى الجيش الاستعماري حول هذه البناية عدة بنايات استشفائية متعددة ذات استعمال عسكري سميت "مستشفى مايو" وبعد الاستقلال بقي هذا المستشفى عسكريا وذلك تحت وصاية وزارة الدفاع الوطني حتى سنة 1985 وفي تاريخ 2 فبراير 1985 وبمرسوم رقم 88-20 أنشئ المركز الاستشفائي الجامعي لباب الواد الذي يتربع على مساحة قدرها 17 هكتار ومن بينها 5766 متر مكعب مساحة مستعملة.

إن المركز الاستشفائي لباب الواد مكون من وحدتين: مستشفى مايو، عيادة غرفة.

وهي عبارة عن عمارة ذات 7 طوابق زيادة إلى الطابق السفلي، يضم هذا المستشفى 9

مراكز هامة ومركز الإدارة ويضم 33 مصلحة من بينها مصلحة طب الأطفال.

وقد اقتصر بحثنا على هذه المصلحة، قسم الإستعجالات الطبية (غرفة التهوية)، وتحتوي

هذه المصلحة على 7 أطباء في أطوار مختلفة ورئيس مصلحة و 5 رؤساء للوحدة و 4 نظراء

و 3 رؤساء للفرق و 6 مريضات، 20 ممرضة ومساعدة تقوم ببعض التمارين الصدرية لمساعدة

الأطفال على التنفس و3 مستقبليين، 11 موظفة، و8 ساهري الليل، و13 حارس للمصلحة وموظفان في الأمانة العامة و2 يعملون في الأرشف وطبيبتيان في علم النفس.

هذا المركز يستقبل الأطفال من كل الجهات وخاصة أطفال منطقة باب الواد.

**2-3-3- المجال الزمني:** بعد القيام بالبحث الاستطلاعي الذي يعد أمراً ضرورياً في كثير من البحوث، والخطوة الأولى التي ينبغي على الباحث إجراؤها حتى يتمكن الباحث من صياغة مشكلة بحثه صياغة دقيقة تمهد لبحثها بحثاً معمقاً، وذلك من خلال التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق لمحاولة التثبيت من صحتها أو خطئها في البحوث التالية، كذلك استطلاع حقيقة الموقف الفعلي الذي تجري فيه الدراسة ومدى الإمكانات العملية التي تيسر أو تعيق تنفيذ البحث قصد التغلب عليها<sup>1</sup>.

إذن يعد البحث الاستطلاعي الخطوة الأولى التي يجب القيام بها قبل النزول النهائي للميدان، حيث أنه يسمح باكتشاف ميدان إجراء البحث وكذا اختيار أسئلة الاستمارة الأمر الذي يسمح بإضافة أو حذف أسئلة أو إعادة صياغتها.

حيث توجهنا إلى ميدان البحث والمتمثل في مركز حماية الأمومة والطفولة بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية بالدويرة والمؤسسة الاستشفائية بباب الواد، حيث قمنا باستجواب 30 أما، أما عن سبب اختيارنا لهذين المكانين هو قربهما من مقر السكن إضافة إلى اختلاف الموقع الجغرافي للمكانين الذي يسمح بإحداث مقارنة في النتائج...

ولقد دام البحث الاستطلاعي ثلاثة أيام من 05 سبتمبر 2016 إلى يوم 09 من نفس الشهر، وعليه تم تعديل أسئلة الاستمارة والتأكد من صلاحيتها.

أما فيما يخص التحقيق النهائي فقد كان في 20 سبتمبر 2016 وانتهى في 20 ديسمبر 2016، وخلال هذه المدة تم استجواب 300 أما.

<sup>1</sup> - أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (إنجليزي-فرنسي-عربي)، مكتبة لبنان، بيروت، 1986، ط02، ص ص 146-147.

ولقد كان متوسط عدد المستجوبات في اليوم يتراوح ما بين 5 إلى 7، أما المدة المستغرقة في ملأ استمارة المبحوثة الواحدة من 25 إلى 30 دقيقة.

وقد كان التوجه إلى مركز حماية الأمومة والطفولة وقسم الإستعجالات خلال أيام الأسبوع ماعدا يومي الجمعة والسبت خلال الفترة الصباحية من الساعة الثامنة صباحا إلى غاية منتصف النهار، ثم بعد الظهر إلى الرابعة مساء، باعتبار توافد الأمهات من أجل إجراء فحص طبي لأطفالهن أو إحضارهم في حالة صحية صعبة يكون يوميا.

## 2-4 - الأدوات المستخدمة في جمع البيانات:

اعتمدنا في بحثنا هذا على تقنية أو أداة الاستمارة بالمقابلة، وهي أداة من أدوات البحث العلمي ومن أهم وسائل الاتصال بين الباحث والمبحوث في أي موضوع، وقد عرفها موريس أنجرس " صياغة أسئلة تطرح من طرف الباحث الذي يسجل الأجوبة التي يتلقاها من المستجوب"<sup>1</sup>.

ويرجع اختيارنا لهذه التقنية لكي يتسنى لنا جمع عدد أكبر من المعلومات عن المبحوثين، بالإضافة إلى كونها الأسلوب الرئيس إذا كانت أمهات الأطفال ليس لديهن إلمام بالقراءة أو الكتابة أو أنهن يحتجن إلى توضيح وتفسير الأسئلة، وذلك لتفادي إحراجهن وبهذا نكون قد ضمنا الحصول على جميع الاستمارات وكذا على جميع أجوبة الأسئلة المطروحة.

وقد احتوت الاستمارة الإستبائية النهائية لهذا العمل على 40 سؤالا وتضمنت ثلاث محاور وهي:

**البيانات الشخصية:** وتتضمن سن الطفل، الجنس، المستوى التعليمي للأم، وضعيتها المهنية، المستوى التعليمي للأب، الوضعية المهنية له...إلخ.

<sup>1</sup> -Angers Maurice, op.cit. , P 148.



الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسرة: تتضمن لا الحصر قيمة الدخل الشهري للأسرة، نوع المسكن، طبيعة المسكن، عدد الغرف، عدد الأطفال، عدد الأفراد في الأسرة.

الخصائص الصحية للأطفال ونوع الرعاية المقدمة لهم: المتابعة الطبية للمرض، نوع الطبيب المفضل للعلاج، نوع العلاج المفضل، المدة بين المرض وتلقي العلاج، نوع الرضاعة المقدمة، مدة الإرضاع طبيعياً، الحرص على التغذية الجيدة... إلخ (أكثر التفاصيل أنظر مضمون الاستمارة).

أما أسئلة الاستمارة كانت كما يلي:

- 1- أسئلة مغلقة: وهي الأسئلة التي حددت إجاباتها مسبقاً وقدّر عددها بـ 25 سؤال.
- 2- أسئلة مفتوحة: وهي الأسئلة التي تعطي للمبحوث حرية الإجابة، وقدّرت بـ 13 سؤال.
- 3- أسئلة شبه مغلقة: حيث يتم اقتراح أجوبة من طرف الباحث وعلى المبحوث أن يختار منها وقدّر عددها بـ 02 أسئلة.

أما عن اللهجة المستعملة مع المبحوثات مهما اختلف مستواه التعليمي كانت الدارجة، حيث سمحت لنا هذه الطريقة بكسب ثقة الأمهات مما جعلهن يسردن كافة المعلومات المتعلقة بالطفل واحتياجاته، وكذا الأسباب المساهمة في المرض، لكن هذا الأمر لم ينطبق على كافة الأمهات حيث التقينا بحالات رفضت حتى الكلام وهذا خوفاً من البوح بالأسرار كما أسموها رغم محاولة الإقناع، أو عند السؤال عن مهنة الزوج أو قيمة الدخل.

أما عن الوسيلة المستعملة في تغريغ البيانات فقد تمت عن طريق الحاسوب، أين استعنا بالبرنامج الإحصائي المعروف في مجال العلوم الاجتماعية، وهو منظومة تحليل بيانات الدراسات الاجتماعية (spss).

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

### تمهيد

#### المبحث الأول: المؤتمرات والقمم العالمية المهمة بصحة الطفل

- 1-أهم المؤتمرات والقمم العالمية ذات الصلة بصحة الطفل
- 1-1-الالتفاتة الأولى التي كان لها الفضل في الاعتراف القانوني لحقوق الطفل
- 1-2-مؤتمر ألما آتا
- 1-3-الرعاية الصحية الأولية الانتقائية وثورة بقاء الأطفال
- 1-4-مبادرة باماكو
- 1-5-اتفاقية حقوق الطفل
- 1-6-مؤتمر القمة العالمي من أجل الأطفال
- 1-7-المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994
- 1-8-مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000
- 1-9-قمة 2002 إصدار وثيقة عالم جدير بالأطفال
- 2-أهم نتائج المؤتمرات والقمم.

#### المبحث الثاني: السياسات والبرامج الصحية الموجهة للطفل في الجزائر

- 1-تعريف السياسة الصحية
- 2-البرامج والمراكز الصحية الموجهة للطفل
- 2-1-القطاعات الصحية
- 2-2-المراكز الاستشفائية الجامعية
- 2-3-مراكز حماية الأمومة والطفولة

#### المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر

- 1-الوفيات والأمراض.
- 2-الوضع التغذوي
- 3-الرضاعة الطبيعية
- 4-شبكات الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب

### خلاصة الفصل

### تمهيد:

يشكل الأطفال شريحة كبيرة ومهمة في الهرم السكاني للدول العربية، وتعد الجهود المبذولة لتحسين أوضاع هذه الشريحة العمرية في المجتمع ركيزة أساسية من ركائز إعداد القاعدة البشرية التي تؤهل لاستخدامها فيما بعد استخداما منتجا وفعالا، ولا يأتي الاهتمام بقضايا الأطفال وحقوقهم وتلبية احتياجاته من فراغ، حيث تتوافق كل المنظمات الدولية والقمم العالمية لحماية الطفولة، والمؤتمرات العربية والإقليمية، كما تتوافق المواثيق الدولية والعربية ليس فقط على حماية الطفولة وضمان حقوقها الأساسية بل أيضا على مبدأ النداء الأول للطفولة في مختلف أوضاع السلم والحرب، وتقلبات السياسة والاقتصاد، فهناك توافق رهن على كون الطفولة تمثل أحد أبرز العناصر الاستراتيجية في بناء المستقبل.

والجزائر اهتمت مبكرا نسبيا بمجال الطفولة، ونظرا لأهمية الطفل فيها على غرار باقي الدول باعتبار قياس تطور وتقدم البلد متوقف على مؤشر المجال المذكور والذي يظهر أهمية الجهود المبذولة من طرف الدولة والهيئات المختصة وعليه فقد وضعت برامج وسياسات صحية تتمثل لا الحصر في القطاعات الصحية ومراكز حماية الأمومة والطفولة وكذا المراكز الاستشفائية بغية الاهتمام أكثر بهذه الشريحة، حيث أنه بالرغم من التقدم المسجل في مجال الصحة لاسيما صحة الأطفال نتيجة المجهودات المبذولة لخفض معدلات الوفيات والأمراض وسوء التغذية إلا أنه لم يتم بعد الوصول إلى المستوى المطلوب.

ولتقييم الوضع الصحي لآبد من التقيد بالمعايير العالمية وعليه والمتمثلة في درجة تطور معدلات الوفيات الناتجة عن انتشار الأمراض وكذا التحصين ضد هذه الأخيرة حيث يعمل على تقوية الطفل في مقاومته للأمراض ويقلل من احتمال وفاته، ومن بين المعايير المعتمد عليها أيضا الوضع التغذوي ومدى الاعتماد على الرضاعة الطبيعية وكذا الاستفادة من المياه الصالحة للشرب وشبكات الصرف الصحي.

فعلى ضوء ما ذكر سابقا سنتعرف أكثر عليه من خلال هذا الفصل.

### المبحث الأول: المؤتمرات والقمم العالمية المهمة بصحة الطفل

#### 1-أهم المؤتمرات والقمم العالمية ذات الصلة بصحة الطفل.

**1-1- مؤتمر ألما آتا:** نشأ المؤتمر العالمي حول الرعاية الصحية الأولية والذي عقد في ألما آتا 1978 نتيجة الابتكارات الناجمة عن الرعاية الصحية المجتمعية التي طورت بعد الحرب العالمية الثانية في الأماكن شحيحة الموارد.

وقد تضمنت هذه الأماكن عيادات الأطفال دون سن الخامسة في نيجيريا والعاملين الصحيين المحليين في أندونيسيا والأطباء الحفاة في الصين والأنظمة الصحية في كوبا والفيتنام، وقد كان مؤتمر ألما آتا والإعلان الذي صاحبه معلمان على درجة كبيرة من الأهمية فقد كان المؤتمر في ذلك الحين أكبر مؤتمر يعقد حول موضوع واحد في التطوير والصحة العالمية -وقد حضره 134 دولة وممثلين من 67 منظمة غير حكومية ومن الأمم المتحدة، ومن خلال بلورة المبادئ الحديثة التي ستصبح فيما بعد منهجا راسخا.

مهد المؤتمر الطريق للالتزامات عالمية كبيرة كالصحة للجميع بحلول 2000، والذي اتفق عليه في مؤتمر ألما آتا، والالتزامات التي تم التعهد بها في القمة العالمية للأطفال في عام 1990 ويشمل نهج الرعاية الصحية الأولية الذي انبثق من ألما آتا موضوعات من مثل المساواة ومشاركة المجتمع المحلي والتعاون بين القطاعات واستخدام التقنية الملائمة والقدرة المالية لتوفير الخدمات وتعزيز الصحة، وقد أصبحت هذه بمثابة مبادئ إرشادية لتطوير الأنظمة الصحية التي تأخذ في الحسبان القضايا الصحية التي تؤثر على عدد أكبر من السكان لتعكس وتقوي وظائف الصحة العامة التي تركز على تكامل الرعاية عبر المكان والزمان، وتربط الوقاية والرعاية المكثفة والرعاية المزمدة عبر كافة عناصر النظام، وتقيم الأداء وتعمل جاهدة لتحسينه وأخيرا تلك تتخذ من فئات الصحة العامة أساسا لاتخاذ القرارات التي تؤثر على كيفية تنظيم خدمات الرعاية الصحية وتمويلها وتقديمها إلى الأفراد والمجتمعات.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

قد أوصى إعلان ألما آتا بأن تتضمن الرعاية الصحية الأولية الأنشطة التالية كحد أدنى:

- التثقيف الصحي.
- الترويج لإمدادات كافية من الطعام والتغذية السليمة.
- المياه الآمنة والصرف الصحي الأساسي.
- رعاية الأم والطفل.
- التطعيم ضد أمراض الطفولة الرئيسية.
- العلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة.
- الوقاية والسيطرة على الأمراض المحلية المستوطنة.
- توفير الأدوية الأساسية.

وقد تم لاحقاً تطوير مفهوم نظام الصحة القائم على تقسيم المناطق والمعروف أيضاً بنهج " التركيز على مناطق التجمع" أو "المساحة الصغيرة" أو "الجماعة المتوسطة" في أوروبا ودول أخرى بواسطة منظمة الصحة العالمية كنموذج لتطبيق الرعاية الصحية الأولية.

ورغم المنافع الكثيرة للرعاية الصحية الأولية إلا أن تطبيقها يعاني بسبب الأحوال الاقتصادية غير الملائمة خاصة في ثمانينات القرن العشرين<sup>1</sup> -التي نتج عنها تراجع كبير بين الدول عن توفير الخدمات العامة مثل الرعاية الصحية وتوزيع المياه والتخلص من النفايات ومراقبة جودة الطعام.

وقد أدى هذا الوضع إلى انهيار وشيك للخدمات الصحية الهامشية في العديد من الدول النامية، بالإضافة إلى تدنٍ في مستوى دعم العاملين الصحيين المحليين.

---

1- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2008-بقاء الأطفال على قيد الحياة-، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2008، ص 30

**1-2- ثورة بقاء الأطفال والرعاية الصحية الأولية الانتقائية:** منذ بداية ثمانينيات القرن العشرين كانت صحة الطفل وما زالت تشكل حالة طوارئ صامته حيث أن ما يقارب 15 مليون طفل مازالوا يموتون سنويا قبل بلوغ سن الخامسة.

وفي أواخر السبعينيات نشر عالمان جوليا والش وكينيث وارين كتاب "الرعاية الصحية الأولية الانتقائية: استراتيجية مؤقتة للسيطرة على الأمراض في الدول النامية" وهو تقرير مهم اقترح استراتيجية بديلة لتخفيض وفيات الأطفال والرضع بسرعة وبكلفة معقولة، فبعد أن حللا الدور النسبي لكل سبب رئيسي في وفيات الأطفال ووضعوا قائمة بالتدخلات التي أثبتت فعاليتها في معالجة هذه الأمراض، استنتجا أن عددا قليلا من الأسباب (الإسهال والملاريا والالتهابات التنفسية والحصبة وغيرها) مسؤول عن الأغلبية العظمى من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وأن هذه الوفيات كان من الممكن منعها بسهولة عن طريق التطعيم (15 بالمئة فقط من أطفال العالم كانوا يتلقون التطعيم في ذلك الوقت) ومعالجة الجفاف عن طريق الفم والرضاعة الطبيعية والأدوية المقاومة للملاريا، وقد ظهر بحثهما في مرحلة حساسة في النقاش حول الفوائد النسبية للنهج الأفقية في مقابل النهج العمودية، وحول ما إذا كان ممكنا ترجمة مبادئ الرعاية الصحية الأولية الشاملة إلى برامج فعالة.

أطلقت "ثورة بقاء الأطفال" في عام 1982 والتي ترأسها اليونيسف وقد ركزت ثورة بقاء الأطفال على أربعة تدخلات منخفضة الكلفة تتمثل في مراقبة النمو لمعالجة سوء التغذية ومعالجة الجفاف عن طريق الفم لعلاج الإسهال، والرضاعة الطبيعية لتأمين صحة الأطفال، والتطعيم ضد ستة أمراض فتاكة للأطفال.

وقد تم دعم التدخلات ببرامج رئيسية قادتها منظمة الصحة العالمية بما فيها برنامج التحصين الموسع وبرامج السيطرة على الإسهالات والالتهابات التنفسية الحاد، كما أضيفت ثلاثة عناصر أخرى وهي الأغذية التكميلية ومباعدة الولادات في الأسرة وتعليم الفتيات

لقد أثبتت مبادرات الرعاية الأولية الانتقالية أنها ناجحة نسبياً في العقود الأخيرة وذلك بالمساهمة في تحسينات بارزة في مجالات تغطية الرعاية الصحية الأولية خاصة التطعيم وعلاج الجفاف عن طريق الفم.

وهذه الجهود تسهم بلا شك في الهبوط الحاد في معدل الوفيات العالمي للأطفال دون سن الخامسة من 115 وفاة لكل ولادة حية في عام 1980 إلى 93 وفاة في عام 1990 أي بنسبة 19 بالمئة خلال العقد.<sup>1</sup>

**1-3- مبادرة باماكو:** من النهج التي استخدمتها العديد من الدول "مبادرة باماكو" التي أطلقت عام 1987 في اجتماع منظمة الصحة العالمية لوزارة الصحة الأفارقة في باماكو/ مالي، وقد ركزت هذه الاستراتيجية على زيادة فرص الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية وتلبية احتياجات المجتمع المحلي الأساسية في دول إفريقيا جنوب الصحراء، وذلك بتقديم رزمة من التدخلات تضمن توفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية المتكاملة من خلال المراكز الصحية. وقد تم التركيز على فرص الوصول إلى الأدوية والتواصل المنتظم بين مزودي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية.

وكان تطبيق مبادرة باماكو بمثابة عملية سياسية تضمنت تغيير النماذج السائدة للسلطة والنفوذ، وكانت مشاركة المجتمع المحلي في إدارة وضبط الموارد على مستوى المرافق الصحية هي الآلية الرئيسية لضمان المساءلة في مجال الخدمات الصحية العامة للمستخدم وقد استطاعت اللجان الصحية التي تمثل المجتمعات المحلية عقد جلسات مراقبة تم خلالها وضع أهداف التغطية ومدخلاتها ونفقاتها، ومراجعتها وتحليلها ومقارنتها.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 31-32

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وتشير التقديرات إلى أن المبادرة حسنت سبل الوصول إلى الخدمات الصحية وتوافرها والقدرة على دفع نفقاتها واستخدامها في أنحاء كثيرة في إفريقيا، كما زادت تغطية التطعيم وحافظت عليها وزادت من استخدام الخدمات بين الأطفال والنساء.

لكن مبادرة باماكو لم تكن بلا نواقص فتطبيق أجور المستخدم على المنازل الفقيرة ومبادئ استعادة النفقات أثارت انتقادا قويا، ومع أن العديد من الدول الإفريقية تبنت هذا النهج إلا أن القليل منها تجمع في توسيع المبادرات، وحتى في الدول التي طبقت مبادرة باماكو بنجاح أعتبر الفقراء السعر حاجزا في أوائل عام 2000، ولم يستخدم جزء كبير منهم الخدمات الصحية الأولية رغم الإعفاءات والإعانات الحكومية<sup>1</sup>.

### 1-4- اتفاقية حقوق الطفل:

هي أول معاهدة دولية تم تبنيها عام 1989، وهي تنص على مجموعة كاملة من الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية للأطفال. تعدد الاتفاقية الملزمة قانونيا للدول الأطراف، جملة من القواعد والمعايير المعترف بها عالميا والمتعلقة بحماية وتعزيز حقوق الطفل في كل مكان وفي جميع الأوقات. وتؤكد على التكامل والترابط لحقوق الطفل، ومن خلال موادها 54 وبروتوكوليهما الاختيارين تؤسس الاتفاقية لرؤية جديدة للطفل تجمع الحق في الحماية من خلال الوالدين والدولة والمؤسسات ذات الصلة مع الاعتراف بأن الطفل يملك الحق في المشاركة والحريات، وقد صادقت كل الدول على الاتفاقية باستثناء ثلاث دول وهي الصومال وجنوب السودان والولايات المتحدة الأمريكية.

- نفس المرجع، ص 36<sup>1</sup>



## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

إن هذه الاتفاقية تولي اهتماما كبيرا في مجال صحة الطفل، إذ تلزم الدول الأطراف بأن تكفل على أقصى حد ممكن بقاء الطفل ونموه (المادة 6)، فلكل طفل الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وفي مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي (المادة 24). وهذا التمتع يشمل رعاية الطفل والرعاية قبل الولادة وبعدها والرعاية الوقائية وتنظيم الأسرة والتوعية بصحة الطفل والتغذية والنظافة والمرافق الصحية البيئية والوقاية من الحوادث ومزايا الرضاعة الطبيعية، إضافة إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الأولية، إذ تتعهد الأطراف بمكافحة الأمراض وسوء التغذية عن طريق توفير الأطعمة المغذية الكافية ومياه الشرب النقية، آخذة في الاعتبار أخطار ومخاطر التلوث البيئي<sup>1</sup>.

كما تنص الاتفاقية على الحماية الاجتماعية للطفل، فهي تقر بالدور الرئيسي للوالدين أو الأوصياء القانونيين في تربية الطفل ونموه (المادة 18)، ولكنها تؤكد على التزام الدولة بدعم الأسر من خلال المساعدة الملائمة، وتطوير مؤسسات ومرافق وخدمات رعاية الأطفال وكل التدابير الملائمة لتضمن لأطفال الوالدين العاملين حق الانتفاع بخدمات ومرافق رعاية الأطفال التي هم مؤهلون لها، ومن الحقوق التي قد تنطبق بصفة خاصة على السياق الحضري إقرار الاتفاقية بحق كل طفل في مستوى معيشي ملائم نموه البدني والعقلي والروحي والمعنوي والاجتماعي (المادة 27).

ومسؤولية تأمين الشروط تقع على الوالدين وأولياء الأمور لكن يتعين على الدول الأطراف تقديم المساعدة وفي حالة الضرورة تقديم المساعدة المادية وبرامج الدعم، ولا سيما فيما يتعلق بالتغذية والكساء والإسكان وللأطفال الحق في الاستفادة من الضمان الاجتماعي تبعا لظروفهم<sup>2</sup>.

---

1- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن،

2012، ص ص 16-17

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 16.

## 1-5- مؤتمر القمة العالمي من أجل الأطفال:

هو أول قمة عالمية للأطفال، انعقد يوم الأحد الموافق ١٣-١٤-١٩٩٠ في نيويورك، التقى 71 من قادة دول العالم ورؤساء حكوماتها إذ تعهد هؤلاء بالعمل من أجل وضع حد لوفيات الأطفال وانتشار سوء التغذية بينهم بحلول عام 2000 وتوفير الحماية الأساسية للتنمية الجسدية والعقلية لجميع أطفال العالم ولقد تمت تجزئة هذا الهدف العام إلى ما يزيد عن عشرين هدفا وردت جميعا ضمن خطة عمل أقرتها البلدان 159 الممثلة في القمة، واتفقت كافة الحكومات على مراجعة خططها وميزانياتها ودفع برامج عمل وطنية قبل نهاية عام 1991.

ولقد تم في هذا الوعد توجيه الدعوة إلى كافة المنظمات الوطنية والعالمية للمشاركة كما تم توجيه الدعوة بشكل خاص إلى المؤسسات الدينية والتعليمية ووسائل الإعلام والتجارة والمنظمات الغير حكومية في كافة البلدان الغير مشاركة.

وعند انعقاد هذه القمة كان العالم يقترب من الموعد النهائي الذي تم تحديده قبل ما يزيد عن عشرة سنوات لتحقيق هدف إنساني عظيم وهو تحصين 80% من الأطفال في العالم الثالث ضد أمراض الطفولة الفتاكة، فلقد استطاعت دول العالم الثالث تجاوز النسبة المحددة للقاح التدرن الرئوي في حين أحرزت تغطية تحصينية ضد شلل الأطفال بلغت 78% في 1989، أما لقاح الحصبة فلقد بلغت نسبة التغطية 71%<sup>1</sup>.

ولقد جاءت القمة بالأهداف التالية:

- تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلث أو تخفيضها إلى ما دون 70 وفاة لكل 1000 ولادة حية.

- تخفيض معدلات وفيات الأمهات إلى النصف.

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع الأطفال في العالم 1991، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان،

الأردن، 1991، ص 1

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة أو المعتدلة إلى النصف في العالم للأطفال دون سن الخامسة.
  - تأمين الماء الصالح للشرب والصحة العامة لكل العائلات.
  - حماية ملايين الأطفال ممن يعيشون في ظروف بالغة الصعوبة وبذل الجهود لتشجيع الدول والحكومات على حماية الأطفال من الآثار المباشرة والغير المباشرة للحروب.
  - تخفيض عدد الولادات بوزن منخفض (2.0 كلغ أو أقل) إلى ما يقل عن 10%.
  - تخفيض حالات فقر الدم بين النساء بمقدار الثلث.
  - التخلص كلياً من الاضطرابات الناتجة عن نقص فيتامين "أ" واليود.
  - نشر المعرفة بين العائلات جميعها عن أهمية تقديم دعم المرأة في عملية إرضاع الطفل وسد حاجات الطفل الغذائية الخاصة خلال سنوات ضعفه.
  - القضاء على شلل الأطفال.
  - القضاء على كزاز المواليد بحلول عام 1990.
  - تحقيق تغطية تحصينية بنسبة 80% على الأقل ضد الكزاز للأمهات في سنوات الحمل مع المحافظة على هذه النسبة.
  - تخفيض معدلات وفيات الأطفال نتيجة الإسهال بمقدار النصف وتخفيض نسبة حدوث الأمراض الإسهالية بنسبة 20%.
  - تخفيض نسبة وفيات الأطفال نتيجة الالتهابات التنفسية الحادة بمقدار الثلث.
- فمع انعقاد هذا المؤتمر كان العالم يسوده حقيقتان أساسيتان، الأولى وهي وفاة 40 طفل يومياً بسبب سوء التغذية والأمراض ووجود 150 مليون طفل يعانون من اعتلال الصحة والنمو البطيء وحرمان 100 مليون طفل آخر تتراوح أعمارهم بين 6-11 سنة من الالتحاق بالمدرسة.

أما الحقيقة الثانية فهي أن الوسائل الكفيلة بإنهاء هذه الكارثة متوافرة وممكنة من الناحية العملية، وقد أسهمت التجارب والدراسات التي أجريت على نطاق واسع في كثير من الدول في زيادة قدرة العالم على فهم المشاكل وحلها<sup>1</sup>

### 1-6- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة 1994:

في سبتمبر 1994 استضافت القاهرة أكبر مؤتمر تم عقده على الإطلاق على مستوى الحكومات في دول العالم حول السكان والتنمية بحضور 11.000 مشارك يمثلون الحكومات ومنظمات ووكالات الأمم المتحدة المتخصصة والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات الغير حكومية ووسائل الإعلام.

وقد شارك أكثر من 180 دولة في المفاوضات لوضع اللمسات الأخيرة لبرنامج عمل المؤتمر في مجال السكان والتنمية.

ويتضمن عمل المؤتمر الذي تم اعتماده بالتركية في 13 سبتمبر 1994 استراتيجية تؤكد على الصلة الوثيقة بين السكان والتنمية وتركز على احتياجات الأفراد من النساء والرجال بدلا من التركيز على تحقيق الأهداف الديموغرافية، ويرتكز هذا النهج الجديد على تمكين المرأة وتوفير المزيد من الخيارات أمامها وذلك من خلال توسيع فرص الحصول على التعليم والخدمات الصحية وتطوير مهاراتها وتوفير فرص العمل، وأيضا من خلال مشاركتها الكاملة في وضع السياسات وعمليات صنع القرار على كافة المستويات، هذا ويعد الاعتراف بالحاجة إلى تمكين المرأة أحد أعظم الإنجازات لمؤتمر القاهرة الدولي، نظرا لأهمية هذا الأمر في حد ذاته من جانب وباعتباره عنصرا رئيسيا في تحسين نوعية الحياة للجميع من جانب آخر.

لقد تلقى مؤتمر القاهرة اهتماما إعلاميا كبيرا وهذا عائد للجدل المتعلق بشأن التأكيد على الحقوق الإنجابية، فالكرسي البابوي وعدة بلدان إسلامية بالدرجة الأولى كانت ناقدة قوية

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 2-3.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

للتوجيهات التي جاء بها هذا المؤتمر فيما يخص مسألة الإجهاض والممارسات الجنسية الحرة وطالبوا بتعديل هذه التوصيات المخالفة للشرع.

فمن بين الأهداف الرئيسية للمؤتمر الاهتمام بشريحة الأطفال وهذا من خلال العمل على تخفيض وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث أي حوالي 50 إلى 70 وفاة لكل ألف شخص بحلول عام 2000 وعلى جميع الدول بحلول عام 2015 أن تحقق معدلا أدناه 35 وفاة لكل ألف ولادة حية ومعدلا للأطفال دون سن الخامسة يكون 45 بالألف كحد أدنى.

كما شملت أهدافه تحقيق إمكانية حصول الجميع على التعليم والرعاية الصحية بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وخفض معدل وفيات الأمهات في مرحلة النفاس وعلاج الأمراض التي تنتقل جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة المكتسب والوقاية منه والحماية من العنف وتمكين المرأة وضمان إمكانية حصولها على التعليم والرعاية الصحية<sup>1</sup>

**1-7- مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000:**

بحلول عام 2000، ارتفع متوسط الأعمار من 47 عاما في أوائل الخمسينيات من القرن التاسع عشر إلى 65 عاما، لكن العديد من الدول فشلت في إحراز المكاسب الصحية التي ساهمت في زيادة الأعمار، وهدد وباء الإيدز بعكس المكاسب في المناطق التي تشهد انتشارا واسعا للإيدز وكان هذا دافعا لاحتواء ثلاثة أهداف ذات علاقة بالصحة في الأهداف الإنمائية التي تبنتها 189 دولة في عام 2000 وحددت موعد أقصاه 2015 للحصول على القائمة الكاملة للأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة والمؤشرات المصاحبة لها.

وللإشارة فإن التقدم نحو الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة كان أقل سرعة مما توقع واضعوا الأهداف الإنمائية للألفية وهناك مخاوف كبيرة مفادها أنه من دون وجود

---

1-صندوق الأمم المتحدة للسكان: "أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"، في: السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، دون ذكر السنة، ص ص 9-10.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

دافع مستدام ومتفق عليه لتوسيع سبل الوصول إلى التدخلات الأساسية أمام ملايين الأمهات والأطفال الذين لا تشملهم التدخلات حالياً، فلن يتحقق هامش كبير في هذه الأهداف خاصة في دول إفريقيا جنوب الصحراء<sup>1</sup>.

ومن بين الأهداف الإنمائية للألفية ما يلي:

- استئصال الفقر والجوع الشديدين والوصول إلى تخفيض نسبة الناس الذين يعانون الجوع إلى النصف بين 1990 و 2015.

- تحقيق التعليم الابتدائي.

- تعزيز المساواة بين الجنسين.

- تخفيض وفيات الأطفال والوصول إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بنسبة الثلثين بين 1990 و 2015.

- تحسين صحة الأم والوصول إلى تخفيض نسبة الوفيات إلى ثلاثة أرباع.

- مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسب والملاريا والأمراض الأخرى.

- ضمان الاستدامة البيئية وبالتالي تخفيض نسبة الأشخاص المحرومين من سبل الوصول إلى مياه صالحة للشرب ومرافق الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول 2015.

- تطوير شراكة عالمية<sup>2</sup>.

وفي السنوات الأخيرة عقد عدد من الاجتماعات رفيعة المستوى لمعرفة احتمالات تحقق الأهداف الإنمائية للألفية واستكشاف أفضل الممارسات والالتزام بتحقيق نتائج جيدة على المستوى القطري ودعم التعديلات المؤسسية وثيقة الصلة على المستويات القطرية أو الإقليمية أو العالمية.

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2008، مرجع سابق، ص 37

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 9.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

ومن الاهتمامات الرئيسية في هذه الاجتماعات التقدم في دول إفريقيا جنوب الصحراء وهي المنطقة التي تعاني أعلى معدلات لوفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وهي ذاتها المنطقة التي تحقق أقل قدر من التقدم نحو الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة. وتشير التوقعات الحالية إلى أن معدل الفقر في دول إفريقيا جنوب الصحراء، كما قيس حسب نسبة الناس الذين يعيشون على أقل من دولار يوميا ستصل إلى 40 بالمئة تقريبا في عام 2015، وفي بعض الدول راوحت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة مكانها بل وتراجعت، وتستمر وفيات الأطفال الناجمة عن الإيدز بالتزايد.

ورغم هذه الدلائل المثيرة للتشاؤم إلا إن هناك أملا من تجارب دول أخرى حققت نهجها المستهدفة انخفاضا كبيرا في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وفي السنوات الأخيرة أكدت عدة مراجعات شاملة لتدخلات بقاء الأطفال المبنية على الأدلة، أن التدخلات القائمة منخفضة الكلفة وتستطيع تجنب ثلثي وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وأكثر من نصف وفيات حديثي الولادة، وبالإضافة إلى هذا يمكن منع 88 إلى 98 بالمئة من وفيات الأطفال<sup>1</sup>.

### 1-8- إصدار وثيقة "عالم جدير بالأطفال" قمة 2002:

عقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة دورة خاصة حول الأطفال وتمثل هذه الدورة الاجتماع من نوعه لمناقشة قضايا الأطفال على وجه التحديد. وقد شاركت في هذه الدورة 190 دولة، كما شارك مئات الأطفال كأعضاء في الوفود الرسمية وألزم قادة العالم أنفسهم ببناء عالم جدير بالأطفال وهذا من خلال وضع مجموعة من الأهداف والاستراتيجيات والإجراءات.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 38.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

فمنذ انعقاد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل أقرت مؤتمرات القمة والمؤتمرات الرئيسية التي عقدتها الأمم المتحدة وعمليات استعراضها كثيرا من الأهداف والغايات المتعلقة بالأطفال، وتتم إعادة التأكيد عليها بشدة على الالتزام بتحقيق هذه الأهداف والغايات والإتاحة لهذا الجيل وللأجيال المقبلة من الأطفال الفرص التي حرم منها آباؤهم وكخطوة في اتجاه بناء أساس متين لبلوغ الأهداف الإنمائية الدولية لعام 2015 وأهداف مؤتمر قمة الألفية فقد تم عقد العزم على تحقيق الأهداف والمقاصد التي لم تتحقق فضلا عن تحقيق مجموعة متسقة من الأهداف والمعايير المرحلية خلال هذا العقد (2000-2010).

الأخذ في الاعتبار أفضل مصالح الطفل بتنفيذ الأهداف والاستراتيجيات والإجراءات التالية مع تطويعها بما يتناسب مع الحالة المحددة لكل بلد والحالات والظروف المتنوعة في مختلف المناطق والبلدان في جميع أنحاء العالم: وتتمحور الأهداف فيما يلي:

توفير الحياة الصحية، توفير التعليم الرفيع النوعية، الحماية من الإيذاء والاستغلال والعنف، الحماية من الصراعات المسلحة، مكافحة عمل الأطفال، القضاء على الإتجار بالأطفال واستغلالهم جنسيا، مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز<sup>1</sup>. الرؤية التصورية لهذه الوثيقة تكمل أهداف التنمية للألفية المنعقدة في عام 2000، وقد غدت تلك الأهداف التي ينبغي تحقيقها بحلول عام 2015، وتركز هذه الأهداف تركيزا قويا على الأطفال وتأمين حقوقهم<sup>2</sup>.

---

1- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): عالم جدير بالأطفال، معا من أجل الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، الأردن، ص 38.

2- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع الأطفال في العالم 2005، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2005، ص 7



### 1-9- أهم النتائج المحققة:

بالرغم من إظهار العديد من البلدان إمكانية إحراز تقدم، إلا إن هناك حاجة إلى تكثيف الجهود ويجب أن تستهدف هذه الجهود أيضا الفئات من السكان التي يصعب الوصول إليهم مثل أشد الفقراء فقرا والمحرومين بسبب الجنس أو العرق أو السن أو الإعاقة، إن التفاوت في التقدم بين المناطق الحضرية والريفية لا يزال مخيفا.

فإعلان ألما آتا رسم مساراً جديداً للصحة العامة، وحقق تقدماً جديداً بالاعتبار في كل أنحاء العالم النامي في ظرف ثلاثين سنة التي تلتها، وهذا فيما يخص مكافحة العديد من الأمراض الرئيسية بما في ذلك شلل الأطفال والحصبة وكذلك خفض وفيات الأطفال الأقل من شهر والأقل من خمس سنوات<sup>1</sup>.

فالوقاية من وفيات المواليد تحتاج إلى الرعاية الماهرة أكثر من احتياجها للتكنولوجيا، فهي تحتاج إلى أنظمة تدخل تتصف بالمرونة وسرعة الاستجابة، فصحة المواليد الجدد يمكن تحسينها عن طريق الممارسات التي لا ترتبط بها تكاليف مرتفعة، مثل حالات الولادة النظيفة، والترويج للرضاعة الطبيعية المبكرة والخالصة، وعن طريق أن تكون الأم بصحة جيدة عندما تلد.

ولقد تم تحقيق تقدم ملحوظ في هذا المجال من خلال تقديم تدخلات بسيطة اقتصادية الكلفة تعود بأثر إيجابي على صحة المواليد كاستعمال التحصين ضد الكزاز واستعمال الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية لمكافحة الملاريا والمغذيات الدقيقة التكميلية<sup>2</sup>.

كما شهد العالم تحقيق نتائج ملموسة خلال السنوات التي مضت على إقرار اتفاقية حقوق الطفل، فعلى سبيل المثال تحققت زيادات جوهرية في توفير السلع والخدمات الأساسية مثل

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2009، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2009، ص 26.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص ص 55، 56.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

التحصين ضد الأمراض، والناموسيات المعالجة بالمبيدات المضادة للبعوض، وأملاح التروية التي تعالج الجفاف عن طريق الفم والتي يحتاج إليها الطفل إذا ما أريد لهم أن يبقوا على قيد الحياة وأن يتمتعوا بالصحة.

ففي الفترة بين التسعينات وعام 200، انخفضت معدلات وفيات الأطفال بنسبة 11% وانخفض معدل انخفاض وزن الأطفال دون سن الخامسة من 32% إلى 28% في الدول النامية.

ولقد ساعدت المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال التي أطلقت عام 1988 على خفض عدد حالات الإصابة به من 350 حالة بالآلاف في ذلك العام إلى ما هو أقل من 700 حالة في نهاية عام 2003<sup>1</sup>.

كما بينت نتائج التقرير حول الأهداف الإنمائية للألفية 2011، إن هناك تحسن ملحوظ على مستوى كل الأهداف المرسومة، فبالنسبة لعامل الفقر والجوع الذي يهدد العديد من الناس خاصة في الدول النامية، فلقد انخفض عدد السكان الذين يعيشون على أقل من دولار يوميا من 1.8 بليون في عام 1990 إلى 1.4 بليون في عام 2005، وفي الوقت نفسه انخفض معدل الفقر من 46% إلى 27% في هذه المناطق.

رغم الانخفاض المحسوس في نسب السكان الذين يعيشون على دخل أقل من 1.25 دولار، إلا أنه ما زال عاملا واحدا من بين كل خمسة عمال يعيشون في فقر مدقع في جميع أنحاء العالم في عام 2009 وهذا الانخفاض في مستوى الدخل له انعكاسات كبيرة وضارة خاصة على فئة الأطفال من خمس سنوات، لأنها تؤثر على مدى بقائهم على قيد الحياة<sup>2</sup>.

رغم التقدم في الدول النامية ككل إلا أنه غير كاف لبلوغ الغاية المرجوة، فمعاناة الأطفال في هذه المنطقة يعود إلى عدم توفر الغذاء الجيد وممارسات التغذية الغير سليمة والنوبات

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع الأطفال في العالم 2005، مرجع سابق، ص 7.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 10.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

المتكررة للأمراض المعدية، كما أن عدم توفر المرافق الصحية المحسنة في أرجاء عديدة في هذه المناطق كان عاملاً بارزاً في تفشي أمراض سوء التغذية وهذا نتيجة النوبات المتكررة لمرض الاسهال، كما أن أكثر من ربع الأطفال في هذه المناطق يبلغ وزنهم أقل من 2500 غرام عند الولادة، وكثير من هؤلاء الأطفال لن يستطيعوا تعويض النقص الغذائي في المستقبل<sup>1</sup>. أما فيما يخص مستوى الوفاة عند الأطفال الأقل من خمس سنوات والذي يمثل الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، فلقد تم إحراز تقدم ملحوظ في الحد من وفيات الأطفال، فلقد انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة عالمياً إلى الثلث، أي من 89 حالة وفاة بالألف عام 1990 إلى 51 حالة عام 2011 لكل ألف ولادة حية بالرغم من النمو السكاني، إلا أن عدد وفيات الأطفال دون الخامسة قد انخفض من 12 مليون حالة وفاة عام 1990 إلى 6.9 مليون حالة عام 2011.

إن الانخفاض في معدلات الوفاة في الدول التي تمشي في الطريق الصحيح لتحقيق الأهداف الإنمائية، راجع إلى الأنظمة والسياسات الصحية في هذه الدول، التي أولت الصحة أهمية كبيرة لاعتبارها مؤشر هام من مؤشرات التنمية، ويتبين هذا من خلال الانفاق على نظم الرعاية الصحية فكل هذه الدول الصناعية تنفق ما يتراوح بين 5% و 10% من الناتج القومي الإجمالي.

حيث تسهم حكوماتها المركزية والمحلية في ميزانية الصحة باعتمادات مالية تتراوح ما بين 40% في الولايات المتحدة و 90% في النظم الاشتراكية والسويد وبريطانيا ونيوزيلندا<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2006، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2006، ص 20

<sup>2</sup> - لجنة حقوق الإنسان النيابية: الخطوة الوطنية لحقوق الإنسان "الحق في الصحة"، سلسلة الدراسات الخلفية، دون دار النشر، بيروت، 2008، ص 11

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

أما الدول التي ما زالت بعيدة على تحقيق الأهداف الإنمائية، فهذا راجع إلى التغيرات العديدة في المجال السياسي والاقتصادي، فالعديد منها يعيش في نزاعات مسلحة وحروب كما أن الكثير من سكان هذه المناطق يعيشون على أقل من دولارين، الشيء الذي أدى إلى تفاقم ظاهرة الفقر وانتشار الأمراض المختلفة، ضف إلى ذلك مخلفات الكوارث الطبيعية التي كانت قاسية جدا على سكان هذه المناطق<sup>1</sup>.

أما فيما يخص تحقيق الهدف السابع والذي يتمثل في كفالة الاستدامة البيئية، فإن العالم لا يزال بعيدا عن تحقيق هدف الصرف الصحي، إذ إن هناك ما يقرب 2.6 بليون شخص على الصعيد العالمي لا يستخدمون أي نوع من أنواع الصرف الصحي المحسن في عام 2008 ففي ذلك العام لم يستخدم حوالي 1.1 مليون شخص تقريبا أيًا من المرافق الصحية بأي شكل من أشكالها، ومارسوا التبرز في العراء، وهذا يشكل مخاطر صحية هائلة، ولا سيما بالنسبة للقطاعات الأكثر فقرا من السكان الذين هم أكثر عرضة للأخطار الناتجة عن التخلص من النفايات البشرية بطريقة غير ملائمة<sup>2</sup>.

---

1- منظمة الصحة العالمية، تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، يوليو 2012، ص ص 2-3.

2- الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2011، نيويورك، 2011، ص 54

### المبحث الثاني: السياسات والبرامج الصحية الموجهة للطفل في الجزائر

#### 1-تعريف السياسة الصحية:

يمكن تعريف السياسة الصحية بأنها تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها، ويتوجب على كل بلد أن يضع السياسة الصحية كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة وفي ضوء ما يتفرد به من مشكلات وإمكانات وظروف خاصة وهياكل اجتماعية واقتصادية وأجهزة سياسية وإدارية، ويمكن تحليل الأهداف والأولويات بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية والقدرة الاجتماعية والاقتصادية على معالجة هذه المشكلات.

وتقوم على أساس السياسة الصحية الاستراتيجية الصحية وتشمل على الخطوط العريضة للعمل المطلوب في جميع القطاعات ذات العلاقة لوضع تلك السياسة موضع التنفيذ، وينبغي للاستراتيجيات أن تأخذ بالحسبان أساليب ضمان اشتراك القطاعات الأخرى، وكذلك القدرات البشرية والاقتصادية والإدارية المتوفرة أو التي يمكن توفيرها لبلوغ الأهداف الوطنية التي حددتها السياسة الصحية، أما خطة العمل الوطنية فهي خطة رئيسية واسعة ومشاركة بين القطاعات لبلوغ الأهداف الصحية، وهذا عن طريق تنفيذ الاستراتيجية، وهي تشير إلى ما يجب القيام به، فهي تحتوي على المزيد من التفاصيل في البرمجة ورصد الميزانية والتنفيذ والتقييم<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> -نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي: طب المجتمع، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط منظمة الصحة العالمية،

أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، لبنان، 2005، ط02، ص ص 402، 403

## 2-البرامج والمراكز الصحية الموجهة للطفل:

كرست النصوص القانونية للبلاد مبدأ حق المواطنين في الحماية الصحية، وحتى ولو كان دستور سنة 1996 لا يشير صراحة إلى تكفل الدولة بحماية الأمومة والطفولة، فهو ينص في المادة 58 على أن " الأسرة تستفيد من حماية الدولة والمجتمع، ويذكر بالحق في حماية صحة المواطنين ومحاربة الأمراض الوبائية والمستوطنة ".

وبعد الاستقلال مباشرة شرع في تطبيق برامج التلقيح الشامل لحماية السكان من الأمراض واستئصال بعضها الآخر، كما تم وضع برامج تهدف إلى المتابعة المنتظمة للمرأة الحامل إلى غاية الولادة مما مكن من تسجيل تقدم ثابت حتى بداية التسعينات.

ويهدف حق الأم والطفل في التمتع بصحة جيدة وممكنة تضمنه الدولة عن طريق مجانية العلاج والاستشفاء مهما كان مستوى الدقة والتخصص إلى ما يأتي:

- توفير مساعدة طبية بتقريب المرافق من المواطنين.
- محاربة الأمراض وسوء التغذية.
- ضمان العلاج للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة.
- تطوير العلاج الوقائي حيث يسود التلقيح الإجباري.
- تقليص الوفيات عند الرضع والأطفال.

وهذه البرامج التي تجعل الدولة تتدخل بفعالية في تحقيق مبدأ المساواة تعكس اختياراتها الاجتماعية من خلال تقديم خدمات ملموسة لفائدة الأم والطفل معا، ومن ثم فإن جميع هذه الأعمال المستوحاة من المبادئ الإنسانية الراهنة، كانت تندرج في منظور يعتبر الحق في الصحة حقا ثابتا، وقد بلغ هذا الحق ذروته من خلال سياسة مجانية العلاج<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، الجزائر، الدورة السابعة 28-29 أكتوبر 1997، ص 2

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وفيما يخص صحة الأم والطفل، فقد شكلت حماية صحة الأم والطفل منذ سنة 1962 أحد أهداف السياسة الصحية للصحة العمومية، والتي مر تنفيذها عن طريق السياسة الوقائية وذلك عن طريق إنشاء شبكة من المراكز لحماية الأمومة والطفولة عبر كامل التراب الوطني حيث أن أول مركز لتنظيم الولادات تم فتحه في سنة 1967 بمستشفى مصطفى باشا والذي كان يهدف خاصة إلى العناية بصحة الأم والطفل بعد الولادة، حيث انتشرت هذه المراكز وارتفع عددها ليلبلغ 250 مركز سنة 1974<sup>1</sup> إلى 1962 سنة 1996، موزعة عبر كامل التراب الوطني، والتي بالإضافة إلى قيامها بتقديم خدمات التنظيم العائلي فإنها تهتم أيضا بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، وذلك عن طريق مراقبة الحمل ومتابعته والكشف عن أنواع الحمل التي تشكل خطرا على صحة الأم والقيام بالتلقيحات اللازمة ومتابعة الطفل حتى سن السادسة حيث أن هذه الخدمات تقدم بصفة مجانية<sup>2</sup>.

ولابد من الإشارة إلى أنه في سنة 1969 صدر مرسوم يرمي إلى إلزامية التلقيح ومجانيته، وهذه خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية، كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الأوبئة مثل السل من خلال إنشاء المراكز الخاصة لمكافحة مرض السل، ليصبح علاجه مجانيا، ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل وسوء التغذية، فضلا عن توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة والطفولة.

كما تم في سنة 1972 أخذ أول جرعات اللقاح ضد الشلل وهذا عن طريق الفم<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 9-10.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 30.

<sup>3</sup>-FARID CHAOUÏ et MICHEL LEGROS et Autre: Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, Avril 2012, p 48

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وهكذا إذن تأكدت مجانية نشاطات مراكز حماية الأمومة والطفولة بل أكثر من ذلك، فإن جميع الأعمال المرتبطة بمراكز الأمومة وخاصة بالأطفال الذين تصل أعمارهم إلى 16 سنة أصبحت مجانية تماما، وسمح إدماج نشاط منع الحمل في مراكز حماية الأمومة والطفولة بتوحيد المكان والمستخدمين وخاصة التكفل بالأم من طرف نفس الفريق الطبي في ميدان الإنجاب وكذا تباعد الولادات.

وفي نفس الفترة ذكر قانون الصحة الصادر في سنة 1976 بدور مراكز حماية الأمومة والطفولة والمتمثل فيما يأتي:

- 1 - تم ذكر الفحص السابق للزواج لكنه أخضع لإجراءات لاحقة.
  - 2 - كان الإجهاض الطبي مرخصا به في حالة تهديد خطير لصحة الأم أو حياتها.
  - 3 - خصصت فقرة للأطفال المحرومين من الأسرة، كما حددت بدقة حماية الأمهات العازبات واستشفائهن في الهياكل الصحية ووقاية المواليد الجدد المهملين، ومساعدة العائلات المتبنية والكفالة.
- أكد الميثاق الوطني (1976) حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء فيه " الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج".

كما دعم دستور 1976 هذا الحق في مادته 97 والتي تنص بأن " لكل مواطن الحق في الرعاية الصحية" وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية.



## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وللتذكير أنه في سنة 1983 أسند تنسيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي إلى كتابة الدولة للشؤون الاجتماعية، وفي سنة 1984 انطلق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال<sup>1</sup>، وكان هدف هذا البرنامج هو تخفيض نسبة وفيات الأطفال إلى 50 في الألف خلال 5 سنوات وهذا بواسطة ما يلي:

- التكفل بالطفل تلقائيا منذ حمله إلى ولادته مرورا بمراقبة فترة حمله.
- إنقاص النسبة المرضية.
- إنشاء عادات وردود فعل جديدة عند جميع المواطنين ومستخدمي القطاع الصحي العمومي.
- إن البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال يزودنا بالإطار الموافق وبطرق العمل اللازمة للقيام بهذا الكفاح، وتعتمد استراتيجيته على إقامة 8 برامج ثانوية يجب إدماجها كليا في مجموعة البنيات الصحية مع نهاية 1990، وعنوان هذه البرامج الثانوية كالتالي:
- مكافحة الأمراض الإسهالية.
- التلقيح.
- التغذية.
- تباعد الولادات.
- مراقبة فترة الحمل.
- مكافحة وفيات المواليد الجدد.
- مكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحادة والعقدية.
- نظافة الوسط.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، مرجع سابق، ص ص 5 - 6.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة العمومية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال جوان 1986، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية وحدة الرغبة، الجزائر، 1989، ص ص 7 - 9.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

إن التكفل الصحي بالأم والطفل يركز على الهياكل القاعدية ومستخدمي المصالح الصحية لا سيما مصالح الصحة العمومية بالرغم من التزايد المعتبر للهياكل التابعة للقطاع الخاص، وفيما يخص الموارد البشرية التي تم توفيرها في هذه الفترة نظرا لعودة الأمراض المعدية والأوبئة، ارتفع العدد الإجمالي للأطباء بانتظام إلى غاية سنة 1995 ليلبلغ 27.317 طبيبا، إلا أنه انخفض إلى 23.074 طبيبا في 31 ديسمبر 1996 (باستثناء الأطباء المقيمين).

تقدر النسبة الوطنية للأطباء مقارنة بعدد السكان بطبيب واحد لكل 1308 نسمة، وكانت الوضعية إلى غاية 1995/12/31 تتمثل كما يلي:

### 2-1- القطاعات الصحية:

تتوفر الولايات الثمانية والأربعون على 178 قطاعا صحيا تطابقا مع التقسيم الإداري القديم للدوائر، ويوجد ضمن هذه القطاعات الصحية 184 مستشفى في كل واحد منها مصلحة لطب النساء والتوليد ومصلحة لطب الأطفال.

وإلى جانب هذه المستشفيات يوجد 448 مركزا عموميا للأمومة مصنفة على النحو التالي:

- مراكز الولادة الملحقة بعيادة متعددة الاختصاصات وبمركز صحي.
- مراكز الولادة المستقلة التي تتوفر على 20 إلى 30 سرير انخفض عددها: فقد بلغ 84 مركزا سنة 1992، و64 مركزا سنة 1995 نتج عن ذلك خسارة 20 مركز ولادة بعد غلقها.
- يشتغل 115 أخصائيا في أمراض النساء و169 أخصائيا في طب الأطفال فقط في القطاعات الصحية البالغ عددها 178، وتتوفر هذه القطاعات على أقل من أخصائي واحد في أمراض النساء وأمراض الأطفال لكل قطاع صحي.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

- يبلغ عدد أسرة القطاعات الصحية في مصالح أمراض النساء والتوليد 5196 سريرا مقابل 10.074 في مراكز الأمومة، ويبلغ العدد الإجمالي لهذه الأسرة 5.270 سريرا، تشتغل بنسبة 44% وتعتبر نسبة ضعيفة، ويقدر عدد الأسرة في مصالح طب الأطفال بـ 4609 سريرا تشتغل هي الأخرى بنسبة 44.5% ويعتبر ذلك معدلا ضعيفا<sup>1</sup>.

نشير إلى عدد الأطباء الموجودين خلال الفترة 1962 - 1972 من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (01): عدد الأطباء في الفترة (1962 - 1972)

| السنة | عدد الأطباء |
|-------|-------------|
| 1962  | 342         |
| 1963  | 285         |
| 1964  | 288         |
| 1965  | 304         |
| 1966  | 364         |
| 1967  | 417         |
| 1968  | 461         |
| 1969  | 519         |
| 1970  | 611         |
| 1971  | 696         |
| 1972  | 784         |

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة، الجزائر، دون ذكر السنة، ص 108

الملاحظ من الجدول إن هناك زيادة في عدد الأطباء وهذا بفضل عملية الإصلاح التي قامت بها الجزائر، حيث انتقل العدد من 342 طبيب في سنة 1962 إلى 784 طبيب في سنة 1972 أي في غضون 10 سنوات.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 8 - 9.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وبلغ العدد 849 طبيب سنة 1975 ليصل إلى 1576 طبيب سنة 1986 وهو ما

يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (02): تطور عدد الأطباء في الفترة (1975-1986)

| السنة | عدد الأطباء |
|-------|-------------|
| 1975  | 849         |
| 1976  | 764         |
| 1977  | 866         |
| 1978  | 958         |
| 1979  | 1001        |
| 1980  | 1035        |
| 1981  | 1061        |
| 1982  | 1093        |
| 1983  | 1130        |
| 1984  | 1226        |
| 1985  | 1325        |
| 1986  | 1576        |

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة، الجزائر، دون ذكر السنة، ص

108

### 2-2- المراكز الاستشفائية الجامعية:

- يبلغ عدد المراكز الاستشفائية الجامعية 13 مركزا تحتوي على 19 مصلحة لأمراض النساء والتوليد وعددا مماثلا لمصالح طب الأطفال.

- انخفض عدد الأخصائيين في طب النساء والتوليد من 177 إلى 159 أخصائيا من سنة 1995 إلى 1996، وفي طب الأطفال ارتفع عدد الأخصائيين إلى 200 طبيبا بعد أن ضم إليهم أخصائي الصحة العمومية.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

- إلى جانب السلك الطبي، تتوفر المراكز الاستشفائية الجامعية على 131 مساعدة اجتماعية بالنسبة لجميع المصالح و 694 قابلة و 191 ممرضة مختصة في رعاية المواليد، ويضاف إلى ذلك 90 أخصائيا في علم النفس.

- يقدر عدد الأسرة في مصالح طب النساء والتوليد بـ 2026 سريرا، كما تبلغ نسبة شغل الأسرة 75.4%، وتقدر نسبة شغل الأسرة في مصلحة طب الأطفال بـ 66.7% بالنسبة لـ 1985 سريرا.

- يعمل في القطاع العمومي 369 أخصائيا في طب الأطفال مقابل 345 في القطاع الخاص.

- وفيما يخص تكوين الأطباء المتخصصين بصفة إجمالية فإن هجرة الأخصائيين من القطاع العمومي إلى القطاع الخاص مثير للتساؤل، فهي تشمل الأغلبية بالنسبة للأخصائيين في طب النساء والتوليد ونحو 41% بالنسبة للأخصائيين في طب الأطفال<sup>1</sup>.

والجدول التالي يوضح تطور المنشآت القاعدية للفترة (1991 - 1998)

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 10-12

الجدول رقم (03): تطور المنشآت القاعدية للفترة (1991-1998)

| المنشآت                | 1991  | 1993  | 1995  | 1998  |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|
| المستشفيات             | 263   | 267   | 251   | 245   |
| القطاع الخاص           | 191   | 195   | 202   | 201   |
| مراكز استشفائية جامعية | 53    | 53    | 28    | 13    |
| مؤسسات متخصصة          | 19    | 19    | 21    | 31    |
| مراكز صحية             | 1112  | 1131  | 1152  | 1126  |
| عيادات متعددة الخدمات  | 445   | 459   | 471   | 478   |
| قاعات العلاج           | 3618  | 3958  | 4174  | 3780  |
| عدد الأسرة             | 52728 | 52802 | 54213 | 53529 |
| دور الولادة            | 474   | 486   | 789   | 447   |

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة، الجزائر، دون ذكر السنة، ص 111.

وفي سنة 2005 عرف النظام الصحي تحسنا لكنه غير كاف، فبالرغم من المبالغ المرصودة للقطاع الصحي إلا أن الخدمات الصحية وخاصة ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة ناجعة وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية بين مناطق القطر الوطني، فهناك 10 ولايات تحتوي على مستشفيات وهناك طبيب مختص لكل 1300 نسمة، بينما تبقى 38 ولاية من الوطن لا تحتوي على مستشفيات ونجد عندها طبيب مختص لكل 5400 نسمة<sup>1</sup>.

بلغ عدد الأسرة في دور الولادة العمومية 419 سريرًا وذلك سنة 2008 لينتقل إلى 3200 سرير في 2010<sup>2</sup>

<sup>1</sup>-Mohamed Mebtoul : Article sur le system de soins algérien- ruptures et errance , el watan ,Alger, 22-01-2013, p3

<sup>2</sup>- الديوان الوطني للإحصائيات: حوصلة إحصائية (1962-2011) حول الصحة، الجزائر، دون ذكر السنة، ص 111.

### 2-3- مراكز حماية الأمومة والطفولة:

في الفترة الممتدة ما بين 1974 إلى 1990 قدرت بـ 475 مركزا، إلا أنه وفي الفترة الممتدة ما بين 1991 إلى 1996 انخفض العدد من 475 إلى 400، وهذا نتيجة الأعمال التخريبية والاضطرابات الاجتماعية التي مست الجزائر<sup>1</sup>.

إذن يتبين من فحص المعطيات المتوفرة أن الطفولة في الجزائر حظيت باهتمام كبير تجسد في السياسات والبرامج المختلفة التي حققت نتائج ملموسة في مجالات عديدة ومنها الصحة.

ولقد تكررت المحاولات الرامية إلى تأسيس إطار مؤسسي للتنسيق بين الفاعلين في مجال الطفولة بقصد وضع استراتيجية وطنية للطفولة، وفي هذا السياق تأسست لجنة وطنية سنة 1998 وبادرت بإعداد خطة وطنية لحماية الطفل وازدهار الطفولة، وفي نفس السياق عملت الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة منذ أكتوبر 2003 على تنظيم خمسة ملتقيات جهوية للطفولة وصولا إلى ندوة وطنية تكون تتويجا لمسار العمل الميداني ونضوج التفكير الرامي إلى إعداد استراتيجية وطنية للطفولة، وقد تبين من مساهمة الجزائر في المنابر الإقليمية والمؤسسات الدولية المعنية بقضايا الطفولة المبذولة في مختلف المجالات المتعلقة بالطفولة لا تظهر بالشكل المطلوب خصوصا بسبب نقص التنسيق على المستوى الوطني<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000، الدورة العلمية التاسعة عشر، منشورات المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الجزائر، نوفمبر 2001، ص 89.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، الجزائر، 18-19 فبراير 2007، ص ص 4-6.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

ومن أهم المبادئ التي تركز عليها الاستراتيجية المبادئ التي أقرتها المواثيق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان والطفولة التي صادقت عليها الجزائر، وخاصة منها حقوق الطفل والتي تبنتها وثيقة عالم جدير بالأطفال وهي كالتالي:

- مبدأ الاستثمار في العنصر البشري باعتبار أن التكفل بالطفولة استثمارا في المستقبل.
- مبدأ دور الدولة الفاعل في التكفل بالأطفال لضمان الحقوق المكفولة بحكم الدستور ووفقا للقانون.
- مبدأ اعتبار الأسرة الإطار الطبيعي لترقية حقوق الطفل وحمايته.
- مبدأ اعتبار ترقية الطفولة ورعايتها شأنا يهم الجميع، وتقع مسؤوليتها على عاتق الدولة والمجتمع معا.
- مبدأ عدم التمييز وشمولية الاستراتيجية الوطنية للطفولة من حيث الأهداف ونطاق التطبيق والوسائل بقصد تغطية كل احتياجات الأطفال في الجزائر دون تمييز أو تحديد من أي نوع كان ولجميع فئات الأعمار، وبصرف النظر عن أوضاعهم الاجتماعية أو الاقتصادية أو غيرها<sup>1</sup>.

أما أهداف الاستراتيجية الوطنية للطفولة في مجال الصحة فقد تجلت فيما يلي:

- برمجة 7 مؤسسات استشفائية متخصصة للأم والطفل في أفق 2009.

- استلام مركزين لجراحة القلب سنة 2007.

---

<sup>1</sup> - نفس المرجع ص ص 10 - 11.



- تحقيق نسبة التطعيم الكامل ضد الأمراض الشائعة 100%.
- خفض معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة.
- خفض وفيات الأمهات لدى الولادة.
- خفض معدل سوء التغذية لدى الأطفال دون الخامسة.
- خفض معدل انخفاض الوزن لدى الأطفال.
- خفض نسبة الأسر التي تفتقر إلى المياه الصالحة للشرب.
- خفض نسبة الأسر التي تفتقر إلى المرافق الصحية النظيفة.
- وضع برامج للطفولة المبكرة لتحسين النمو البدني والنفسي والاجتماعي والروحي<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 77.

### المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر:

إن المعطيات المتوفرة حول الطفولة في الجزائر حسب المجالات المختلفة تسمح بتقدير الوضعية الحالية وبقياس التطور الذي حصل في السنوات الأخيرة وبوضع أهداف محددة بالنسبة للمراحل المقبلة.

والجزائر مثلها مثل باقي البلدان النامية عرفت فيها الحالة الصحية تغيرات مختلفة تختلف باختلاف الحقبة التاريخية للبلاد.

فلقد ورثت البلاد من الاستعمار الفقر والحرمان وانتشار مختلف الأمراض الوبائية والمعدية مثل الملاريا والسل والكوليرا والتيفوئيد والإسهال وغيرها كانت نتيجة الظروف المعيشية السيئة التي كان يحياها أغلب الجزائريين ما أدى إلى تضرر شريحة الأطفال من هذا الوضع الكارثي وبالتالي الارتفاع في معدل الوفاة.

وتزامنا مع هذه الوضعية عمدت الدولة مباشرة بعد الاستقلال إلى الإصلاح في القطاع الصحي وأولت له الاهتمام باعتباره قطاع حيوي ومؤشر هام للتنمية بتركيزها على خفض معدل الوفيات لاسيما وفيات الأطفال.

حيث يعتبر معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) هو من أهم المؤشرات التي تعكس المستوى الصحي من رعاية طبية وتغذية وتطعيمات، كما يعتبر معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من المؤشرات الصحية المهمة التي تعكس الظروف الصحية والغذائية التي يمر بها الأطفال منذ الولادة وحتى انتهاء مرحلة الطفولة المبكرة<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): واقع الطفل العربي، التقرير الإحصائي السنوي، العدد 08، دار نوبار للطباعة، مصر، 2002، ص 104.

### 1- الوفيات والأمراض:

عرفت وفيات الأطفال انخفاضا ملحوظا منذ الاستقلال وخاصة في فترة الثمانينات، وهذا راجع للبرامج المتبعة (تحصين الأطفال وعلاج الإسهال) وتحسين مستوى المعيشة ونظافة المحيط وهذا من خلال توفير شبكات الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب، وعليه فقد انتقلت وفيات الأطفال الأقل من سنة من 200 بالآلاف سنة 1962 إلى 85 بالآلاف سنة 1980<sup>1</sup>

جدول رقم (04): يبين تطور معدل وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس من سنة 2004 إلى سنة 2009 (لكل 1000 ولادة حية).

| السنة \ الجنس | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009* |
|---------------|------|------|------|------|------|-------|
| ذكر           | 32.2 | 32.4 | 28.3 | 27.9 | 26.9 | 26.6  |
| أنثى          | 28.5 | 28.2 | 25.3 | 24.4 | 23.9 | 22.9  |
| المجموع       | 30.4 | 30.4 | 26.9 | 26.2 | 25.2 | 24.8  |

البيانات المعلمة بـ\* مأخوذة من مرجع: ONS Démographie Algérienne 2008 , Alger ,2008, № 520 , p4

البيانات الغير معلمة مأخوذة من مرجع: ONS: Démographie Algérienne 2009 , Alger ,2009, № 554 , p4

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معدل وفيات الأطفال الرضع سجل وتيرة انخفاض بطيئة خلال المدة (2004-2009)، حيث قدر التراجع بـ 0.7 نقطة من سنة 2006 إلى 2007، ثم من 2007 إلى 2008، بينما قدر التراجع بـ 0.4 نقطة من 2008 إلى 2009.

<sup>1</sup> -Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie: Quatrième conférence mondiale sur les femmes , rapport national , Beijing 4- 15 septembre 1995 , p 37

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وإذا ما عدنا إلى السيرورة التاريخية لوفيات الرضع، فإننا نجدها انخفضت انخفاضاً جلياً منذ الاستقلال من 142 في الألف في سنة 1970 إلى 84.72 في الألف سنة 1980 وإلى 51.1 في الألف سنة 2000، وهو ما يبرزه الجدول التالي:

**جدول رقم (05): يبين تطور معدل وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس من 1970 إلى 2000 (بالألف).**

| السنوات | معدل وفيات الأطفال<br>الرضع ‰ |       | المجموع |
|---------|-------------------------------|-------|---------|
|         | ذكور                          | إناث  |         |
| 1970    | 142                           | 141   | 142     |
| 1980    | 84.4                          | 85.06 | 84.72   |
| 1985    | 80                            | 76.57 | 78.3    |
| 1990    | 60                            | 55.5  | 57.8    |
| 1995    | 57.94                         | 51.68 | 54.87   |
| 1997    | 59.5                          | 53.66 | 56.64   |
| 1998    | 55.99                         | 50.61 | 53.35   |
| 1999    | 55.94                         | 51.6  | 53.81   |
| 2000    | 54.2                          | 47.8  | 51.1    |

**المصدر:** وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001، ص 11.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع كان مستمراً سنة تلو الأخرى.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهيمة به

كما أن انخفاض وفيات الأطفال (1-4 سنوات) كان مذهلاً بالمقارنة مع وفيات الرضع، بحيث انتقل المعدل من 88 في الألف سنة 1970 إلى 18 في الألف سنة 1980 ليصل إلى 9.2 في الألف سنة 1991 ثم 2.1 في الألف سنة 1996<sup>1</sup>.

وبفضل تراجع منحى وفيات الأطفال مقارنة بسنوات الثمانينات استمر تراجع الوفيات خلال التسعينات، وتحقق انخفاض بعشرة نقاط بين سنتي 1995 و2005، بانتقال معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من 45.7 لكل ألف إلى 34.5 لكل ألف.

أما حسب الجنس فيسجل انخفاض وفيات الفتيات على غرار ما هو معروف عالمياً، وللتوضيح كانت وفيات الفتيات سنة 2005: 28.2 في الألف في حين بلغت 32.4 في الألف عند الذكور<sup>2</sup>.

كما تبين أن وسط الإقامة عنصر من العناصر التي تتباين حسب معدلات الوفيات سواء الأقل من سنة أو الأقل من خمس سنوات، إذ أن مستواها في الوسط الحضري أقل منه في الوسط الريفي، فبالنسبة لمعدل الوفيات الأقل من خمس سنوات قدر بـ 35.0 بالألف في الوسط الحضري مقابل 43.2 بالألف في الوسط الريفي.

أما فيما يخص وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات نلاحظ إن هناك اختلاف وتناقض في الإحصاءات وهذا حسب اختلاف المصدر، فحسب النتائج التي جاء بها الديوان الوطني للإحصائيات فإن المعدل ينتقل من 72 بالألف سنة 1992 إلى 58 بالألف سنة 1996<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001، ص ص 10 - 12.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 25.

<sup>3</sup> - Médecine sans frontière: Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie, Belgique , 2° version , juillet 1999, p 69.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

أما حسب النتائج التي جاء بها (المسح MMI) لسنة 1989 فإن معدل الوفاة لنفس الفئة بلغ 50 بالألف، بينما (المسح MDG) لسنة 1995 فإن المعدل بلغ 52 بالألف، كما تتفاوت هذه النسبة بين الذكور والإناث والنتائج موضحة في الجدول التالي:

**جدول رقم (06): توزيع وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بالألف حسب المدة والجنس**

| المدة          | الذكور | الإناث | كلا الجنسين |
|----------------|--------|--------|-------------|
| MMI(1985-1989) | 52     | 46     | 50          |
| MDG(1991-1995) | 55     | 48     | 52          |

**Source:** OMS et UNICEF: Enquête nationale sur les objectifs de la mi- décennie MDG  
Algérie 1995 , Direction de la prévention , Alger, 1996, P 127 .

ومن أهم أسباب وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، حسب البيانات التي جاء بها المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 أن 23% من الأطفال قد عانوا الإسهال و 25% منهم عانوا من نوبات السعال وعانى 8% منهم من سعال مصحوب بصعوبة في التنفس، أما بالنسبة للأمراض المعدية فقد أظهرت النتائج أن 15% من الأطفال سبق إصابتهم بالحصبة<sup>1</sup>. أما حسب نتائج المسح ( MDG 1995 ) فإن أسباب وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فهي راجعة أساسا إلى المشاكل التنفسية الحادة بنسبة 15% وهذا بالنسبة للأطفال الذين كانوا في المستشفى سنة 1998 وإلى مشاكل أمراض الإسهال وهذا بنسبة 14.3% خلال نفس السنة وهذا حسب تصريح وزارة الصحة والسكان<sup>2</sup>

1-وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1992، ص 67.

<sup>2</sup>- نفس المرجع، ص 67

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

ويرجع الارتفاع في نسبة الإصابة بالإسهال في تلك الفترة الزمنية حسب المسوح إلى الاستعمال الضئيل لأملاح إعادة التمييه من طرف الأمهات، حيث بلغت نسبة الاستعمال 12% سنة 1987 و 15% سنة 1989 و 20% سنة 1992 و 26% سنة 1995، مع العلم أن 2/3 من الأمهات تعرفن الأملاح ولا تستعملنها<sup>1</sup>.

أما حسب النتائج التي جاء بها التقرير الوطني حول أهداف الألفية للتطور ( OMD 2005 ) فتبين النتائج أن الحالة الصحية للأطفال عرفت تطورا هاما وهذا من خلال الانخفاض في معدل الوفاة الراجع أساسا للسياسة الصحية المتبعة كتوزيع القطاعات الصحية على مستوى التراب الوطني وكذا رفع عدد الأطباء وعمال الشبه طبي وكذا برنامج التحصين والمباعدة بين الولادات لتحقيق الحياة الصحية للأم والطفل.

كما لوحظ أن أمل الحياة قد ارتفع عما كان عليه، فبعدما كان يقدر بـ 53.5 سنة في 1970 أصبح 74.8 سنة (73.9 سنة للرجال مقابل 75.8 سنة للنساء) سنة 2004<sup>2</sup>. ونشير أنه قد بلغ أمل الحياة سنة 1998 بـ 66.8 سنة للذكر و 69.4 سنة للإناث<sup>3</sup>. إن الإسهال الحاد أصاب 9% من الأطفال الذكور مقابل 8.6% عند الإناث، أما حسب عمر الطفل فهو يبلغ 10.1% عند الأطفال الأقل من 6 أشهر و 17.3% عند الأطفال 6-11 شهرا، وتتقص نسبة الإسهال عند الأطفال 48-59 شهر لتصل إلى 3.3%. كما تتأثر نسبة الإصابة بالمرض بوسط الإقامة، حيث بلغت 9.3% في الوسط الريفي مقابل 8.5% في الوسط الحضري.

<sup>1</sup> – MSP: Guide de prise en charge de la diarrhée chez l'enfant, Direction de la prévention , 2000 , p 18.

<sup>2</sup> –ONU: rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement , Algérie, juillet 2005, , p 49.

<sup>3</sup> – المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: مشروع التقرير حول: نظرة حول الإقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين والأطفال المحرومة من الأسرة، الدورة العامة السابعة عشر، الجزائر، ماي 2001، ص 23.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

أما عن نسبة الأطفال الذين تلقوا علاج ضد الإسهال فهي تقدر بـ 30.7% (18.5% استعمالوا أملاح إعادة التمييه مقابل 12.2% محلول معد في البيت)، كما أن نسبة استعمال العلاج تبلغ 30.7% في الوسط الحضري مقابل 29.7% في الريف، كما أن نسبة استعمال العلاج تزيد عند الأطفال في عمر 6-11 شهر بنسبة 34.6% (20.2% استعمال الأملاح و14.4% استعمال محلول معد في البيت) وتقل هذه النسبة في عمر 48-59 شهر حيث بلغت 17.4% (12.1% استعمال أملاح و5.3% استعمال محلول معد في البيت).

فنسب استعمال العلاج تزيد في المرحلة العمرية التي تزيد فيها نسبة الإصابة بالمرض، ويعود انخفاض نسبة الإصابة في المرحلة الأولى إلى الرضاعة الطبيعية الخالصة فهي وقاية للطفل من كل الأمراض، ولبن الأم لا يخضع للتلف كما يحمي الطفل تعامله المباشر مع ثدي الأم من الكثير من الجراثيم.

أما في المرحلة الثانية فيعود الانخفاض إلى المواد الغذائية المكمل للرضاعة، ففي الكثير لا تكون آمنة ولا تراعى شروط النظافة فيها، أما الانخفاض في المرحلة الثالثة يعود إلى تقوية الجهاز المناعي للطفل وبالتالي تقل نسبة المرض.

كما أن نسبة الإصابة بالإسهال تتأثر بالمستوى التعليمي للأم، فكلما انخفض المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة الإصابة، فلقد قدرت بـ 9.5% عند ذوات المستوى الابتدائي والمتوسط مقابل 6.8% عند ذوات المستوى الجامعي، وهذا له علاقة بتقديم العلاج اللازم للطفل، فالأمهات ذوات المستوى المنخفض تتغافلن كثيرا عن تقديم الدواء خاصة إذا رفضه الطفل، فلقد بلغت النسبة 78.3% عند ذوات المستوى الابتدائي مقابل 74.7% عند ذوات المستوى الجامعي.

كذلك فإن لعامل الثروة تأثير حيث كلما كانت الأسر فقيرة كلما قل استعمال العلاج، إذ هناك 77.9% من الأطفال الذين ينتمون إلى أسر فقيرة جدا لم يلقيين العلاج مقابل 72.3% من الأطفال يلقون العلاج ينتمون إلى أسر غنية جدا.



## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

أما فيما يخص الأمراض التنفسية فتبين نتائج المسح حسب تصريحات الأمهات أن نسب الإصابة بالمرض بلغت 6.1% (6.9% عند الذكور مقابل 5.2% عند الإناث)، أما حسب مكان الإقامة نجد: 6% في الحضر مقابل 6.3% في الريف وهي واسعة الانتشار في المناطق الشرقية للبلاد.

أما عن علامات المرض التي أدت بالأم إلى اصطحاب الطفل إلى المستشفى فهي ارتفاع درجة الحرارة وهذا بنسبة 80% من الحالات، ظهور حالات الإسهال عند 46.8%، ظهور علامات المرض في 39% وصعوبة في التنفس عند 35.8% وزيادة سرعة التنفس في 22% والبكاء الشديد في 18.9% وعدم الرغبة في الأكل في 18.2% من الحالات<sup>1</sup>.

أما حسب النتائج المستمدة من التقرير السنوي لمعهد الصحة العمومية لسنة 2010 (مصلحة التغذية) فإن عدد الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين كانوا متواجدين في المستشفى بلغ 197750 طفل بينما سجلت عدد الوفيات ضمن هذا العدد 8323 وفاة والنتائج مدونة في الجدول التالي:

---

<sup>1</sup> -MSP et ONS: Enquête national a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006 Rapport principal, Algérie, Décembre 2008 , p94

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

جدول رقم (07): توزيع الأطفال حسب سبب البقاء في المستشفى وسبب الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات لسنة 2010

| الأمراض          | البقاء في المستشفى |        | الوفيات |        |
|------------------|--------------------|--------|---------|--------|
|                  | العدد              | النسبة | العدد   | النسبة |
| الأمراض التنفسية | 47465              | 24     | 910     | 11     |
| أمراض الإسهال    | 25604              | 13     | 231     | 3      |
| أمراض أخرى       | 124681             | 63     | 7183    | 86     |
| المجموع          | 197750             | 100    | 8323    | 100    |

**Source :** INSP et MSP: programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguée chez l'enfant de 0 a 4 ans révolus , rapport annuel Année 2010 , juin 2011, p 3

من الجدول يتبين أنه تبقى الأمراض التنفسية السبب الأول وراء بقاء الأطفال في المستشفى بنسبة 24% ثم الإسهال بـ 13% وأمراض أخرى بـ 63% أما بالنسبة للوفاة فتبين أنه نت بين 8323 وفاة أي 4.21% كانت 11% سببها الأمراض التنفسية و3% سببها الإسهال أما 86% من الوفيات كان سببها أمراض أخرى.

أما الجدول التالي فيبين بقاء الأطفال في المستشفى وكذا تعرضهم لخطر الوفاة حسب الفئات العمرية.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

جدول رقم (08): توزيع الأطفال الذين كانوا في المستشفى والذين تعرضوا لخطر الوفاة حسب كل فئة عمرية من 0 يوم إلى 59 شهر لسنة 2010

| الفئات العمرية | البقاء في المستشفى |          | الوفيات |          |
|----------------|--------------------|----------|---------|----------|
|                | العدد              | النسبة % | العدد   | النسبة % |
| 0-6 أيام       | 55436              | 28.0     | 5543.1  | 66.60    |
| 7-28 يوم       | 12467              | 06.3     | 882.2   | 10.60    |
| 29 يوم- 4 أشهر | 27596              | 14.0     | 898.9   | 10.80    |
| 5-11 شهر       | 32761              | 16.6     | 482.8   | 5.80     |
| 12-23 شهر      | 27568              | 13.9     | 249.7   | 3.00     |
| 24-59 شهر      | 41922              | 21.2     | 266.3   | 3.20     |
| المجموع        | 197750             | 100      | 8323    | 100      |

**Source** :INSP et MSP: Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguës chez l'enfant de 0- 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010 , juin 2011, p 4 .

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه الارتفاع في نسب البقاء في المستشفى وكذا الوفاة لكنها تقل كلما تقدم الطفل في السن، حيث سجلت نسبة البقاء في المستشفى 21.2% بينما نسبة الوفاة بلغت 3.20% كأدنى نسبة.

ويعود سبب الارتفاع بالدرجة الأولى إلى العدوى والاختناق والتشوهات ونقص الوزن وكل ذلك يرجع لفترة الحمل وذلك بسبب عدم قيام الأم بالمراقبة الطبية المنتظمة، وعليه فقد بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين مراقبة طبية قبل الحمل بلغت 81% سنة 2002 مقابل 89.4% سنة

2006<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - اليونيسف بالجزائر: مخطط العمل الوطني للطفولة 2008-2015، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة،

الجزائر، 2008، ص 16

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وإذا ما أردنا تبين وضع وفيات الأطفال الرضع خلال المدة 1990 و2014 نجد أن معدلها قد عرف انخفاضا ملحوظا، حيث انتقل من 46.8% سنة 1990 إلى 22% في 2014، كما عرف تراجعاً ما بين سنتي 2013 و2014 مقدراً بـ 0.4 نقطة. كما أن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فقد شهد هو الآخر تراجعاً في نفس الفترة، حيث انتقل من 55.7% إلى 25.6%، كما عرف تراجعاً بين سنتي 2013 و2014 قدر بـ 0.5 نقطة حيث قدر بـ 25.6% سنة 2014 والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (09): معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات خلال الفترة (1990-2014).

| السنوات                          | 1990 | 2000 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| وفيات الأطفال الرضع              | 46.8 | 36.9 | 25.5 | 24.8 | 23.7 | 23.1 | 22.6 | 22.4 | 22   |
| وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات | 55.7 | 43   | 22.7 | 29   | 27.5 | 26.8 | 26.1 | 26.1 | 25.6 |

المصدر: المكتب الوطني للإحصاء والمديرية التقنية لإحصاءات السكان والتوظيف: ديموغرافيا الجزائر، الجزائر، 2014، ص 5.

إن انخفاض وفيات الرضع وكذا معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات كان نتيجة تحسن الظروف العامة للمعيشة والجهود المبذولة من طرف الدولة في مجال صحة الأم والطفل دون شك، وذلك بانتهاج سياسات وبرامج صحية كما كان أيضاً لحملات التوعية ومنظمة اليونيسف دوراً كبيراً في ترقية صحة الأم والطفل، كما لعب تطور التلقيح دوراً مهماً في ذلك.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

إن ظاهرة الوفيات تعتبر عنصرا من عناصر التغير السكاني إلى جانب الولادات، وفي هذا السياق فإن معدل الوفيات بدأ في الانخفاض خلال السبعينات، ولعل السبب الذي كان وراء ذلك هو إدخال الطب المجاني سنة 1974 مما ساهم في القضاء على بعض الأمراض الوبائية والمعدية إضافة إلى الاهتمام بالرعاية الصحية في المستشفيات، كل ذلك أدى إلى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة والذي يعتبر مؤشرا للوضعية الصحية وللتنمية في آن واحد ويعادل حاليا 69 سنة، أي ما يزيد عن 17 سنة مقارنة بسنة 1970 وبزيادة 11 سنة مقارنة بسنة 1980، ومن الملاحظ أن العمر المتوقع عند الميلاد أعلى عند النساء مما هو عليه عند الرجال<sup>1</sup>.

حيث بلغ 53.5 سنة في 1970 وأصبح سنة 1998 يقدر بـ 66.8 سنة للذكر و69.4 سنة للإناث ثم 74.8 سنة (73.9 سنة بالنسبة للرجال مقابل 75.8 سنة بالنسبة للنساء) سنة 2004<sup>2</sup>.

كما أن أمل الحياة عند الميلاد هو الآخر عرف تطورا ملحوظا إذ انتقل من 66.9 سنة في 1990 إلى 77.2 سنة في 2014، وهذا التطور موضح في الجدول التالي:

---

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000، مرجع سابق، ص 69.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: مشروع التقرير حول: نظرة حول الإقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين والأطفال المحرومة من الأسرة، مرجع السابق، ص 23.

جدول رقم (10): تطور أمل الحياة عند الميلاد في الفترة (1990 - 2014)

| السنوات                | 1990 | 2000 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| أمل الحياة عند الميلاد | 66.9 | 72.5 | 75.6 | 75.5 | 76.3 | 76.5 | 76.4 | 77   | 77.2 |

المصدر: المكتب الوطني للإحصاء والمديرية التقنية لإحصاء السكان والتوظيف: ديموغرافيا الجزائر، الجزائر، 2014، ص5.

هذا الارتفاع والتحسين في أمل الحياة إن دل على شيء فإنما يدل على تحسن القطاع الصحي نتيجة الإصلاحات التي عرفها هذا الأخير إلى جانب إعطاء اهتمام أكبر للأم والطفل على وجه الخصوص.

## 2-الوضع التغذوي:

2-1-سوء التغذية: قبل الشروع في معرفة ما الذي تعنيه سوء التغذية، لا بد من التطرق إلى مفاهيم أساسية لعناصر مهمة على النحو التالي:

أ-التغذية: هي علم دراسة مكونات ما يتطلبه جسم الإنسان من المواد الغذائية اللازمة، ومدى الاستفادة منها طبقا للعديد من المتغيرات.

ب-التغذية الصحية: هي التي تمد الجسم بسرعات حرارية كافية، والعناصر الغذائية اللازمة لوظائف الأعضاء وصحة الجسم.

ج-نقص التغذية: تعبير يستخدم لوصف العجز المتواصل عن الحصول على كمية كافية من الأغذية لتأمين حاجات الجسم من الطاقة أو غيرها من العناصر اللازمة للجسم.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وعليه فإنه في سوء التغذية يكون الغذاء من الناحية الكمية كافيا لتأمين الطاقة وقد يزيد عنها غير أنه في نفس الوقت يقصر عن توفير البروتين والفيتامينات والمعادن بكميات تؤمن الصحة الطبيعية والنمو والحيوية.<sup>1</sup>

ويعرف بأنه الحالة المرضية الناتجة عن نقص أو زيادة نسبية أو مطلقة في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية، بمعنى آخر هو الحالة التي يكون فيها الجسم عاجز في الحصول عن الموارد الغذائية كلها أو بعضها بسبب الفقر أو الجهل، أو هو عجز الجسم عن التمثيل والاستفادة من الأغذية المتناولة في بنائه والتي تجدد نشاطه بسبب المرض.

فسوء التغذية هو عدم كفاية استهلاك الفرد من البروتين والفيتامين والأملاح المعدنية إلى درجة كبيرة لا نستطيع إرجاعها إلى نقص الطعام فقط، ولكن إلى عدم المعرفة الكافية باحتياجات الجسم.<sup>2</sup>

بالرغم من التحسن الذي عرفته الأوضاع المعيشية منذ الاستقلال، إلا أن مشكل سوء التغذية لا يزال قائما، حيث انتقلت نسبة الصابة به من 60% سنة 1962 إلى 28% سنة 1975 ثم إلى 11% سنة 1987، لينخفض إلى 9.2% سنة 1992<sup>3</sup>

ويشير التقرير الصادر من اليونسيف 2008 إلى أن الآثار المدمرة لسوء التغذية تنتقل من جيل إلى الجيل الذي يليه تماما كما تنتقل فوائد التغذية الجيدة عبر الأجيال وإن توفر بداية تغذية قوية للطفل لها أثر يدوم طوال الحياة على نموه الجسدي والعقلي والاجتماعي، ويعمل

---

1- أحمد محمد عبد السلام محمد: التغذية الصحية السليمة، قسم الصحة وعلوم الحركة، كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود، الرياض، دون ذكر السنة، ص ص 4-5.

2 - جويعة عميرة: "عولمة سوء التغذية وأسبابها"، ب: مجلة الدراسات السكانية الاقتصادية، العدد الثامن، الجزائر، 2008، ص 47.

3 - Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie, op.cit., p 38

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

سوء التغذية على إضعاف جهاز المناعة في الجسم، مما يجعل الطفل عرضة للأمراض ويزيد شدة مرضه ويعيق تعافيه وشفاءه، والطفل المريض بدوره سرعان ما يصاب بسوء التغذية، وباستطاعة الأغذية التكميلية المغذية الملائمة لعمر الطفل إلى جانب توفير الرعاية الصحية الملائمة أن تكسر هذه الدائرة المفرغة.

ويشير تقرير "وضع الأطفال في العالم" الصادر من منظمة الصحة العالمية عام 1998 إلى أن تغذية صغار الأطفال حتى إتمام السنة الثالثة من عمر الطفل هامة جدا لأنها فترة النمو السريع، وتمثل فرصة فريدة لتزويد الطفل بأساس تغذوي مناعي قوي، فهي الفترة التي تتشكل فيها أجهزة جسم الطفل وأنسجته ودمه ودماعه وعظامه، كما تتشكل خلالها إمكاناته الفكرية والجسدية، فإذا كان الطفل يعاني من سوء التغذية خلال هذه السنوات المبكرة من الحياة، فإن الكثير من الضرر الذي يلحق به لا يمكن جبره أو استدراكه وإن الحل يكمن في الوقاية منه<sup>1</sup>

ولقد شكلت معرفة الحالة التغذوية للأطفال في الجزائر اهتمام الهيئات المختصة وتجسد ذلك من خلال إجراء العديد من الدراسات والمسوح، ففي هذه الأخيرة تم قياس الحالة التغذوية للأطفال بالاعتماد على ثلاث مقاييس أنثروبولوجية وهي الطول بالنسبة للعمر (وهو مؤشر لسوء التغذية المزمن) ويعرف باسم قصر القامة، أما المقياس الثاني فهو مقياس الوزن بالنسبة للطول (وهو مؤشر لحالات سوء التغذية الحادة الحديثة) ويعرف باسم النحافة، وأخيرا مقياس الوزن بالنسبة للعمر.

ويتم قياس مؤشر نقص الوزن سوء التغذية عبر التحقيقات الوطنية منذ انعقاد القمة الأولى للطفولة سنة 1990، وقد تم إجراء ثلاثة تحقيقات وطنية حسب المعايير الدولية المعروفة (MICS) بإشراف اليونيسف خلال السنوات 1995 و 2000 و 2006.

<sup>1</sup> - أحمد محمد عبد السلام محمد، مرجع سابق، ص 04



## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

### جدول رقم (11): تطور نقص الوزن حسب التحقيقات الوطنية.

| المؤشر بالنسبة لكل ألف | EDG 1995 | EDG 2000 | EDG 2006 |
|------------------------|----------|----------|----------|
| نقص الوزن المعتدل      | 10       | 06       | 03.7     |
| نقص الوزن الحاد        | 03       | 01.3     | 0.6      |

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، الجزائر، 18-19 فبراير 2007، ص 35.

ويجد هذا المؤشر تفسيراً لتحسنه في نتائج التحقيقات المتعلقة بالفقر والتي أثبتت تحسن المستوى المعيشي، حيث تراجعت فئة السكان التي تعيش تحت خط الفقر من 05.7% من السكان سنة 1995، مروراً بـ 03.1% سنة 2000 وصولاً إلى 02.7% من السكان سنة 2005 حسب التحقيق الذي أجري حول مستوى المعيشة وقياس الفقر<sup>1</sup>.

وفيما يلي نعرض أهم النتائج المتوصل إليها في هذا الجانب من خلال نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 والتي كانت كما يلي:

حوالي 18% من الأطفال دون الخامسة مصابون بقصر القامة أي أن أطوالهم تقل عن الطول الطبيعي للأطفال في نفس العمر، يزداد انتشار قصر القامة بين الأطفال الذين في العام الثاني من العمر وبين أطفال الريف والأطفال في المناطق الجنوبية، والأطفال الذين ولدوا في فترة إنجاب تقل عن سنتين.

فيما يخص النحافة بين الأطفال دون الخامسة، فقد اتضح أن أقل من 06% من الأطفال الذين شملهم المسح مصابون بالنحافة أي انخفاض أوزانهم بالنسبة لأطوالهم، كما تظهر النتائج أن

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 27.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

09% من الأطفال مصابون بنقص الوزن بالنسبة للعمر، هذا وتزداد نسبة نقص الوزن بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهرا وبين الأطفال الذين يقطنون المناطق الريفية ومناطق الجنوب والساحل، وبين الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين عن المسح وبين الأطفال الذين ولدوا بعد فترة إنجاب تقل عن سنتين<sup>1</sup>.

من جهته المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 جاء بالنتائج التالية:

19.1% من مجموع الأطفال يعانون من قصر القامة المتوسط والحاد (20.8% للذكور مقابل 17.5% للإناث)، في حين أن 06.8% يعانون من قصر القامة الحاد فقط (08.2% للذكور مقابل 05.4% للإناث).

وحسب سن الطفل فتتمركز أكبر نسبة من الأطفال الذين يعانون من قصر القامة الحاد عند الفئة 12 - 23 شهر، كما تبين أن 07.5% من الأطفال يعانون من النحافة و 04.6% يعانون من النحافة المتوسطة، وتتمركز أعلى نسبة للنحافة الحادة عند الفئتين 6 - 9 و 36 - 47 شهرا حيث تبلغ النسب على التوالي 03.6% و 04.6%<sup>2</sup>.

كما تشير البيانات إلى حدوث ارتفاع نسبي ما في نسبة الأطفال المصابين بنقص الوزن المتوسط والحاد حيث بلغت النسبة 10.4% بينما قدرت نسبة المصابين بنقص الوزن الحاد ب 02.5%، وترتفع نسبة النقص في الوزن بين الأطفال الذكور 11.9% وتتنخفض بين الإناث 08.9%، وتتناووت نسبة الإصابة بنقص الوزن حسب الفئات العمرية للطفل وتتمثل أقل نسبة

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 284.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002، ص 61-62.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

بين الأطفال دون الستة من العمر وأكبر نسبة بين الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 36 و47 شهرا<sup>1</sup>.

أما فيما يخص مسح (MICS3 2006) فإن النتائج تبين إن هناك تحسن ملحوظ في كل المؤشرات، حيث انتقلت نسبة الأطفال الذين يعانون من قصر القامة إلى 11.3%، أما نسبة المصابين بالحنك فبلغت 2.9%، أما نسبة الإصابة بنقص الوزن فبلغت 3.7%.

إن هذا التحسن ناتج عن حرص العائلات على تحسين الوضع الصحي لأطفالهم والاهتمام بالأغذية الصحية والملائمة وارتفاع الوضع المعيشي نتيجة خروج المرأة للعمل إلى جانب الرجل، فالعامل المادي لم يعد عائقا عند الكثير من العائلات رغم غلاء المعيشة.

أما بالنسبة لآخر الإحصائيات المستمدة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر MICS4 2012-2013 فإن نسبة التقزم بشكله المتوسط والحاد مقارنة بمسح 2006 قد ارتفعت من 8.3% إلى 11.7% بينما الانخفاض مسجل في مقياس نقص الوزن، وهذا دليل على تدهور الحالة التغذوية للأطفال الناتجة أساسا عن عدم اتباع حيثيات النظام الغذائي المتزن في عملية التغذية<sup>2</sup>.

وحسب الإحصاءات الصحية العالمية 2010 لمنظمة الصحة العالمية فإنه قد بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة القصار القامة 22.5% ما بين سنتي 1990 - 1999 و 15.9% ما بين 2000 - 2009.

أما فيما يخص الأطفال الناقصوا الوزن فقد بلغت 11.3% ما بين 1990-1999 و 3.7% ما بين 2000 - 2009<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 62-63.

<sup>2</sup> - MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête nationale par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012- 2013) , Rapport finale, Algérie, 2015 , p 64.

<sup>3</sup> - منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية 2010، جنيف، 2010، ص 103.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

كما اهتم تقرير معهد الصحة العمومية (INSP) لسنة 2010 بالجانب التغذوي، حيث بين أن نسبة الأطفال المصابين بقصر القامة بلغت 4.8% (3.7% في شكله الخفيف و0.9% في شكله المعتدل و0.2% في شكله الحاد)، أما بالنسبة للنحافة فلقد بلغت نسبة الإصابة بها 3.2% (2.7% في شكلها الخفيف و0.4% في شكلها المعتدل و0.1% في شكلها الحاد)، بينما نقص الوزن فبلغت نسبة الأطفال المصابين به 5% (4.2% في شكله الخفيف و0.7% في شكله المعتدل و0.1% في شكله الحاد).

لقد بينت نتائج هذا التقرير إن هناك تحسن مستمر في مشكل سوء التغذية مع نقص في حدته وارتفاع نسبة الشكل الخفيف له.

فيما يخص نقص الوزن على سبيل المثال فإن أكبر نسبة مثلتها الفئة العمرية 12-23 شهر وهذا بنسبة 5% في شكله الخفيف مقابل 0.6% في شكله المتوسط مقابل 0.08% في شكله الحاد، أما فيما يخص قصر القامة فإن أكبر نسبة مثلتها نفس الفئة العمرية وهذا بنسبة 4.4%، أما الشكل المعتدل والحاد كانا كما يلي: 0.9% و0.1%، أما بالنسبة للنحافة فإن أكبر نسبة مثلتها الفئة العمرية 24-35 شهر بـ 3.5% في شكله الخفيف و1.0% في شكله المعتدل وأخيرا 0.1% في شكله الحاد<sup>1</sup>.

من جهة أخرى نجد الكثير من الأسر وصلت إلى الإفراط في تقديم أنواع مختلفة من الأطعمة للطفل، الشيء الذي أدى إلى ظهور مؤشر آخر لسوء التغذية ألا وهو "السمنة" وهو يحدث نتيجة عدم اتباع النظام الغذائي الصحيح.

---

<sup>1</sup>– INSP et MSP: Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infection respiratoires aiguës chez l'enfant de 0– 4 ans révolus, rapport annuel Année 2010 , Algérie , juin 2011, p 5

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

والتغير في هذا المؤشر حسب النتائج التي جاء بها مسح Algérie MICS3 2006 موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): التغير في نسب الزيادة في الوزن في شكله المتوسط والحاد حسب المتغيرات التالية: الجنس - مكان الإقامة والعمر بالأشهر.

| المتغيرات     | نسب الزيادة في الوزن % |
|---------------|------------------------|
| الجنس         | ذكر 8.5                |
|               | أنثى 10.1              |
| مكان الإقامة  | حضري 10.5              |
|               | ريفي 7.9               |
| العمر بالأشهر | أقل من 6 أشهر 15.8     |
|               | 6 - 11 شهر 12.6        |
|               | 12 - 23 شهر 14.9       |
|               | 34 - 35 شهر 6.3        |
|               | 36 - 37 شهر 5.5        |
|               | 48 - 59 شهر 5.5        |

**Source :** MSP et ONS: Enquête national a indicateurs multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal Décembre 2008 , p 65.

يتبين لنا من الجدول أن مشكل الزيادة في الوزن بلغ نسبة 9.3% في شكله الحاد والمعتدل، حيث بلغ 10.1% عند الإناث مقابل 8.5% عند الذكور، كما أن أعلى نسبة نجدها عند الفئة الأقل من 6 أشهر بنسبة 15.8% وهي الفئة الأكثر تضررا وكذا الفئة العمرية 12-23 شهر بنسبة 14.9%.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

إن ارتفاع نسبة الزيادة في الوزن عند الفئة العمرية الأقل من 6 أشهر يعود إلى الولادة بوزن مرتفع وهذا لعدم مراعات الجانب التغذوي في فترة الحمل من قبل الأم أو لإصابتها بأمراض مزمنة مثل السكري، كما قد يعود إلى عدم تقيد الأم بالرضاعة الطبيعية خلال الستة أشهر الأولى واعتمادها على الحليب الاصطناعي.

### 3-الرضاعة الطبيعية:

كما تطرق المسح الجزائري لسنة 1992 إلى الرضاعة الطبيعية وجاء بالنتائج التالية:

3/1 فقط من الأطفال استفادوا من الرضاعة الطبيعية، وأن الفئة العمرية الأكثر استفادة من الرضاعة الخالصة هي الفئة الأقل من 3 أشهر بنسبة قدرت بـ 86.8%، وحسب الجنس فلقد بلغت 90.2% عند الإناث مقابل 84.1% عند الذكور، أما حسب مكان الإقامة فقد بلغت 92.9% في الريف مقابل 78.5% في الحضر.

كما تبين انخفاض نسبة الرضاعة الطبيعية كلما تقدم الطفل في السن حيث بلغت 15.5% في حدود عامين.

وتجدر الإشارة إلى الأسباب التي منعت الأطفال من الاستفادة من الرضاعة الطبيعية حسب النساء إلى فقدان الأم للحليب وهذا بنسبة 36%، مرض الأم بـ 16%، وهناك اختلاف حسب مكان الإقامة حيث نجد 13% في الريف مقابل 20% في الحضر، إضافة إلى وجود أسباب أخرى كرفض الطفل بنسبة 6.5%، مرض الطفل بـ 5.7%، وفاة الطفل بـ 11.0%، مشكل الحلمة بـ 5.0%<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> -MSP et ONS: Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, LEA, rapport préliminaire, Algérie, juin 2004, p p 102- 103

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

ولقد أثبتت النتائج التي جاء بها المسح MDG 1995 أن نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية بلغت 56% لمدة قدرت بأربعة أشهر فقط التي تلي الولادة وهناك تباين كبير بين الإناث والذكور وبين المناطق الريفية والحضرية.

كما بينت النتائج أن 25% من الأطفال فطموا عن الرضاعة الطبيعية قبل سن الثلاثة أشهر، والملاحظ أن الفطام المبكر وجد في الشمال أكثر من الجنوب<sup>1</sup>.

وحسب المسح الجزائري EDG 2000 فإن نسبة الأطفال الذين استفادوا من الرضاعة الطبيعية وقت إجراء المسح بلغت 74.2% في السنة الأولى من العمر و40.8% في السنة الثانية من العمر، وبالتالي الملاحظ انخفاض الرضاعة الطبيعية بتقدم عمر الطفل.

وبلغ متوسط الرضاعة الطبيعية للأطفال الأقل من 6 أشهر 81.8% (94.5% للأطفال الأقل من 3 أشهر و70.4% للأطفال الذين ينتمون للفئة العمرية 3-5 أشهر)، أما بالنسبة للأطفال من سن 6 إلى 11 شهر فقد قدرت بـ 65.5%، والأطفال من 12 إلى 17 شهر بلغت 54.3% وأخيرا من 18 إلى 23 شهر بـ 27.8%.

كما جاء المسح حول صحة العائلة 2002 بالنتائج التي تبين المدة المتوسطة للرضاعة الطبيعية 12.8% (13.11% بالنسبة للحضر مقابل 12.7% في الريف)، وأن الأمهات على دراية تامة بأهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة لحياة وصحة الطفل، حيث نجد أن 91.1% من النساء أرضعن أطفالهن طبيعيا، لكن الاختلاف بينهم يكمن في مدة الإرضاع فنجد 30.3% أرضعن أطفالهن لمدة أربعة أشهر فقط و44.4% لمدة أكثر من 12 شهر.

<sup>1</sup> – Médecine sans Frontière, op.cit., pp 77 , 78.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وقدّرت نسبة العزوف عن الإرضاع طبيعياً 8% والأسباب التي كانت وراء ذلك تكمن في نقص أو عدم توفر الحليب بنسبة 42.9%، مرض الأم بنسبة 11.7% و9.7% رفض الطفل الإرضاع، مشكل الحلمة في 7.5% من الحالات<sup>1</sup>.

من جهته توصل المسح الوطني MICS3 2006 إلى أن نسبة الأطفال الأقل من 6 أشهر الذين استفادوا من الرضاعة الطبيعية قدرت بـ 6.9% وهي تزيد في المناطق الريفية عن الحضرية بنسبة 7.2% مقابل 6.7%، كما تتخفّض نسبة الرضاعة الطبيعية عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع بنسبة 3.1%<sup>2</sup>.

أما المسح الأخير MICS4 2012-2013 بين أن 26% من الأطفال الأقل من 6 أشهر استفادوا من الرضاعة الطبيعية و27% بالنسبة للأطفال من 20 إلى 23 شهر، كما تزيد ممارسة الرضاعة الطبيعية في الشمال الشرقي للبلاد بنسبة 38%، بينما قدرت في الوسط بـ 11%، كما بين المسح العلاقة بين المستوى التعليمي للأمهات والإقبال على الرضاعة الطبيعية وعليه وجد أن 54% عند ذوات المستوى التعليمي المنخفض و51% عند ذوات المستوى التعليمي العالي<sup>3</sup>.

ما هو ملاحظ من خلال ما سبق أنه بالرغم من ارتفاع المستوى التعليمي بالمقارنة مع السنوات السابقة لو عدنا للسيرورة التاريخية وتحسن المستوى المعيشي للأسر إلا أن قلة الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة للطفل والأم معاً أدى إلى تراجعها رغم مناداة المنظمات التي تعنى بالطفولة بممارستها منذ الساعات الأولى من ولادة الطفل وكذا المجهودات المبذولة من طرف

---

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 65 - 66.

<sup>2</sup> - MSP et ONS: Enquête nationale a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006, op.cit. , p 68.

<sup>3</sup> - MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête nationale par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012- 2013) , op.cit. , p 64.



## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

الهيئات المختصة محليا، لذلك لابد من الزيادة في نشر الوعي عن طريق حملات التوعية لأنه لا غنى عن حليب الأم.

### 4-التحصين ضد الأمراض:

التحصين يقلل من تعرض الأطفال للإصابة بالأمراض خاصة المعدية منها حيث عملت التغطية التحصينية على حماية أرواح العديد من الأطفال منذ بداية تنفيذ البرنامج التحصيني سنة 1974.

لقد ساهم انطلاق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال سنة 1984 في انخفاض المعدلات، بحيث من خلاله اهتمت الدولة بتلقيح الأطفال حيث أصبح التلقيح ضد الحصبة إجباريا سنة 1985 هذا بعدما كان في سنة 1969 اللقاح المضاد لأمراض السل واللقاح المضاد للجذري إجباريين شأنهما شأن اللقاح ضد الدفتيريا والكزاز وشلل الأطفال والسعال الديكي.

بالإضافة إلى الدور الذي لعبته مراكز حماية الأمومة والطفولة، فقد شكلت حماية صحة الأم والطفل منذ 1962 أحد أهداف السياسة الصحية العمومية، حيث أقيمت شبكة من مراكز حماية الأمومة والطفولة عبر التراب الوطني وكانت تتمثل مهامها كما هو الشأن في سائر أنحاء العالم في متابعة الحمل والكشف عن أنواع الحمل التي تشكل خطرا والتوجيه نحو مصالح التوليد، ومراقبة الأم والرضيع بعد الولادة والتلقيحات ومتابعة الطفل حتى بلوغ سن السادسة، وكانت جميع هذه الخدمات تقدم مجانا<sup>1</sup>.

إذن إن الحرص على تحصين الأطفال من أمراض الطفولة بالتطعيمات الأساسية هو من أهم جوانب الرعاية الصحية للأطفال، لذلك كان من بين أبرز اهتمامات السلطات لما له من آثار

---

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 4 - 5.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

إيجابية على صحة الطفل، وباعتباره من العوامل الأساسية التي ساهمت في خفض معدل وفيات الأطفال، وكل ذلك يبرز من خلال التحقيقات التي أقيمت على مستوى التراب الوطني. ولقد كانت النتائج في مجال التغطية التحصينية من خلال التحقيقات التي أجريت كما يلي:

**بالنسبة للتحقيق الوطني لسنة 1989** بينت نتائجه أن:

- 94.6% من الأطفال لديهم دفتر صحي.
  - 73.4% قد طعموا تطعيما كاملا.
  - 90.3% تم تلقيحهم ب BCG (ب.س.ج).
  - 83.4% من الأطفال أخذوا الجرعات الثلاثة.
  - 76.5% من الأطفال تم تطعيمهم ضد الحصبة.<sup>1</sup>
- من جهته اهتم المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 بهذا الجانب وكانت نتائج ذلك:

- معظم الأطفال دون الخامسة من العمر سبق تطعيمهم ونسبة 4% من الأطفال من لم يسبق تطعيمهم، وتبين وجود علاقة عكسية بين الذين لم يسبق لهم التطعيم والمستوى التعليمي للأمهات.

88% من الأطفال قد طعموا بالجرعة الأولى من المصل الثلاثي وشلل الأطفال، و 83% بالجرعة الثانية و 79% بالثالثة.

95% من الأطفال دون الخامسة من العمر قد طعموا ضد الدرن الرئوي.

74% قد طعموا ضد الحصبة.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> - Ministère de santé, Direction de la prévention: enquête sur la mortalité et la morbidité infantiles en Algérie 1985- 1989, rapport de synthèse , Alger , 1989 p 25

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص ص 84 - 72.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وتجدر الإشارة إلى أن عدم استكمال التطعيم أو عدم التطعيم يرجع إلى نقص الوعي لدى الأمهات عن أهمية التطعيم ضد الأمراض الفتاكة من جهة، ونقص مراكز التطعيم أو سوء التوزيع من جهة أخرى<sup>1</sup>، وقد كانت نتائج أسباب ذلك: بعد مكان التطعيم (23%)، عدم معرفة الأم بأهمية التطعيم (20%)، اعتقاد الأم بصغر سن الطفل (12%)، وعدم الإلمام بأهمية إعادة الزيارة لتناول الجرعات الأخرى (11%)<sup>2</sup>.

وحسب ما جاء في تقرير تحليل صحة الأم والطفل لسنة 1999 تبين النتائج أن نسبة التغطية الوطنية للتحصين لم تصل لمستوى 90% في جميع أنحاء الوطن لبقاء نسبة التغطية منخفضة في بعض المناطق، فمثلا في بعض ولايات الغرب هناك فقط نسبة 68% من الأطفال محصنون ضد الحصبة و74% محصنون ضد DTCP3 سنة 1998<sup>3</sup>.

كما تبين لنا من خلال المسح EDG 2000 إن هناك تحسن ملحوظ في نسب التلقيح مقارنة بنتائج المسح MDG 1995 بالنسبة للأطفال الذين ينتمون للفئة العمرية 12-23 شهر حيث بلغت نسبة التلقيح 82% بعدما كانت 73% (MDG 1995) وهذا قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول وقدرت بـ 87% مقابل 84% (MDG 1995) قبل بلوغهم عيد ميلادهم الثاني، فالطفل الملقح كليا هو الطفل الذي أخذ كل الجرعات قبل بلوغه عامين وهذا من خلال الاعتماد على دفتر التلقيح<sup>4</sup>.

من جانبه المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 جاء بما يلي:

- حوالي 97% من الأطفال (12-23 شهرا) لديهم دفتر صحي (99% في الحضر مقابل 96% في الريف).

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 84 - 85.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 285.

<sup>3</sup> - Médecine Sans Frontière :op.cit., P 78.

<sup>4</sup> - MSP et INSP: Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie , santé mère et enfant, Ed :EDG Alger 2000, Mix 2, Alger,2001 , P 104.

6.90% من الأطفال (12-23 شهرا) استكملوا تطعيمهم (90% لكلا الجنسين).

هذا فيما يخص البيانات المستقاة من الدفتر الصحي، أما حسب تصريح الأم فقد بلغت نسبة استكمال التطعيم لدى الأطفال (12-23 شهرا) 76.9% (78.5% للإناث مقابل 75.1% للذكور).

وبالاستعانة بالمصدرين معا، بلغت نسبة استكمال التطعيم لدى الأطفال (12-23 شهرا) 88.9% (91.2% في الحضر و86.1% في الريف).

ونشير هنا أن نسبة استكمال التطعيم للأطفال (12-23 شهرا) ترتفع كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات، إذ تبلغ 96.1% عند السيدات من المستوى الابتدائي مقابل 82.9% عند الأميات<sup>1</sup>.

أما تطعيم الأطفال الأقل من خمس سنوات بفيتامين (أ) تظهر النتائج أن:

3.46% من الأطفال تناولوا جرعة من فيتامين (أ)، وأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث، وهذه النسبة أكثر ارتفاعا في الحضر عنها في الريف، ولدى السيدات من المستوى التعليمي المتوسط (57.2%)<sup>2</sup>.

أما نسب التغطية حسب المؤشرات لسنة 2005 كانت:

-التطعيم ضد السل (BCG) 98%، التطعيم ضد السعال الديكي والشلل 96%، التطعيم ضد الحصبة 90.6%.

كما تم تعزيز برنامج التطعيم الموسع بإدخال تطعيم ضد فقر الدم (ب) عند الولادة، وبلغت التغطية في هذا المجال:

97% بالنسبة للنوع الأول (HBV1).

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 77 - 78.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 79.

92% بالنسبة للنوع الثاني (HBV2).

83% بالنسبة للنوع الثالث (HBV3).

وقد ترتب عن ذلك تراجع هذه الأمراض خلال السنوات الأخيرة<sup>1</sup>.

كما لا يفوتنا أن نتطرق إلى أهم النتائج في هذا المجال التي تضمنها التحقيق لسنة 2006 (MISC3) والتي كانت كما يلي:

- بلغت نسبة إكمال التطعيم عند الأطفال 88%.

- أما نسبة التغطية حسب المؤشرات بالنسبة للأطفال الذين يبلغون ما بين 12-23 شهر كانت كالتالي: التطعيم ضد السل (BCG) بلغ 99.2% في الحضر و 98.7% في الريف، أي بنسبة إجمالية مقدرة ب 90.5%.

- أما بالنسبة للتطعيم ضد فقر الدم عند الولادة فقد بلغت التغطية في هذا المجال: 89.9% بالنسبة للنوع الأول (HBV1)، 87.8% بالنسبة للنوع الثاني (HBV2)، 79.8% بالنسبة للنوع الثالث (HBV3)<sup>2</sup>.

الجدول التالي يبين التغطية التحصينية للأطفال من 0-59 شهر خلال فترات مختلفة.

---

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 24.

<sup>2</sup>-Ministère de la santé et de la population، Office Nationale des Statistiques: Enquête nationale a indicateur multiples misc3 Algérie 2006, op.cit, p p 9- 11.

جدول رقم (13): التغطية التحصينية للأطفال من 0-59 شهر خلال 1992-2002-  
2013-2006

| المسوح<br>اللقاح | *1992 | **2002 | ***2006 | ****2013-2012 |
|------------------|-------|--------|---------|---------------|
| BCG              | 97    | 99     | 99      | 98.3          |
| DTC3             | 89    | 96.3   | 94.8    | 91            |
| Polio            | -     | 90.6   | 93.9    | 90.5          |
| Rougeol          | 85.7  | 92.3   | 90.5    | 90.3          |
| Hépatite B3      | -     | -      | 79.8    | 89.1          |

المصدر: (\*) وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1992، ص

(\*\*) وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، جامعة الدول العربية، الجزائر، 2004، ص 79.

(\*\*\*) MSP et ONS: Enquête national a indicateurs multiples MICS3، Suivi de la situation des enfants et des femmes ALGERIE 2006، Rapport principal، Algérie، décembre 2008، p 82

(\*\*\*\*) MSP et UNICEF et UNFPA : enquête national par grappes a indicateurs multiple MICS4 (2012-2013)، rapport finale، Algérie، 2015، p 8

## 5-شبكات الصرف الصحي والمياه الصالحة لشرب:

البيئة هي الوسط الذي يعيش فيه الطفل فيتأثر بها وتؤثر فيه تأثيرا مباشرا لا سيما على صحته عن طريق إصابته بالعديد من الأمراض منها المعدية المتنقلة نتيجة عدم توفر شبكات الصرف الصحي وكذا تلوث المياه وهذا التلوث يختلف حسب مصدر المياه وطريقة تخزينه. ويعتبر الأطفال عادة هم الضحية الأولى للأضرار البيئية، سواء كانت هذه الأضرار ناتجة عن تلوث بيئي أو عن تدهور للموارد البيئية، وذلك نظرا لأن الأطفال يكونون في مرحلة التكوين ومن ثم يؤثر عليهم أي تلوث يتعرضون له ويصيبهم بالأضرار البالغة.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

والأسر الفقيرة هي أكثر الأسر التي يتعرض أطفالها بصورة كبيرة لهذه الأضرار وذلك نظرا للبيئة التي يعيشون فيها والتي تكون في الغالب عبارة عن مناطق عشوائية ضيقة ينتشر فيها التلوث من كل جانب سواء تلوث مياه الشرب أو الهواء الذي يحيط بهم أو حتى الطعام الذي يأكلونه وهذا يمثل نوع من الأضرار البيئية.

ولقد بينت نتائج المسح الوطني حول صحة الأم والطفل (1992) إن هناك علاقة بين العوامل البيئية وانتشار المرض، حيث لوحظ أن أمراض الإسهال هي الأكثر انتشارا بين الأطفال المقيمين في المنازل التي لا تحصل على مياه من شبكة عامة، فالكثير من العائلات خاصة في الريف مصدر مياه الشرب عندها هي الآبار وفي الكثير من الأحيان لا تكون معالجة. كما لوحظ أيضا أن الإسهال الحاد أكثر انتشارا عند الأطفال المقيمين في أسر تفتقر إلى مصادر صرف صحي، أما الأمراض التنفسية فهي تزيد في المدن عنها في الأرياف وهذا نتيجة لتلوث الهواء الناتج عن الازدحام وفضلات المصانع كالإسمنت والتبغ<sup>1</sup>.

كما اهتم المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002 بالعلاقة بين وفيات الأطفال وبعض خصائص المسكن ولا سيما المصدر الرئيسي لمياه الشرب وتوفر المسكن على شبكة الصرف الصحي وطريقة التخلص من القمامة، حيث بينت النتائج ان نسبة الوفاة تكون 29.8% عندما يكون مصدر المياه الشبكة العامة، في حين يرتفع إلى 39.9% إذا كان المصدر شيء آخر. أما بالنسبة للارتباط بشبكة الصرف الصحي فإن المعدل يبلغ 42.2% عندما تفتقر الأسر لشبكة صرف صحي بينما تنخفض النسبة إلى 29.4% عند توفر مرافق الصرف الصحي السليم<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 64.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 48.

## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

وفي مجال توصيل شبكات الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب ومدى استفادة السكان منها، فإن التزويد بالماء المحسن في تزايد في الفترة (2004-2005)، حيث بلغت نسبة السكان المستفيدين من الماء الصالح للشرب المحسن 85.1% منها 87.9% في المناطق الحضرية و81.6% في المناطق الريفية.

أما فيما يخص نسبة السكان الذين يستعملون وسيلة تصريف صحي محسن قدرت ب 92.7% منها 97.6% في الوسط الحضري مقابل 86.5% في الوسط الريفي<sup>1</sup>.

أن: MICS3 من جهته بين مسح 2006 .

85.1% من السكان موصولون بشبكة مياه محسنة تتوزع ما بين 87.9% في الوسط الحضري مقابل 81.6% في الوسط الريفي.

ونظرا لمعاناة السكان من انقطاع المياه العديدة يدفع العائلات إلى عملية تخزينها بهدف استهلاكها لاحقا، وعليه نجد 45.85% يستهلكون مياه موجودة في أماكن حفظ آمنة، (88.3% في الأماكن الحضرية مقابل 81.8% في الأماكن الريفية)، أما 11.7% من العائلات الحضرية لا تراعي شروط الحفظ مقابل 14.6% من العائلات الريفية، ما يؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض مثل الكوليرا والتيفوئيد، أما بالنسبة للتوصيل بشبكة الصرف الصحي السليم فإن 92.7% من السكان موصولين بشبكة صرف صحي (97.6% في الحضر مقابل 86.5% في الريف).

أتى بالنتائج التالية: MICS4 2012-2013 من جهته مسح

86% من السكان يستعملون مياه آمنة للشرب (87% في المناطق الحضرية مقابل 84% في المناطق الريفية) لتقدر ب 55% في المناطق الجنوبية.

<sup>1</sup> - اليونسف بالجزائر، مرجع سابق، ص 19.



## الفصل الثاني: الطفل بين المؤتمرات والقمم العالمية والسياسات والبرامج المهمة به

---

أما فيما يخص شبكة الصرف الصحي، بينت النتائج أن 95% من السكان موصولون بشبكة الصرف الصحي، 97% في الحضر مقابل 92% في الريف<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> -MSP et UNICEF et UNFPA: enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012-2013) , op.cit., p p 108- 116.

### خلاصة الفصل:

طفل اليوم هو رجل الغد فلا بد أن يحظى بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة لذلك انعقدت في شأنه العديد من القمم والمؤتمرات العالمية لتؤكد وتلح على الدول الأعضاء الوصول إلى مستوى متقدم في مجال صحته باعتباره الثروة الحقيقية لأي بلد وبه تقاس درجة تطور هذا الأخير.

حيث لعبت دورا هاما في النهوض بصحة الأطفال وهذا للتراجع والانخفاض الهام لوفيات الأطفال على الصعيد العالمي مع ظهور تفاوت بين مقاطعات ودول العالم، وهذا راجع للخصائص التي تميز كل دولة عن الأخرى، كالظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تعيشها، ومدى إعطاء الجانب الصحي أهمية في سياساتها الوطنية وحيازها على الاستقرار والامن الوطني، لكن هذا لا ينفي إمكانية رفع التحدي أمام هذه المعوقات باتباع مجموعة من الطرق والاجراءات من أجل بلوغ المرامي المسطرة في هذه المؤتمرات والقمم.

وبالرغم ما حققته الجزائر من مكاسب في المجال الصحي خاصة صحة الطفل مثل تخفيض معدلات الوفاة وسوء التغذية والوصول إلى تزويد الناس بمياه صالحة للشرب وتوفير شبكات الصرف الصحي إلا أن الوضع الصحي لا يزال بعيدا عن المستوى المطلوب فلا زالت معدلات الوفاة مخيفة ولا يزال العديد من الأطفال يتوفون نتيجة إصابتهم بمختلف الأمراض التي لازالت هي الأخرى تتخر أجسامهم الضعيفة إلى جانب معاناتهم من حالات سوء التغذية في ظل تراجع الإقبال على الرضاعة الطبيعية التي تبقى الغذاء المثالي للطفل خلال سنوات حياته الأولى بالرغم من إلحاح المنظمات العالمية التي تعنى بالطفولة على ضرورة الإقبال على حليب الأم لفوائده التي لا تعد ولا تحصى منها وقايته من الأمراض ومساهمتها في نموه نموا طبيعيا خال من جميع المشاكل الصحية.

## الفصل الثالث

دور الأسرة في الرعاية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيه

تمهيد

المبحث الأول: الأسرة بين تطور الأشكال والخصائص

1- الأسرة: تعريفها وتطور أشكالها.

2- اتجاهات دراسة الأسرة.

3- وظائف الأسرة.

4- الأسرة الجزائرية وخصائصها الاجتماعية

المبحث الثاني: الرعاية الصحية للأطفال

1- حقوق الطفل في الإسلام

2- احتياجات الطفل الأساسية ودور الأسرة في تلبيتها.

المبحث الثالث: العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للأطفال

1- العوامل ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي

2- تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للطفل

3- نظرة الأسرة للطفل

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

تمثل الأسرة والطفولة المجال الذي تظهر فيه الجهود التي يبذلها المجتمع برمته لتحقيق طموحات أي بلد في التقدم والرخاء لكل أبنائها.

ونظرا للعلاقة الموجودة ما بين الأسرة والطفل التي تعتبر المصدر الأول لنشأته ورعايته رعاية صحية بما تحمله الكلمة من معنى.

والمستوى الصحي الذي يبلغه الإنسان يعتمد على التفاعل بين الإنسان والبيئة، ويتضمن التفاعل مجموعة من العوامل ذات الطبيعة الجسمية والاقتصادية والتكنولوجية والاجتماعية والثقافية، وهكذا يمكن القول أن الحاجات الصحية تتسم بالتعقيد، كما يعتمد إشباعها الدائم في قدرة الإنسان للسيطرة على هذه العوامل لكي يؤثر تأثيرا إيجابيا.

وترتبط المشكلات الصحية للبيئة بتوفير المياه والتخلص من النفايات والفضلات والنوعية الرديئة من الإسكان، ومكافحة الحشرات الناقلة للعدوى وتلوث التربة والهواء والمياه، والممارسات الغذائية الصحية.

وتؤدي الثقافة دورا مهما في المجال الصحي، من حيث إنها تحدد بصورة جزئية الطريقة التي يدرك بها الناس بيئتهم ونوع الحياة التي يعيشونها، وهي تتسم بعبادات ومعتقدات تؤثر بدورها في العادات الصحية (المتعلقة بالنظافة) والممارسات الغذائية الشخصية ونوع الغذاء وطرق إعداد الطعام ونمط الإسكان<sup>1</sup>.

وحتى نبرز الدور الذي تلعبه هذه الخلية في حياة الطفل حاولنا التطرق في المبحث الأول تطور الأسرة وإظهار أشكالها ووظائفها، وكذا وظائفها وأخيرا خصائص الأسرة الجزائرية.

أما المبحث الثاني فأردنا أن نبين احتياجات الطفل الاجتماعية والثقافية، الاقتصادية وكذا الصحية من خلال التطرق إلى الرعاية الصحية لهم، وأخيرا العوامل المؤثرة في هذه الرعاية.

<sup>1</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 5

## المبحث الأول: الأسرة بين التطور والخصائص

### 1- الأسرة: تعريفها، وتطور أشكالها:

تعتبر الأسرة الخلية الأساسية للمجتمع، والبناء الاجتماعي الأول الذي ينمو ويتوسع فيه الطفل، ونظرا للعلاقة الموجودة بينه وبين الأسرة، فإن هذه الأخيرة هي التي تؤمن الحاجات الأساسية والرعاية الصحية اللازمة له رغم التطورات التي حصلت لها والأشكال التي اتخذتها.

لكن في بعض الأحيان والحالات تقع عائقا تحد من دور الأسرة اتجاه أطفالها، مما يجعلها لا تؤدي دورها على أكمل وجه.

**1-1- تعريف الأسرة:** تعتبر دراسة الأسرة في علم الاجتماع من أكثر الموضوعات التي نالت اهتمام أغلب الباحثين فيه، وقد عبر الكثيرون عن المكان الهام الذي تشغله الأسرة في المجتمع بطرق متعددة.

ولقد ظهرت خلال السنوات الماضية عدة تعريفات للأسرة تتجه جميعا إلى إبراز الارتباط الدائم بين الرجل والمرأة، وما يترتب عن ذلك من إنجاب ورعاية للأطفال والقيام ببعض الوظائف التي لم تسقط عن الأسرة في تطورها من صورة إلى أخرى بتغير المجتمع والثقافة<sup>1</sup>. فالأسرة هي اللبنة الأساسية التي يتشكل عليها بناء المجتمع السليم المتكامل، والأسرة عالم مليء بالمسؤوليات والواجبات التي يتحملها كل فرد من أفراد الأسرة كل ضمن طاقاته<sup>2</sup>.

ولقد عرفها **محمد عاطف غيث** (على أنها تلك الجماعة التي تقيم في مسكن واحد والتي تتركب من الزوج والزوجة والأولاد المتزوجين وأبنائهم، وغيرهم من الأقارب كالعمة والعم

<sup>1</sup> - محمد أحمد بيومي: أسس وموضوعات علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص ص 443 - 447.

<sup>2</sup> - أيمن سليمان مزاهرة، عصام محمدي الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، ص 124.

والأرامل الذين يقيمون في نفس المسكن ويعيشون حياة جماعية واقتصادية واحدة تحت إشراف رئيس العائلة<sup>1</sup>.

**1-2- تطور أشكال الأسرة:** مرت الأسرة بمراحل تطور متعددة فرضته ظروف المجتمعات البشرية وأوضاعها الاجتماعية والاقتصادية والدينية والتنظيمية بشكل عام، وقد كان لظروف المجتمعات تلك في كل فترة من فترات تطورها أثر واضح على تحديد طابع الأسرة وشكلها وتكوينها والوظائف التي تقوم بها، ونمط القرابة التي يميزها، ونظام الزواج الذي تنهض عليه الأسرة كرابطة أو كوحدة اجتماعية مميزة في نطاق المجتمع<sup>2</sup>.

إذن التقلص في حجم الأسرة من الممتدة أو الواسعة إلى الأسرة الزوجية من أهم مظاهر التحول والتغير الأسري المصاحب لعملية التحضر والتطور التكنولوجي، ولكون دراستنا مقتصرة على مجتمعنا، وهو مجتمع عربي إسلامي، فإننا نتطرق إلى أشكال الأسرة المنتشرة بكثرة، وأهم هذه الأشكال ما يلي:

**1-2-1- الأسرة الزوجية الممتدة:** ترى أغلبية الدراسات التي أجريت على الأسرة العربية بأنها (أسرة ممتدة مبنية على النظام الأبوي أي أن الانتساب فيها أبويا، ويقوم الزواج فيها كنظام اجتماعي إلى الميل بين الأقارب أكثر من غيره، وتسمح لتعدد الزوجات، أي بصفة عامة تتمركز السلطة فيها من حيث المكانة والمسؤوليات إلى الأب الذي هو القائد الروحي والمسؤول على الأسرة وإليه ينتسب الأولاد)<sup>3</sup>.

**1-2-2- الأسرة الأبوية المركبة (العائلة):** ويعرف بهذه العائلة المكونة من: الزوجين، الأبناء المتزوجين (الأبناء والأحفاد)، الأبناء غير المتزوجين، بعض الأقارب (غالبهم أقارب

<sup>1</sup> - محمد عاطف غيث، مرجع سابق، ص 414.

<sup>2</sup> - فادية عمر الجولاني: الأسرة العربية - تحليل اجتماعي لبناء الأسرة وتغير اتجاهات الأجيال، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 1998، ص 13.

<sup>3</sup> - محمد الحسن إحسان: العائلة والقرابة والزواج، دار الطليعة، بيروت، لبنان، دون ذكر السنة، ط1، ص 47.

للأب)، ويتحمل الأب مسؤولية الأسرة، وهذا النوع من الأسرة تفرضه بعض العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، كعدم حقبة الانفصال عن العائلة للابن عند الزواج، بالإضافة إلى من لم يسعفهم الحظ في الزواج من البنات (العانسات)، وكذا المطلقات أو الأرمال.

**1-2-3- الأسرة الأبوية البسيطة:** وتتكون من الزوج والزوجة والأطفال (العائلة الزوجية).<sup>1</sup> وتغير الأسرة الجزائرية من نموذج الأسرة الكبيرة الممتدة إلى نموذج الأسرة الزوجية -النوية - متصلة بالأسرة الكبيرة دون أن تنفصل عنها تماماً<sup>2</sup>، لأنها مازالت محافظة على أنماط وتقاليد تجمع بين خصائص الأسرة الحضرية الصغيرة الحجم والأسرة الريفية الكبيرة الحجم.

**2- اتجاهات دراسة الأسرة:** إن من بين أهم البحوث التي تطرقت في مواضيعها لدراسة الأسرة وقضايا الأطفال، هو توضيح مختلف العوامل والظروف التي تؤدي إلى قضاء وإشباع حاجات الأطفال والبحث عن أفضل حياة لهم، وذلك من خلال الكشف عن أهم المشاكل التي يتعرض لها الأطفال والسعي إلى توفير الرعاية والحماية اللازمة لهم وذلك في نطاق الأسرة. وفي هذا الصدد نتطرق إلى أهم النظريات التي اهتمت بالأسرة وقضاياها ألا وهي النظرية البنائية الوظيفية لصاحبها تالكوت بارسونز.

لقد اهتمت العديد من الدراسات الأنثروبولوجية والأبحاث الاجتماعية بموضوع الأسرة الإنسانية بشكل عام، باعتبارها وحدة اجتماعية هامة خاصة من ناحية تركيبها ووظائفها وتحولها التاريخي الذي عرف هو الآخر عدة أشكال لبنية الأسرة<sup>3</sup>، وتعتبر النظرية البنائية الوظيفية أحد الاتجاهات الرئيسية في علم الاجتماع المعاصر، وعندما تستخدم كإطار لفهم

<sup>1</sup> - مصطفى بوتقوشات، مرجع سابق، ص 316.

<sup>2</sup> - لطيفة طبال: "الأسرة والروابط الاجتماعية" ب: مجلة الروابط الاجتماعية في المجتمع الجزائري، فعاليات الملتقى الوطني الرابع لقسم علم الاجتماع المنعقد يومي 6-7 نوفمبر 2006، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2007 - 2008، ص 151.

<sup>3</sup> - علي الكاشف: التنمية الاجتماعية المفاهيم والقضايا، عالم الكتب، القاهرة، دون ذكر السنة، ص 105.

موضوعات الأسرة، فإنها تواجه متطلبات عديدة نظرا لتعدد الاهتمامات والموضوعات المتاحة داخل نطاقها مثل العلاقات بين الزوج والزوجة والأبناء وكذلك التأثيرات المنبعثة من الأنساق الأخرى في المجتمع الكبير<sup>1</sup>.

ويعتبر تالكوت بارسونز من المنظرين المعاصرين في مجال الأسرة، وقد شكلت هذه الأخيرة أحد المواضيع الرئيسية لديه، حيث نجده يعالج العديد من القضايا المتعلقة بهذه الوحدة البنائية الاجتماعية<sup>2</sup>، وقد ارتكزت هذه النظرية على المفهوم العام للثبات والذي يمثل بالنسبة لرائد هذه النظرية (بارسونز) التوازن المستقر، بحيث يمكن أن يكون النسق ثابتا أو متغيرا، فكل نظام يتكون من أجزاء ترتبط ببعضها البعض ولكل هذه الأجزاء وظيفة معينة ومحددة تحديدا دقيقا تؤديها من أجل البناء الكلي الذي تشكل منه، إذ تعمل من خلال هذه الوظائف إلى تدعيمه واستمراره، وإذا كان تصور أداء الوظائف بهذا الشكل فهذا معناه أن هذه الأجزاء هي التي تعمل بصورة تكاملية، بحيث يمكن للنسق أن يحقق التوازن عندما تؤدي الأجزاء المكونة لذلك وظائفها بفعالية، فنظام الأسرة يتألف من وحدات تقوم بوظائف محدودة كوظيفة الإنجاب، التكاث، التربية وغيرها، تؤدي في النهاية هذه الوظائف إلى تكامل النظام الكلي للأسرة التي تعمل داخل الإطار العام للمجتمع بكل أشكاله وأنواعه المتغيرة<sup>3</sup>، ويرى بارسونز كذلك أن التوازن بمثابة الطبيعة المركزية للأسرة، فالأسرة تعمل على ترسيخ وضع متوازن ومنسجم كتعويض على التأثيرات الخارجية، بمعنى آخر بارسونز يرى أن الاستقرار في بنية الأسرة هو المهمة الرئيسية للزوج والزوجة الأم، هذه المهمة تحددتها طبيعة الذكور والإناث من البشر ودور كل منهما، هذه المهام رسمت خطا تقسيميا ثابتا في داخل الأسرة ولكن أيضا

<sup>1</sup> - سناء الخولي: الزواج والعلاقات الأسرية، مرجع سابق، ص 116.

<sup>2</sup> - لطيفة طبال، مرجع سابق، ص 156.

<sup>3</sup> - علي الكاشف، مرجع سابق، ص 105.



في البناء الاجتماعي الكبير<sup>1</sup>، هذه الأسرة التي تعتبر أول خلية لتكوين المجتمع وأكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشاراً، وهي أساس الاستقرار في المجتمع ومصدر الرعاية والتنشئة لأفرادها، فهي تغرس كل القيم والمعايير الثقافية للأطفال<sup>2</sup>، وكذلك وحدة اقتصادية بحيث كانت تقوم بكل مستلزمات الحياة واحتياجاتها، فكان إنتاج الأسرة رهن باستهلاكها أي أنها كانت تقوم بكافة الوظائف الضرورية بداية من جمع القوت وتوفيره لأعضائها، والقيام بمستلزمات الحياة بمعنى آخر كانت وحدة اقتصادية وهيئة سياسية وإدارية وتشريعية وأيضاً هيئة دينية وتربوية، فكانت دويلة صغيرة تقوم بمختلف الوظائف التي يتطلبها النشاط العمراني، وقد ظلت الأسرة الإنسانية محتفظة بهذه الاختصاصات الواسعة في العصور التاريخية القديمة<sup>3</sup>.

إن أبرز الوظائف التي كانت تقوم بها الأسرة وفقدتها في الوقت الراهن بسبب الثورة الصناعية خاصة والتطورات والابتكارات والاختراعات الصناعية والتكنولوجية، جميع ساعد على ظهور جماعات وتنظيمات ومؤسسات نسقية داخل الهيكل الاجتماعي أخذت منها (الأسرة) العديد من الوظائف الجوهرية، فبعد التطور وظهور القرى والمدن أخذت تسلب من الأسرة وظائفها وأخذت تنشئ لكل وظيفة من الوظائف هيئة مستقلة<sup>4</sup>، فالوظيفة التربوية أخذتها المدرسة التي سحبت أبناء الأسرة وانتزعت منها وظيفة التربية والتعليم، وبفضل ما أنشأته المجتمعات من دور الحضانة ومراكز للرعاية والطفولة اغتصبت من الأسرة وظيفة رعاية الأطفال وكذلك حضانة الأولاد بفضل ما وضعته من نظم الحضانة وحلت محل الأسرة في القيام خاصة

<sup>1</sup> - محمد أحمد بيومي: علم الاجتماع العائلي دراسة التغيرات في الأسرة العربية، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، الإسكندرية، 2003، ص 70.

<sup>2</sup> - هدى محمود الناشف: الأسرة وتربية الطفل، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2007، ط01، ص 14.

<sup>3</sup> - عبد الهادي الجوهري: الأسرة والبيئة، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الإسكندرية، 1998، ص 15.

<sup>4</sup> - عمر معن خليل: علم اجتماع الأسرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، بيروت، دون ذكر السنة، ط01، ص 17.

بعملية التنشئة الاجتماعية<sup>1</sup>، بينما الوظيفة الاقتصادية فقد أخذتها الشركات والمعامل والمصانع الخاصة بإنتاج كل ما يحتاجه أفراد الأسرة من مأكّل وملبس ومشرب بعدما كانت تنتجها الأسرة بنفسها<sup>2</sup>، وبذلك أصبح نظام الصناعة هو المسؤول عن تحقيق مطالب الأسرة وبهذا تحولت وظيفة الأسرة كوحدة اجتماعية من الإنتاج إلى الاستهلاك .

إذن تأثرت الأسرة بصورة عامة بالتغيرات التاريخية والاجتماعية والاقتصادية والعمرانية التي مرت على المجتمعات في مختلف أنحاء العالم فتغير بناؤها وانكشفت وظائفها<sup>3</sup>.

كما طرق الاتجاه البنائي الوظيفي إلى أن البناء الاجتماعي للأسرة يشير إلى الطريقة التي تنظم بها الوحدات الاجتماعية والعلاقات المتبادلة بين الأجزاء كما يشير إلى أنماط التنظيم التي تختلف بصورة واضحة في أنحاء العالم إلا أن الأسرة على الرغم من هذا الاختلاف فإنها تكشف على نمط معين من التنظيم، كما أنها تؤدي إلى نتائج متكررة يمكن أن تشارك فيها مجتمعات متعددة، وباعتبار الأسرة بناء اجتماعي فإنها تقوم بعدة وظائف من خلال الدور الذي تلعبه في المجتمع ككل اتجاه أفرادها التي لا يمكن أن تقوم بها مؤسسات أخرى فهي التي تؤويهم وتمنحهم المكانة وتقوم بالتنشئة الاجتماعية والحماية والعطف<sup>4</sup>.

إذن عرفت الأسرة تغيراً من حيث بنائها ونمطها المسير لواقع المجتمع المعاصر وما يتبعها من تحولات في الوظائف المنوط بها، بحيث أدى هذا التحول البنائي الوظيفي التي كانت تتميز به الأسرة الممتدة التي كانت تقوم بوظائف أساسية ومنهجية في المجتمع يتم من خلالها إشباع حاجات أفرادها من الناحية الصحية والاجتماعية والثقافية... إلخ بروز وظهور نمط الأسرة النووية (الزواجية) التي تتميز بصغر حجمها ومحدودية وظائفها اتجاه أفرادها أو

1 - عبد الهادي الجوهري، المرجع السابق، ص 15 - 16.

2 - عمر معن خليل، المرجع السابق، ص 17.

3 - السيد رمضان، مرجع سابق، ص 69.

4 - سناء الخولي: الزواج والعلاقات الأسرية، مرجع سابق، ص 119 - 120.

المجتمع نتيجة فقدانها لكثير من وظائفها التقليدية التي انتقلت إلى مؤسسات أخرى في المجتمع مثل المدرسة والمصنع ودور الترفيه<sup>1</sup>.

ويرى ميرخوك Murdok أن عالمية وانتشار الأسرة النواة ترجع إلى أنها تقوم بوظائف رئيسية هي التنشئة الاجتماعية والتعاون والإنجاز، بالإضافة إلى العلاقات الجنسية<sup>2</sup>، في حين يرى تالكوت بارسونز أن وظائف الأسرة التقليدية تقلصت إلى اثنين:

1 - التنشئة الاجتماعية الأولية للأطفال التي من خلالها يصبحون أعضاء في المجتمع الذي ولدوا فيه.

2 - الاستقرار للأشخاص البالغين<sup>3</sup>.

وحين نتكلم عن فقدان الأسرة لوظائفها يتبادر إلى الذهن نظرية وليام أوبران الذي يرى أن الأسرة الممتدة التقليدية تقوم بوظائف أساسية في المجتمع هي الوظيفة التناسلية، الاقتصادية، التربوية، الترفيهية والدينية والوظيفة النفسية والاجتماعية والتي أصابها التفكك نتيجة فقدانها لكثير من وظائفها التقليدية التي انتقلت إلى مؤسسات أخرى<sup>4</sup> كما سلف ذكره.

من جهة أخرى يرى دركايم أن تحول الأسرة من جماعة واسعة إلى أسرة نووية راجع إلى التفاعل الذي يدخل فيه الفرد مع المحيط الاجتماعي وما يعرفه من تقسيم العمل<sup>5</sup>، فعلى سبيل المثال أدى عمالة المرأة المتزوجة وحصولها على أجر، إلى الرفع من مكانتها وجعلها تشعر بذاتها وقدرتها على أداء أدوارها خارج البيت واشتراكها مع الرجل في تصريف شؤون

1 - عمر معن خليل، مرجع سابق، ص 106.

2 - سناء الخولي: الزواج والعلاقات الأسرية، المرجع السابق، ص 120.

3 - بهاء الدين خليل تركية: علم الاجتماع العائلي، الأهالي للطباعة والنشر، دمشق، سورية، 2003، ط1، ص 126.

4 - سناء الخولي، الزواج والعلاقات الأسرية، المرجع السابق، ص 120.

5 - Andrée Michel: Sociologie de la famille et de Mariage, puf, paris, 1986, p 40

الأسرة، وكذلك بالنسبة للزوج فنتيجة لظروف العمل الجديدة بالمقارنة عما كان عليه في السابق جعلته يفقد كثير من سلطته في اتخاذ القرارات وتنظيم العلاقات<sup>1</sup> وغيرها من الأدوار. كما أشار فردريك ليبلاي في بحثه عن موضوع العائلة (الأسرة) إلى أن هذه الأخيرة هي من الوحدات الأساسية للحياة الاجتماعية لما تقوم به من وظائف حيوية لأفرادها، كما أن أسلوب حياتها يتأثر بالعوامل الإيكولوجية المحيطة بها، واعتبر أن التغير الاجتماعي الذي يشهده المجتمع هو تغير دائري وتسيطر عليه الرفاهية على المجتمع عندما يستطيع تركيبه الاجتماعي سد وإشباع الحاجات المادية والمعنوية للأفراد<sup>2</sup>.

إذن بالرغم من اتخاذ الأسرة لهذا النمط (النووي) إلا أنها بهذا المعنى الضيق والمحدد لتسميتها، إلا أنها ظلت مركز التماسل ومصدر الرعاية الأولية المباشرة، وعلى الرغم من أن الأشكال الخاصة لحياة الأسرة تختلف بدرجة كبيرة بين مجتمع وآخر فهناك وظائف عامة تقوم بها هذه المؤسسة في كافة المجتمعات<sup>3</sup>، وهو ما سنبرزه في العنصر التالي.

**3- وظائف الأسرة:** إن الوظائف التي تقوم بها الأسرة متعددة ومتنوعة نظرا للمكانة الهامة التي تحتلها في المجتمع على مختلف الأصعدة، لكن الوظائف التقليدية للأسرة عرفت تحولا كبيرا جعلت الأسرة المعاصرة تفقد الكثير منها نتيجة التحضر والتصنيع، فظهرت مؤسسات جديدة حلت محل الأسرة أدت إلى تقلص وظائفها وأصبحت تقتصر على بعض الوظائف. ورغم تعدد المؤسسات إلا أن الأسرة تبقى هي الأساس في تأدية الوظائف التالية:

**3-1- الوظيفة الجنسية:** تعتبر هذه الوظيفة من الوظائف الأساسية التي تقوم عليها الأسرة والتي تنشأ بين الزوجين من الإشباع العاطفي والجنسي لكليهما، ويلعب الاتصال الجنسي دورا هاما في تدعيم العلاقات الاجتماعية بين الزوجين مما يضمن استمرارية وظائفها، ويتم

<sup>1</sup> - عبد الهادي الجوهري، مرجع سابق، ص 25.

<sup>2</sup> - ميتشل دينكن، مرجع سابق، ص 133.

<sup>3</sup> - السيد رمضان، مرجع سابق، ص 69.

الاتصال بين الرجل والمرأة والاعتراف به من خلال إتمامه في الحدود التي رسمتها النظم الاجتماعية والقوانين الخاصة بكل مجتمع، كما يتم رفض الأولاد الذين ينجبون خارج إطار علاقة شرعية فالأنظمة الاجتماعية ترتب لكل فرد من أفرادها حقوق وواجبات معينة عن طريق الزواج، فالزواج الوسيلة الاجتماعية التي تكسب الأسرة طابعها الشرعي والإنساني، حيث تقوم العادات والتقاليد بدء الأسرة في المجتمعات الإنسانية وحمايتها<sup>1</sup>.

**3-2- الوظيفة التناسلية:** تتميز الأسرة التقليدية بكثرة أولادها ويعيشون جماعيا مما يتولد عندهم نوع من التماسك الجماعي، فالمصدر الرئيسي للأفراد هو الأسرة وهذا من خلال عملية التكاثر، وهذا بإنجاب الأسرة عددا من الأطفال من أجل الحفاظ على النسل أو النوع البشري ولضمان استمرارية الحياة البشرية.

وكانت الأسرة تتجلب أعدادا من الأفراد وهذا بسبب وفاتهم بسبب الأوبئة والأمراض خاصة أثناء الحروب أين كانت المجاعة والأمراض الفتاكة، ولأن الأطفال خاصة الذكور كانوا المفضلين لأنهم يمثلون مستقبل الأسرة والسند الكبير للوالدين عند الكبر، لكن مع التحولات المختلفة التي حدثت أصبحت الأسرة خاصة في المجتمعات الحضرية تقلل من الإنجاب وتسعى لتنظيم النسل وهذا لضمان حياة أفضل لأطفالها.

**3-3- الوظيفة التربوية:** تعتبر الأسرة مصدرا أوليا لتلقي الطفل التعلم والعناية وهذا بإشباعه القيم الحميدة والثقافة العالية، وفيها يتعلم الطفل اللغة العادات والتقاليد وآداب المعاملة مع الآخرين، إذ تقوم الأسرة بوظيفة التنشئة الاجتماعية (التي تعتبر عملية تفاعل بين الطفل وأمه والتي فيها يتوحد الطفل مع أمه، ويمثل قيمها، فهي عملية تفاعل عناصر إدراكية وعاطفية وتقييمية<sup>2</sup>).

<sup>1</sup> - عبد القادر القصير: الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دراسة ميدانية في علم الاجتماع الحضري والأسري، دار النهضة العربية، بيروت، 1999، ط1، ص ص 40 - 41

<sup>2</sup> - سامية مصطفى الخشاب: النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، دار المعارف، جامعة القاهرة، 1993، ط2، ص 41.

**3-4- الوظيفة الاقتصادية:** يعتبر العامل الاقتصادي أهم عامل في حياة الأسرة لأنها إذا لم تجد الموارد الاقتصادية الكافية تصبح عاجزة على أداء وظائفها، وتعم فيها عوامل الفساد والتفكك<sup>1</sup>.

فالوظيفة الاقتصادية تتضمن تأمين الدعم المادي المناسب والكافي والضروري لتأمين احتياجات أعضاء الأسرة لاستمرار حياة الأسرة أولاً، ولتأمين حياة كريمة للأسرة والمجتمع<sup>2</sup>. فقد كان من المعروف في السابق أن رب الأسرة هو الكفيل الاقتصادي لجميع مطالب الأسرة، أي أنه العائل الأول المسؤول عن الموارد الاقتصادية، ولكن تبعا لظهور المدينة وتنوع الاحتياجات بالمساهمة بنصيب وافر في الوظيفة الاقتصادية للأسرة ولذلك وجب تعويد الأفراد في الأسرة وتنشئتهم على التربية الاستقلالية، حتى ينشأ كل طفل منها شاعرا بالمسؤولية وبشؤون الصرف الاقتصادي<sup>3</sup>.

**3-5- الوظيفة الاجتماعية:** كانت الأسرة ولا تزال أقوى سلاح يستخدمه المجتمع في عملية التطبيع الاجتماعي أو التنشئة الاجتماعية، ويمكن وصف هذه العملية بأنها العملية التي تتشكل خلالها معايير الفرد ومهاراته ودوافعه واتجاهاته وسلوكه، لكي تتوافق وتتفق مع تلك التي يعتبرها المجتمع مرغوبة ومستحسنة لدوره الراهن أو المستقبل في المجتمع، وتبدأ هذه العملية الحيوية منذ اللحظة التي يرى فيها الطفل الحياة على هذه الأرض<sup>4</sup>.

إذن الوظيفة الاجتماعية تتضمن تأمين البيئة الاجتماعية والدعم الاجتماعي، وغرس العادات والتقاليد والعقائد الاجتماعية المثلى في الأسرة والمجتمع، وتوفير طرق التكيف للأفراد الأسرة لمواكبة التطور والتحديث والتغيير.

<sup>1</sup> - مصطفى الخشاب: دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1985، ص 200

<sup>2</sup> - أيمن سليمان مزاهرة، عصام محمدي الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، 2003، ص 125.

<sup>3</sup> - السيد رمضان، مرجع سابق، ص 70.

<sup>4</sup> - نفس المرجع، ص ص 72 - 73.

**3-6- الوظيفة النفسية:** وتتضمن تأمين الوضع النفسي المريح والدعم الكافي للأبناء وإحاطتهم بمشاعر الإحساس والأمن والرضى والطمأنينة<sup>1</sup>.

ومن المعروف أن الأطفال في الأسرة يتأثرون بالجو النفسي السائد في الأسرة، وبالعلاقات القائمة بين الأب والأم، وهم يكسبون اتجاهاتهم النفسية بتقليد الآباء والأهل وبتكرار الخبرات العائلية الأولى، وتعميمها الذي يسيطر على الجو الذي يحيا في إطاره الطفل<sup>2</sup>. إذن بالرغم من فقدان الأسرة لوظائفها نتيجة التغيرات التي طرأت عليها إلا أنها تبقى المؤسسة الاجتماعية الأولى التي توفر للطفل المكان الأمثل لنشأته واكتسابه القيم الدينية والأخلاقية وحتى الثقافية، وبطبيعة الحال لكل أسرة خصائص تميزها عن مثيلاتها من الأسر.

**4- الأسرة الجزائرية وخصائصها الاجتماعية:** أكدت بعض الدراسات أن الشكل الأسري الممتد بدأ في التغير متأثرا بالتطورات الحديثة التي عرفها المجتمع الجزائري عندما اتجه نحو التصنيع والتحضر بعد الاستقلال مباشرة، كما عرف حراكا اجتماعيا في مختلف المدن الجزائرية والأحياء والمراكز الصناعية.

وانتقال الأسرة من الممتد إلى النووي لم يكن واضحا ولم يكن ليتطور بشكل سريع إلا بعد نزوح الأسرة إلى الوسط الحضري، ومما لا شك فيه أن النمو الحضري السريع في الجزائر كان نتيجة لتحرك السكان بين المدن من جهة ومن الريف إلى المدينة من جهة ثانية وقد ترتب على ذلك تناقض بين المكانات السابقة والأدوار الجديدة، فعملية التحضر أدت إلى تغيير الحياة الريفية إلى الحياة الحضرية من بناء اجتماعي متميز في الغالب بعلاقات التشابه وسيادة التقاليد والقيم بدرجة عالية من الضغط الاجتماعي الأسري<sup>3</sup>، والتعاون المتبادل بين

<sup>1</sup> - أيمن سليمان مزاهرة، عصام الصفدي وآخرون: علم اجتماع الصحة، المرجع السابق، ص 124 - 125.

<sup>2</sup> - السيد رمضان، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، مرجع سابق، ص 72.

<sup>3</sup> - لطيفة طبال، مرجع سابق، ص 161.

أعضاء الأسرة إلى بناء أسري يعمل كل فرد فيه في موضع ما، وأصبح العمل بعدما كان يتم في المنزل يتم في المصانع وازداد تقسيم العمل والتخصيص، كما أصبحت المؤسسات التربوية الأخرى كالمدارس، الحضانات النوادي... إلخ هي التي تتولى تربية الأبناء أكثر من الأسرة وانعكس كل ذلك على الأبناء كما أن صورة السلطة الأبوية بدأت تتلاشى وتسقط وتتغير العلاقات بين الأب والابن الأب والبنات، وساد نوع من الديمقراطية وبرز الفرد الذي لا يذوب في الجماعة .

إذن هناك كثير من العوامل التي ساعدت على تطور العائلة الجزائرية، منها التخلي عن التقاليد واندثارها، بالإضافة إلى الحريات الفردية وكذلك تغير مكانة المرأة داخل الأسرة الجزائرية نتيجة تعلمها وخروجها إلى ميدان العمل، حيث رغم هذا التطور للأسرة الجزائرية تبقى الأسرة التقليدية متواجدة بصفة دائمة في المجتمع الجزائري لما لها من تأثير كبير على الأسرة الزوجية التي مهما حاولت الاستقلال عن الأسرة التقليدية إلا أنها ترجع إليها في الأمور الهامة<sup>1</sup>.

**4-1- الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية:** وهي الخصائص التي نجدها متقاربة للأسرة الجزائرية في شكلها التقليدي والنوي الحديث (الزوجية)، لأن الأسرة الجزائرية الحديثة الحالية ماهي إلا نتيجة التغيرات الاجتماعية التي عرفها النمط التقليدي.

**4-2- الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية التقليدية:** تتميز هذه الأسرة بعدة خصائص اجتماعية من أهمها:

1 -أنها أسرة كبيرة ممتدة يعيش فيها عدد كبير من الأسر الزوجية، وكذلك عدد كبير من الأفراد أي ذات حجم كبير.

<sup>1</sup> - مصطفى بوتقنوشات، مرجع سابق، ص 143.



2 - تتميز بعلاقات التضامن والتلاحم التي تلعب فيه الدار الكبيرة دورا هاما في تحقيق هذا التضامن، بحيث نجد الآباء يمنحون الأمن والحماية من خلال التعاون الدائم بين أفرادها والتي نجدها تنتشر أكثر في الوسط الريفي.

3 - أما فيما يخص نسق القيم التي تركز عليه الأسرة يتمثل خاصة في الارتكاز على القيم الأخلاقية والروحية التي نجدها منفصلة عن القيم المادية وهي نابعة من السلوك الديني.

4 - بالإضافة إلى وضع المرأة داخل هذه الأسرة فهي مهمشة ومرفوضة وغير مرغوب فيها، ولكنها كامرأة تحتل مكانة ومركزا ضعيفين أمام مكانة الرجل رغم ما تحتله من دور اقتصادي هام في تسيير شؤون المنزل

**4-3- الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية المستحدثة:** فبالإضافة إلى ما تتميز به هذه الأسرة من تقلص في حجمها وبالتالي انتقالها من النظام الممتد إلى النظام النووي، وذلك أن كل أسرة نووية زواجية تكون مستقلة عن بقية أفراد القرابة، كما أنها تؤمن معاشها اعتمادا على دخلها الشهري المتمثل في رب الأسرة العامل، وأن هذا النمط يكون منتشرا أكثر في المناطق الحضرية من المدن الكبرى، أزمة سكن أو ضعف الدخل الاقتصادي بالإضافة إلى تغير بعض وظائف هذه الأسرة، إلا أنها بقيت محتفظة في الكثير من الأحيان بوظائف الأسرة الممتدة.

أما بالنسبة لدور المرأة الجزائرية في هذا النمط من الأسرة فقد أصبحت تحظى بمكانة اجتماعية جيدة داخل الأسرة ولم تعد تخضع لسيطرة رب الأسرة والحماة، حررتها من خلال ارتفاع المستوى التعليمي لها، وكذا خروجها إلى العمل الأجور خارج المنزل حيث أصبحت تشكل مصدرا هاما لدخل الأسرة.

### المبحث الثاني: الرعاية الصحية للأطفال:

تعتبر الرعاية الصحية للأطفال من أهم الجوانب التي لا بد أن يحظى بها كل طفل خلال كل مرحلة من مراحل نموه، لا سيما مرحلة الطفولة المبكرة باعتبارها مرحلة حساسة جداً، ولا تكون هذه الرعاية إلا داخل نطاق الأسرة باعتبارها البيئة الاجتماعية الأولى التي تؤمن للطفل الحاجات الأساسية لنموه ونشأته نشأة صحية لكونه لا يزال عاجزاً عن خدمة نفسه.

#### 1- حقوق الأطفال في الإسلام:

إكرام الأولاد لا يأتي إلا بتربيتهم التربية الكريمة وتعليمهم مبادئ العلم والأخلاق والابتعاد بهم عن كل الرذائل، وكل أشكال العنف والتمييز التي تؤثر سلباً في سلوك الطفل في مجتمعه، وتتحرّف به عن سواء السبيل.

كما أن الحفاظ على الأطفال والعمل على مساعدتهم في أن ينشؤوا في بيئة صحية نظيفة خالية من الأمراض والتلوث، والمحافظة على كافة وسائل حياتها والاهتمام بالنظافة الشخصية والبدنية للأطفال يجعلهم أصحاب أقياء قادرين على تلقي العلم والمعرفة.

للإسلام في تشريعاته وقوانينه الفقهية اهتمام خاص ومتميز بالطفل والطفولة، وبحيث يمكن القول بأن قضية "الطفولة" تشكل أحد أهم المقاصد الكبرى في التشريع الإسلامي، وعلماء الأصول في الإسلام متفقون على أن شريعة الإسلام إنما جاءت لتحقيق البشرية خمسة مقاصد أو خمس غايات، هذه المقاصد هي حفظ النسل وحفظ النفس وحفظ العقل وحفظ المال وحفظ الدين، وتقع قضية الطفولة في قلب المقصد الأول وهو "حفظ النسل" وتحصينه بعد وجوده والحفاظ عليه.

ومن بين أهم الحقوق التي يجب أن تتمتع بها الطفولة ما يلي:

## 1- حق الطفل في بداية صحية للحياة:

لقد عيّنت الشريعة الإسلامية بالطفولة وهي في مرحلة قبل الولادة فنجدتها تحت الأم على الحفاظ على جنينها والتحرز من إسقاطه، ولجنين الحق في ألا يتعرض بواسطة أمه لأي نوع من الأضرار، كتعرضه لقلة الغذاء الذي يجب أن يوفر له بشكل صحي، لأن من الواجب الشرعي أن لا يفعل الإنسان أي شيء يؤدي إلى الإضرار به أو بغيره، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " لا ضرر ولا ضرار"<sup>1</sup>

## 1- حق الطفل في الأسرة والنسب:

النسب هو الرابطة التي تربط الإنسان بغيره من جهة الدم، والأسرة هي وعاء النسب وفي ظلها تنشأ أول رابطة بين الإنسان وغيره من أفراد المجتمع الإنساني ولعل من أهم المبادئ التي كفلتها الشريعة الإسلامية للطفل هي حقه في النسب، لهذا حرص الإسلام على نقاء النسب والحفاظ على بناء الأسرة فأبطل الكثير مما تعارف عليه من طرق من شأنها أن تموه وتغييب صلة الدم - مثل التبني - واستبدال الكفالة بدلا منها وهي التي تؤمن للطفل الذي حرم من أسرته الطبيعية الرعاية الوالدية التي يحتاجها دون أن يؤدي ذلك إلى اختلال الأنساب<sup>2</sup>

<sup>1</sup> منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) بالتعاون مع جامعة الأزهر: الأطفال في الإسلام - رعايتهم ونموهم وحمايتهم، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2005، ص 3.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 4.

### 3- حق الطفل في الرعاية الصحية والتغذية السليمة:

إن الرعاية الصحية للطفل يجب أن تبدأ مع الجنين داخل الرحم والذي يحتاج في هذه المرحلة إلى تغذية خاصة غنية بالبروتينات والفيتامينات والمعادن ومنها الكالسيوم يحصل عليها فقط من خلال حرص الأم الحامل على تناول الغذاء الجيد والمناسب، ومن ثم فقد أوجبت الشريعة على الزوج الإنفاق على الأم ووليدها وزيادة المخصص لها من مطعم ومشرب للمحافظة على صحتها مع رعايتها نفسياً، وعلى الوالدين أن يحرصا على القيام بواجبهما كاملاً اتجاه وليدهما المنتظر بتجنب كل ما يمكن أن يترتب عليه أذى أو ضرر له من ناحية، والأخذ بالأسباب التي تدعم من فرصته في التمتع بالصحة والعافية من ناحية أخرى، إيماناً بقول الرسول صلى الله عليه وسلم: «إن الله سائل كل راع عما استرعاه حفظ أم ضيع»

وعليه فإنه على الأم الحامل أن تحرص على أن لا تتعرض للإشعاعات والكيماويات التي قد تدمر بعض خلايا الجنين أو تؤدي إلى حدوث تشوهات خلقية، كما يجب عليها عدم استعمال أدوية أثناء الحمل بدون إرشاد الطبيب فقد يؤدي استخدامها في فترات الحمل الأولى على الأخص لحدوث تشوهات في الجنين أو خلل في وظائف بعض الأعضاء، كما أن متابعة الحمل من قبل الطبيب المتخصص واجبة لاكتشاف أية أمراض أو تشوهات خلقية إذا تركت بدون تشخيص قد تؤدي إلى تلف الأعضاء المختلفة بالجسم، بينما يتيح التشخيص المبكر استخدام العلاج المناسب أو التدخل الجراحي داخل الرحم قبل الولادة حتى يولد الطفل سليماً معافى<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 7.

## 2- احتياجات الطفل الأساسية ودور الأسرة في تلبيتها :

إن الأم هي العمود الفقري في بناء البيت وتربية الأطفال، ورغم أهمية هذا الدور فإن دور الأب هو القاسم المشترك والفعال في تطبيع وتنشئة الطفل على أسس سليمة ولا تقتصر فقط على توفير المال والسكن وأسباب العيش بل ينبغي عليه المشاركة في تربية الطفل متكاتفاً مع الأم في الرعاية والعناية به<sup>1</sup>.

تعرف الصحة: بأنها "حالة السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من الأمراض والعاهات"، لذلك لا بد من العناية الخاصة بصحة الطفل، وتمتد الرعاية الصحية لتشمل صحة الأم أثناء فترة الحمل والرضاعة وإلى داخل الأسرة لضمان عدم وجود أمراض معدية داخلها يمكن أن تؤثر على صحة الطفل بالإضافة إلى التحصينات واللقاحات الخاصة بالأمراض المعدية في مواعيدها المحددة<sup>2</sup>، وتتمثل احتياجات الطفل في عدة جوانب أهمها ما يلي:

**2-1- الجانب الاجتماعي والثقافي:** على الرغم من تعدد مؤسسات التنشئة الاجتماعية، إلا أننا لا نكون مخطئين إذا قلنا أن كفة الأسرة ترجح المؤسسات الأخرى كلها مجتمعة، فيما تغرسه في الطفل باعتبارها الجماعة الإنسانية الأولى التي يتعامل معها الطفل ويعيش فيها السنوات التشكيلية الأولى من عمره<sup>3</sup>.

إن دور الأسرة في تربية الأطفال وتنشئتهم لا يحتاج إلى تأكيد، وترجع الأهمية لدور الأسرة في تنشئة الطفل أكثر من أي وسيط آخر مثل جماعة الأقران والأصدقاء والمعلمين والنماذج السلوكية التي تقدمها وسائل الإعلام، إلى أن شخصية الطفل ومعاله سلوكه الاجتماعي

<sup>1</sup> - مها عبد العزيز: مشاكل الطفل الطبية والصحية والتربوية، مؤسسة شباب الجامعة، بيروت، 2005، ص 109.

<sup>2</sup> - خليل المعاينة، مصطفى القمش وآخرون: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط 01، ص 83.

<sup>3</sup> - هدى محمود قناري: الطفل تنشئته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2005، ص 53.

تتكون في السنوات الأولى، حيث صلة الطفل بأعضاء أسرته تكون أشد كثافة وأصق وأطول زمنا، خاصة بالوالدين وبالتالي الأكثر تأثيرا في اتجاهاته وقيمه وملامح شخصيته بصفة عامة.

ولكي ينشأ الطفل نشأة اجتماعية سوية، يحتاج إلى أسرة تسودها علاقات الود والمحبة والتعاطف والدفء في العلاقات بين الزوجين فيما بينهما وبينهم والأطفال، إلى جانب علاقات التقبل والمحبة والتعاون والصداقة والإيثار بين الإخوة، والأسرة التي توفر مثل هذا المناخ لأطفالها أسرة واعية بمسؤولياتها تدرك أن دورها لا يقتصر على توفير المسكن والمأكل وسائر المتطلبات المادية ولكن في الدور الأهم نفسيا ومعنويا، فكم من أسرة استطاعت رغم إمكانياتها المحدودة أن تنشئ أطفالا وشبابا واعين بدورهم في المجتمع ويراعوا حدود الله والإنسانية في معاملتهم مع الوالدين والإخوة والأهل والجيرة وكل من يتفاعلون معهم في المدرسة والعمل، وهذا لا يعني أن الأسرة الميسورة الحال لا تستطيع ذلك، فبإمكانها أن توفر لأطفالها مناخا صحيا مواليا لنمو الشخصية الاجتماعية والقودة الحسنة، ولكن ليس بالمال والمركز الاجتماعي وإنما بالثقافة والوعي والقودة الحسنة، فمن أكثر ما يؤثر سلبا على نشأة الطفل نشأة سوية كثرة الخلافات بين الأبوين والشجار أمام الأطفال والاختلاف على أساليب التربية، وخلق منافسة غير صحية بين الإخوة والأخوات والتمييز بينهم (على أساس الجنس أو غير ذلك)، وبث روح الفرقة والشقاق مما يقضي على روح التعاطف والتلاحم بينهم<sup>1</sup>.

كما أنه عن طريق الأسرة تتشكل عادات الطفل ومفاهيمه، وفي المنزل تنهياً الفرص التي عن طريقها يتعود الطفل على ممارسة ومزاولة العادات الصحية المختلفة نتيجة ما يراه من الوالدين أو إخوته الكبار.

<sup>1</sup> - هدى محمود الناشف، مرجع سابق، ص 24.

كذلك نوع الأغذية التي تفضلها الأسرة وطريقة اختيارها للغذاء ومدى ما يحتوي عليه من عناصر غذائية هامة، وأيضا الطريقة التي تتبعها الأسرة في حفظ الغذاء وطريقة تحضيرها للغذاء، كلها تجارب يمر بها الطفل وتلتصق به وتؤثر على ميوله ومعتقداته فيما بعد، ومنها يخرج الطفل بمعلومات تؤثر في اختياره لغذائه ولطريقة طهيهِ وتحضيرهِ وحفظهِ عندما يكبر، كما أن المسكن الذي تقيم فيه الأسرة ودرجة العناية بنظافته وترتيبه، ودرجة العناية بمورده المائي وطرق تصريف الفضلات التي تستعملها الأسرة وطريقة مكافحة الحشرات بالمنزل كل ذلك يؤثر في اتجاهات وتصرفات الطفل، كذلك طريقة توزيع الميزانية بين الغذاء والملبس والمسكن وغيرها، واتجاهات الأسرة نحو كيفية قضاء وقت الفراغ وكذلك مدى محافظة الأسرة على المعتقدات الثقافية والدينية، من كل ما سبق يتضح لنا الدور الذي تلعبه الأسرة في التربية الصحية للطفل<sup>1</sup>.

**2-2- الجانب الاقتصادي:** هو جانب مهم في حياة الطفل بالاشتراك مع الاحتياجات الأخرى التي تقع عاتقها على الأسرة، لذلك ينبغي أن تولي اهتمامها لكل ما يساهم في نمو الطفل الطفل نموا صحيا، لأن لكل جانب أهميته الخاصة، وأهم الأمور التي لا بد أن يحصل عليها الطفل في هذا الجانب ما يلي :

**2-2-1- الحاجة إلى المسكن:** يحتاج الطفل إلى أن يعيش في مسكن مناسب يساعده على النمو، والمسكن المناسب للطفل هو الذي تتوفر فيه عوامل معينة لا غنى للطفل عنها لكي ينمو ويعيش معيشة صحية، ومن أهم هذه العوامل: الهواء النقي والشمس والهدوء والمساحة المعقولة الحرة الخالية من المعوقات والتي تساعد على الحركة وتشجع على اللعب

<sup>1</sup> - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص ص 164-165.

<sup>1</sup>، لأن الأوضاع الصحية داخل المسكن تلعب دورا كبيرا في التأثير على المستوى الصحي للسكان على وجه العموم، والأطفال على وجه الخصوص.

ويتأثر الأطفال صحيا بسبب أوضاع المسكن بدرجة أكبر من البالغين، خاصة إذا ما كان يحظى بمياه نقية أو صرف صحي، لأن توافر الصرف الصحي بالمسكن ضرورة صحية بالغة الأهمية وهو من العوامل البيئية المرتبطة بالمسكن التي لها أثر على الصحة العامة، وبالتالي أبلغ أثر على صحة الأطفال<sup>2</sup>.

**2-2-2- الحاجة إلى الملابس:** يحتاج الطفل إلى ملابس مناسبة للجو الذي يعيش فيه بعامة ولفصول السنة المختلفة بخاصة، فتكون في البلاد الحارة أو في فصل الصيف خفيفة تعكس حرارة الشمس، أما في البلاد الباردة وفي فصل الشتاء فتكون ثقيلة نسبيا، أو من النوع الذي يمتص الدفء مثل الأقمشة الصوفية المنسوجة نسجا مسترخيا يحفظ الهواء في مسامها وبذلك لا يتعرض الجسم للبرد، فالملابس التي لا تكفي لحفظ حرارة الجسم في زمن الشتاء تزيد من أعبائه للمحافظة على الحرارة الضرورية، لأن الطعام الذي يتناوله الطفل لبناء الجسم ونموه يقوم بعضه بالتدفئة الضرورية.

إذا كانت الملابس غير كافية في زمن الشتاء، فكأن عدم كفاية الملابس في الشتاء تعادل عدم كفاية الغذاء وهذه مسألة جديرة بالاهتمام في سنوات المرحلة الحضانية إذ يكون أغلب العام لنمو الطفل، وليس معنى هذا الإكثار من الملابس لأن الإفراط في إلباس الطفل طبقات من الملابس واحدة فوق الأخرى يجعله يشعر بعبئها الثقيل على جسمه الصغير، كما أنه قد يعرض الطفل إلى نزلات البرد بسبب غزارة العرق<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - أحمد سهير كامل، سليمان محمد شحاتة: تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، 2002، ص 143.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): واقع الطفل العربي، مرجع سابق، ص 137.

<sup>3</sup> - أحمد سهير كامل، المرجع السابق، ص ص 142 - 143.



**2-3 - الجانب الصحي:** إن العناية بصحة الطفل يجب أن تبدأ قبل الحمل من خلال استعداد الأم وتوفير الاحتياجات الغذائية، النفسية والاجتماعية والصحية حتى تصبح الأم قادرة على تحمل أعباء الحمل والولادة والرضاعة، حيث أنها المصدر الوحيد لتغذية جنينها مما يعني ويوجب حصول الأم على تغذية متوازنة قبل الحمل وأثنائه لضمان سلامة الجنين<sup>1</sup>. ويشمل الجانب الصحي للطفل المراحل التالية:

**2-3-1- أثناء فترة الحمل والإنجاب:** إن الرعاية الصحية للطفل يجب أن تبدأ مع الجنين داخل الرحم والذي يحتاج في هذه المرحلة إلى تغذية خاصة غنية بالبروتينات والفيتامينات والمعادن ومنها الكالسيوم، يحصل عليها فقط من خلال حرص الأم الحامل على تناول الغذاء الجيد والمناسب، ومن ثم فقد أوجبت الشريعة على الزوج الإنفاق على الأم ووليدها وزيادة المخصص لها من مطعم ومشرب للمحافظة على صحتها مع رعايتها نفسياً. وعلى الوالدين أن يحرصا على القيام بواجبهما كاملاً اتجاه وليدهما المنتظر بتجنب كل ما يمكن أن يترتب عليه أذى أو ضرر له من ناحية، والأخذ بالأسباب التي تدعم من فرصته في التمتع بالصحة والعافية من ناحية أخرى، إيماناً بقول الرسول صلى الله عليه وسلم (إن الله سائل كل راع عما استرعاه حفظ أم ضيع ) صدق رسول الله .

كما يجب على الأم أن تتجنب العدوى ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية والزهري أو غيرها، إليها أو إلى جنينها وذلك بالحرص على إعطاء الحامل الأمصال المناسبة<sup>2</sup>. كذلك فإنه من حق الطفل على والديه أن لا يتهاونا في تهيئة الظروف الصحية الملائمة لاستقبال الوليد الجديد بالحرص على أن تتم الولادة في المنشآت الطبية المعدة لذلك وبمعاونة المؤهلين طبياً لتقديم المساعدة المطلوبة في مثل هذه الحالات حتى يجنبا وليدهما المخاطر

<sup>1</sup> - أيمن سليمان مزاهرة: مبادئ صحة الطفل وتغذيته، دار الخليج للنشر، جامعة البلقان التطبيقية، عمان، 2000، ص 184.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) بالتعاون مع جامعة الأزهر، مرجع سابق، ص ص 7 - 8.

المرتتبة على انتقال العدوى إليه أثناء الولادة نتيجة استخدام أدوات غير معقمة، ويتجنب إصابته بأية إعاقة صحية وهو أمر محتمل إذا تمت الولادة على يد شخص غير مؤهل طبيا للقيام بمثل هذه المهمة<sup>1</sup>.

**2-3-2- بعد فترة الإنجاب:** بعد خروج الطفل لهذه الدنيا لا بد من الاعتناء به صحيا خاصة من جانب التغذية وحصوله على مختلف التلقيحات التي تقيه من الأمراض، وتشمل هذه المرحلة ما يلي :

**1- تغذية الأطفال الرضع:** تلقى تغذية الأطفال الرضع اهتماما بالغا من قبل المهتمين برعاية وتنشئة الطفل، ذلك لأن الأطفال الرضع يكونون في مرحلة نمو سريع فهم يحتاجون إلى الغذاء من أجل نمو الجسم واكتمال تكوينه، بالإضافة إلى تمكين الجسم من القيام بوظائفه الحيوية<sup>2</sup>.

إن تغذية الطفل الرضيع من الأمور البالغة الأهمية التي يجب أن تعطي عناية خاصة حيث ينمو الطفل ويضاعف وزنه في الستة أشهر الأولى ثم يكون وزنه ثلاثة أضعاف وزنه عند الولادة في نهاية السنة الأولى من العمر، ويجب أن توجه كل الجهود إلى أهمية تغذية الطفل في هذه الفترة من ثدي أمه حيث يعتبر لبن الأم غذاء كاملا في الأشهر الأولى من العمر<sup>3</sup>. وتنقسم مصادر غذاء الطفل الرضيع إلى ثلاثة مصادر وهي:

**1-1- الرضاعة الطبيعية:** مشتقة من الإرضاع، رضع المولود أمه أي امتص ثديها أو ضرعها، أي مص اللبن من الثدي<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 9.

<sup>2</sup> - نعمة مصطفى رقبان: نمو ورعاية الطفل بين النظرية والتطبيق، مكتبة بستان المعرفة للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004، ص 167.

<sup>3</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 194.

<sup>4</sup> - علي بن هادية: القاموس الجديد للطلاب، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1991، ط01، ص 39.

ويمكن إبراز مراحل الرضاعة الطبيعية ومدتها بالاعتماد على المراحل التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة والمعمول بها حالياً بعد جهود علمية كثيرة مؤخراً:

### 1-1-1-مراحل الرضاعة الطبيعية:

أ- **المرحلة الأولى:** وتبدأ من الولادة إلى الشهر السادس، يكون فيها حليب الأم هو الغذاء والشراب الوحيد الذي يحتاجه الصبي خلال الشهور الستة الأولى، وعموماً لا يكون في حاجة حتى للماء في هذه المرحلة، وإذا لاحظت الأم أن الصبي دون الشهر السادس لا ينمو بصفة عادية فقد يكون في حاجة إلى المزيد من الرضعات تصل أحياناً إلى 12 رضعة إذا كان ضرورياً خلال 24 ساعة بمتوسط 15 دقيقة للرضعة الواحدة.

ب- **المرحلة الثانية:** تبدأ من 6 أشهر إلى 12 شهراً، إبتداءً من هذا الشهر يكون الصبي في حاجة إلى أغذية متنوعة إضافة إلى حليب الأم، حيث يقدم الثدي بكثرة إضافة إلى 3 وجبات إلى 5 يومياً من أغذية أخرى، ويفضل أن يكون تدريجياً بداية بالماء والعصير والفواكه والخضار المدروسة.

ج- **المرحلة الثالثة:** من 12 شهر إلى 24 شهر، يقدم فيها الثدي للطفل وكذلك بالنسبة للمواد الغذائية بمقدار 5 وجبات يومياً، وبالضرورة سينقص مقدار ما ترضعه في هذه المرحلة.

وأخيراً إبتداءً من الشهر 24 تستطيع الأم أن تقدم الثدي إن شاءت، وتقدم له نفس الغذاء الذي يتناوله أفراد العائلة على 5 مرات في اليوم<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): الإنقاذ بالمعرفة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص ص

**1-1-2-مدة وعدد الرضعات:** توصي المنظمات المهتمة بالطفولة أن تكون رضاعة الطفل من الولادة حتى 3 أشهر بمعدل 7 إلى 8 مرات في اليوم خلال كل 3 ساعات، وبعد الشهر الثالث حوالي 5 إلى 6 مرات يوميا بفارق 3 ساعات ونصف بين كل رضعة وأخرى، وتكون المدة التي يستغرقها الطفل العادي خلال الرضعة الواحدة حوالي 15 إلى 20 دقيقة، إلا أنه في الأيام الأولى أين يكون الطفل ضعيفا فعلى الأم أن تساعد وتقدم الثدي كلما أحست بضرورة ذلك، وبداية من الشهر الخامس والسادس تكون عدد الرضعات 6 مرات في اليوم، وتتواصل بمعدل 6 إلى 5 مرات حتى 12 شهرا مばعدة بينها بحوالي 4 ساعات يوميا<sup>1</sup>.

أما حسب الدفتر الصحي فتكون عدد الرضعات كما يلي:

**من الولادة إلى 4 شهور:** 8-12 رضعة على الأقل حتى في الليل.

**من 4 إلى 6 أشهر:** 5 رضعات على الأقل حتى في الليل.

**أكثر من 7 شهور:** 2 إلى 4 رضعات.

**أكثر من عام:** 2 إلى 3 رضعات: صباحا، على الساعة الرابعة، ومساء<sup>2</sup>.

مع العلم أنه يتخلل هذه الرضعات وجبات غذائية تقدم للطفل وهي متنوعة حسب السن.

**1-1-3-أهمية الرضاعة الطبيعية:** تكمن أهميتها للاعتبارات التالية:

1- يفرز ثدي الأم في الأيام الأخيرة من الحمل والأيام الأولى بعد الولادة ما يسمى بحليب اللبي الغني بالمواد الغذائية المختلفة والأجسام المضادة للجراثيم والأمراض، وهذا يؤدي إلى تعقيم الجهاز الهضمي للطفل الوليد ويجعله مقاوما للأمراض، ويزود الطفل بالطاقة اللازمة، ويمد الطفل بالبروتينات التي لا تحتاج إلى الهضم ويمتصها الجهاز الهضمي مباشرة<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - العربي معريش: لا بديل عن لبن الأم، دار الهدى، الجزائر، دون ذكر السنة، ص 74.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: الدفتر الصحي، الجزائر، ص 67.

<sup>3</sup> - أيمن سليمان مزاهرة: مبادئ صحة الطفل وتغذيته، مرجع سابق، ص 183.

2 - من الناحية الروحية والنفسية فإن الطفل يشعر بالأمن والطمأنينة والسعادة وهو في أحضان أمه، وينشأ عن التصاق الطفل بأمه أثناء الرضاعة الثدية علاقة ودية بهيجة لا يعرفها إلا الأمهات المرضعات، وقد لوحظ أن تعلق وارتباط هذا الطفل بأمه أعظم بكثير من الطفل الذي يرضع حليب الزجاج، كما أنه سيكون إنسانا اجتماعيا ودودا ومحباً للناس أكثر من غيره.

3 - يكلف الحليب الاصطناعي أو الحيواني الطازج الكثير من المال خلال طفولة الابن، هذا عدا الجهد الذي تحتاج إليه الأم في تحضير هذا الحليب، أما لبن الأم فهو بدون ثمن ومتوفر في كل وقت ومعقم لا يحتاج وقتاً وأواني لتحضيره، ولا تضطر لتنظيف الزجاج قبل وبعد الرضاعة ولا الماء لتحضير الحليب ثم تبريده وتخزينه، لذلك يتوفر للأم المرضعة وقت كاف لممارسة هواياتها وأعمالها المنزلية، ووقت أطول للعناية بطفلها ومداعبته وتعليمه، الأمر الذي ينعكس على الطفل وقدراته الجسدية والعقلية بشكل إيجابي رائع<sup>1</sup>.

4 - ولا تقتصر فوائد الرضاعة الطبيعية على الطفل بل إنها تقيد الأم أيضاً في التخلص من كمية الدهون الزائدة التي تكتسبها المرأة أثناء الحمل، بالإضافة إلى أنها تساعد الرحم على التقلص والعودة إلى حجمه الطبيعي الذي كان عليه قبل الحمل<sup>2</sup>.

وأخيراً فقد أظهرت الدراسات أن للتغذية الطبيعية تأثير وقائي ضد الإصابة بسرطان الثدي. إذن تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد أهم العوامل الرئيسية التي تضمن نمواً طبيعياً للأطفال والإجراءات الوقائية ضد الوفيات الناتجة عن أمراض الطفولة، ولذلك حثت العديد من البرامج الوطنية والدولية على ممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى، وقد تم إدراج الرضاعة الطبيعية ضمن السياسات العامة للصحة والتنمية، وتبين معطيات المسح

<sup>1</sup> - نعمة مصطفى رقبان، مرجع سابق، ص ص 169 - 170.

<sup>2</sup> - كريمان بدير: رعاية الطفل من الجنين إلى عامين، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص 97.

الجزائري لصحة الأسرة أن نسبة الرضاعة من الثدي بلغت 92.7%، في حين بلغ متوسط فترة الرضاعة الطبيعية بالأشهر 14.94<sup>1</sup>.

**1-2 - الرضاعة الصناعية:** إذا كان حليب الأم أحسن غذاء كما تقدم ذكره، فما العمل إذا عجزت الأم عن إرضاع طفلها لأسباب خارج عن إرادتها؟

في مثل هذه الحالة تقدم الأم لطفلها حليباً صناعياً مقارباً في تركيبه وخصائصه لحليبها، إن الغرض الرئيسي من هذه التغذية هو إمداد الطفل بغذاء بديل عن لبن الأم، ولذلك يجب ملاحظة أن يكون مكوناته شبيهة بتركيب لبن الأم كلما أمكن ذلك<sup>2</sup>.

**1-3 - الرضاعة المختلطة:** وهي تعتبر مصدر آخر من مصادر تغذية الطفل، وفي هذا النوع من الرضاعة يتم الجمع بين النوعين السابقين من الرضاعة.

**2- الفطام:** الفطام هو تعويد الطفل على تناول الأغذية بجانب حليب الأم ثم يتبع ذلك إيقاف حليب الأم<sup>3</sup>.

وهناك نوعان من الفطام:

**2-1 - الفطام المبكر:** هو الانتقال من الثدي إلى الزجاجة في حين الطفل لم يتجاوز بضعة أشهر وحتى بضعة أسابيع من عمره أين لا يكون محضراً جسدياً ولا نفسياً للتخلي عن ثدي أمه<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 26.

<sup>2</sup> - نعمة مصطفى رقيان، مرجع سابق، ص 168 - 181.

<sup>3</sup> - زين بدران، أيمن سليمان مزاهرة: رعاية الأم والطفل، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008، ط 01، ص 119

<sup>4</sup> - collète Clark: allaitement maternel, copy right édition maison des livres, Alger , 1996, p 168.

**2-2- الفطام الطبيعي:** وهو الفطام الذي لا بد على كل أم أن تتبعه إذا أرادت فطام صغيرها، ويبدأ هذا النوع من الفطام عندما تقوم بإدخال الأغذية الصلبة أي حوالي سن 6 أشهر بالنسبة للطفل العادي<sup>1</sup>.

### 2-3-3- الحاجة إلى الغذاء الصحي:

إن الطفل يستطيع أن يحافظ على صحته ونموه الطبيعيين حتى الشهر السادس، وبداية من هذا السن بحاجة إلى أغذية إلى جانب حليب الأم حيث أنه في هذه المرحلة من عمر الطفل تظهر احتياجات بناء وتجدد الأنسجة وازدياد النشاط الجسماني والنمو، وتدل كلمة نمو على ازدياد وزن الطفل ومقاييس جسمه من الولادة وحتى البلوغ، ونظرا لسرعة النمو التي تتميز بها هذه المرحلة يزيد احتياج الطفل من العناصر الغذائية المختلفة.

ويعد الغذاء الطبيعي المتوازن مهم للصحة والنمو ورفع سوية الطفل العقلية والنفسية، لذلك يجب الاهتمام بالتغذية من مراحل الحمل الأولى وطوال الحياة، فالغذاء عنصر رئيس لاستمرارية الحياة والقيام بالوظائف الطبيعية للإنسان<sup>2</sup>.

وعليه يلعب الغذاء دورا هاما في نمو الطفل، فهو يزود الجسم بالطاقة التي يحتاج إليها للقيام بنشاطه سواء أكان هذا النشاط داخليا أم خارجيا بدنيا أم عقليا ونفسيا، كما يلعب الغذاء أيضا دورا في إصلاح الخلايا التالفة وإعادة بنائها وفي تكوين خلايا جديدة وفي زيادة مناعة الجسم ضد بعض الأمراض ووقايته منها.

وأهم العناصر الغذائية التي يحتاج إليها الطفل لكي ينمو هي المواد السكرية والنشوية والمواد البروتينية الحيوانية والنباتية، الدهون والأملاح المعدنية والفيتامينات والماء، فالماء هو الوسط الذي تحدث فيه التفاعلات والعمليات الكيميائية الحيوية كالهضم مثلا.

<sup>1</sup> - IBID. , p 168.

<sup>2</sup> - زين بدران، أيمن سليمان مزاهرة، مرجع سابق، ص ص 96-119.

والغذاء الصحي هو الغذاء الصالح كما وكيفا، بمعنى أن يكون كافيا في مقداره متزنا في تركيبه، بحيث يشمل على العناصر الأساسية الغذائية السابقة الذكر اشتمالا متكاملا متناسقا، فقلة كمية الطعام على الحد المعين اللازم لنمو الطفل أو عدم تنويع الوجبات والإفراط في الاعتماد على بعض العناصر الغذائية الأساسية دون الأخرى، وكل ذلك من شأنه أن يضعف الجسم ويقلل من مقاومة الطفل للأمراض بصفة خاصة كما يقضي على إصابته بأمراض سوء التغذية بصفة عامة.

ولكي يكون الغذاء صالحا للطفل بالإضافة إلى ما سبق أن يكون نظيفا جيد الطهو، يسهل على الطفل هضمه وامتصاصه<sup>1</sup>.

إذن تعتبر التغذية السليمة للطفل والرعاية الصحية خلال مراحل نموه من أهم العوامل الضرورية لضمان تقدم هذا النمو وبلوغه أقصى درجاته طبقا للنماذج والصفات الوراثية التي ولدت معه.

ويؤثر سوء التغذية أو فقرها، والمرض لفترات طويلة ومتكررة على عمليات النضج العضوي والعقلي على السواء، وتتأثر سرعة عمليات النمو بفصول السنة فتكون بطيئة في الشتاء والخريف وسريعة في الربيع، ويزداد وزن الأطفال في الشتاء بدرجة أسرع منه في الصيف<sup>2</sup>.  
**مجاميع الغذاء الرئيسية الأربعة:** يمكن استخدام مجاميع الغذاء الرئيس الأربعة كوصفة للتغذية اليومية المتوازنة للطفل:

أولا: مجموعة الحليب ومنتجاته يقدم للطفل منها 3-4 أكواب.

ثانيا: مجموعة اللحوم ومنتجاتها تقدم مرتين في اليوم بمعدل 30 غرام لكل مرة.

ثالثا: مجموعة الخضروات والفواكه تقدم 3-4 مرات يوميا بمعدل حبة متوسطة.

<sup>1</sup> - أحمد سهير كامل، سليمان محمد شحاته، مرجع سابق، ص ص 138-139.

<sup>2</sup> - محمود السروجي، مصطفى عبود وآخرون: "موسوعة الأم والطفل"، موسوعة شاملة للأم والطفل ما قبل الولادة وحتى البلوغ، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، دون ذكر السنة، ص 129.



رابعاً: مجموعة الخبز والحبوب تقدم 3-5 مرات يوميا بمعدل كوب حبوب مطهو، أو شريحة خبز.

**2-3-4-التطعيم:** إن الرعاية الصحية للأطفال لا تكمن فقط في توفير المأكل والملبس والغذاء الذي يمكنه من أفضل نمو جسدي وعقلي، بل تشمل كذلك وقايته ضد الأمراض التي تهدد صحته.

إن الغاية من التطعيم والتحصين هي خلق أجسام مضادة في الجسم تستطيع مقاومة الجراثيم التي تنتقل إليه والتخلص من سمومها التي تفرزها في الدم، ويحصل المولود على بعض الحصانة من دم الأم أثناء فترة الحمل وكذلك من المادة اللزجة التي يفرزها الثدي في اليومين أو الثلاثة الأولى بعد الولادة<sup>1</sup>.

ويجب تطعيم الطفل وتحصينه بالطعوم الوقائية من الأمراض المعدية وذلك بدون مقابل بمكاتب الصحة وفقا للتنظيم والمواعيد التي تنظمها اللائحة التنفيذية، ويقع واجب تقديم الطفل للتطعيم أو التحصين على عاتق والده أو الشخص الذي يكون الطفل في حضانته، ويجوز تطعيم الطفل أو تحصينه بالطعوم الوقائية بواسطة طبيب خاص مرخص له بمزاولة المهمة<sup>2</sup>. نستطيع أن نقول أن التطعيم ضد الأمراض هو أحد الأمور التي تخدم مقاصد الشريعة في حفظ النفس، لأنه وسيلة إلى تحصين جسم الإنسان ضد الإصابة بالمرض الذي يجري من أجله التطعيم، فهو في حقيقته خادم للحياة الإنسانية ومدافع عنها من أن تتعرض لأخطار مرض من الأمراض، ومن هنا تظهر أهمية التطعيم لو نظرنا إليه من الناحية الشرعية لأن كل ما يؤدي إلى دفع الضرر عن الإنسان يكون مطلوبا في الشرع<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - زين بدران، أيمن سليمان مزاهرة، مرجع سابق، ص 102.

<sup>2</sup> - عمرو عيسى الفقي: موسوعة قانون الطفل الاتفاقيات والمعاهدات والقوانين الصادرة بشأنه، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2005، ص 38.

<sup>3</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) بالتعاون مع جامعة الأزهر، مرجع سابق، ص 31.

وهناك حالات يؤجل فيها التطعيم وهي: ارتفاع حرارة الطفل، إصابة الطفل بالإسهال، وجود الرشح والزكام الحاد، وجود طفح جلدي وخاصة الأكزيما (خاصة في حالة لقاح الجدري)، الإصابة بأي مرض من الأمراض، لا يعطى الطفل لقاح الحصبة إذا كان أي فرد من أفراد العائلة أو الجيران مصابا بمرض الحصبة، لا يعطى مصل السعال الديكي إذا كان قد أصيب بتشنجات<sup>1</sup> (أكثر التفاصيل حول أنواع اللقاح حسب السن أنظر ملحق رقم 02).

**2-3-5- النظافة:** إن النظافة من الشروط الأساسية لنمو الطفل لأنها تؤدي إلى الحماية والوقاية من الأمراض، ونجد أحكام الإسلام تحت على الاهتمام بنظافة الطفل وتغذيته، وليس ذلك فقط ولكن على الأم أن تراعي نظافة الأواني التي يتناول فيها طعامه وأن تغسل يدها جيدا بالماء والصابون قبل تحضير الطعام له.

ونظافة الطفل ليست منظرا جميلا فقط، بل هي أمر ضروري للحفاظ على صحته لأن تعريض جسم الطفل للخطر الدائم أو للحالات الكثيرة غير النظيفة يؤدي إلى الإضرار به. ويأتي اهتمام الإسلام بالنظافة لأنها مفتاح الوقاية من الأمراض، فالوقاية من الأمراض المعوية ومنع انتشار العدوى اهتم الإسلام بغسل اليدين قبل الأكل وكذلك على الأم غسل يديها قبل تحضير الطعام وبعده<sup>2</sup>.

**2-3-6- المراقبة الطبية (المتابعة):** إن نمو الطفل يسير وفق مبادئ وخصائص معينة يجب مراعاتها عند تعاملنا معه، هذه الخصائص تميز كل مراحل عمر الطفل، ونظرا لأهمية كل مرحلة في حياة الطفل لابد من متابعة ورعاية صحية وطبية حتى ينشأ سليما معافى وأول هذه الأمور هو حصول الطفل على التطعيمات لأن هذه الأخيرة تجنبه من الوقوع في العديد

<sup>1</sup> - كريمان بدير، مرجع سابق، ص 214.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) بالتعاون مع جامعة الأزهر، المرجع السابق، ص 33-34.

من الأمراض وتقيه الأخطار التي تهدد صحته كأمراض الإسهال والتيتانوس... إلخ، إضافة إلى الاكتشاف المبكر لأمراض سوء التغذية والحساسية لأخذ الإجراءات اللازمة لذلك<sup>1</sup>.

### المبحث الثالث: العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للأطفال:

كما سلف ذكره أن الأسرة أخذت أشكالاً عدة، وكان ذلك نتيجة التحولات التي طرأت عليها فسلبت منها عدة وظائف وأصبحت تقوم بها مؤسسات أخرى، إلا أنه يمكن القول أن الأسرة تبقى دائماً المحيط الاجتماعي والمؤسسة الأولى التي تلبي حاجات أفرادها ولاسيما حاجات الطفل الأساسية، رغم ذلك فإنه في بعض الأحيان تبقى هناك عوامل تعيق دورها في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات، ولعل أهم هذه العوامل نوجزها فيما يلي:

#### 1-1 العوامل ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي

**1-1- المستوى المعيشي للأسرة وانخفاض الدخل:** لدخل الأسرة ولمعدل دخل الفرد فيها بالغ الأثر بالاهتمام بالصحة وبتوخي عوامل الصحة الإيجابية كالنظافة، وتصريف الفضلات واختيار الطعام الكامل المتزن وطلب الخدمة الصحية بالنوعية الجيدة<sup>2</sup>.

إن معاناة الأسر من انخفاض الدخل يؤدي إلى العديد من المشاكل الأسرية مثل نقص التغذية وما يترتب عليه من أمراض، وانتشار هذه الأمراض يؤدي ويساعد على انخفاض متوسط حياة الفرد، كما أن عدم إمكانية توفير الغذاء الكافي للأطفال يعرضهم لآثار سيئة في حياتهم كالكساح، والفقر يفرض المسكن الرديء، كما أن قلة الدخل يدفع بالأطفال للخروج للعمل في سن مبكرة وترك التعليم، وكذلك الأمهات مما يؤدي إلى تحطم الروابط الأسرية<sup>3</sup>. فيما يتعلق بانتشار الفقر فإن الدراسات المتبعة (المنجزة)، لا سيما الدراسة حول مستويات المعيشة المنجزة من طرف الديوان الوطني للإحصائيات في سنة 1995، أسفرت عن تقدير

<sup>1</sup> - نايفة قطامي: طرق دراسة الطفل، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1998، ص 15.

<sup>2</sup> - أيمن سليمان مزاهرة، عصام محمدي الصفدي وآخرون: علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، ص 128.

<sup>3</sup> - خليل المعاينة، مصطفى القمش وآخرون، مرجع سابق، ص 76.

نسبة السكان الجزائريين الفقراء ب 42.4% و 19.8% نسبة مجموع السكان الذين تجاوزوا حد الفقر بمرتبة شهري أقل من 1515 دج.

إن التدهور في مستوى المعيشة قد زاد حدة نظرا لارتفاع معدل البطالة الذي انتقل من 21.4% في سنة 1987 إلى 26% في سنة 1996<sup>1</sup>.

أما بحلول سنة 2003 تقلصت النسبة إلى 23.72% ثم إلى 17.65% سنة 2004 واستمرت في الانخفاض لتصبح 12.3% سنة 2006<sup>2</sup>.

إن انتشار الفقر يعرقل تحسين ظروف المسكن وبالتالي يساهم في تردي الأوضاع الصحية داخل المسكن، حيث تلعب دورا كبيرا في التأثير على المستوى الصحي للسكان على وجه العموم والطفل على وجه الخصوص.

وقد تطور شغل المسكن على المستوى الوطني من 6.4 سنة 1987 إلى 5.79 سنة 1998، لينخفض إلى 5.45 سنة 2004<sup>3</sup>.

**1-2- عمل المرأة:** تخرج المرأة للعمل إما للمساهمة في الرفع من ميزانية الأسرة ورفاهيتها وإما لإثبات ذاتها نتيجة حصولها على مستوى علمي يؤهلها لذلك.

وتتعرض المجتمعات العربية إلى تغيرات عديدة تنعكس بدورها على الطفل ونموه السليم، ومن هذه التغيرات خروج المرأة للعمل، فتعلم المرأة ونيلها للعديد من حقوقها وتوافر الآلات المنزلية المختلفة ساعد في خروجها للعمل، وساهم إلى حد كبير في تحريرها الاقتصادي وقلص من سيطرة الرجل على أسلوب حياتها.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص 41.

<sup>2</sup> - Office Nationale des Statistiques : Données statistique d'activité emploi et chômage, N° 43, Alger, 2006, p 12

<sup>3</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 30.

وحسب الدراسة التي قامت بها علياء شكري حول " المرأة في الريف والحضر " دراسة لحياتها في العمل والأسرة، توصلت إلى أن العمل خارج المنزل يؤثر بالسلب على رعاية الأطفال وهذا بسبب انشغال الأم عن بيتها<sup>1</sup>.

ولقد أثبتت الأبحاث أن خروج المرأة للعمل في حد ذاته لا يؤثر تأثيرا سلبيا على الأطفال، وهناك عوامل أخرى تجعل لعمل المرأة أثرا سيئا على الأطفال مثل قلة التعليم، فالمرأة العاملة المتعلمة تحاول أن توفق بين واجبات عملها وواجباتها اتجاه أسرتها، فترعى أطفالها وتمنحهم الحب والرعاية بقدر الإمكان<sup>2</sup>.

وإذا ما عدنا إلى الملموس فإننا نبرز من خلال الجدول التالي تطور مكانة النساء في سوق الشغل عبر سنوات مختلفة على النحو التالي:

**جدول رقم (14): يبين تطور عدد النساء في سوق الشغل من 1977 إلى 2014**

| سوق الشغل            | 1977    | 1987    | 1991    | 2001      | 2008      | 2014      |
|----------------------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| النساء الناشطات      | 159.500 | 430.300 | 624.000 | 1.288.000 | 1.730.000 | 2.288.000 |
| نسبة النساء الناشطات | 5.2     | 8.1     | 10.5    | 15.0      | 16.8      | 19.5      |

**المصدر:** الديوان الوطني للإحصائيات: تحقيق الشغل 2013 وفبراير 2014، الجزائر، 2014.

الجدول الذي بين أيدينا يبرز تطور عدد النساء في سوق الشغل وعليه نلاحظ من خلاله التزايد الملحوظ والإقبال على ميدان الشغل سنة بعد الأخرى، حيث انتقلت

<sup>1</sup> - علياء شكري: المرأة في الريف والحضر-دراسة لحياتها في العمل والأسرة -، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص2.

<sup>2</sup> - حنان عبد الحميد العناني: برامج الطفل ما قبل المدرسة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ط1، ص 41.

النسبة من 5.2 سنة 1977 إلى 8.1 سنة 1987 ثم من 8.1 سنة 1987 إلى 10.5 سنة 1991، والملاحظ هنا هو الزيادة المتباطئة خلال الفترة الأولى حيث أنه خلال 10 سنوات زادت نسبة الإقبال على الشغل بـ 3 وهي نفس النسبة تقريبا لكن في غضون 4 سنوات فقط خلال الفترة الممتدة بين سنتي 1987 و 1991. استمرت نسبة إقبال النساء على سوق الشغل بشكل ملحوظ بين سنتي 1991 و 2001 حيث انتقلت النسبة من 10.5 إلى 15 واستمرت زيادة نسبة النساء الناشطات حيث بلغت 19.5 سنة 2014.

إن زيادة إقبال المرأة على العمل وإن دل على شيء فإنما يدل على انتشار التعليم الذي كان حكرا على الرجل حيث أصبحت المرأة تطمح للوصول إلى أعلى المستويات العلمية ومن ثم إلى احتلال أعلى المناصب، ولدليل على أن المستوى التعليمي للمرأة دور فعال في وصول المرأة إلى ميدان الشغل وإثبات دورها ومكانتها الفعالة في المجتمع.

مع التغيرات والتحولات التي عرفها المجتمع، تعددت أسباب ودوافع خروج المرأة للعمل خارج المنزل، فهي مرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بالإضافة للسياسة العامة للبلاد والجانب التشريعي المتعلق بوضعية المرأة وحقوقها كما ترتبط بشكل أدق بجملة الظروف الأسرية التي تحيط بالمرأة، فالمرأة تخرج للعمل إما لتأكيد ذاتها وثبات شخصيتها أو رغبتها في الحفاظ على مستوى معيشة مرتفع، أو لاضطرارها للكفاح مع زوجها في مواجهة مشقة الأحوال الاقتصادية وغلاء الأسعار بالحصول على قدر من المال يرفع دخل الأسرة، وقد تتحمل أعباء الأسرة لوحدها في حالة وفاة الزوج أو الطلاق أو المرض المزمن المقعد.

فخروج المرأة للعمل مثلا ضرورة ألزمتها الحاجات المتزايدة للمجتمع الصناعي، فالظروف المعيشية والاقتصادية التي تعيشها الأسرة الحديثة أجبرت المرأة العمل لمساعدة زوجها،

ويرتبط هذا الدافع بالمستوى الطبقي للمرأة التي تعمل، فيكون الدافع ملحا وقويا كلما انخفض مستوى معيشة المرأة العاملة.

فالمعمل هو الوسيلة التي تمكن المرأة الحصول على النقود وبالتالي الرفع من مستوى معيشتها<sup>1</sup>، بالإضافة للعامل الاقتصادي هناك عوامل أخرى دفعت بالمرأة للعمل من بينها فكرة التحرر وإثبات الذات والشعور بالقيمة، إذ ترى أن بحصولها على الدرجات العلمية وتمكنها من الناحية المادية تستطيع تأكيد ذاتها في المجتمع وخاصة في أسرتها وامام زوجها، فلقد بينت إحدى الدراسات إن هناك عددا كبيرا من الأمهات يعملن من أجل لذة العمل وما يحققه من إشباعات نفسية أكثر من أولئك اللاتي يعملن لأسباب اقتصادية<sup>2</sup>.

**1-2-1- انعكاسات العمل على الأبناء:** يقول العلامة الإنجليزي سامويل سمايلس وهو من أركان النهضة الإنجليزية في معرض حديثه عن عمل المرأة: "إن النظام الذي يقضي بتشغيل المرأة في المعامل، مهما نشأ عنه من ثروة، فإن نتيجته هادمة لبناء الحياة المنزلية، لأنه يهاجم هيكل المنزل، ويفوض أركان الأسرة ويمزق الروابط الاجتماعية ويسلب الزوجة والأولاد من أمهاتهم".

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

**1-2-1- الفطام المبكر:** تختلف ظروف عمل المرأة باختلاف نوع المهنة وعدد ساعات العمل ومدى توافر دور الحضانة في مكان العمل، لكن قد تضطر الم المرضعة وفي حالات كثيرة للفطام المبكر، فلقد أوضحت العديد من الدراسات حول عمل المرأة، أن عدد

<sup>1</sup> - حنان عبد الحميد العناني: برامج الطفل ما قبل المدرسة، المرجع السابق، ص 238.

<sup>2</sup> - كاميليا ابراهيم عبد الفتاح: سيكولوجية المرأة العاملة، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص ص 85-87

كبير من الأمهات العاملات المرضعات يجدن أنفسهن مضطرات لقطاع الطفل في سن مبكرة بسبب غيابهن الطويل عن العمل مما يقلل من فترات الرضاعة ومن إدراج اللبن وتصبح الرضاعة الطبيعية غير مشبعة، ويسبب توتر الأم وضيق الوقت قد لا تعطي طفلها الوقت الكافي للرضاعة الهادئة<sup>1</sup>.

ومن النتائج التي توصل إليها المسح الجزائري متعدد المؤشرات MICS3 2006 عن مسألة الفطام أن سن فطام الطفل يزيد كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم وكانت الأمهات ذوات مركز اجتماعي لا بأس به.

أما تأثير مكان الإقامة فالنتائج كانت أنه يكون الفطام مبكر كلما كانت الأم تعيش في وسط حضري، حيث تبلغ النسبة 28.8% في الحضر مقابل 22.6% في الريف للذين فطموا في أقل من 3 أشهر، كما تبين أن 67.4% من الأطفال الأقل من 6 أشهر فطموا في فترة متقدمة جدا وهي أقل من 3 أشهر، وترتفع النسبة عند الأمهات ذوات المستوى العالي وهذا بنسبة 29.9، وتزيد النسبة كلما كانت الأم ذات مركز اجتماعي عالي<sup>2</sup>.

1-2-1-2- فقدان الأبناء الصغار للرعاية والحنان: فقدان أطفال العاملات لحنان وعطف أمهاتهم يعود لغيابهن الطويل عن العمل وذلك يعني وجود أشخاص أو جهات بديلة عن الأم تتولى رعاية الأطفال وتربيتهم وهذه الجهات قد يفتقد بعضها لأساليب التربية الصحيحة في تعاملها مع الأطفال مما يؤثر سلبا على حياتهم.

فمربيات الأطفال في دور الحضانة لا يستطعن القيام بدور الأم لا سيما في مرحلة الرضاعة ومرحلة ما قبل المدرسة بشكل عام، والطفل الذي تغيب عنه أمه كثيرا لا يشعر بالأمان

<sup>2</sup> -جهد ذياب الناظول: دراسة ميدانية عن الآثار الأسرية الناجمة عن خروج المرأة السورية للعمل، منشورات الهيئة العامة

السورية للكتاب، وزارة الثقافة، دمشق، 2011، ص 104، 105

<sup>2</sup> -M SP et ONS: Enquête National a indicateur multiples MISC3 , op.cit., p 76.



والطمأنينة ويرث الشعور بالحيرة والارتباك إضافة إلى شعوره بالعزلة والعجز مستقبلاً، وقد يكون أطفال العاملات أقل تكيفاً من الناحية النفسية عن أطفال الأمهات ربات البيوت. فالطفل كلما كان صغيراً كلما كان عاجزاً عن التعبير عن مشاعره وطرح مشكلاته، فهو يعبر عن رفضه بالصراخ والبكاء عندما تتركه الأم عند المربية أو في الروضة وتغادر فينشأ الطفل نشأة غير صحية تترك بصماتها في شخصيته وفي تفاعله مع محيطه الأسري والمجتمعي

**1-2-3- التعامل مع الأبناء بانفعال وعصبية:** تختلف أساليب تعامل الأمهات العاملات مع أبنائهن باختلاف ظروف العمل وظروف أسرهن، وتختلف باختلاف أعمار الأبناء ومدى توافر الوقت للتحدث معهم أو حتى الإصغاء إليهم، لكن عندما تكون الأم متعبة ومتوترة بسبب العمل تشعر بحالة من الضيق والتوتر مما يفقدها توازنها وتصبح عصبية وتتعامل مع أبنائها بأساليب خاطئة كالصراخ وارتفاع الصوت والانفعال والقسوة واستخدام العنف، يتضح تأثير عمل الأم على أسرتها من خلال دراسة تفيد بأن 74% من النساء العاملات في الولايات المتحدة يواجهن مشاكل الأولاد والزواج بعصبية وأن أية مشكلة مهما كانت بسيطة تكون مرشحة للتضخم نظراً لصعوبة التوفيق بين مسؤولياتهن اتجاه العمل ومسؤولياتهن اتجاه المنزل، فالتعامل بهذه الطريقة الخاطئة سببه الجهد والتعب، أي أن طريقة تعاملها مع أبنائها تتحدد بحسب الحالة التي تصاحبها بين التعب والارتياح وبحسب مستواها التعليمي والثقافي<sup>1</sup>.

**1-3- المستوى التعليمي:** يؤثر المستوى التعليمي لأسرة الطفل وخاصة الوالدين الأم بشكل كبير على صحة الطفل، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهم بمتطلبات النمو الصحي والسليم للطفل وبكل احتياجاته في هذه المرحلة

<sup>1</sup> - جهاد ذياب الناقولا، مرجع سابق، ص ص 106 - 107.

وكيفية تليبيتها، في حين أن الجهل والامية يؤدي إلى عدم وعي الوالدين بما يتعلق بالشؤون الصحية للطفل وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر<sup>1</sup>.

إن التعليم أصبح مطلباً أساسياً خاصة عند النساء، حيث نلاحظ أن نسبة النساء تزداد بازدياد وارتفاع المستوى التعليمي حيث نجد 48.5% ممن لديهن مستوى تعليمي عالي مقابل 4.9% فقط ممن هن بدون مستوى، وإنه يلاحظ تراجع نسبة الرجال المقبلين على التعليم العالي بالمقارنة مع النساء والتي من خلاله أصبحت لها مكانة مرموقة في المجتمع نظراً للدور التي أصبحت تلعبه، والذي ساهم بشكل كبير في انتشار الوعي.

**1-4- طبيعة وحجم الأسرة:** إن عدد أفراد الأسرة له تأثير واضح وكبير على الاهتمام بصحة الأسرة، وعلى سرعة اللجوء إلى الخدمات الصحية وعلى طبيعة ونوعية هذه الخدمات المتوخاة، وبذلك فهي تؤثر على مدى انتشار الأمراض.

كما أنه لطبيعة الأسرة (نووية، ممتدة) أثر واضح على عملية اختيار نوع الخدمات الصحية، وعلى الإقبال على خدمات الصحة العامة (المجانية أو شبه المجانية الحكومية)، أو الإقبال على خدمات الصحة الخاصة (غير المجانية) المدفوعة الأجر.

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

لكن رعاية الأطفال وكذا المستوى المعيشي للأسرة يتأثر إلى حد بعيد بعامل الدخل وتوزيعه بالعدل على جميع أفرادها، وذلك لسد حاجياتهم من ملابس ومأكل وتعليم وعلاج وغيرها من

<sup>1</sup> - السيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 2004، ص 94.

المصاريف التي تستدعيها الرعاية والتربية السليمة، ويعيش الكثير من الآباء غالباً صعوبة الموقف الناتج عن عدم التوازن بين الإمكانيات المادية المحدودة وبين المتطلبات المتعددة لأفرادها، خاصة إذا كان هناك حجم كبير.

فالعلاقة التي تربط بين حجم الأسرة وبين التغذية والصحة تشكل عوامل تستدعي الاهتمام عند دراسة نمو الطفل وحالته الصحية، وتعيش العائلات الواسعة ذات الامكانيات المحدودة خطورة هذه العلاقة، فغالبا ما تتجه هذه العائلات في تغذية أطفالها إلى إهمال خاصية النوع وتكتفي بالتركيز على الكم.

فالمباعدة بين الولادات لها فوائد صحية تعود على الم والطفل معا، والقرآن الكريم حث على ذلك في قوله تعالى "والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة..." صدق الله العظيم.

فعندما تكون فترات الحمل متقاربة فإن هذا يؤدي إلى عدم حصول الجنين كفايته من التغذية للنمو اثناء الحمل، مع احتمال حصول ولادة مبكرة وبوزن أقل من الطبيعي<sup>1</sup>

**1-5- العامل الثقافي:** تعرف الثقافة الصحية على أنها "عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسة العادات الصحية الصحيحة".

فمفهوم التثقيف الصحي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم، أو إمدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية وبالتالي لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل ما أمكن من مضاعفاته، والمعروف أن العادة هي سلوك

<sup>1</sup> - سلوى جبار الشهابي: دائرة الأسرة والمجتمع، 26 جانفي 2015، من موقع [www.Shabiba.com](http://www.Shabiba.com).

مكتسب بالتعليم، والانسان يكتسب عاداته ولا يرثها، والصحة هي محصلة عوامل أهمها العادات الصحية، إضافة إلى العوامل الوراثية والبيئية التي يعيش بها الانسان، لذلك فالتثقيف الصحي هو عملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به.

إن الهدف الأساسي لعملية التثقيف الصحي هو تحقيق السعادة والرفاهية لأفراد المجتمع عن طريق الرقي بمستواهم الصحي، وتقويم سلوكياتهم والسعي إلى تصويب اتجاهاتهم الخاطئة والعادات غير الصحية، مع العمل على تنمية وعيهم ومعرفتهم الصحية من خلال شروط السلامة والكفاية الجسمية والعقلية والنفسية والوصول إلى هذا الهدف لا بد من تحقيق الأهداف الأولية التالية:

1-الحرص على جعل المحافظة على الصحة والتمتع بها غاية وهدف يسعى جميع أفراد المجتمع إلى الوصول إليه، وجعل الرقي بالمستوى الصحي مطلباً أساسياً، من خلال حرص الجميع على بذل الجهود لتنمية الجانب الثقافي التنظيمي لديهم والاستفادة من خبرات الآخرين خصوصاً المثقفين منهم في المجال الصحي.

2-تشجيع أفراد المجتمع وإشراكهم في تنمية وتطوير الخدمات الصحية من خلال المساهمة الإيجابية في تفعيل دور المؤسسات الصحية وتحسين مستوى الأداء فيها.

3-العمل على تغيير السلوكيات والعادات غير الصحية إلى سلوكيات صحية وتنميتها.

4-الرقي بالمستوى الصحي لدى أفراد المجتمع حتى يتمتعوا بصحة جيدة، مع المحافظة على استمرارية هذه الحالة، وجعل عملية التثقيف الصحي أحد الأركان الأساسية لتنمية المجتمع.

5- التعريف بالأدوار الفعالة التي تقوم بها المؤسسات الصحية الأساسية والمساندة من خدمات صحية مثل: تقديم المطاعيم الضرورية للوقاية من الأمراض<sup>1</sup>.

إن ثقافة الأسرة عامل هام في الإقبال على اتباع القواعد الصحية الضرورية للوقاية من المرض، وبالتالي منع انتشار الأمراض فالوقاية خير من العلاج، كذلك فإن للثقافة دور بارز في زيادة الإقبال على الخدمات الصحية الرسمية والابتعاد عن الطب الشعبي<sup>2</sup>. تؤدي الثقافة دورا مهما في المجال الصحي، من حيث أنها تحدد بصورة جزئية الطريقة التي يدرك بها الناس بيئتهم ونوع الحياة التي يعيشونها، وهي تتسم بعبادات ومعتقدات تؤثر بدورها في العادات الصحية (المتعلقة بالنظافة) والممارسات الغذائية الشخصية، ونوع الغذاء وطرق إعداد الطعام، ونمط الإسكان... إلخ<sup>3</sup>.

إذ يعتبر التداعي الواجهة التي يبحث عنها الأشخاص للتخلص من مرض ما، فهناك التداعي بالطرق الرسمية المعروفة للعلاج الناتجة من التكوين الأكاديمي وهناك طريق آخر وهو الطب التقليدي الشعبي والطب التكميلي، وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية أن الطب التقليدي "الشعبي" هو طب له تاريخ طويل وهو حصيلة مجمل المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات المتأصلة في مختلف الثقافات سواء كانت قابلة للشرح والتفسير أم لا وتستعمل في صيانة الصحة وفي الوقاية من الاعتلال البدني والنفسي وتشخيصه وتخفيفه ومعالجته.

<sup>1</sup> - أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة وآخرون: الثقافة الصحية، دار الميسرة، دون ذكر السنة، ص ص 15-17

<sup>2</sup> - أيمن سليمان مزاهرة، عصام محمدي الصفدي وآخرون: علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، ص 128.

<sup>3</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 05.

أما الطب التكميلي أو البديل فهو يشير إلى مجموعة واسعة من ممارسات الرعاية الصحية السائدة، ليست جزءا من تقاليد البلد نفسه وهي ليست مدمجة إدماجا كاملا في نظام الرعاية الصحية السائدة، كما تستعمل بصورة تبادلية مع الطب التقليدي في بعض البلدان<sup>1</sup>.

تقوم فلسفة العلاج في الطب الشعبي على الاعتقاد بأن لكل داء دواء ومن ثم فإن كل مرض من الممكن شفاؤه، ما لم تكن نهاية المريض مقدرة في تلك اللحظة، وهنا يستحيل على أي طب أن يغير مشيئة الله، وهو يعتبر مجالا متسعا جدا يصعب الإلمام بأبعاده إذ يشتمل على الإجراءات والممارسات الدينية والسحرية والميكانيكية الكيميائية في نفس الوقت، حيث إن هناك من يقول أن عقاير الطب الشعبي تحتوي على العديد من العناصر المضاهية للأدوية الحديثة، حيث أن العديد من النباتات الطبية تستخدم في علاج الأمراض منها الربو الشعبي والإسهال والملاريا والسكري وأمراض الكلى... إلخ، وقد تطور الطب الشعبي في مجتمعات البحر المتوسط وجنوب آسيا والصين وبالتالي أصبح أكبر اعتمادا على النظريات العلمية الحديثة.

لقد اتسعت مجالات وممارسات الطب الشعبي والتكميلي، ويتضح هذا من خلال المتخصصين فيه، فهناك معالجات الرعاية الصحية القائمة على الإجراءات كالأدوية العشبية والمداواة الطبيعية والوخز بالإبر والمعالجة باليد والمعالجة الهيكلية العظيمة بالإضافة إلى تقنيات أخرى مثل اليوغا والتايشي والطب الحراري وغير ذلك من المعالجات البدنية والنفسية والروحية والجسمية العقلية.

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي 2014-2023، جنيف، سويسرا،

2014، ص 15.

أما عن ممارسي الطب التقليدي والتكميلي فإما أن يكونوا من ممارسي الطب التقليدي، أو التكميلي أو النوعين معا، كما يمكن أن يكونوا من العاملين في مجال الرعاية الصحية الرسمية كالأطباء<sup>1</sup>.

ففي بعض البلدان أصبحت بعض ممارسات الطب التقليدي والتكميلي معتمدة ومتجذرة وأصبح يطلب من الممارسين استكمال برنامج تدريبي وتعليمي رسمي، ففي العديد من البلدان الأوروبية وبلدان أمريكا الشمالية مثلا ينبغي استكمال برنامج تدريبي وتعليمي رسمي.

أما استعمال هذا النوع من الممارسات في الدول العربية، فهو يفسح مجالا كبيرا لعوامل المرض الراجعة لعوامل نفسية وسحرية، فحسب الدراسة التي قام بها فريق الباحثين المصريين "مخمد الجوهري وآخرون" حول مسألة التداوي بالطب الشعبي عند الأطفال في مصر بينت النتائج التي توصلوا إليها أن الكثير من الأمراض مثل ارتفاع حرارة الجسم والصرع يمكن أن تعلق بالعين والحسد ويندرج تحت هذا البند تأثيرات الكائنات فوق الطبيعية وأبرزها القرينة والجن، فهذه الأخيرة تعمل على إلحاق الضرر بالطفل، وأبرز خطر تمثله القرينة هو الإعتداء على الطفل نفسه، وأخذ الطفل الإنسي وإعطاء الأم أحد أولاد الجن فيسمى هذا الجديد مبدول، ويطلق ذلك بالذات على الطفل الدائم الصراخ والذي يتألم دائما لأسباب غير مفهومة<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 15.

<sup>2</sup> - محمد الجوهري وعلياء شكري وآخرون: الطفل والتنشئة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994، ص 33، 34.

أما في الطبقة الفقيرة فالإقبال على الطب الرسمي يكون بعد عجز الطب الشعبي في علاج الحالة وكثيرا ما يستعان بالتجارب السابقة للأجداد<sup>1</sup>.

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

ورغم النتائج الإيجابية المحققة من طرف الطب الشعبي عندما يمارس بشكل صحيح، تبقى ممارسته في العديد من الدول تمارس بصفة غير آمنة لعدم وجود رقابة من قبل السلطات، الشيء الذي ينجر عنه مخاطر عديدة قد تصيب الشخص المعالج بها، ما بالك إذا كان المعالج هو جسم حساس كجسم الطفل، ويمكن حصر بعض المخاطر الناتجة من الطب التقليدي لارتباطها بتصرفات خطيرة وخاطئة<sup>2</sup>.

**1-6- الجهل بالتربية الصحية:** إن جهل الأمهات والآباء في التربية لا يظهر في التغاضي عن أخطائه فحسب، بل تظهر أيضا في صور كثيرة كعدم المعرفة بمتطلبات النمو السليم في مراحل المختلفة أو سوء التصرف مع الأطفال الذي يبلغ حد الإهمال، لذلك يجب على الأسرة والأم خاصة أن تكون متمكنة عمليا لتسيير أسرتها على أحسن وجه<sup>3</sup>.

فعندما تحصل الفتاة على فرصة للتعليم من خلال الحصول على تعليم مدرسي جيد والاستمرار فيه، فإن لهذا تأثيرا تحويليا ليس فقط على فرص حياتها الخاصة وتحقيق الإنسانية بل وعلى البيئة الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقا، فتعليم الفتيات هو المفتاح لضمان الصحة المحسنة للأم والطفل ولتنمية المجتمع والنمو الاقتصادي.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 334.

<sup>2</sup> - منظمة الصحة العالمية: استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي 2014، 2023، مرجع سابق، ص 31.

<sup>3</sup> - فوزية دياب، نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة، سلسلة تربية الأطفال في مرحلة الحضانة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1979، ط3، ص 114.



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

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

كما يعتبر عدم توفر الخدمات الآمنة والنظيفة من بين العوامل التي تقلل فرص الالتحاق بالمدرسة أضف إلى ذلك تكاليف مستلزمات التمدريس من أدوات وملابس خاصة عند الكثير من البلدان، فهذه المطالب مكلّفة خاصة للأسر محدودة الدخل<sup>1</sup>.

ولقد جاءت نتائج المسح متعع المؤشرات في الجزائر مدعمة لهذه النتائج، حيث تبين أن الحالة التعليمية للأولياء وخاصة الأم لها أهمية بالغة في تربية الأبناء ورعايتهم من كل

<sup>1</sup> صندوق التعليمي RESULTS : إنهاء أزمة تعليم البنات، بدعم من منظمة أوكسفام، 2011، ص ص 21-22.

الجوانب وضمان بقائهم بصحة جيدة، لكن رغم هذا إلا أن نسبة الأمية للفئة العمرية 10 سنوات فأكثر مازالت مرتفعة حيث بلغت 24%، وهناك فروقات في نسبة الأمية بين الذكور والإناث وبين المناطق الريفية والحضرية، حيث بلغت النسبة 16.5% عند الذكور و31.6% عند الإناث لكن الملفت للنظر أن نسبة الأمية تكثر عند الإناث في المناطق الريفية أكثر منها في المناطق الحضرية، إذ سجلت النسبة 24.1% في المناطق الحضرية مقابل 41.3% في المناطق الريفية.

كما بينت النتائج أن نسبة النساء اللواتي التحقن بالمدارس سجلت انخفاضا هي الأخرى مقارنة بالذكور وهناك تباين حسب مكان الإقامة حيث قدرت في المناطق الريفية 71.7% مقابل 83% في المناطق الحضرية، وتبقى دائما نسبة التحاق الإناث بالمدرسة أقل مقارنة بالذكور، حيث بلغت النسبة 63% في المناطق الريفية مقابل 78.1% في المناطق الحضرية، في حين بلغت نسبة التحاق الذكور 78.9% في المناطق الريفية مقابل 87.8% في المناطق الحضرية<sup>1</sup>.

حيث يمثل التعليم وخاصة تعليم الفتاة الاستثمار الوحيد الأفضل من أجل تحقيق التنمية، فعلى الأم أن تكون ممكنة علميا لتسير أسرتها على أحسن وجه وفي هذا الصدد يقول "آرن رلد جزل" وهو أحد المنظرين المهتمين بتربية الطفل "أنه للمحافظة على نمو الأطفال الصغر والحضناء وصيانة نموهم من كل المعوقات يتوقف على تهيئ وسائل وترتيبات سياسية واقتصادية مواتية والتي تتوقف على المعلومات والمعارف، فلا سبيل إلى صيانة صحة الأطفال إلا إذا أقحمنا على بيوت الشعب فلسفة نمائه للعناية بالطفولة، ورعايتها تقوم على البحث العلمي وتمتد جذورها فيه"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> – M. S. P et ONS: Enquête Nationale a indicateur multiples MISC 3 ,suivi de la situation des enfants et des femmes , op.cit., p39.

<sup>2</sup> – فوزية دياب، مرجع سابق، ص 114.

**1-7- قلة المعارف حول الغذاء الصحي للطفل:** يتوقف تركيب أعضاء الطفل وأجهزته ووظائفها على طبيعة الغذاء الذي يتناوله، كما أن خصائص التغذية تحدد السريان والنتيجة للعديد من الأمراض.

إن غذاء الطفل الصغير يختلف عن غذاء الكبير، فتغذية هذا الأخير تسير وفق قاعدة يجب احترامها، وفي كل مرحلة من مراحل النم يجب اتباع نظام خاص بها تبدأ بالرضاعة الطبيعية، وهنا ملاحظة هامة على الأم أن تلتزم بها وهي "تجنب إعطاء حليب الكبار أو ما يسمى بالحليب كامل الدسم لعدم تماثله مع لبن الأم من حيث التركيب وبالتالي تأثيره الضار على جهازه الهضمي والكلية ومن ثم على نمو الطفل، وإن أفضل بديل للبن الأم إذا تعذرت الرضاعة الطبيعية هو اللبن المدعم بالحديد<sup>1</sup>، ثم إدخال الأغذية تدريجياً ابتداء من الشهر السادس وعلى الأم أن تعرف نوع الأغذية التي يجب أن تقدمها أو تضيفها في كل شهر حتى يتمكن أخيراً من مشاركة مائدة أفراد الأسرة في بعض المأكولات.

فبعض الأمهات خاصة ذوات المستوى المعيشي المرتفع تعطي للطفل أكثر مما يستحق كالإكثار من اللحوم والياغورت والجبن ومزج أنواع من الفواكه، ضارة أن هذا سوف يعطي للطفل قوام وصحة جيدة، لكن هذا يجبر الطفل إلى ما لا يحمد عقباه، كالوقوع في مرض العصر والذي يتمثل في السمنة، وأمراض أخرى عديدة، كما أن الكثير من الأمهات يرضخن لطلبات الأطفال اللامتناهية ويقدمن لهم كل ما يطلبون دون مراعاة الجودة والنوعية في ذلك ودون قراءة مكونات المنتج، ففي الوقت الحالي هناك رواج كبير للمنتجات الغذائية في الحملات الإشهارية خاصة منها المخصصة للأطفال، لكن الأخطر في هذا هو المواد

<sup>1</sup> - م ستودينكين: العلم للجميع "صحة الأطفال"، دار مير للطباعة والنشر الإتحاد السوفيتي، 1985، ط3، ص ص 89،

المضافة لهذه الأغذية كالمواد الحافظة وترمز برموز حتى لا يفهمها المستهلك، والكثير منها مواد مسرطنة<sup>1</sup>.

وحسب ما جاء به في تقرير 2012 (الأطفال في البيئات الحضرية) أن السمنة المفرطة تنتشر بين أطفال المناطق الحضرية في البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط، وأصبح الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالبدانة والأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكري والسرطان، بسبب تناول الأغذية ذات الدهون المشبعة والسكر المكرر والملح واقتران ذلك بعدم ممارسة الرياضة.

لذلك يجب أن تكون الأم على دراية بما تقدمه للطفل، لأنه حتى أولئك الذين يبدو ظاهرياً أنهم يحصلون على تغذية جيدة، يمكن أن يعانون بما يسمى بالجوع الخفي وهذا لافتقار الأغذية المستهلكة من الفيتامينات الأساسية للنمو الصحي للجسم وقد يخلف ذلك أضراراً وخيمة للطفل وهناك خالة أخرى من النساء وهن ذوات المستوى المعيشي المنخفض تفقرن للمواد الغذائية حتى الأساسية منها بسبب كلفتها وتقدمن للطفل أشياء بسيطة، ونتيجة هذا ينشأ أطفال غير أصحاء.

وحسب ما جاء في تقرير 2012 حول وضع الأطفال في العالم أن نقص التغذية يساهم في أكثر من ثلث وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم، كما أن له العديد من الآثار القصيرة والطويلة الأجل، بما في ذلك تأخر النمو العقلي وزيادة مخاطر الأمراض المعدية والتعرض للأمراض المزمنة عند الكبر<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> - عبد الرحمن عبيد مصيقر: التغذية الصحية لطلاب المدارس، السلسلة الثقافية لاتحاد التربية البدنية والرياضية، العدد 11

المملكة العربية السعودية، 1424 هـ، ص 3.

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2012، الأطفال في عالم حضري، تر: مركز العمل

الإنمائي بالقاهرة، نيويورك، 2012، ص 19.

2- تأثير العامل البيئي على الرعاية الصحية للطفل: تعرف البيئة بأنها كل ما يحيط بالإنسان من عوامل طبيعية وحيوية واجتماعية، والعوامل البيئية إما أن تكون طبيعية مثل الهواء والماء والتربة والمناخ، وإما أن تكون من صنع الإنسان مثل المدن ووسائل المواصلات والمصانع وغيرها ويستمد الإنسان من بيئته ضروريات بقائه حيا وأسباب رفاهيته، فالبيئة تشمل الأرض التي يعيش عليها والمسكن الذي يأوي إليه والهواء الذي يتنفسه والماء الذي يشربه، والمواد الكيماوية التي يستعملها في حياته...إلخ.

ويستعمل الإنسان البيئة كمصدر يأخذ منه ما يحتاج من طعام وماء وهواء ويلقي فيه في نفس الوقت فضلاته المنزلية السائلة منها والصلبة ومخلفات مصانعه بأنواعها المختلفة الغازية والصلبة والسائلة، ففي القديم عندما كان عدد السكان قليلا واحتياجاتهم الحياتية محدودة كانت البيئة قادرة على امتصاص هذه الضغوط المتزايدة وتوفير العناصر الرئيسية للحياة من مأكلا ومشرب وهواء، أي انه كان هناك نوع من التوازن بين حاجة الإنسان وقدرات البيئة.

أما في الوقت الحاضر وبعد الزيادة الهائلة في أعداد السكان وتجمعهم في مناطق سكنية كثيفة فقد أصبحت العناصر الرئيسية للحياة عرضة للنفاذ والتلوث ويزداد الوضع سوءا في الكثير من البلدان النامية والتجمعات السكنية الفقيرة نتيجة للكثير من الممارسات الخاطئة والاستغلال الجائر للعديد من الموارد البيئية ونتيجة لهذا الاختلال تتكون عوامل بيئية غير صحية تساهم بشكل كبير في الضغط على صحة الإنسان ونشر الأمراض والأوبئة الفتاكة، ولعل انتشار الإسهالات والأمراض المرتبطة بالماء أكبر دليل على مدى تأثير صحة الإنسان بالبيئة المحيطة به.

وترتبط صحة الفرد ارتباطا وثيقا بصحة أسرته ومجتمعه، فالأم المريضة بمرض معد يمكن أن تنتقل المرض إلى طفلها وكذلك فإن خطر انتشار الوباء يهدد جميع أفراد المجتمع، ومن

هنا جاء التركيز على حماية صحة المجتمع ومنع أسباب المرض عنه خاصة الاهتمام ببرامج الوقاية وهذا بتوفير بيئة صحية ملائمة للفرد.

والمرض هو انحراف الجسم عن الحالة الطبيعية إلى الحد الذي تصبح فيه قدرات الجسم وأنسجته المختلفة غير كافية لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية المتوازنة، فالمرض لا يظهر هكذا دون سابق إنذار أو أمرا محتوما لا خلاص منه أو لا يمكن تقاديه، فالحالة المرضية تنتج عن اختلال في التوازن بين وظائف الجسم، والمرض ليس أمرا طارئا يحدث فجأة دون سابق إنذار أو أمرا محتوما لا خلاص منه أو لا يمكن تقاديه، فالحالة المرضية تنتج عن اختلال في التوازن بين وظائف الجسم وينتج عن هذا الاختلال نتيجة لتغلب العوامل المسببة للمرض على وسائل المقاومة والحماية للجسم فوراء كل مرض عملية تغيير مستمرة وهناك صراع دائم بين اعضاء الجسم وأجهزته وبين العوامل المسببة للمرض، لإبقاء على توازن وظائف الأعضاء والتغلب على العوامل الضارة للجسم.

فإذا انتصر الجسم على العوامل المسببة للمرض استمرت الحالة الصحية، أما إذا تغلبت عوامل المرض ظهرت الحالة المرضية وتتفاوت الأمراض في سرعة ظهورها، فقد يظهر المرض سريعا بعد التعرض لمسبباته ويسمى بالمرض الحاد مثل مرض الكوليرا، وقد تمر فترة زمنية طويلة بعد وصول مسبب المرض للجسم وحتى ظهور الأعراض فيسمى المرض المزمن<sup>1</sup>.

وفي العصر الحديث برزت مشكلات بيئية مختلفة عن التي سبقت معرفتها ومعالجة بعض أسبابها، فالملوثات البيئية الناتجة عن الصناعة والتطور الحضاري تشكل خطرا على الصحة وأكثر ما يقلق هو وجود كميات كبيرة من المواد الكيميائية التي تلوث البيئة ولم يتم التعرف حتى الآن على الأخطار الصحية التي يمكن أن تسببها، فالكيماويات التي تمثل في الواقع

<sup>1</sup> - برنامج الأمم المتحدة للبيئة مع منظمة الصحة العالمية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة اللاجئين الفلسطينيين: الإنسان والصحة والبيئة، الدليل الشامل للعاملين في خدمات صحة البيئة، الجزء التاسع، 2004، ص ص 7،8

سمة الحضارة الحديثة أصبحت مصدر خطر للتلوث البيئي، وفي كل سنة يتم اكتشاف آلاف من هذه المواد ويتم تناول المئات منها تجارياً ولا يعرف بشكل كاف تأثيرها على الصحة، وهذه المركبات تكون إما صلبة أو سائلة أو غازية كما تصنف حسب تأثيرها على الجسم فهي إما مهيجة أو سامة أو مولدة للطفرة أو مسرطنة أو مخدرة كما قد تكون إما طبيعية أو صناعية<sup>1</sup>

**2-1- التلوث الهوائي:** إن تلوث الهواء من الأمور التي يمكن إدراكها بسهولة خاصة لهؤلاء الذين يعيشون في المدن وخاصة المدن الصناعية والمناطق القريبة منها، ويمكن تعريف التلوث " بأنه تواجد شوائب في الهواء سواء وجدت طبيعية أو بفعل الإنسان وبكميات ولفترات تكفي للإقلال من راحته أو للإضرار بالصحة العامة بحياة الإنسان والحيوان والنبات والممتلكات.

فالإنسان العادي يحتاج إلى قدر كبير من الهواء يوميا فهو يتنفس حوالي 22000 مرة في اليوم الواحد في حالة السكون، وتزيد مرات التنفس على ذلك كثيرا أثناء الحركة وبذل الجهد وممارسة الألعاب الرياضية، ويحتاج الإنسان إلى قدر كبير من الهواء يصل إلى نحو 15000 لتر كل يوم، ويبلغ وزن هذا الهواء نحو 16 كيلو غرام وهذا يفوق ما يستهلكه الفرد من الماء والغذاء في اليوم الواحد ويمكن أن نستعرض أهم مصادر تلوث الهواء فيما يلي:

- السيارات ووسائل النقل الجوي.
- المصانع على اختلاف أحجامها وإنتاجها.
- الوقود المستخدم في التدفئة.
- حرق النفايات.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي، مرجع سابق، ص 192.

<sup>2</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 102.

ومن بين الملوثات نجد مواد خانقة مثل ثاني أكسيد الكربون والهيليوم والميثان والنيتروجين وتؤدي كثرة هذه الملوثات إلى تخفيف نسبة الأكسجين في الهواء المستنشق إلى أقل من الحد الذي يتطلبه جسم الإنسان، والدول العربية كغيرها تعاني من خطر تلوث الهواء، فمقارنة مع الدول المصنعة، فهي الوحيدة التي سجلت معدلات أدنى من انبعاث ثاني أكسيد الكربون وهو 531.9 طن وهي بلدان إفريقيا جنوب الصحراء وهذا الانخفاض في مظهره إنما هو راجع لعدم تحقيق إنجازات في مجال التصنيع<sup>1</sup>.

وقد تبين أن انبعاثات ثاني أكسيد الكربون في شمال إفريقيا والشرق الأوسط تتزايد بمعدلات هي من الأسرع في العالم، ففي الفترة ما بين 1990 و 2003 كانت نسبة التزايد 4.5 سنوياً كما أن حجم الانبعاثات يتزايد عند البلدان المنتجة والمصدرة للبترو، كالجائر، سورية، مصر ويبرز الفرق بين المناطق الحضرية والريفية.

**2-2- التلوث المائي:** تعاني المنطقة العربية من خطر التلوث المائي والتي ترجع أسبابه إلى استخدام الأسمدة الكيماوية وعلاجات البستنة والطب البيطري التي تترك أثراً طويلة الأمد وتجد طريقها إلى المياه في نهاية المطاف، ينعكس تلوث المياه في عدة أجزاء من المنطقة العربية تدنياً للقدرة على الحصول على المياه النظيفة وهي من الموارد التي يعاني الناس ندرتها بصورة عامة.

يشكل الافتقار إلى كميات كافية من المياه النظيفة بصورة خاصة تهديداً لأمن الإنسان في أكثر من ناحية، فقد يؤدي إلى انتشار الأمراض بين الأطفال مثل الإسهال، ويؤثر في انتظام دوامهم المدرسي وهو يحرم المرأة من ساعات طويلة تقضيها لجلب المياه لعائلتها بدلاً من تكريس الوقت لنشاطات شخصية أو تجني منها دخلاً معيلاً للأسرة.

إن الفقراء على العموم لا يحصلون على المياه النظيفة بينما يستهلك الأغنياء قدراً منها.

<sup>1</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 193.



يقدم تقرير مؤشرات التنمية العالمية الصادر عن البنك الدولي 2007 معلومات عن تلوث المياه في خمسة عشر بلدا عربيا، وتمس التقديرات تونس والجزائر والعراق ومصر والمغرب هي في مقدمة البلدان العربية الأكثر تلوثا من انبعاث الملوثات العضوية في الماء. والبيانات تظهر أن المعدلات في هذه البلدان تظل أدنى بكثير منها في دول مثل الولايات المتحدة التي كان فيها المعدل اليومي المطلق للتلوث في عام 2003 عشرة أضعاف معدلات التلوث العربية العليا، وإن الاتحاد الروسي تفوق في تلك السنة على المعدلات العربية بنسبة سبعة أضعاف ونصف.

فنسبة التلوث جراء تلك المواد العضوية من حيث نصيب الفرد العامل تظل أعلى نوعا ما في البلدان العربية منها في الدول المصنعة، وتعتبر تونس الدولة العربية الوحيدة التي نجحت بالمقارنة مع الولايات المتحدة في إنقاص هذه النسبة من 0.18 كيلوغرام في 1990 إلى 0.14 كيلوغرام في عام 2003.

كذلك نجحت سوريا واليمن في خفض هذه النسبة من 0.22 كلغ و 0.27 كلغ إلى 0.20 كلغ و 0.23 كلغ على التوالي للفرد العامل في عام 2003<sup>1</sup>

بالنسبة للجزائر وحسب المسح متعدد المؤشرات 2002، هناك نسبة هائلة من السكان غير موصولون بالمياه الصالحة للشرب بلغت 86.6% في حين بلغت النسبة 56.6% في الريف، كما تبين أيضا أن السكان الغير موصولون بمياه صالحة للشرب يقطعون مسافات كبيرة من أجل الحصول عليها وهذا من مصادر مختلفة.

وحسب الإحصاءات الجديدة التي أتى بها المسح المتعدد المؤشرات MICS3 2006 أن 75% من مجموع السكنات الموصولة بمياه صالحة للشرب تبلغ 92.2% في المناطق الحضرية مقابل 54% في الريف، أما عن الاستهلاك فإن 85.4% من السكان يستهلكون

<sup>1</sup> - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية العربية، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، لبنان، 2009، ص 44-

مياه من مصادر آمنة 88.3% في الحضر مقابل 81.4% في الريف والشيء الملاحظ أن 11.7% من سكان الحضر و 14.6% من سكان الأرياف لا يستهلكون مياه آمنة، الشيء الذي يعرضهم للعديد من الأمراض مثل الكوليرا والتيفوئيد... إلخ

### 3 - نظرة الأسرة للطفل:

الطفل هو الثمرة المرجوة من السعادة الزوجية وهو أول عنصر في بناء المجتمع لأنه رجل الغد وأب المستقبل، فهو إذن منحة كريمة يجب أن يتقبلها المجتمع وديعة بين يديه يتعهد به بالرعاية ويمهد له سبل النمو والصحة والعلم والتربية الصالحة والرفاهية الاجتماعية<sup>1</sup>.

وكل أسرة - كما نعلم - يبدأ تكوينها بارتباط الرجل (الزوج) والمرأة (الزوجة)، وهو ارتباط تحكمه الشرائع الدينية وقوانين المجتمع، بعد ذلك يأتي الأطفال واحدا بعد الآخر فيزداد عدد الأفراد في الأسرة وبالتالي يزداد عدد أفراد المجتمع وسكانه، وكلما زاد عدد الأفراد في الأسرة زادت المسؤوليات التي تقع على كل من الأب والأم، لأن عليهما توفير المسكن وتوفير المأكل والمشرب، وليس فقط توفيرها بل يجب توفيرها حسب الشروط الصحية المطلوبة<sup>2</sup>. كما أن على الأب والأم أيضا القيام بتربية وتنشئة الأبناء ليكونوا مواطنين صالحين في المجتمع يعرفون حقوقهم وواجباتهم، وإن قيام الأب والأم بهذه الواجبات في الأسرة يتطلب المال، وهذا المال يأتي - كما نعلم - من دخل الأسرة التي يتكون من أجر الأب وأجر الأم إذا كانت تعمل، وكلما زادت المسؤوليات مع زيادة عدد الأطفال ازداد الطلب لمزيد من المال.

إذا كان دخل الأسرة محدودا واجهت الأسرة الصعوبات في توفير حاجات أفرادها إذا كان عدد الأطفال يتزايد باستمرار وبدون تنظيم، فماذا يحدث في هذه الحالة؟ لا يستطيع الأبوان

<sup>1</sup> - مصطفى الخشاب، مرجع سابق، ص 150.

<sup>2</sup> - إبراهيم جعفر سليمان: تنظيم الأسرة، سلسلة الكتب الثقافية للراشدين (22)، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مطبوعات الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار، تونس، 1991، ص 5.

(الأب والأم) توفير كل ما يحتاج إليه أطفالهما من الأكل والشرب والسكن والملبس والتربية والرعاية الصحية<sup>1</sup>، وإذا حدث نفس الشيء في عدد آخر من الأسر في نفس المجتمع الواحد نجد أن المجتمع نفسه لا يستطيع توفير حاجات أفراده من غذاء وسكن وتعليم وصحة، لأن دخل المجتمع من الأموال سيكون أقل بكثير من حاجات سكانه فماذا يحدث بسبب ذلك؟، تتدهور أحوال المجتمع الصحية والغذائية والتعليمية والسكنية، فتنتشر الأمراض والأوبئة، وترتفع نسبة الوفيات وبخاصة بين الأطفال وترتفع نسبة الأمية بسبب عدم قدرة المجتمع على توفير فرص التعليم لكل طفل يصل عمره إلى ست أو سبع سنوات.

كما تحدث مشكلات السكن فيضيق المنزل بالأفراد، لأن عددهم أكبر بكثير من عدد حجراته ومساحته فنجد أحيانا أسرة بكاملها تسكن في واحدة.

وبسبب قلة الغذاء تنتشر المجاعات وتنتشر حوادث النهب والسرقات، هكذا نرى أن السبب في كل مشكلات المجتمع يرجع إلى عجز موارده في توفير احتياجات أفراد الذين يزداد عددهم زيادة غير منتظمة كما لاحظنا<sup>2</sup>.

إن المشكلة تبدأ أولا من الأسرة ثم تصل إلى المجتمع كله، إذن هل هناك طرق وسائل لتفادي ذلك؟ ما المقصود بها وما هي فوائدها وأهميتها بالنسبة للأطفال؟.

**تنظيم الأسرة:** المقصود بها هو أن تحصل على الأطفال بالاختيار - أي في الأوقات التي ترغب فيها في ذلك - وليس بمحض الصدفة، أي وفقا لتخطيط يلائم حاجات الأسرة الاقتصادية والاجتماعية والبيولوجية، وأن تباعد زمنيا بين كل مولود وآخر حتى تحقق

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 06.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص ص 7- 8.

الصحة المثلى لأفراد الأسرة، وكذلك مع الولادة الجديدة إذا ما وصلت الأسرة إلى العدد الاجتماعي المطلوب<sup>1</sup>.

ولقد عرف المؤتمر الإسلامي المنعقد في الرباط تنظيم الأسرة بأنه قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية، وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما، بمعنى آخر هو حصول الأسرة على الأطفال بالاختيار وليس بمحض الصدفة ووفق تخطيط مشترك يلئم حاجات الأسرة الاقتصادية والاجتماعية<sup>2</sup>.

ولقد أوضحت الدراسات في أي مجتمع من المجتمعات أن أكثر الفئات تعرضا للأخطار هي فئة الأطفال، لكن الأطفال في المجتمعات الفقيرة يتعرضون للمخاطر أكثر من الأطفال في المجتمعات الغنية المتقدمة، كما أن الدراسات أوضحت أن الأطفال يتعرضون للأخطار كلما قلت الفترة بين كل حمل وآخر، كما أن الأطفال يصابون بأمراض مثل العمى والصمم والشلل المخي وسوء التغذية.

ولذلك فإن تنظيم الأسرة يحقق الفوائد التالية بالنسبة للأطفال:

- قلة نسبة الوفيات بين الأطفال، لأن كل طفل سيجد العناية والرعاية الصحية الكافية من الأم، خلال فترة زمنية كافية قد تمتد إلى أربع أو خمس سنوات، وهي الفترة التي لن تتعرض خلالها الأم للحمل مرة أخرى.
- سيولد الطفل بوزن مناسب ولن يتعرض لأمراض سوء التغذية، لأن الطفل الذي يولد وزنه قليل يتعرض للإصابة بالأمراض أكثر من الأطفال الذين يولدون وزنهم مناسب.

<sup>1</sup> - حسين عبد الحميد أحمد رشوان: دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض دراسة في علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، 1988، ط02 منقحة، ص ص 227 - 228.

<sup>2</sup> - مصطفى القمش، خليل المعاينة وآخرون: مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط01، ص 116.

- سيجد الفرصة في الرضاعة الطبيعية والتي لها منافع كثيرة منها:
    - 1- لبن الأم غذاء كامل وسهل الهضم.
    - 2- لبن الأم يساعد على وقاية الرضيع من أمراض مختلفة مثل الإسهال.
    - 3- تقلل نسبة إصابة الأطفال بالنزلات المعوية.
    - 4- تقلل نسبة إصابة الأطفال بالأمراض الوراثية التي تنتقل من الوالدين إلى الأبناء<sup>1</sup>.
- وعموماً تكمن أهمية تنظيم الأسرة للطفل في حصوله على اهتمام أكبر مما ينعكس على نفسيته وتغذيته ورفاهيته وتعليمه وتنقيفه<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> - إبراهيم جعفر سليمان، مرجع سابق، ص 15.

<sup>2</sup> - مصطفى القمش، خليل المعاينة وآخرون: المرجع السابق، ص 116.

### خلاصة الفصل:

إن مرحلة الطفولة هي مرحلة حساسة جدا في حياة الطفل لأن مناعته ضد الأمراض تكون ضعيفة جدا وقد تتأزم حالته الصحية إذا لم يحظى بالعناية والرعاية الصحية الكافية من محيطه الأسري، باعتبار الأسرة هي أساس بناء مجتمع سليم ومتكامل وهي عالم مليء بالمسؤولية والواجبات التي يتحملها الأفراد كل حسب طاقته، وهي بمنظور علم الاجتماع ليست مجرد تجمع بيولوجي بل هي نمط من العلاقات الاجتماعية الخاصة والمميزة، ولكل أسرة أساليبها الخاصة في تأدية دورها الاجتماعي، إلا أن أيمن مزاهرة يبين اهم العوامل التي تؤثر في دورها كمؤسسة اجتماعية ومن بينها:

- مدى معرفة أو جهل الآباء بالطرق الصحيحة للتربية السليمة فحسب فوزية دياب أن هذا الجهل لا يظهر فقط في التغاضي عن أخطائه حتى في عدم المعرفة بمتطلبات النمو السليم في مراحله المختلفة.

- المستوى الاقتصادي لأسرة ومعدل دخل الأفراد الذي يعيق تلبية حاجيات أفرادها وتقديم الرعاية الصحية اللازمة لهم.

فالأسرة إذا هي مركز عملية التنشئة الاجتماعي لأعضائها أولا والمجتمع ثانيا، كما أنها تعمل على تأمين الرعاية الصحية الجسمية لأعضائها والواقع أن ظروف الأسرة الاجتماعية والاقتصادية تؤثر كثيرا في أو اتجاه طبيعة المرض خاصة في ظل التغيرات التي حدثت لها، وتؤكد الكثير من الأبحاث أن مسألة صحة أو مرض الأسرة أو أحد أعضائها ليست مسألة شخصية فقط بل هي مسألة كل الأسرة وما يجدر ذكره أن حجم الأسرة له بالغ الأثر على الخدمات الصحية المقدمة.

## الفصل الرابع: الأمراض وعلاقتها بصحة الطفل

### تمهيد

#### المبحث الأول: مشاكل الطفل الصحية

1- أهم الأمراض التي تصيبه

2- عوامل الإصابة بها

3- كيفية الوقاية منها

#### المبحث الثاني: مرض الربو بين النشأة والتطور.

1- لمحة تاريخية عن مفهوم الربو والحساسية

2- الاحصاءات والدراسات حول مرض الربو

3- تصنيفات الربو

4- أسباب مرض الربو

#### المبحث الثالث: تشخيص مرض الربو وطرق الوقاية منه

1- أعراض مرض الربو

2- تشخيص مرض الربو

1-2- قياسات تشخيص الربو

2-2- معايير تشخيص الربو

2-3- فحوصات تأكيد تشخيص الربو

3- علاقة الطفل المريض بعائلته ومحيطه

4- الطرق الصحية في التعامل مع الطفل المصاب بالربو

5- الوقاية والعلاج.

5-1- العلاج الأساس

5-2- الطب البديل (المكمل أو الأعشاب)

5-3- قواعد صحية يجب أن يتبعها المصاب بالربو.

### خلاصة الفصل

#### تمهيد:

إن المولود ساعة ينتقل فجأة إلى بيئة جديدة لا تؤمن له نفس الراحة والحماية التي كان ينعم بها وهو في داخل الرحم، يأتي إلى هذا العالم مسلحا بمناعة شبيهة بمناعة أمه، وهذه المناعة الطبيعية التي انتقلت إليه من أمه بواسطة المشيمة لا تقيه من الأمراض إلا لفترة من الزمن لأنها تزول خلال الأشهر الأولى من حياته ويصبح بدون مناعة وعرضة للأمراض.

وإن الظروف الصحية وكذا الوضعية المعيشية الصعبة التي كانت تعيشها الأسر الجزائرية انعكس سلبا على صحة الأم والطفل على وجه الخصوص، كل ذلك ساهم في انتشار الأمراض والأوبئة، مما جعل الدولة تبذل مجهودات خاصة في الجانب الصحي التي أعطت له اهتماما كبيرا من أجل التقليل أو الخروج من تلك الوضعية وما نتج عنه من وفيات خاصة عند الأطفال نتيجة نقص عمليات التطعيم والتلقيح ضد مختلف الأمراض.

إذن يصيب الأطفال العديد من المشاكل الصحية نتيجة سوء الرعاية والاهتمام من طرف المؤسسات والهيئات المختصة ولا سيما الأسرة، التي تعتبر الوسط الاجتماعي الأول الذي يتربص وينمو فيه الطفل.

ولما كان هناك بعض الأمراض المنتشرة بين الأطفال والتي يساعدنا التعرف على أعراضها، وعلى سرعة تشخيص وعلاج المرض فقد حاولنا توضيح بعض من هذه الأمراض الشائعة في فترة الطفولة وبيان أعراضها وطرق علاجها.



## المبحث الأول: مشاكل الطفل الصحية

### 1- أهم الأمراض التي تصيبه:

**1-1- الأمراض الصدرية والتنفسية:** تعد الأمراض التنفسية خاصة من المسببات الرئيسية للوفاة بين الأطفال الذين هم دون الخمس سنوات من العمر، كما تكون جد خطيرة عند الرضع مما يقتضي معالجة كثيفة<sup>1</sup>.

والسعال هو رد فعل الجهاز التنفسي عند وجود جرم غريب داخل مسالك هذا الجهاز من الأنف حتى الأكياس الهوائية لذلك فهو يعتبر وسيلة من وسائل دفاع الجسم ضد المرض ولا يعني أن كل من يسعل مصاب بداء في رئته بل يمكن أن يكون مصاب في أنفه أو حنجرته أو غشاء الرئة والسعال قد يكون جافا أي مصحوبا بإفرازات<sup>2</sup>، وغالبا ما يكون السعال الجاف عند الطفل سببه زكام يصيب الأنف والحنجرة أولا ثم يمكن أن ينتقل إلى الأجزاء المنخفضة من مسالك التنفس السفلى.

وهناك نوعا خاصا من المرض وهو التهاب الحنجرة والقصبة الهوائية وصورة ذلك هو أنه قد يذهب الطفل لينام وهو سليم معافى يستيقظ على صعوبة في التنفس حتى يكاد يختنق وتتسع عيناه ويزداد قلقه وكل ذلك مصحوب بسعال له صوت كصوت النباح<sup>3</sup>.

قد يتعرض الطفل أيضا إلى الإصابة بأمراض الحلق والتهاب اللوزتين بسبب فيروس الزكام، كما قد ينجم المرض من خلال الإصابة بالبكتيريا العقدية، حيث تؤدي هذه الأخيرة إلى الحمى وآلام الحلق، فنتورم اللوزتان وتحمران وأحيانا تكسبان نقطا بيضاء، وبذلك ينشر الطفل العدوى

<sup>1</sup> - أمين رويحة: ولدي في حالة الصحة والمرض، دار العالم، بيروت، 1974، ط1، ص 315.

<sup>2</sup> - بيرسي نيلسون: معلومات إلى الوالدين إذا مرض طفلك، مركز المعارف للرعاية الصحية للأطفال في مالمو بالتعاون مع معهد الحماية من العدوى في سكونه السويد، 2012، ص 5-6.

<sup>3</sup> - عبد المجيد رزق الله: طفلك في سنواته الأولى، الدار التونسية للنشر، الجزائر، دون ذكر السنة، ص 78.

طيلة فترة مرضه وهذا عن طريق رذاذ اللعاب، أما عن فترة الحضانه فهي تستغرق من يومين إلى أربعة أيام.

فالتهاب اللوزتين يمكن أن يختفي من تلقاء نفسه خلال أسبوع، كما يمكن تخفيفه من خلال المشروبات الباردة أو الساخنة، وإذا لم تنخفض درجة الحرارة خلال أربعة أيام فقد تكون هناك حاجة للمضادات الحيوية والمركز الصحي هو الذي يقيم الحالة كما يجب<sup>1</sup>.

ولقد أجريت دراسات من طرف هيئات مختصة من أجل معرفة مدى انتشار هذه الأمراض بين الأطفال البالغين دون الخامسة من العمر والتي تعتبر أهم شريحة في المجتمع.

فعلى غرار المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 (التقرير الرئيسي) فقد أظهرت نتائجه أن:

السعال أكثر انتشارا بدرجة قليلة بين الذكور عن الإناث (26% مقارنة مع 24%)، ويزيد السعال انتشاره بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة وثمانية عشر شهرا، ويقل انتشاره بين الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن عامين.

كما توصل المسح إلى أنه من بين الأطفال الذين أصيبوا بالسعال فإن: 3% عانوا أيضا من صعوبة أو سرعة في التنفس (8% من إجمالي الأطفال)، ويلاحظ أن الذكور يتعرضون أكثر من الأطفال الإناث للإصابة بالسعال مع ضيق التنفس، كما أن نسبة إصابة الأطفال بصعوبة التنفس في الريف تفوق نسبة إصابتهم في الحضر (8% مقابل 7.7%)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة، مرجع سابق، ص 10.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص ص 58 - 59

من جهته المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 خصص فصلا يستهدف التعرف على مدى انتشار الأمراض، وقد بينت نتائجه أن :

25.5% من الأطفال الذين يقل سنهم عن الخمس سنوات أنهم عانوا من ارتفاع في درجة الحرارة خلال الأسبوعين السابقين على المسح و 25.3% عانوا من السعال.

كما تنتشر الإصابة بحمى مع سعال بين حوالي 18% من الأطفال، إلا أن نسبة الذين عانوا من السعال والصعوبة في التنفس فتقدر نسبتهم بـ 9% بين الأطفال، أما الذين تعرضوا لكلا من الحمى والصعوبة في التنفس فيمثلون نسبة 7%<sup>1</sup>.

وحسب نتائج التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000 الذي قام به المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي فقد تم إحصاء عدد المصابين بالسعال الديكي بـ 7 حالات سنة 1999 مقابل 13 حالة سنة 1998 و 9 حالات سنة 1996، أي نسب انتشار مقدرة بـ 0.02 حالة، 0.04 حالة و 0.03 حالة لكل 100000 نسمة<sup>2</sup>.

إذن نظرا للانتشار الواسع لهذه الأمراض والتي تمس أهم شريحة في المجتمع، فقد شكلت اهتماما واسعا لدى المختصين، ونظرا لذلك فقد أجرى المعهد الوطني للصحة العمومية بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان دراسة سنة 2008 حول الالتهابات التنفسية الحادة، وقد أظهرت نتائجها ما يلي:

حوالي 5781 طفل تم إدخالهم المصالح الاستشفائية نتيجة تعرضهم للالتهابات التنفسية الحادة والتي تمثل نسبة 8.1% من مجموع الأطفال الأقل من خمس سنوات على اختلاف الأسباب

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 64.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000، مرجع سابق، ص 88.

وذلك خلال سنة 2005، في حين بلغ عدد الحالات خلال سنة 2006 بـ 26069 حالة أي بنسبة تمثل 18.56%، ليصل عدد الأطفال المصابين سنة 2007 إلى 36538 طفل ما يمثلون نسبة 24.80%، وبفارق قدر بين سنتي 2005 و 2007 بـ 16.70% وبعدها 30757<sup>1</sup>.

إن أغلب الإصابات بالاستناد إلى نتائج الدراسة دائما تحدث في غضون المدة الشتوية، وذلك نتيجة للظروف المناخية السائدة خلال هذه المدة ومدى تأثيرها على صحة الأطفال، حيث سجلت أعلى نسبة استقبال للمرضى في المستشفيات خلال سنة 2006 بـ 13.29% خلال شهر جانفي في حين عرفت أعلى نسبة في 2007 خلال شهر ديسمبر بـ 17.68%، بينما سجلت أدنى معدلات الإصابة خلال شهر نوفمبر بـ 05.73% وذلك في سنة 2006 وبـ 05.05% في شهر سبتمبر خلال سنة 2007، أما نتائج سنة 2005 فلم نتحصل عليها<sup>2</sup>.

كما بينت الدراسة أن ارتفاع نسبة المصابين خلال هذه السنوات الثلاث صاحبه ارتفاع كذلك في نسبة الوفيات وذلك نتيجة لتأزم حالات الإصابة.

وحسب الإحصاءات الصحية العالمية لمنظمة الصحة العالمية 2010 فإنه قد بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين تظهر عليهم أعراض الأمراض التنفسية الحادة والذين يتم إدخالهم في المرافق الصحية ما بين سنتي 2000 و 2008 قدرت بـ: 52.6%<sup>3</sup>.

**1-2- سوء التغذية:** يعرف بأنه الحالة المرضية الناتجة عن نقص أو زيادة نسبية أو مطلقة في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية، بمعنى آخر هو الحالة التي يكون فيها الجسم عاجز

<sup>1</sup> – Organisation Mondiale de la santé, Institut Nationale de Santé Publique: **Rapport annuel sur le morbidité hospitalière par IRA**, Alger, 2008, p p 12 – 13

<sup>2</sup>– IBID, p p 13 – 15.

<sup>3</sup> – منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية 2010، مرجع سابق، ص 89.

في الحصول عن الموارد الغذائية كلها أو بعضها بسبب الفقر أو الجهل، أو هو عجز الجسم عن التمثيل والاستفادة من الأغذية المتناولة في بنائه والتي تجدد نشاطه بسبب المرض.

فسوء التغذية هو عدم كفاية استهلاك الفرد من البروتين والفيتامين والأملاح المعدنية إلى درجة كبيرة لا نستطيع إرجاعها إلى نقص الطعام فقط، ولكن إلى عدم المعرفة الكافية باحتياجات الجسم<sup>1</sup>.

ولقد شكلت معرفة الحالة التغذوية للأطفال في الجزائر اهتمام الهيئات المختصة وتجسد ذلك من خلال إجراء العديد من الدراسات والمسوح، ففي هذه الأخيرة تم قياس الحالة التغذوية للأطفال بالاعتماد على ثلاث مقاييس أنثروبولوجية وهي الطول بالنسبة للعمر (وهو مؤشر لسوء التغذية المزمن) ويعرف باسم قصر القامة، أما المقياس الثاني فهو مقياس الوزن بالنسبة للطول (وهو مؤشر لحالات سوء التغذية الحادة الحديثة) ويعرف باسم النحافة، وأخيراً مقياس الوزن بالنسبة للعمر.

ويتم قياس مؤشر نقص الوزن سوء التغذية عبر التحقيقات الوطنية منذ انعقاد القمة الأولى للطفولة سنة 1990، وقد تم إجراء ثلاثة تحقيقات وطنية حسب المعايير الدولية المعروفة (MICS) بإشراف اليونيسف خلال السنوات 1995 و 2000 و 2006.

<sup>1</sup> - جويذة عميرة، مرجع سابق، ص 47.

جدول رقم (15): تطور نقص الوزن حسب التحقيقات الوطنية.

| EDG 2006 | EDG 2000 | EDG 1995 | المؤشر بالنسبة لكل ألف |
|----------|----------|----------|------------------------|
| 03.7     | 06       | 10       | نقص الوزن المعتدل      |
| 0.6      | 01.3     | 03       | نقص الوزن الحاد        |

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، الجزائر في 18-19 فبراير 2007.

ويجد هذا المؤشر تفسيراً لتحسنه في نتائج التحقيقات المتعلقة بالفقر والتي أثبتت تحسن المستوى المعيشي، حيث تراجعت فئة السكان التي تعيش تحت خط الفقر من 5.7% من السكان سنة 1995، مروراً بـ 3.1% سنة 2000 وصولاً إلى 2.7% من السكان سنة 2005 حسب التحقيق الذي أجري حول مستوى المعيشة وقياس الفقر<sup>1</sup>.

وفيما يلي نعرض أهم النتائج المتوصل إليها في هذا الجانب من خلال نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 (التقرير الرئيسي) والتي كانت كما يلي:

حوالي 18% من الأطفال دون الخامسة مصابون بقصر القامة أي أن أطوالهم تقل عن الطول الطبيعي للأطفال في نفس العمر، يزداد انتشار قصر القامة بين الأطفال الذين في العام الثاني من العمر وبين أطفال الريف والأطفال في المناطق الجنوبية، والأطفال الذين ولدوا في فترة إنجاب تقل عن سنتين.

فيما يخص النحافة بين الأطفال دون الخامسة، فقد اتضح أن أقل من 6% من الأطفال الذين شملهم المسح مصابون بالنحافة أي انخفاض أوزانهم بالنسبة لأطوالهم، كما تظهر النتائج أن

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 27.

09% من الأطفال مصابون بنقص الوزن بالنسبة للعمر، هذا وتزداد نسبة نقص الوزن بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 - 23 شهرا وبين الأطفال الذين يقطنون المناطق الريفية ومناطق الجنوب والساحل، وبين الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين عن المسح وبين الأطفال الذين ولدوا بعد فترة إنجاب تقل عن سنتين<sup>1</sup>.

من جهته المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 جاء بالنتائج التالية :

19.1% من مجموع الأطفال يعانون من قصر القامة المتوسط والحاد (20.8% للذكور مقابل 17.5% للإناث)، في حين أن 06.8% يعانون من قصر القامة الحاد فقط (08.2% للذكور مقابل 05.4% للإناث).

وحسب سن الطفل فتمركز أكبر نسبة من الأطفال الذين يعانون من قصر القامة الحاد عند الفئة 12 - 23 شهر، كما تبين أن 07.5% من الأطفال يعانون من النحافة و 04.6% يعانون من النحافة المتوسطة، وتتمركز أعلى نسبة للنحافة الحادة عند الفئتين 6 - 9 و 36 - 47 شهرا حيث تبلغ النسب على التوالي 03.6% و 04.6%<sup>2</sup>.

كما تشير البيانات إلى حدوث ارتفاع نسبي ما في نسبة الأطفال المصابين بنقص الوزن المتوسط والحاد حيث بلغت النسبة 10.4% بينما قدرت نسبة المصابين بنقص الوزن الحاد ب 02.5%، وترتفع نسبة النقص في الوزن بين الأطفال الذكور 11.9% وتتنخفض بين الإناث 08.9%، وتفاوتت نسبة الإصابة بنقص الوزن حسب الفئات العمرية للطفل وتتمثل أقل نسبة

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 284.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 61 - 62.

بين الأطفال دون الستة من العمر وأكبر نسبة بين الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 36 و47 شهراً<sup>1</sup>.

وحسب الإحصاءات الصحية العالمية 2010 لمنظمة الصحة العالمية فإنه قد بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة القصار القامة 22.5% ما بين سنتي 1990 - 1999 و15.9% ما بين 2000 - 2009.

أما فيما يخص الأطفال الناقصوا الوزن فقد بلغت 11.3% ما بين 1990-1999 و3.7% ما بين 2000 - 2009<sup>2</sup>.

**1-3 - الإسهال:** هو كثرة البراز المائع والذي يزيد فيه عدد المرات نحو 6 مرات ويمكن أن تصبح رائحة كريهة أو مواد مخاطية أو الدم أو القيح والتقيؤ أحيانا وربما ارتفاع في درجة الحرارة<sup>3</sup>.

يحظى الإسهال بأهمية خاصة عند دراسة المستوى الصحي للأطفال، وذلك لأنه يعتبر من أهم أسباب الوفاة بين الأطفال بالدول النامية، ويرجع خطر أمراض الإسهال إلى إعاقته لوظائف الأمعاء مما قد يؤدي إلى إصابة الطفل بالجفاف، وقد يؤدي الإسهال إلى إصابة الطفل بسوء التغذية وذلك من خلال تأثيره على شهية الطفل من ناحية وعلى قدرة الجسم على امتصاص العناصر الغذائية من ناحية أخرى.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 62-63.

<sup>2</sup> - منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية 2010، مرجع سابق، ص 103.

<sup>3</sup> - علي الحسن: أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم، بيروت، لبنان، 1982، ط2، ص 13.



والإسهال نوعان بسيط وحاد، فالإسهالات البسيطة تمتاز بازدياد عدد مرات التبرز مع تلونه باللون الأصفر المخضر ورائحته كاللبن المتخمر مع خروج الغازات، ومن أسبابه عد انتظام تغذية الطفل أو زيادة كميات الحليب المعطاة للطفل في الرضاعة الطبيعية أو تركيز الحليب الزائد في الرضاعة الصناعية بسبب تحسس الطفل للحليب، أو في الأيام الأولى من حياة الطفل بسبب عدم اكتمال جملة الطفل العصبية نتيجة عدم وجود خمائر معوية كافية، وتكون حالة الطفل العامة جيدة ولا يحتاج الطفل إلى المعالجة.

أما الإسهالات الحادة فغالبا ما يكون سببها انتاني، أي أن المسبب في الأمعاء هو جراثيم وطفيليات وفيروسات، أو في الأذن الوسطى عند التهابها أو الناميات الأنفية أو تقيحات في الجلد أو جراثيم من الغذاء والماء، ومن أعراضه أنه فجائي الظهور، مصاحب بالقيء والمغص وانخفاض في الوزن وارتفاع في الحرارة والجفاف.

أما عن أسباب الإسهالات فقد بينت نتائج الدراسات أن حوالي 75% إلى 80% من حالات الإسهال هي نتيجة فيروسات مختلفة أو غير معروفة بينما حوالي 20% إلى 25% من الحالات هي نتيجة البكتيريا والطفيليات المعوية.

أما عن العوامل المساعدة على المرض فهي عديدة أهمها شح المياه وتلوثها بالميكروبات والتصريف الغير صحي للفضلات الإنسانية والقمامة والتحضير والإعداد والطهو الغير سليم للأطعمة، وتلوث وعدم تعقيم زجاجة الرضاعة الاصطناعية وكذا التعرض لسوء التغذية عند الأطفال وتعرض الطفل للبرد والحر<sup>1</sup>.

ولقد جاءت نتائج الدراسة الأنثروبولوجية التي قامت بها الدكتورة نجوى عبد الحميد وآخرون حول الإسهال عند الرضع والأطفال في مدينة القاهرة مؤكدة لذلك حيث انطلق البحث من

<sup>1</sup> - أيمن سليمان مزاهرة: مبادئ صحة الطفل وتغذيته، مرجع سابق، ص ص 75- 76

مركز علاج الجفاف ومن عينة الأطفال فيها مصابون بالإسهال وينتمون إلى الطبقة الدنيا، أما عن أسباب المرض فهو راجع للسلوك الغير صحي سواء في إعداد الطعام أو في كيفية تخزينه، فكثيرا ما كانت إعداد الطعام غير مناسبة تنتشر فيها الأتربة والقاذورات والحشرات والدواجن والحيوانات أحيانا، كما تلجأ جميع الأسر إلى تخزين الماء بطرق تبتعد عن قواعد الصحة العامة.

كما تبين من نتائج الدراسة أن الأمهات في حالة الرضاعة الطبيعية في الكثير من الأحيان لا تهتم بنظافة ثديها وأيديها قبل الإرضاع، أما في حالة استخدام الرضاعة الاصطناعية فإن الزجاجة التي لا تسلم من وقوف الحشرات فوقها، كما أن الأم لا تهتم بنظافتها وتعقيمها بعد كل رضعة.

وفيما يخص نوعية الطعام فإن الأسر في عينة البحث تعتمد على المواد النشوية كعناصر أساسية في غذاء الأطفال والبالغين، كما تعتمد على الأغذية التي تجلب من الأسواق جاهزة، هذا وقد ساعد نقص الوعي الغذائي على إصابة الأطفال بسوء التغذية، وبعض الأمراض مثل لين العظام والإسهال<sup>1</sup>.

إن الإسهالات في أغلب الأحيان تشفى تلقائيا ما لم تحدث مضاعفات ناجمة عن فقدان السوائل والأملاح، وخاصة عند عدم تعويضها بالطريقة الصحيحة، فمن أهم المضاعفات نجد الجفاف والذي يؤدي إلى انعدام التوازن بين السوائل والشوارد الكهربائية في الدم وإلى الهبوط الكلي وانعدام التبول وإلى الصدمة وفقدان الوعي وإلى حدوث اختلاجات عند الأطفال نتيجة اختلال نسبة السكر والملح في الدم<sup>2</sup>.

1- سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض، وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، جامعة عين الشمس، ط1، 1999، ص 212.

2- أيمن سليمان مزاهرة، مبادئ صحة الطفل وتغذيته، المرجع السابق، ص 78.

ويعتبر الإسهال في الجزائر ثاني الأمراض التي تعرض حياة الأطفال للوفاة بعد المشاكل التنفسية، حيث تظهر نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 أن: 15% من الأطفال دون الخامسة قد أصيبوا بالإسهال خلال الأربع والعشرين ساعة السابقة على المسح، ويزيد مستوى الإصابة بين الأطفال الذكور عن الإناث (16% مقارنة مع 13%)، وتتغير مدى انتشار الإسهال بصورة كبيرة مع العمر فبينما 20% من الأطفال تحت ستة أشهر (18-21 شهر) عانوا من الإسهال خلال الأربع والعشرين ساعة السابقة على المسح، فإن النسبة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وثمانية عشر شهرا تبلغ 28% ويبلغ مستوى انتشار الإسهال أدنى مستوياته (أقل من 9%) بين الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنتين.<sup>1</sup>

أما بالنسبة للإصابة بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين على المسح فإن 23% من الأطفال قد أصيبوا بالإسهال في هذه الفترة، كما أن نسبة الإصابة بين الذكور تزيد أيضا عن الإناث (25% مقارنة مع 22%)، ويبلغ مستوى انتشار الإسهال أقصاه بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وثمانية عشر شهرا ويبلغ أدناه بين الأطفال الأكبر من عامين .

كما وجد أن الأطفال في الريف أكثر تعرضا للإسهال من الأطفال في الحضر، فبينما يبلغ مستوى انتشاره خلال الأربع والعشرين ساعة السابقة على المسح 16% في الريف فإنه يبلغ 13% في الحضر، أما خلال الأربعة عشرة يوما السابقة على المسح فتبلغ نسبة الإصابة 25% في الريف مقارنة مع 22% في الحضر.

كما يظهر المسح أن انتشار أمراض الإسهال تكون أكثر انتشارا بين الأطفال المقيمين في المنازل التي لا تحصل على مياه من شبكة عامة، وكذلك في الريف تنتشر حالات الإسهال

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص 53.

أكثر بين الأطفال في الأسر التي تستعمل مصادر لمياه الشرب غير الشبكة العامة والآبار، ويقل مستوى انتشار حالات الإسهال والإسهال الحاد بين الأطفال في الأسر التي تستخدم المراحيض المتصلة بشبكات صرف صحي في المناطق الحضرية، وفي الحضر ترتبط نظافة المنطقة المحيطة بالمسكن وتحسن طبيعة أرضية المسكن مع انخفاض انتشار حالات الإسهال الحادة<sup>1</sup>.

من جهته فقد اهتم المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 بهذا النوع من الأمراض التي تصيب فئة الأطفال، ومن أهم ما توصل إليه هو: أن نسبة الإصابة بالإسهالات عموما بغض النظر عن شدتها تصل إلى نحو 15% خلال الأسبوعين السابقين عن المسح.

وفيما يخص الإسهال خلال الأربع والعشرين ساعة السابقة على المسح فتمثل 07% من الأطفال، نسبته مرتفعة بين الأطفال البالغين بين 06 و 11 شهر من العمر، 16% و 10.2% بين البالغين بين 22 و 23 شهر، وترتفع هذه النسب عند الذكور (07.8%) منها عند الإناث (05.4%)، أما متوسط مدة الإصابة فقد قدر بنحو 05.5 أيام تقريبا<sup>2</sup>.

نشير فقط أنه عرف انتشار حالات الإسهال انخفاضا طفيفا سنة 1999، من 09.75 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1997 إلى 09.45 حالة لكل 100000 نسمة سنة 1999، وتختلف نسبة انتشار هذه الأمراض من ولاية إلى أخرى<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص ص 54 - 56 - 64.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص ص 69 - 70.

<sup>3</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000، مرجع سابق، ص 87.

وحسب آخر الإحصائيات المتحصلة من المسح العنقودي MICS4 تبين أن 9% من الأطفال أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين قبل إجراء المسح حسب تصريح الأمهات، وأكثر الإصابة سجلت في المناطق الجنوبية بنسبة 12%، أما الفئة العمرية الأكثر تضررا هي الفئة 0-23 شهر، و 14% للفئة 0-11 شهر، و 14% للفئة 12-23 شهر، وتقل الإصابة عند الفئة العمرية 48-59 شهر وهذا بنسبة 4%<sup>1</sup>.

**1-4- الحصبة:** الحصبة من أمراض الطفولة الهامة، وهي مرض شائع لا يصاب به الطفل خلال الأشهر الأولى من حياته بسبب مناعته الموروثة ضد المرض، ولكن هذه المناعة تزول في الشهر السادس أو السابع من العمر<sup>2</sup>.

ولقد كانت الحصبة مرضا منتشرا في كل أنحاء العالم قبل التطبيق الواسع لبرامج التمنيع، يعتمد توزيع الحصبة على نسبة الاستعداد والمناعة في مجتمع ما، وعلى درجة التعرض للعدوى، تكون الإصابة نادرة في الأطفال دون ستة أشهر وهي أيضا نادرة بعد الخامسة عشر من العمر وهذا يختلف من منطقة لأخرى.

ومنذ أن أدخل التمنيع ضد الحصبة على يد فريق من العلماء وعلى رأسهم الباحث الأمريكي جون فرانكلين اندروز إلى إنتاج لقاح مضاد للحصبة سنة 1963 أخذت هذه الخواص في التغيير تدريجيا، فلقد قلت معدلات الإصابة بنسبة تصل إلى 99% من معدلاتها قبل التمنيع<sup>3</sup>.

والحصبة مرض وبائي سريع العدوى يقيس شريحة الأطفال خاصة ويعد من أكبر المشاكل الصحية خاصة في إفريقيا، وتقع معظم الإصابات في فصلي الشتاء والربيع ولا تظهر الحصبة

<sup>1</sup> MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012- 2013), op.cit., P 90.

<sup>2</sup> - محمود عرفات: أمراض الطفولة وكيفية العناية بالأطفال، دار يافا العلمية، بيروت، 2006، ص 30.

<sup>3</sup> - نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص 108.

إلا بعد عشرة أيام من إصابة الطفل بالمرض وتسمى هذه الفترة بفترة الحضانة « période d'invasion » وتكون مصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة بين (39 و 40°م)، تدميع العينين وإفرازات الأنف كما تظهر بقع بيضاء بحجم رأس الدبوس بداخل الشفتين والخدين (علامة كويليك)، ثم يظهر الطفح أحمر غير منتظم الشكل متورما حول الأذنين والعنق ثم ينتشر وبعد ثلاثة أيام تقريبا يندثر<sup>1</sup>.

لقد كانت هناك مبادرات للتقليل من الوفيات الناجمة عن الحصبة، ولقد تبنت المبادرة التي أطلقت عام 2001 الهدف الذي وضع في الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الأطفال في مايو 2002 لتخفيف الوفيات الناجمة عن الحصبة بين الأعوام 1999-2005 ولقد كانت هذه المبادرة السبب في تطعيم أكثر من 217 مليون طفل بين الأعوام 2001 و 2005 معظمهم من إفريقيا، حيث انخفضت الوفيات الناتجة عن الحصبة بنسبة 60% وساعد التحصين على تجنب حوالي 7.5 مليون وفاة.

وفي مايو 2005 وضعت جمعية الصحة العالمية هدفا عالميا وهو تخفيض وفيات الحصبة بنسبة 90% بحلول عام 2015<sup>2</sup>.

ولعل الاهتمام بمدى انتشار هذا المرض في الجزائر بين شريحة الأطفال خاصة كان منذ الاستقلال، أين كرست السلطات جهودا لمحاربة هذا المرض والتقليل من إصابته، والذي كان وراء انتشاره الظروف المعيشية القاسية وكذا انتشار العدوى بين الأطفال نتيجة نقص التطعيم وحملات التوعية بخطورة المرض وضرورة التصريح بالحالات.

<sup>1</sup> – A. Damart. A et autre: Nouveau Larousse médicale, librairie Larousse , paris, 1981, p 89.

<sup>2</sup> منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة، مرجع سابق، ص 29.

إذن ونتيجة للجهود المبذولة فقد شهدت الحصبة تراجعاً مذهلاً بين سنة 1985 (السنة التي أصبح فيها التلقيح إجبارياً) وسنة 1990، فقد انخفضت من 153 حالة إلى 07 حالات لكل 100.000 نسمة، وفي سنة 1995 ارتفعت هذه النسبة إلى 15 حالة لكل 100.000 طفل تقل أعمارهم عن 5 سنوات، وبلغت 72.42 حالة لكل مائة ألف نسمة سنة 1996<sup>1</sup>، كما انتقلت نسبة انتشار هذا المرض من 62.49 حالة لكل 100.000 نسمة سنة 1997 إلى 07.66 حالة لكل 100.000 نسمة سنة 1999<sup>2</sup>.

ونظراً لسرعة انتقال هذا المرض نتيجة العدوى وكذا أهمية معرفة مدى انتشاره بين الأطفال، فقد توالى الدراسات في هذا المجال ولعل ما يمكن الإستدلاء به هو **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992** والذي جاء في طياته أن الحصبة مرض سريع الانتشار عن طريق العدوى حتى أنه بدون الوقاية بالتطعيم يمكن أن يصيب تقريباً كل الأطفال، وترتبط الإصابة بالحصبة تبادلياً بالحالة الغذائية للأطفال فنجد من ناحية أن الأطفال سيئي التغذية أكثر تعرضاً للإصابة بالحصبة ومن ناحية أخرى فإن الحصبة قد تؤدي بدورها إلى سوء التغذية، كما اهتم بدراسة انتشار الحصبة وذلك بالسؤال عما إذا كان الأطفال بالمسح قد أصيبوا بالحصبة أم لا، وعن العمر عند الإصابة، أما عن نتائج ذلك فكانت كما يلي:

15% من الأطفال دون الخامسة قد سبق إصابتهم بالحصبة، وبالطبع فإن النسبة تزداد مع ازدياد العمر؛ أي ازدياد فترة التعرض لخطر الإصابة بالمرض، من 02% بين الأطفال الأصغر من ستة أشهر إلى 06% بين الأطفال في العمر (6-11 شهراً)، و11% بين الأطفال (12

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 24.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000، مرجع سابق، 87.

– 17 شهرا)<sup>1</sup>، وكذا 15% بين الأطفال في العمر (18 – 23 شهرا)، وأخيرا تصل إلى 19% بين الأطفال الأكبر من عامين.

تزيد نسبة الإصابة بالحصبة في الحضر عن الريف (17% مقارنة مع 14%)، كما تظهر النتائج أن من بين الأطفال الذين سبق إصابتهم بالحصبة: 33% أصيبوا بها خلال العام الأول من العمر، و32% خلال العام الثاني و33% بعد أن أتموا العام الثاني.

أما بالنسبة للأطفال الذين لا تقل أعمارهم عن عامين في وقت المسح وسبق إصابتهم بالحصبة فإن 26% أصيبوا بالعدوى خلال العام الأول من العمر، و42% بعد العام الثاني<sup>2</sup>.

**1-5- الأمراض المزمنة:** تعددت الأمراض المزمنة التي يعاني منها الأطفال وباتت تهدد حياتهم لذلك ارتأينا أن نسلط الضوء على أهمها لا الحصر.

**1-5-1 - مرض السكري:** السكري حالة ناتجة عن عوامل وراثية وبيئية، تسبب نقصا نسبيا أو مطلقا في إفراز هرمون الأنسولين من غدة البنكرياس، مما يؤدي إلى ارتفاع مزمن في تركيز السكر في الدم، يترافق أحيانا بأعراض أخرى أهمها العطاش (العطش الشديد)، والبول (غزارة البول)، وانخفاض الوزن والذهول والشعور بالإرهاك، وقد لا يظهر أي عرض من هذه الأعراض في بداية الأمر، فيتم التشخيص عندئذ نتيجة لاكتشاف السكر في البول، أو اكتشاف ارتفاع مقدار السكر في الدم، عند إجراء فحوص مخبرية (معملية) للبول أو الدم لأي سبب من الأسباب<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق، ص ص 59 - 60

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 61.

<sup>3</sup> - منظمة الصحة العالمية: دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 1995، ص 4.



إن المعرفة الحقيقية لأسباب المرض وطرق علاجه بدأت في النصف الأول من القرن العشرين منذ اكتشاف الأنسولين سنة 1921 والعلاج بالأقراص المخفضة لسكر الدم، يطلق على مرض السكر **ديابيتس ميليتس** وهي تسمية لاتينية ترجع إلى ما قبل الميلاد حيث أطلقها الرومان لوصف هذا المرض لأول مرة، وتعني كلمة ديابيتس الماء الجاري إشارة إلى كثرة التبول بكميات كبيرة ومعنى كلمة ميليتس هو العسل إشارة إلى مرور السكر مع البول<sup>1</sup>.

ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية مرض السكر بأنه: " اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية"، يحدث المرض نتيجة خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين المفرزة أقل من المطلوب أو أن يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". وفي كلتا الحالتين يكون الجلوكوز غير قادر على دخول الخلايا مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول.

وبمرور الوقت ومع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة وعلى بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكة العين، وحويصلات الكلى وتلك التي تغذي الأعصاب<sup>2</sup>.

تقدر نسبة الإصابة بداء السكري لدى الأطفال في الجزائر بـ 30 حالة جديدة سنويا لكل 100 ألف طفل، حيث أن شريحة الأطفال الأقل من خمس سنوات هي الأخرى المعنية بالمرض، لكن

<sup>2</sup>-الوكالة المساعدة للطب الوقائي الإدارة العامة للأمراض الغير معدية: المرجع الوطني لتتقيف مرضى داء السكري، وزارة الصحة السعودية، الإصدار الأول، الرياض، 2011، ص 15.

<sup>2</sup>- محمد بن سعد الحميد: السكري أسبابه مضاعفاته علاجه، جامعة الملك سعود، الرياض، 2007، ط01، ص 4.

بنسبة أقل مقارنة بالأطفال فوق الـ 5 سنوات فعدد الحالات المسجلة بلغ 128 حالة من بين 1034 حالة مرض أي بنسبة 12.37% (الأطفال الأقل من خمس سنوات)، وبلغت نسبة الإصابة بالمرض عند الأطفال الذين ينتمون إلى الفئة العمرية من 5 إلى 9 سنوات 33.36% بينما ترتفع النسبة عند الفئة العمرية من 10 إلى 14 سنة وذلك بـ 54.25%<sup>1</sup> والملاحظ إذن نسبة الإصابة بالمرض ترتفع بارتفاع السن.

إن انتشار مرض السكري عند فئة الأطفال يعد خطرا كبيرا كما أنه يمثل عبء اقتصادي للدولة من حيث تحقيق خدمات الصحة العامة كتوفير الدواء للمصابين وهذا ليس فقط في الجزائر وإنما حتى في الدول المتقدمة فمرض السكري يعد مشكل اقتصادي كبير حيث ارتفع الإنفاق إلى 345 مليار دولار أمريكي في دول "LOCDE" فالولايات المتحدة وحدها خصصت له مبلغ 116 مليار دولار أمريكي سنة 2007.<sup>2</sup>

للسكري مضاعفات خطيرة على الشخص فقد تتدهور الحالة لتصل إلى السبات (الغيوبة) والموت إن لم تتوفر له المعالجة الفعالة، ويعتبر تلف شبكة العين هو السبب الرئيسي للعمى في العالم.

وهناك مضاعفات خطيرة أخرى أهمها ضعف وظيفة الكليتين والتي تقود إلى الفشل الكلوي والاعتلال العصبي والاستعداد للإصابة بمرض الشريان التاجي في القلب والتعرض لبتتر الأعضاء وغير ذلك من المضاعفات.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> – Samira Abrouk : Epidémiologie du diabète de l'enfant dans la wilaya d'Alger, INSP, Alger , 2010 , p11.

<sup>2</sup> – Ocde: panorama de la santé 2011 , les indicateurs de l'OCDE, France, 2012, p 42.

<sup>3</sup> – منظمة الصحة العالمية: دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية، مرجع سابق، ص 4- 8.

**1-5-2- السمنة:** عرفت منظمة الصحة العالمية بأنها: " تراكم الدهون بشكل شاذ ومفرط قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض"<sup>1</sup>.

ولقد باتت السمنة تشكل وباءا عالميا، حيث حدث في الآونة الأخيرة ازدياد ملحوظ في نسبة البدانة لدى الأطفال عموما، بمن فيهم الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، وتتداخل وتتعدد أسباب انتشارها إلى عوامل عدة أبرزها العوامل البيئية والجينية والاجتماعية.

هذه الزيادة في الوزن لم تقتصر على الأطفال في الدول النامية، بل شملت أيضا الأطفال في معظم الدول التي في طور النمو بما في ذلك غالبية الدول العربية.

ولقد تم تحديد البدانة استنادا لدراسة دولية نشرت عام 2000 بناء على تجاوز تناسب الوزن إلى الطول مقدار بانحرافين معياريين طبقا لبيانات المركز الوطني الأمريكي للإحصائيات ومنظمة الصحة العالمية.

خلصت نتائج الدراسة إلى أن معدل البدانة لدى الأطفال منذ الولادة إلى الـ 5 سنوات في 94 دولة نامية بلغ 3.3%، وكانت أعلى المعدلات في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ودول أمريكا اللاتينية وتراوح نسبة البدانة في الدول العربية ما بين 3.5% إلى 9.2%<sup>2</sup>.

وقد رت معدلات انتشار السمنة في بعض الدول المتقدمة بـ 40% وهو ما يعد خطرا جسيما على مستقبل الأطفال وذلك لانعكاسها على زيادة معدل انتشار الأمراض الغير سارية وأهمها

<sup>3</sup> -منظمة الصحة العالمية: واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين، المركز الثقافي للطفولة بالتعاون مع المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدوحة، قطر، 2009، ص 2.

<sup>2</sup> - هزاع بن محمد الهزاع: السمنة والنشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة، جامعة الملك سعود، الرياض، 2006، ص

امراض القلب وبالتالي انعكاسها على التغير في معدل متوسط العمر كونها أحد أسباب الوفاة في العالم.

يعتبر الأطباء أن الطفل يعاني من فرط الوزن إذا كان مؤشر كتلة الجسم أعلى مما هو عند 85% و 95% من الأطفال من نفس العمر والجنس ونقول عنه أنه يعاني من السمنة إذا كان مؤشر كتلة الجسم أعلى مما هو المقياس عند 95% من الأطفال من نفس العمر والجنس.

فحسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية أنه هناك نحو 1.6 مليار وستمئة مليون من البالغين (15 عاما فما فوق يعانون من فرط الوزن)، وهناك 20 مليون طفل دون الخامسة يعانون من السمنة<sup>1</sup>.

وبالاستناد إلى دراسة قام بها باحثين حول معدل انتشار السمنة وازدياد الوزن بين أطفال المدارس في ولاية تبسة في الجزائر في الفترة 1995-2007 تبين اختلاف نسب انتشار السمنة والزيادة في الوزن من فئة عمرية إلى أخرى، حيث وجد أن أعلى نسب هذين المؤشرين معا تقع في الفئة العمرية 4-5 سنوات، أما أضعف نسبة سجلت عند الفئة العمرية 8-9 سنوات.

كما توصلت الدراسة إلى أن الإناث أكثر عرضة لمشكل البدانة عن الذكور لكونهم يمارسون نشاطات حركية أكثر من الإناث كاللعب خارجا، أما الإناث فغالبا ما يمنعون من اللعب خارجا بعد بلوغهن، وهذا أمر شائع عند المجتمعات العربية وهذا ما يفسر قلة النشاط الحركي عندهن، فالعلاقة بين النشاط البدني والبدانة هي علاقة تأثير وتأثر لأن انخفاض مستوى النشاط البدني من الممكن أن يؤدي بسهولة إلى اختلال توازن الطاقة في الجسم، يؤدي ذلك إلى السمنة والزيادة في الوزن، وبالتالي تؤدي إلى تعب وعدم راحة الطفل مما يزيد الضغط على جسده وخاصة عظام ومفاصل الأرجل، ضف غلى ذلك أن هؤلاء الأطفال معرضون للإصابة بالسكري

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين، المرجع السابق، ص 2.

وأمرض القلب وارتفاع ضغط الدم في سن مبكرة جدا، كما قد يعاني هؤلاء الأطفال من التهاب المفاصل ومشاكل في التنفس خاصة أثناء النوم.<sup>1</sup>

كما حذرت رئيسة مصلحة طب الأطفال بمستشفى نفيسة حمود بارني سابقا بالجزائر العاصمة، البروفيسور زكية عراضة من الآثار الوخيمة لسمنة الأطفال، التي تمثل مشكل صحة عمومية في الجزائر ومختلف دول العالم، موضحة أن نتائج أطروحة دكتوراه في الطب أنجزت بالجزائر العاصمة أكدت أن من 10 إلى 15 بالمائة من أطفال الجزائر يعانون من السمنة التي تتسبب لهم في أمراض خطيرة على غرار أمراض القلب.<sup>2</sup>

**1-5-3- ارتفاع ضغط الدم:** غالبا ما يرتبط مصطلح ارتفاع ضغط الدم بأمراض منتصف العمر، ولكنه يحدث في الأطفال أيضا بنسبة تختلف باختلاف أعمارهم.

عادة لا يتسبب ضغط الدم المرتفع لدى الأطفال في أي أعراض، ولكن في بعض الحالات قد يسبب صداع، عدم وضوح الرؤية، دوام، غثيان أو رغبة في التقيء، خفقان القلب، نزيف الأنف.

ونظرا لأن ضغط الدم الطبيعي يتغير مع نمو الطفل لذا لا توجد قراءة محددة تشير إلى ارتفاع ضغط الدم، وتوجد عادة جداول لتحديد القيمة الطبيعية لضغط الدم اعتمادا على: عمر، وجنس وطول الطفل.

<sup>1</sup> – La revue de santé de la méditerranée orientale: prévalence du surpoids et de l'obésité chez des enfants scolarisée a Tébessa entre 1995 et 2007, Algérie, vol 19, N7, 2013, p 652.

<sup>2</sup> – WWW. Elkhbar. com.

غالبا ما يرتبط ضغط الدم لدى الأطفال الأصغر سنا (أصغر من 10 سنوات) بوجود حالات مرضية أخرى مثل عيوب القلب أو مرض الكلى أو الحالات المرضية الجينية، أو الاضطرابات الهرمونية<sup>1</sup>.

هناك رقمان لتحديد ضغط الدم، الرقم الانقباضي والرقم الانبساطي، فأما الانقباضي (الأعلى) فهو يعبر عن القوة التي يبذلها القلب ليضخ الدم إلى الأطراف عبر أوعية الدم، أما الانبساطي (الأقل) فيعبر عن ضغط الدم الذي ينتج بعد ارتخاء عضلة القلب والذي يسمح بعودة الدم إلى داخل القلب، ويكفي ملاحظة الارتفاع في أحد الرقمين الانبساطي أو الانقباضي لتشخيص ارتفاع ضغط الدم<sup>2</sup>.

**1-5-4- السرطانات:** يقصد بالسرطان نمو للخلايا بشكل غير طبيعي ولا يمكن السيطرة عليه، يمكن أن ينتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم ويؤدي إلى تعطيل وظائف الجسم الطبيعية. وتنمو السرطانات التي تحدث الإصابة بها في مرحلة الطفولة بشكل أسرع من السرطانات التي تصيب البالغين، ويرجع ذلك إلى أن الأنسجة السرطانية تنمو مع أنسجة الطفل سريعة النمو يعاني كثير من الأطفال من السرطان إلا أن الأمر يكون غير شائع في مرحلة الطفولة، وفي الدول المتقدمة التي تتوفر بها بيانات إحصائية أكثر اكتمالا، يصيب السرطان من 120 إلى 160 طفل من بين كل 1.000.000 طفل تحت سن 15 سنة كل عام، وتشير الإحصاءات إلى أن واحدا من بين كل 300-500 شخص تقريبا يصاب بالسرطان قبل بلوغ سن الـ 20.

<sup>1</sup> - www.sehatok. com.

<sup>2</sup> - عثمان الفريخ: ارتفاع ضغط الدم، ب: مستشفى فيصل التخصصي، المملكة العربية السعودية، 2010، ص ص 4-5.

الوفيات الناتجة عن السرطانات تمثل 1% عند الأطفال الصغار الأقل من سنة وتمثل 21% في الفئة العمرية 1- 14 سنة، فهي تأتي في المرتبة الثانية بعد الحوادث والتي تمثل نسبة 26% عند الأطفال، ومن بين الخصائص التي يتميز بها سرطان الطفل هو سرعة النمو والانتشار التي قد تتم في ظرف أسابيع، لكن في الوقت نفسه يتميز سرطان الطفل بالقابلية والاستجابة الكبيرة للعلاج شرط التشخيص المبكر للمرض.

ولقد أثبتت البحوث الوبائية عن وجود علاقة بين العديد من السرطانات وبين الأطعمة المتناولة، فالغذاء يتلوث بالمسرطنات كمركبات الأفلاتوكسين التي تفرزها الفطريات أو قد يحتوي الغذاء على مواد تتحول ضمن الجسم إلى مسرطنات بواسطة الجراثيم<sup>1</sup>.

والجزائر كغيرها من الدول تسجل سنويا 300 ألف حالة إصابة جديدة بداء السرطان، وبمناسبة اليوم العالمي لمكافحة السرطان المصادف لـ 04 فيفري من كل سنة وحسب مركز بيار وماري كوري المتخصص لمحاربة هذا الداء بمستشفى باشا الجامعي فإن الجزائر سجلت 1500 حالة جديدة لداء السرطان عند الأطفال، وحسب الإحصائيات فإن نسبة الإصابة بمرض السرطان لدى الأطفال تمثل 05 بالمائة من النسبة الإجمالية للمصابين، كما أن أنواع السرطان الأكثر انتشارا عند الأطفال في الجزائر هي سرطان الدم وسرطان المخ والكلية والعينين<sup>2</sup>

**1-5-5- الإصابة بالحوادث المنزلية:** تعرف الإصابة بأنها تعرض شديد لعوامل بدنية مثل الإصابات الميكانيكية أو الإصابات بالحرارة أو بالكهرباء أو بالمواد الكيميائية، والتي تتفاعل مع الجسم بكميات أو بمعدلات تتجاوز عتبة التحمل البشري.

<sup>1</sup> - أمال حسين اليحي ومنال سليمان المطر: حقائق للحياة، وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التربية، الكويت، 2009، ص

<sup>2</sup> - [https:// Parkwaycancercentre. com](https://Parkwaycancercentre.com).

وتعتبر الإصابات أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم، حيث أنها مسؤولة عما يزيد عن 950000 حالة وفاة بين الأطفال والشباب دون الثامنة عشر سنة 2004.

فالإصابات مسؤولة عن 30% من وفيات الأطفال التي تتراوح أعمارهم بين عام وثلاثة أعوام، في حين ترتفع هذه النسبة إلى قرابة 40% لدى الأطفال في الرابعة من عمرهم وإلى ما بين 50% و 60% بين الأطفال من الخامسة إلى السابعة عشر من العمر.

إن القبول بأن الإصابات هي مشكلة من مشاكل الصحة العمومية التي يمكن توقيها، ساهم في وضع استراتيجيات للوقاية، ومن ثم تقليص أعداد الوفيات البشرية وحالات العجز الناجمة عن الإصابات في بعض البلدان<sup>1</sup>.

فمعظم الإصابات التي تصيب الأطفال هي إصابات منزلية، وهي مجموعة من الحوادث التي تقع داخل المنزل أو في البيئة المحيطة به، وهي تصيب الأطفال والمسنين وتؤدي على المراضة والوفاة أو العجز إضافة إلى الأذى النفسي المرتبط بها في أغلب الأحيان، ويتعلم الأطفال في مراحل نموهم المختلفة الكثير من خلال استكشافهم للعالم المحيط بهم، فكثيرا ما يلعبون ممسكين بأشياء قد تؤدي إلى إصابتهم كما يحاولون تقليد الكبار في تصرفاتهم وسلوكهم فيصاب من جراء ذلك في كل عام العديد من الأطفال أو يلقون حتفهم نتيجة الإصابات التي تعتبر من أهم أسباب وفيات الطفولة<sup>2</sup>.

كما يتعرض الأطفال لحوادث السقوط والتزحلق إلا أن عواقب معظمها محدودة حيث يتعرض الأطفال للسقوط مرارا وتكرارا في حياتهم دون التعرض للأذى، إلا بعض الجروح والكدمات

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: الوقاية من الإصابات ومكافحتها، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2008، ص 7.

<sup>2</sup> - نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي، مرجع سابق، ص 255.



البسيطة، ولكن لهذه القاعدة استثناءات إذ تتعدى بعض السقطات مرونة الجسم البشري وقدرة السطح المصطدم به على امتصاص الطاقة المحولة<sup>1</sup>.

تتسبب حوادث السقوط أو التزحلق إلى إصابة الأطفال بالكسور والرضوض خاصة في سن الطفولة والمراهقة وكذلك حدوث نزيف داخلي بالمخ أو الجمجمة خاصة إذا كان السقوط على الرأس.

من جهة أخرى يتعرض العديد من الأطفال إلى الحروق، وأن ثلث الحروق المنزلية تبدأ من المطبخ، فالمطبخ هو المكان الأكثر احتمالا لاندلاع الحرائق داخل المنزل وتنتج غالبية هذه الحرائق عن الإهمال وعدم الانتباه.

فحسب تقديرات العبء العالمي للأمراض لعام 2004 لمنظمة الصحة العالمية يلقي أكثر من 310000 شخصا مصرعهم نتيجة الحروق المرتبطة بالنار منهم 30% دون العشرين من العمر، وتمثل الحروق المرتبطة بالنار السبب الرئيسي الحادي عشر من أسباب وفيات الأطفال بين سن عام وسن التاسعة.

إن نسبة الإصابة بالحروق ترتفع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مقارنة بالدول المرتفعة الدخل، ففي كينيا مثلا نجد أن 48.6% من الأطفال الذين دخلوا المستشفى بسبب الحروق كانوا دون الخامسة من العمر، أما الرضع في إفريقيا دون العام فيبلغ المعدل السنوي لإصابتهم بالحروق بسبب النار 35 لكل 100000، أي ثلاثة أضعاف المتوسط العالمي لهذه الفئة العمرية.

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2009، ص 109.

كما بينت الدراسات أن نسبة الإصابة بالحروق تختلف حسب الجنس، إذ تختلف عند الإناث عنها عند الذكور، فهي ترتفع عند الفتيات مع تقدمهن في العمر بالنظر إلى الأنشطة المتغيرة للنوعين، فبينما تشارك الفتيات بشكل أكبر في أعمال المطبخ مساعدة منهن لأمهاتهن، وبالتالي يصبحن أكثر عرضة للنار والسوائل وغيرها من المواد الساخنة، بينما يميل الفتيان إلى عدم البقاء في المنزل لفترات أطول<sup>1</sup>.

وتقسم الحروق إلى ثلاث درجات وهي سطحية ومتوسطة وشديدة، فالسطحية هي حروق من الدرجة الأولى من مواصفاتها هي التسبب في احمرار الجلد وورم خفيف مع الشعور بالألم الموضعي، أما الحروق المتوسطة فهي حروق من الدرجة الثانية وهي تؤدي إلى ظهور فقائيع مع ورم ظاهر وشعور بألم شديد مع احمرار خفي، أما فيما يخص الحروق الشديدة فهي حروق من الدرجة الثالثة وتتميز بوصول الحرق إلى طبقة اللحم أو العظم وفيه يفقد المصاب الإحساس بالألم في المنطقة المحترقة نتيجة تلف الأعضاء الحسية وقد يبدو منظر الجلد محروقا وأسود<sup>2</sup>.

تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في علاج الحروق بالجزائر العاصمة بـ 6000 حالة استعجالية لدى الأطفال سنويا حسب ما أكده الأستاذ بدر الدين متيش رئيس مصلحة بنفس المؤسسة، وأوضح أن التكفل بالأطفال الذين تعرضوا إلى الإصابة بالحروق يطرح مشكل صحي عويص ليس من ناحية العلاج فحسب بل حتى من ناحية عدم قدرة هذه المؤسسة الوحيدة على المستوى الوطني على تلبية الطلب للعدد الهائل للمصابين القادمين من مختلف مناطق الوطن، وأضاف أن ثلثي الحالات (4000 إصابة) من بين 6000 حالة هي حالات خطيرة تستدعي المكوث بالمستشفى لعدة أشهر مبرزا بأن التكفل بهؤلاء المرضى يتطلب

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 88.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): حقائق الحياة، مكتب اليونيسف للشرق الأوسط، لبنان، دون ذكر السنة، ص 45.

وسائل ضخمة وفي بعض الحالات عملية زرع للنسيج والجلد، وأضاف أن من بين 6 إلى 7 بالمائة من هذه الحالات الخطيرة تؤدي إلى الوفاة، كما تتعرض نسبة منها إلى بتر الأعضاء وجزء من الوجه مما يعيق مواصلة دراسة الأطفال في ظل نقص المصالح والعيادات المتخصصة في الحروق لتغطية كل مناطق الوطن<sup>1</sup>.

## 2-عوامل الإصابة بها:

إن الظروف الصحية وكذا الوضعية المعيشية التي كانت تعيشها الأسر الجزائرية انعكس سلبا على صحة الأم والطفل على وجه الخصوص، مما ساهم في انتشار العديد من الأمراض الفتاكة والمشاكل الصحية الأخرى والتي ظل يعاني منها العديد من الأطفال لسنوات طوال، وما يمكن الإستدلاء به هو الأرقام التي تم إبرازها سابقا بالرغم من المجهودات القائمة من أجل محاربتها والتقليل من انتشارها، ولكن الأكيد في ذلك هناك أسباب وعوامل ساهمت وكانت وراء كل هذه الأمراض.

بالنسبة لأسباب انتشار الأمراض والالتهابات التنفسية عند الأطفال يعود أساسا إلى نقص التوعية بأهمية مرحلة الطفولة وكذا أهمية الرضاعة الطبيعية خاصة في السنوات الأولى من العمر، وكذلك زيادة نسبة التلوث في الجو وهذا راجع إلى ما تعيشه الجزائر من حركة التصنيع واتساع حظيرة السيارات ووسائل النقل عامة، دون أن ننسى الآثار السلبية الناجمة عن دخان السجائر وكذا سوء الأحوال السكنية لكثير من العائلات ونقص التهوية بها إلى جانب انعدام المرافق الصحية اللازمة كذلك.

ولعل الإصابة بأمراض سوء التغذية تبدأ في بعض الحالات منذ أن يكون الطفل جنينا في بطن أمه، لا شيء سوى لأنها لم تحصل على التغذية اللازمة أثناء فترة حملها مما جعل ذلك ينتقل

<sup>1</sup> - www. Ennaharonline. com.

إلى جنبينها، كذلك فإذا كان الغذاء غير كاف في مقداره أو غير متزن في تكوينه وغير ممثل للعناصر الأساسية للجسم له نتائج ضارة على صحة الطفل الجسمية وسلامته النفسية، إذ يعرضه للمرض بصفة دائمة أو مؤقتة أو منقطعة، وقد تبقى آثار المرض ملازمة له طول حياته فضلا عن أنها تضعف مناعته وقدرته على المقاومة بصفة عامة.

هناك عوامل أخرى كثيرة تؤثر على تغذية الطفل من أهمها النوم الغير كاف وتقييد حرية الطفل في اللعب والحركة وعدم إتاحة الفرص له للخروج الكافي للفسحة والاستمتاع بالهواء الطلق وكثرة تعريضه للصراعات والأزمات الانفعالية وهذه كلها عوامل ليست قاصرة على الأسر المحدودة الدخل، بل توجد أيضا كلها أو بعضها بين بعض الأسر الميسورة والمقتدرة ماديا والتي كثيرا ما يعتل أطفالها من سوء التغذية<sup>1</sup>.

وعلى الرغم من أن الفقر ليس السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى انتشار أمراض سوء التغذية فإنه ليس السبب الوحيد، إذ إن هناك أسر يتوفر فيها الغذاء بكميات كافية ويحدث فيها المرض وسبب ذلك هو تكرار المرض ونقص المعلومات المتعلقة بالحاجات الغذائية الخاصة بالأطفال الصغار، كما أن الإسهال والحصبة والالتهابات التنفسية تذهب شهية الطفل وتمنع امتصاص الغذاء وتحرق السعرات الحرارية وتستنزف المواد المغذية عبر الإسهال والمرض، وحينما تتكرر هذه الأمراض يصبح سوء التغذية النتيجة الحتمية لها<sup>2</sup>.

كما أن إصابة الأطفال بأمراض الإسهال ناتج كذلك عن نقص التوعية من جهة وسوء الاهتمام خاصة من جانب الأولياء من جهة أخرى، ولعل أهم أسباب الإصابة بهذا المرض تعود إلى

<sup>1</sup> - فوزية دياب، مرجع سابق، ص 140.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع أطفال العالم 1991، مرجع سابق، ص 10.

استعمال مياه غير معالجة كتقديم مياه الحنفية للطفل أو مياه من مصادر مختلفة كالآبار مثلا مما يجعل الطفل يصاب بالإسهال.

إلى جانب التلوث وانعدام شبكات الصرف الصحي، وتكمن خطورة المرض في فقدان الجسم للسوائل وحدوث مضاعفات في كل أجهزة الجسم ثم الوفاة<sup>1</sup>.

وقد يؤدي الإسهال إلى جفاف الطفل إن لم يعالج فوراً، كما يعتبر الإسهال سببا رئيسيا لسوء التغذية بين الأطفال لأنها تذهب بشهية الطفل كما تستنزف السرعات الحرارية وهذا نتيجة ارتفاع درجة الحرارة<sup>2</sup>.

دون أن ننسى الآثار الناتجة عن ترك الرضاعة الطبيعية بالرغم من المجهودات المبذولة من طرف الهيئات المختصة والمنظمات الدولية التي تعنى بالطفولة.

بينما إصابة الأطفال بالحصبة راجع إلى انعدام النظافة مما يساهم ذلك في انتقال العدوى وبالتالي إصابة العديد من الأطفال بهذا المرض الذي لا يزال هو الآخر ينخر أجساد العديد من الأطفال الأبرياء، ضف إلى ذلك نقص التوعية بضرورة تحصين الأطفال باللقاحات المختلفة والتي تقلل من الإصابة به.

بالنسبة للأمراض المزمنة وعلى رأسها مرض السكر فإن الدراسات تشير إلى أن الاستعداد الوراثي والإصابة ببعض الفيروسات قد تكون السبب في حدوث نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم.

<sup>1</sup> - محمود عرفات، مرجع سابق، ص 30.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، وضع أطفال العالم 1991، المرجع السابق، ص 12.

نجد أيضا من بين عوامل الخطورة التي تسبب المرض عدم الرضاعة الطبيعية المدة اللازمة وشرب حليب البقر، حيث أن معدة الطفل لا تستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة، فالبروتينات الكبيرة الغير مهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم ويعتبر الجسم مثل هذه البروتينات مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها وقد يحصل خطأ في التعرف على خلايا بيتا فتقوم الأجسام المضادة بمهاجمتها وتدميرها.

ومن بين عوامل الخطورة الأخرى تبين أن مرض الطفل في سن مبكر، وكبر سن الأم وإصابة الأم بالنوع الأول من السكر وإصابة الأم بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.

كما تم ربط السمنة لدى الأطفال بإمكانية إصابتهم بنسبة كبيرة من النوع الثاني من السكر في سن متقدمة.

وقد أظهرت بعض الدراسات إن هناك علاقة وطيدة بين زيادة الوزن عند الولادة والسمنة خلال الطفولة بأنها سبب رئيسي لحدوث مرض السكر من النوع الأول<sup>1</sup>.

إن الارتفاع في نسب انتشار السمنة والزيادة في الوزن راجع لسوء النظام الغذائي المتبع في تغذية الطفل والذي يعود بالدرجة الأولى إلى الابتعاد عن الرضاعة الطبيعية في المرحلة العمرية الأولى، ضف إلى ذلك عدم مراعاة ما يحتاجه جسم الطفل من سعرات.

وبالرغم من أن الأطفال في هذه المرحلة كثيرا ما يغلب عندهم حب النشاط البدني والحركة، إلا أن العديد منهم لا يحصلون على ما يحتاجونه من أنشطة حركية ضرورية لصحتهم ونموهم البدني، وذلك بسبب عدم وجود المكان المتاح للعب، أو لعد إدراك الأهل لأهمية النشاط الحركي للطفل بدنيا ونفسيا واجتماعيا.

<sup>1</sup> - محمد بن سعد الحميد: مرجع سابق، ص 14.

ومن أسباب حوادث السقوط هو ترك الأشياء والأغراض على الأرض وعدم ترتيبها بعد الانتهاء من استخدامها، وعدم تجفيف الأرض المبللة خاصة في المطبخ والحمامات، ضف إلى ذلك عدم الانتباه لسرير الطفل خاصة ذي الطابقين وترك الطفل يهبط ويصعد درجات السلم بدون سياج متين أو يلعب فيه بدون مرافق.

فلقد توصلت إحدى الدراسات التي تناولت عوامل الخطر المرتبطة بحوادث السقوط في الفئة العمرية حتى سن السادسة إلى أن خطر هذه الإصابات يزداد عند استخدام الأسرة المعلقة بين صغار الأطفال وبين أطفال الأسر الشديدة الفقر والأطفال الذين يستخدمون أسرة جديدة.<sup>1</sup>

كما أن مسببات الحروق كثيرة منها ما هو ناتج عن الاحتراق بالنار كأعواد الكبريت وثقاب السجائر والشمع والغاز والفحم والألعاب النارية، كما قد يكون ناتج عن الأجسام الساخنة مثل المكواة والطناجر والفرن، كما قد يكون ناتج عن السوائل الساخنة كالماء والشاي والقهوة والحليب والزيت، كما يوجد أيضا الاحتراق بالمواد الكيماوية مثل مواد التنظيف، والاحتراق بالمواد النفطية وبأشعة الشمس.<sup>2</sup>

### 3- كيفية الوقاية منها:

بالاستناد إلى ما تم ذكره آنفا حول مدى انتشار الأمراض بين فئة الأطفال وإبراز أهم الإحصاءات في هذا المجال نجد أنها مخيفة ومازال يعاني منها العديد من الأطفال نتيجة سوء الرعاية والاهتمام من طرف خاصة أهم مؤسسة ألا وهي الأسرة، هذه الأخيرة التي تعتبر المكان الأول الذي يتواجد فيه الطفل لذلك عليها أن تكون أشد حرصا على أهم شريحة في المجتمع لأن أطفال اليوم هم رجال الغد، ورجل الغد لا بد أن يكون صحيح الجسم لا معتل، وما يمكن

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، مرجع سابق، ص 115.

<sup>2</sup> - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، حقائق الحياة، مرجع سابق، ص 106.

قوله هو أن محاربة أمراض الأطفال والتقليل من الإصابة بها يكون بالوقاية لأنه تبقى دوماً (الوقاية خير من العلاج) كما يقال.

إن انتهاج الأساليب الصحية اللازمة كالاتماد على الرضاعة الطبيعية خاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل، يقلل من إصابة الأطفال بأمراض الجهاز التنفسي فقد دلت الدراسات العلمية على حليب الأم فيه مكونات تساهم في تعقيم الجهاز التنفسي للطفل مما تعطيه مناعة ضد الإصابة بهذا النوع من الأمراض، ضف إلى ذلك ضرورة التوعية خاصة الأمهات بأهمية الحفاظ على نظافة المحيط الذي يتواجد فيه الطفل وضرورة تجنبه من المثيرات الخارجية كالغبار مثلاً وكذا أهمية تهوية الغرف.

في حين تبقى الوقاية من إصابة الطفل بأمراض سوء التغذية بالاعتناء أولاً وقبل كل شيء بتغذية الأم الحامل، لأن تعرض الأم لسوء التغذية حتماً ينجم عنه إصابة جنينها بذلك.

إذن مشكلة سوء التغذية مشكلة عامة تصيب الأم الحامل وبالتبعية الجنين ومن ثم الطفل أيضاً، حيث أن سوء التغذية في مرحلة الحمل وخلال الأشهر الستة الأولى بعد الميلاد عامل مؤثر جداً على النمو العقلي والذي يصعب إصلاحه بعد ذلك مهما تحسنت مستويات التغذية، حيث يكون الأمر قد وصل إلى التأثير في نمو المخ، كما أن هؤلاء الأطفال الذين حرّموا التغذية السليمة لا يمكن لهم أن يصلوا إلى مستوى نموهم الكامل الذي حددته الوراثة<sup>1</sup>.

نشير في الأخير إلى أن مرض سوء التغذية مازال ينخر أجسام الكثير من الأطفال، لذلك لا بد على المؤسسة الأولى في حياة الطفل أن تدري باحتياجات كل مرحلة من مراحل النمو ولا سيما مرحلة بداية التكوين، بالتركيز على حليب الأم كأهم غذاء للرضيع إضافة إلى ضرورة

<sup>1</sup> - عباس محمود عوض: المدخل إلى علم نفس النمو - الطفولة - المراهقة - الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة 1999، ص 39.



تقديم الغذاء المتوازن وليس فقط غذاء يسد حاجة الطفل، مع ضمان المناخ الاجتماعي للطفل الذي يساهم في نموه طبيعياً مع معرفة أساليب الاعتناء به.

كما لا يفوتنا أن نشير إلى تحسن هذا المؤشر ويدل ذلك على تحسن الأوضاع الصحية للسكان وتحسن السلوك الغذائي للفرد نتيجة حملات التوعية والتحسيس التي تضمنتها البرامج المختلفة.

ويدل تحسن هذا المؤشر على تراجع الإصابات بأمراض الإسهال والأمراض التنفسية الحادة<sup>1</sup>.

أما تجنب إصابة الطفل بالإسهال تبقى باتباع الأساليب الوقائية اللازمة كإقامة بمعالجة المياه المقدمة للطفل، إلى جانب النظافة والحرص على توفير شبكات الصرف الصحي، مع التأكيد دوماً وأبداً على أهمية وفائدة الاعتماد على الرضاعة الطبيعية ولعل ما يمكن قوله في هذا الصدد هو أن الرضاعة الطبيعية تجنب الطفل من الوقوع في المرض وكذلك تقلل من خطورته في حالة إصابته بها لأن حليب الأم هو الوحيد الذي يقي الطفل ويعطيه مناعة ضد الأمراض.

كما أنه في حالة إصابة الطفل بالإسهال ينصح باستعمال أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم للتقليل من حدة الإصابة نتيجة فقدان الجسم للسوائل وتفادي موت الطفل، وبالتالي تعويض السوائل المفقودة وإعادة توازنها في الدم، إذ يمكن معالجة 80-90% من حالات الإسهال الحاد بما في ذلك الكوليرا باستعمال الإماهة، والاستمرار بتغذية الطفل تغذية صحية وخاصة الرضاعة الطبيعية.

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، مرجع سابق، ص 27.

أما عند وجود قيء شديد متكرر (5 مرات) ومع حدوث الجفاف الشديد ومع عدم مقدرة الطفل شرب محلول الإمهاء يمكن استعمال المعالجة بالسوائل الوريدية التي تجرى داخل المستشفيات لمدة 2-3 ساعات، وبعده يمكن العودة إلى استعمال محاليل الإمهاء.<sup>1</sup> أما في حالة الإسهال دون الجفاف فيمكن استعمال السوائل المنزلية دون الحاجة إلى سائل الإمهاء<sup>1</sup>.

بينما يمكن تفادي أمراض الحصبة بتحصين الأطفال الذين لم يصابوا به، إضافة إلى توعية الأمهات بالأخطار المحدقة بأطفالها خاصة في السنة الأولى من العمر، والمثابرة على النظافة وتطهير الأدوات<sup>2</sup>، دون أن ننسى ضرورة التصريح بالإصابات.

إن اللقاح يعطي 90% مناعة طويلة حياة الطفل، كما يجب توفير التهوية الجيدة وتجنب الزحام وعدم البصق على الأرض، وتوفير الراحة وعدم الإرهاق واتباع العادات الصحية السليمة، ويجب العناية بالطفل وهذا بإبقائه في غرفة قليلة الإضاءة لوقاية عينيه والاهتمام يوميا بنظافة العينين والفم والأذن، وعلى عدم تعريض الطفل لتيارات هوائية لتجنب النزلات الصدرية والاهتمام بتغذية الطفل وإعطائه سائل بكثرة مثل الشورية والمرق والحليب، واستشارة الطبيب والتقيد بإرشاداته، وعدم خلط الطفل المصاب بالسليم وعدم تدفئة الطفل بشكل زائد<sup>3</sup>.

بالنسبة للأمراض المزمنة ومع تفاقم مرض السكري أضحى التنقيف الصحي في هذا المجال أمرا ضروريا للمصابين وعائلاتهم من أجل التصدي لأخطار المرض وجعل إمكانية التعايش معه أمرا ممكنا.

<sup>1</sup> - أيمن سليمان مزاهرة وآخرون، مبادئ صحة الطفل وتغذيته، مرجع سابق، ص 81.

<sup>2</sup> - سلوى عثمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص 132.

<sup>3</sup> - أيمن سليمان مزاهرة وآخرون، المرجع السابق، ص 43.

ويمكن التصدي لارتفاع ضغط الدم باتباع أنماط حياتية صحية مع الوقاية للحد من مضاعفات المرض، كما يستدعي العلاج في العديد من الأحيان بتناول أدوية محددة بصفة مستمرة وبانتظام، كما ينصح المرضى باتباع حمية داش (DASH) والتي تركز على تناول الخضار والفواكه والأطعمة الغنية بالحبوب الكاملة غير منزوعة القشرة، وكذلك تناول الحليب ومنتجاته القليلة الدسم والأغذية الغنية بالبوتاسيوم والحد من الأغذية الغنية بالدهون والملح<sup>1</sup>.

للقاية من حوادث السقوط لابد من تجنب وضع الأثاث خاصة الكراسي والكتب قريبا من النوافذ حتى لا يتخذها الطفل وسيلة للصعود والهبوط، كذلك لا بد من وضع حواجز على السلالم والشبابيك لحماية الطفل وعدم ترك الماء والمنظفات على الأرض لتجنب انزلاق الطفل أو ارتضاضه، كما يجب الحرص على وجود إضاءة كافية في الليل يستطيع معها الطفل أن يستدل على طريقه، مع ضرورة متابعة الطفل عند وضعه في سريره والأفضل عدم استخدام السرير ذو الطابقين.

ونظرا للمخاطر العديدة للحروق تبقى الوقاية الحل الأنجح لها كالاهتمام والالتفات إلى الأماكن التي يتواجد فيها الأطفال كالمطابخ باعتبارها الأماكن التي تكثر فيها الإصابة بالحروق، كما ينبغي نشر الوعي بمخاطر تخزين المواد السامة وكذا السرعة الالتهاب داخل المنزل، وبالتالي يمكن تفادي معظم الحروق باتباع قواعد السلامة والأمان، فالإصابة بالحريق يمكن أن تحدث خلال دقيقة واحدة أما العلاج فقد يستغرق سنوات.

<sup>2</sup> -وزارة الصحة المملكة العربية السعودية، الدليل الإرشادي للمدارس المشاركة في يوم الصحة العالمي 2013 للوقاية من مرض ارتفاع ضغط الدم، المملكة العربية السعودية، 2013 الرياض، ص 15.

تعزيز حملات الوقاية للتخفيف من نسبة الحوادث ولا سيما المنزلية منها التي يذهب ضحيتها في غالب الأحيان الأطفال، كذلك ينصح بصب الماء الفاتر على أماكن الجسم التي تتعرض للحروق لأن ذلك يقلل من درجة الحرق والألم.

### المبحث الثاني: مرض الربو بين النشأة والتطور

أضحى الربو الذي يؤلف مشكلة صحية عالمية جسيمة، يمثل سببا من أسباب القلق البالغ في مجال الصحة العمومية، فبالإضافة إلى المعاناة التي يسببها، يتعرض الربويون إلى مضاعفات خطيرة تهدد حياتهم وتؤدي بهم إلى ضروب من العجز. ويعتبر مرض الربو من الأمراض التي تصيب شريحة الأطفال بنسبة معتبرة، فهو أحد أهم المشاكل الطفولية وأكثرها انتشارا ومما يزيد من أهمية هذه المشكلة هي انعكاساتها على حياة الطفل المستقبلية.

وهو مرض مزمن يصيب الممرات الهوائية للرئتين، وينتج عن التهاب وضيق الممرات التنفسية، مما يمنع تدفق الهواء إلى الشعب الهوائية مما يؤدي إلى ضيق بالتنفس مع أزيز بالصدر مصحوب بالكحة والبلغم بعد التعرض لاستنشاق المواد التي تثير ردود فعل أرجية حساسية أو تهيج الجهاز التنفسي، وهذه النوبات تختلف في شدتها وتكرارها من شخص إلى آخر، وهو من أكثر الأمراض شيوعا بين الأطفال، ففي كندا مثلا أصبح الربو واحدا من أهم الأسباب لحول الطفل المستشفى.

### 1-لمحة تاريخية عن مفهوم مرض الربو والحساسية:

لقد وصفت بعض أمراض الحساسية وخاصة الربو منذ عهود قديمة فقد وصفت أعراض الربو من قبل أبو قراط (أبو الطب)، وأطباء الرومان وقدماء المصريين، ومن بعد من قبل الأطباء المسلمين مثل ابن سينا.

وفي القرن التاسع عشر وصف الطبيب الإنجليزي هنري سولتر الربو، حيث كان مصابا به، وصفا دقيقا، بالإضافة إلى وصف أعراض حساسية الأنف والعيون.

ولكن كلمة (حساسية) كعامل مسبب للربو لم تظهر حتى عام 1910 حينما قارن الطبيب "ملزر" أوجه الشبه بين حالة الأرنب الهندي الذي مات بسبب صدمة حساسية تسببت في انقباض القصبات الهوائية، وبين انقباض القصبات في الشخص المصاب بالربو، واقترح (ملزر) كلمة الحساسية كعامل مسبب للربو وبعدها أخذ الأطباء يبحثون عن تلك المسببات للحساسية باستعمال وسائل مختلفة أهمها إجراء فحص حساسية الجلد للأشياء المشتبه في كونها مسبب للربو.

وفي بداية القرن العشرين أخذ الاتجاه نحو معالجة الربو باستعمال مصل المادة المسببة للحساسية، وكان يعتقد أن الإلتهابات البكتيرية للجهاز التنفسي قادرة على إثارة أنواع مختلفة من الحساسية، ولذلك ظن بعض الأطباء أن استعمال مصل مستخلص من البكتيريا يساعد على الشفاء من الحساسية وخاصة الربو.

ومن أبرز الأطباء الذين أخذوا بهذا الرأي الدكتور روبرت كوكوآرثر كوكا من مدينة نيويورك. وقد ألفا بهذا الخصوص كتابا أسماه (الحساسية في النظرية والتطبيق). وبعد الدكتور كوك والدكتور كوكا من الذين أسسوا القواعد العلمية للحساسية كاختصاص من أحدث فروع الاختصاص في الطب.

وفي عام 1962 قدم الدكتور "أندرو سينتيفاني" تفسيراً علمياً للاضطراب الذي يحدث في حالة الربو الحادة، على مستوى الخلية. وفي هذا التفسير الذي قدم على شكل بحث ومحاضرات بين فيها أنه يوجد خلايا خاصة في جدران القصبات الهوائية، وأن هذه الخلايا مزودة "بمستقبلات" بعضها تسبب انقباض والأخرى استرخاء القصبات. وفي الحالة التي يكون فيها المريض معافى، تكون المستقبلات القابضة والباسطة في حالة توازن. واختلال هذا التوازن بسبب

التعرض لمسببات الحساسية، كغبار الطلع مثلاً يؤدي إلى ظهور أعراض الربو الحادة. ولا تزال نظرية الدكتور "سينتيفاني" تؤخذ بعين الاعتبار في الطب الحديث لتفسير ما يحدث في حالة الربو، حسب شدة الأعراض<sup>1</sup>.

أما بالنسبة لحساسية الأنف، أو ما يعرف "بحمى القش" فقد وصفها الدكتور "هنري بيتشر" في منتصف القرن التاسع عشر في رسالة قال فيها "وفجأة يصبح منديلك هو أهم شيء في حياتك، فأقل نسمة هواء تثير موجة العطاس، وإذا فتح الباب أو كسر زجاج الشباك فأنت تعطس، وإذا شممت قليلاً من الغبار، أو نفحة من العطور أو رائحة الدخان، فلا بد من العطاس، إنها ثورة من العطاس تأتي في مجموعات مكونة من عطستين أو خمسة أو عشرين مرة".

لاشك أن مرضى حساسية الأنف يدركون صحة هذا الوصف لأعراض حساسية الأنف، ولكن الوصف الدقيق لحساسية الأنف جاء على يد الدكتور الإنجليزي (جون بوستوك) عام 1819 في محاضرة قدمها إلى الجمعية الطبية الملكية في لندن. وكان عنوان محاضراته (حالة إصابة العيون والصدر الدورية) التي كان يصف فيها حقيقة حالته الشخصية حيث كان مصاباً بالحساسية، وفيها يقول "حوالي بداية أو منتصف شهر حزيران (بداية الصيف) من كل عام تظهر الأعراض الآتية بدرجات مختلفة من الشدة: شعور بحرارة واحتقان في العيون، أولاً في حافة الجفون ولكن بعد فترة قصيرة تصيب كل العين، مع احمرار وحكة ودمع. وبعد زوال هذه الأعراض بساعات أو أيام يبدأ شعور بالامتلاء والاحتقان في الرأس والأنف، وخاصة في منطقة الجبهة. ويصبح الأنف متهيجا وتحدث موجات من العطاس وسيلان الأنف التي تأتي في فترات غير منتظمة. وفي الحالات المتقدمة والشديدة قد يشعر المريض بثقل في الصدر وصعوبة في التنفس، وقد يشعر المريض بتعب عام وفقدان الشهية، وقد يصبح الحلق متهيجا مع حكة وتهيج في الحنجرة".

<sup>1</sup> - حرب عطا الهرفي: كل ما تريد أن تعرفه عن الحساسية والربو، المسببات، الأعراض، الوقاية والعلاج، مكتبة العبيكان، الرياض، ط 01، ص ص 17-18.

أما الإثبات العلمي، بطريقة البحث، لأسباب حساسية الأنف فقد أتت على يد الطبيب البريطاني (تشارلز بليكلي) عام 1873.

وكان ذلك الطبيب الشهير مصابا بحساسية الأنف. وهو أول من أكد أن غبار طلع النباتات، (حبوب اللقاح) وخاصة الأعشاب، هي من أهم العوامل المسببة لحساسية الأنف. وقد أجرى تجارب على نفسه وذلك بخدش الجلد ثم وضع غبار الطلع المشتبه به كمسبب للحساسية على مكان الخدش. وبعد دقائق قليلة ظهرت أعراض الحساسية على شكل حكة واحمرار وتورم في مكان التجربة.

وبذلك يكون الدكتور بليكلي أول من أدخل فحص الحساسية بطريقة وخز الجلد وهي طريقة متبعة حتى يومنا هذا. بالإضافة إلى ذلك الاكتشاف في مسببات الحساسية وطريقة تشخيصها، فقد أجرى بليكلي دراسات يومية على غبار الطلع في الهواء، وأثبت أن غبار طلع النباتات ينتقل مع الهواء إلى مسافات بعيدة، وأن شدة أعراض الحساسية تعتمد على عدد حبيبات غبار الطلع في الهواء

ولكن أول من استعمل كلمة (حساسية) هو طبيب الأطفال النمساوي (كليمنس فون بيركيت) عام 1906م، وكان بيركيت يجري فحص الدرن بطريقة حقن الجلد بشكل روتيني على الأطفال للتأكد من سلامتهم من الدرن (السل).

وقد لاحظ أن بعض الأطفال يكون فحص الجلد موجب بالرغم من خلوهم من المرض: فسمى هذه الحالة "حساسية" ومعناها تغير الاستجابة المعتادة للجسم، أو استجابة الجسم بشكل غير معتاد للأشياء المعتادة، ثم جاء الطبيب النمساوي (بيلاشيك) وبالتعاون مع بيركيت شاع استعمال كلمة (حساسية) وانتقلت إلى أمريكا حيث قام الدكتور (روبرت كوك) بإشاعة استعمال

فحص الجلد بطريقة الوخز والحقن بالإبر للتوصل لتشخيص مسببات الحساسية، في منتصف القرن العشرين<sup>1</sup>.

ولكن يبقى السؤال المطروح: كيف تحدث الحساسية؟ بمعنى آخر ماهي الأسباب الحقيقية وراء ظهور الحساسية؟.

كان الشك إن هناك عاملاً أو جسماً خاصاً في الدم هو المسؤول عن ظهور أعراض الحساسية عند التعرض للمسببات، وفي عام 1921م أثبت الطبيب الألمانيان (بروزنتز وكوستر) أن الحساسية فعلاً تنتج عن تفاعل بروتين (جسم مضاد) في الدم مع العامل الخارجي المسبب للحساسية، فقد كان الدكتور (بروزنتز) مصاباً بحساسية الأنف والدكتور (كوستر) حساساً للسّمك، فقد أخذ كوستر عينة من دمه وحقن بلازما الدم في ذراع صاحبه بروزنتز، وبعد يومين حقن الجلد ببروتين السمك فظهرت الحساسية على جلد بروزنتز الذي لم يكن حساساً للسمك، وبذلك أثبت أن الجسم المسبب للحساسية هو مادة بروتينية في البلازما ويمكن نقلها من الإنسان الحساس إلى الشخص السليم، وقد عرفت هذه التجربة باسميهما واختصرت باسم فحص (P.K) وهي لا تزال تستعمل في بعض حالات الحساسية.

وفي عام 1924 نشر الطبيب (سبين وكوك) بحثاً بينا فيه أهمية الوراثة في الحساسية: ومما جاء في الدراسة أنه إذا كان الأبوان يعانيان من الحساسية فإن 75% من أطفالهما سوف يصابون بالحساسية، وأن 50% سوف يعانون من الحساسية إذا كان أحد البوين فقط يعاني من الحساسية، وفي الحالة الأولى فإن الحساسية تبدأ في سن مبكرة في الأطفال.

وفي عام 1966 م و 1967 م أصبح علم الحساسية مبنياً على قواعد علمية ثابتة وذلك حينما اكتشف الباحث (إيشيزاكا) وزوجته الأجسام المناعية المسببة في حدوث الحساسية وسميها (إي. جي. أي)، وفي العام التالي اكتشف الطبيب السويديان (جوهانسون وبينيك) المادة نفسها

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص 19 - 20 - 21.



بكميات كبيرة في دم أحد المرضى، وبالتجارب المخبرية والسريية المتكررة والمضنية تأكد أن تلك الأجسام المضادة (أي. جي. إي) هي العامل المهم في ظهور أعراض الحساسية وإنها توجد في دم وجلد جميع الذين يعانون من الحساسية، بالإضافة إلى وجودها في الأنف والقصبات الهوائية، وبذلك أصبح اختصاص الحساسية من أحدث الاختصاصات الطبية الحديثة المبنية على علم المناعة، وبعدها خطا اختصاص الحساسية خطوات واسعة في البحث والدراسة مما نتج عن ذلك تحسن في أسلوب العلاج<sup>1</sup>.

وإن الأشياء المسببة للحساسية تكاد لا تحصى، وعددها يتناسب مع عدد وتنوع المواد العضوية والكيماوية الموجودة في البيئة، وحسب طريقة دخولها إلى الجسم وتأثيرها عليه يمكن تقسيم المسببات للحساسية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

1- مسببات تدخل عن طريق الجهاز التنفسي: وهذه أكثر الأنواع المسببة للحساسية وخاصة حساسية الجهاز التنفسي مثل: الأنف والرئتين، وأهم هذه المسببات هي غبار طلع النباتات، وغبار البيت، وغبار الريش، وشعور الحيوانات الأليفة وإفرازاتها، بالإضافة إلى المواد الكيماوية وملوثات الهواء من غازات ومواد عضوية.

2- مسببات تدخل عن طريق الجهاز الهضمي: وبالتالي يمتصها الجسم وتدخل إلى الدورة الدموية مسببة مختلف مظاهر الحساسية، وأهم هذه المسببات هي الأطعمة بأنواعها وبعض الأدوية والعلاجات المعطاة بالفم.

3- مسببات تدخل عن طريق الجلد: إما بالملامسة مثل: بعض المراهم والدهونات وبعض أدوات الزينة، أو عن طريق الحقن تحت الجلد أو في الأوعية الدموية مثل: بعض الأدوية التي تحقن أو لدغة الحشرات كالنمل والنحل والبعوض...إلخ.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 22-23.

وأيا كان المسبب فإن ظهور أعراض الحساسية ليس بالضرورة ان تكون محصورة في مكان دخول المسبب للحساسية، بل قد تتعداه إلى أجزاء أخرى من الجسم. مثلا: الإنسان المصاب بحساسية البيض قد يشعر بغثيان وتقيء ومغص. ولكن معظم الأحيان تظهر الحساسية على شكل طفح جلدي وحكة أو صعوبة في التنفس أو حتى انسداد في الأنف وعطاس دون ظهور أعراض في الجهاز الهضمي، والعلاج الذي يحقق عن طريق الجلد قد يسبب صعوبة في التنفس وحكة في الأنف والعينين مع احمرار وعطاس، بالإضافة إلى حساسية في الجلد، وبعض المسببات للحساسية قد تسبب أعراضا عامة في الجسم مثلا: الخمول، وآلام المفاصل والصداع أو عدم القدرة على التركيز وأعراضا أخرى تسبب إحباطا عاما في قوى الجسم، مثل: حساسية بعض الأطعمة وأصباغ الأطعمة ومركباتها الملونة.

ولكن أكثر مسببات الحساسية شيوعا على الإطلاق هي تلك التي تدخل أجسامنا عن طريق الجهاز التنفسي (الأنف والرئتين) كما ذكرت سابقا، وهذه المسببات المستنشقة توجد في كل مكان، سواء في المنزل أو المكتب أو المدرسة أو خارجها. وأهم هذه الأنواع هو غبار طلع النباتات من زهور وأشجار وأعشاب وزروع مختلفة، تختلف باختلاف البيئة والمناخ وتغير الفصول ومعدل سقوط الأمطار والرطوبة والجفاف بالإضافة إلى إتجاه الريح<sup>1</sup>. وتعد حساسية القصبات الهوائية أو الربو من أكثر مظاهر الحساسية مضايقة للمريض، وعدد الذين يعانون من الربو يختلف باختلاف البيئة والأجناس والمجتمعات. والربو قد يكون مسببا عن حساسية وقد لا يكون للحساسية دور.

إن الربو عبارة عن التهاب القصبات الهوائية المزمن، ويتميز بضيق المجاري التنفسية التي يمكن إرجاعها إلى الوضع الطبيعي ولو جزئيا بالأدوية أو دونها، وزيادة في حساسية القصبات

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 31—33.

الهوائية وتهيجها للعديد من المثيرات، وينتج عن حساسية القصبات انقباض في العضلات اللاإرادية وزيادة إفراز البلغم وتورم في الغشاء المخاطي، مما يؤدي إلى أعراض الربو المعروفة.

## 2- الإحصائيات والدراسات حول مرض الربو:

الربو واحد من الأمراض غير السارية الرئيسية، وهو مرض مزمن يصيب الممرات الهوائية للرئتين فيلهبهما ويضيقهما.

يعاني حاليا نحو 235 مليون فرد من الربو، وهو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا بين الأطفال، وقد تزايد خلال العقود الثلاثة الماضية في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، وعلى الرغم من أنه يصيب جميع الأعمار والأجناس والأعراق، يوجد تباين واسع في بلدان مختلفة وفي المجموعات المختلفة داخل نفس البلد، هو أكثر الأمراض المزمنة شيوعا في الأطفال وأكثر حدة في الأطفال في البلدان غير الغنية، في هذه الأماكن نقص التشخيص والمعالجة بشكل غير كاف أمرا شائعا، وربما لا تكون الأدوية الفعالة متاحة أو بتكلفة ميسورة، يعتبر أيضا عبء الربو أكبر في المناطق الحضرية، فهو واحد من أكثر الأسباب شيوعا لدخول المرضى المستشفيات وخاصة بين الأطفال والذي يمكن الوقاية منه .

الربو مشكلة من مشاكل الصحة العمومية ليس فقط بالنسبة للبلدان ذات الدخل المرتفع، وهو يظهر في جميع البلدان بغض النظر عن مستوى التنمية فيها، وتحدث معظم الوفيات الناجمة عنه في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان التي تنتمي إلى الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، وتتمثل أقوى عوامل الإختطار للإصابة به في استنشاق المواد والجزيئات التي يمكن أن تثير ردود فعل أرجية أو تهيج المسالك التنفسية.

الربو يسبب حوالي 180.000 حالة وفاة في العالم سنويا، في بعض الدراسات يمثل الربو أكثر من 30% كسبب لدخول الأطفال المستشفيات وما يقرب من 21% من دخول المستشفى مرة أخرى في غضون 80 يوما من الخروج منها أول مرة.

سبب الزيادة في انتشار الربو ليست مفهومة جيداً، الاستعداد الوراثي، والتعرض لمسببات الحساسية البيئية وتلوث الهواء والعوامل الغذائية والاستجابات المناعية غير الطبيعية، كل هذا يعزز تطور مرض الربو، توقيت ومستوى التعرض لمسببات الحساسية والمهيجات قد تكون عوامل جوهرية أدت إلى تطور المرض، وترتبط الالتهابات الفيروسية في وقت مبكر والتعرض السلبي لدخان التبغ بتطور الربو لدى الأطفال الصغار، والمواد المسببة للحساسية المحمولة جواً والمهيجات المصاحبة للربو تحدث في مكان العمل ويمكن أن تؤدي إلى الأمراض المزمنة والموهنة إذا استمر التعرض لها<sup>1</sup>.

إن مرض الربو يعد مشكلة طبية محلية وعالمية كبيرة، حيث يعاني منه حوالي 300 مليون شخص والأرقام في زيادة عدد الوفيات بسبب الربو، حيث زادت نسبة المصابين بالربو في العالم ما بين 1980-1994 حوالي 75%.

كما أن الربو سبب رئيسي لتغيب الأطفال عن المدرسة وتغيب الآباء والأمهات عن العمل بالإضافة إلى أنه مرض يستدعي اللجوء إلى مراكز الرعاية الصحية والطوارئ بكثرة، مما يشكل عبئاً اجتماعياً على الأهل وعبئاً مادياً على الدولة خصوصاً وأنه مرض يمكن علاجه والسيطرة عليه

ومن الأسباب الأخرى أن الربو هو سبب رئيسي للحد من نشاطات المصابين به ومنعهم من القيام بالرياضات المختلفة<sup>2</sup>.

كشفت إحصائية جديدة عن ارتفاع عدد المصابين بمرض الربو بالمملكة السعودية إلى 6 مليون مصاب، تتراوح نسبة الأطفال السعوديين الذين يعانون من مرض الربو بين 8-14%، في

<sup>1</sup>-منتدى الجمعيات الدولية للرعاية التنفسية: أمراض الجهاز التنفسي في العالم حقائق اليوم-هي بمثابة فرص للغد، المملكة المتحدة، ص 12.

<sup>2</sup>- فوزية آل جار الله عن منظمة الصحة العالمية: مرض الربو أنواعه علاجه، من ويكيبيديا الموسوعة، 2012.

حين وصلت نسبة المراهقين (16-18 عاما) إلى 19.6%، ويعد الربو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا في المملكة العربية السعودية.

ويتوقع أن يرتفع المصابون بالعالم إلى 400 مليون نسمة خلال 2025 بعد أن سجلت 334 مليون مصاب في 2014 نتيجة الانتقال من المجتمع الريفي إلى المجتمع المدني الذي يزيد فيه نسبة الإصابة بالربو، وأوضح الدكتور عبد الحفيظ خوجة رغم التطورات العلمية بالمجال الطبي إلا أن الأسباب الدقيقة للإصابة بالربو لاتزال غير معروفة، مشيرا إلى إن هناك مجموعة من العوامل البيئية والوراثية تلعب على الأرجح دورا في الإصابة بالمرض<sup>1</sup>.

وعن اسباب ارتفاع معدلات الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي في مصر، يوضح الدكتور نبيل الدبركي رئيس المركز القومي لأبحاث الحساسية والصدر، أن أمراض الجهاز التنفسي تزايدت بشكل ملحوظ في العالم بأكمله وليس في مصر فقط خلال المئة عام الماضية، بسبب الثورة الصناعية وما نتج عنها من تشييد عدد كبير من المصانع وانتشار صناعة السيارات، وهو ما أدى بشكل طبيعي إلى زيادة معدلات تلوث الهواء الجوي، مشيرا إلى أن عدد مرضى الربو وصل إلى 9 ملايين شخص وأكثر في مصر، حسب ما أعلنته الجمعية المصرية لأمراض الصدر، لافتا إلى أن ذلك يرجع إلى بعض العوامل الوراثية وعدم التزام المواطنين بالقواعد الصحية المتعارف عليها، بالإضافة إلى انتشار عدد كبير من المصانع والمناجم والمحاجر والعوادم المنبعثة من السيارات التي من شأنها أن تزيد من نسبة التنفس بشكل عام.

هذا وقد تجاوزت نسبة الأطفال المصابين بمرض الربو ربع عدد الأطفال حول العالم، وتتضاعف تلك النسبة في البلدان النامية التي تتراجع فيها الخدمات الطبية والرعاية الصحية، بينما تقل في البلدان المتقدمة وأوروبا<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> -www.who.int.

<sup>2</sup> -http:// www.arab48.com.

تعرف الجزائر كباقي دول العالم انتشار الأمراض التنفسية لاسيما مرض الربو، فقد أظهر التحقيق الوطني الصحي الذي أجري سنة 1990 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية أن الأمراض التنفسية تحتل المكانة الأولى في الجزائر وأكثرها توافرا الربو.

لذلك أثار انتشاره في مجتمعنا ردود أفعال جزائريين أمثال الأستاذ نافتي حيث أكد في دراسته الميدانية عام 1997 أن انتشار الربو يزداد أكثر فأكثر في كل من نواحي العاصمة (الجزائر وهذا أخذا بعين الاعتبار درجة التلوث.

هذا الانتشار ينتقل من 2.73% في منطقة غرب الجزائر العاصمة إلى 6.58% في وسط العاصمة حيث يوجد تلوث عال، كما أن هذه النسبة تنخفض إلى 44% في منطقة الصحراء حيث التلوث يعتبر منعدما.

أما فيما يخص الإقامة في المستشفى للعلاج فيرى نفس الباحث أن المصلحة الموجودة في وسط المدينة مصطفى باشا تعد 12.3% من الربويين المقيمين في المستشفى للعلاج في حين المصلحة الموجودة في غرب العاصمة بني مسوس المنطقة الأقل تلوثا تعد 4% من الربويين المقيمين في المستشفى لعلاج ربوهم بينما المصلحة المتخصصة في الربو الموجودة في شرق الجزائر العاصمة تعد 21.7% لحالات الربو علما بأنها المنطقة الأكثر تلوثا في الجزائر العاصمة.

كما صرح نفس الباحث عام 1998 أن مرض الربو من الأمراض الشائعة في عصرنا الحالي وتقدر نسبته في الجزائر بين 2% و 5% أي حوالي 500000 حالة من جميع الأعمار.

في حين قدرت نسبة انتشاره سنة 2006 حسب التقرير الذي نشرته وزارة الصحة والسكان 11.5% تتوزع بين الحضر ب 11.9% وبينما 10.85% في الريف، ويحتل الأطفال نسبة 7% من إجمالي الإصابات بهذا المرض<sup>1</sup>

<sup>1</sup>– MSP et ONS: Enquête nationale a indicateurs multiples MICS3 ALGERIE 2006, op.cit., pp32-33

وقد صرح البروفيسور مصطفى خياطي رئيس قسم الأطفال بمستشفى بلفور بالحراش خلال نفس السنة بوجود 60000 طفل تنقل إلى القطاع نتيجة معاناتهم من مشاكل تنفسية ومن مسببات هذا المرض المزمّن التلوث البيئي والرطوبة والبناءات غير المهيأة التي تعيش بها مجموعة من الحشرات إضافة لما تخلفه 50% من السيارات التي تجوب العاصمة يوميا والتي تخلف غاز الأوزون السام، في حين لا يتعدى الجانب الوراثي 4%

لتقدر نسبة انتشار مرض الربو سنة 2008 بـ 8% وهذا حسب ما كشف عنه خليفي توهامي مختص في طب الأطفال ورئيس جمعية هذا الأخير<sup>1</sup>

إذن أكدت الإحصاءات الخاصة بأمراض الربو والحساسية بالجزائر، أن التلوث البيئي الذي تشهده الجزائر في السنوات الأخيرة، تسبب في إصابة 20 بالمائة من الجزائريين بأمراض الحساسية التي مست البالغين وكذا صغار السن الذين باتوا معرضين لمختلف أمراض الحساسية وعلى رأسها الربو، خاصة وأن 10 بالمائة من مجموع أطفال الجزائر معنيون بهذه الأمراض. وعن أسباب التفشي الكبير لمختلف هذه الأمراض التي عرفت طريقها إلى الجزائريين وبشكل ملحوظ، أكد البروفيسور حبيب دواقي اختصاصي أمراض الربو والحساسية والمناعة العيادية بمستشفى بني مسوس الجامعي، أنها راجعة بالدرجة الأولى للتلوث البيئي الذي عرفته في السنوات الأخيرة مختلف المدن الجزائرية، يضاف إلى ذلك التغيرات الغذائية التي عرفها النظام الغذائي بالجزائر مثل انتشار الملونات والمثبتات ببعض المواد الغذائية والتي تتسبب مباشرة في ظهور أمراض الحساسية، مضيفا أن الأرقام الخاصة بأمراض الحساسية تضاعفت بمعدل مرتين خلال الثلاثين سنة التي مضت حسب ما تقدمت به معطيات المنظمة العالمية للصحة، وهو الأمر الذي عانت منه مختلف دول العالم ومنها الجزائر خاصة وأن دراسات وبائية عديدة

<sup>1</sup>-www. Child clinic. net

أثبتت ذلك، وهو ما جعل أمراض الربو والحساسية تصنف في الرتبة الرابعة من حيث كونها مشكل صحة عمومية.

أما عن ترتيب الحساسيات حسب انتشارها فأكد ذات الاختصاصي أن حساسية القرضيات تأتي في الدرجة الأولى وبنسبة 70 بالمائة، تليها حساسيات حبوب الطلع بنسبة 10 بالمائة إلى جانب حساسيات التعفنات.

أما عن الأوقات التي يكثر فيها انتشار أمراض الحساسية، أكد اختصاصي الأمراض التنفسية صالح خنيش أن تغير الأحوال الجوية وراء بلوغها مرحلة الذروة، وأن أهم أوقاتها فصل الربيع الذي يشهد انتشار حبوب الطلع المسببة لنوبات الحساسية، يضاف إلى هذا العامل الطبيعي عامل التلوث البيئي الذي أشرنا إليه سابقا، والذي تشهده معظم مدننا وعلى الخصوص الجزائر العاصمة، حيث أن غاز السيارات والشاحنات، وكذا الغازات التي تنفثها المعامل وأعمال البناء كلها عوامل حادة عن ظهور أمراض الحساسية، هذا فيما يخص التلوث الخارجي.

علما أنه هناك تلوثا داخليا والممثل في غبار المنزل ودخان السجائر ومزيلات روائح المنزل، ناهيك عن الحساسية لبعض الأدوية وكذا بعض المواد الغذائية، فكل شيء غريب عن جسم الإنسان سواء استنشقه أو لامسه يمكن أن يسبب له حساسية<sup>1</sup>.

وإذا ما عدنا إلى آخر الإحصائيات المسجلة في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الواد لأواخر شهر فيفري لسنة 2009، لوجدنا أن عدد الأطفال الذين يعالجون في هذا المستشفى بصفة دائمة بسبب الربو يقدر ب 4809 حالة، في حين يستقبل ما بين 7 إلى 11 حالة ربو جديدة أسبوعيا من الأطفال تتراوح أعمارهم في الغالب من 3 إلى 7 سنوات<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> -مايا قادري: المحور اليومي، الجزائر، 26 ديسمبر 2016

<sup>2</sup> - إحصاءات متحصل عليها من أرشيف قسم طب الأطفال بمستشفى محمد لمين دباغين بباب الواد 2009.



وأيضاً عن آخر الإحصائيات المسجلة في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي لأواخر شهر فيفري 2016 وجدنا أن المستشفى يستقبل ما بين 9 إلى 12 حالة جديدة أسبوعياً من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم في الغالب من 3 إلى 7 سنوات، بينما مستشفى جيلالي بونعامة بالدويرة فيستقبل ما بين 8 إلى 11 حالة من نفس الفئة العمرية.

فمن خلال ما سبق جعلنا ننظر إلى داء الربو على أنه مشكل الصحة العمومية ليس لفرط انتشاره فقط وإنما نظراً للتكاليف المادية التي يتطلبها علاجه ولا سيما في الجزائر فقد ضاعف من تكاليف العلاج بنسبة كبيرة.

أما انعكاساته على الفرد والمجتمع فيشمل تعقيدات صحية كبيرة تحول دون ممارسة الطفل لحياة اجتماعية عادية بسبب مرضه الدائم الذي يعزله عن المحيط الخارجي، لذلك تتطلب هذه الفئة عناية لازمة سواء من داخل الأسرة أو من الوسط الاجتماعي مع ضرورة اتباع خطوات العلاج المكلفة جداً.

### 3- تصنيفات الربو:

وتجدر الإشارة هنا إلى إبراز تصنيفات الربو حسب المسببات قبل إبراز أهم أسبابه الحقيقية، وعليه فإن الأشكال العيادية للربو تختلف باختلاف العوامل المسببة له فمنها ما تصنفه حسب السن والتطور ومنها ما تصنفه حسب المنشأ.

**3-1- التصنيف حسب السن:** يعتبر الربو من أكثر الأمراض انتشاراً بين الأطفال وهذا السبب وجيه لأنه أشد تأثيراً على المسالك التنفسية الصغرى منه على المسالك الأكبر حجماً. ويظهر غالباً بين سن الثالثة و سن السابعة عند 80% من الأطفال وفي ثلث الحالات قيل سن الثانية، ويعتبر الذكور أكثر عرضة للربو مقارنة مع الإناث (2 ذكر/1 أنثى) ولكن سرعان ما تظهر هذه الأخيرة تطوراً في المرض في سن المراهقة، ثم هناك تجانس بين الجنسين في سن الرشد وينقسم الربو حسب السن إلى:

**3-1-1- ربو الرضيع:** ويكون تشخيصه صعب قبل سن 3 سنوات ولكن يمكن تشخيصه بالكشف عن السوابق العائلية للحساسية، وكذا يعتمد في حالة حدوث 3 نوبات من ضيق النفس والصفير قبل سن السنتين ويكون العامل المثير في الغالب فيروسيا والمضاعفات كثيرة إذا لم يتم علاجه (تشوهات صدرية، خلل في النمو...).

**3-1-2- الربو ما بعد السنتين:** ونتحقق من تشخيصه عندما نلاحظ سيرورة تطوره ذات الطابع المتكرر.

**3-1-3- ربو الطفل:** وهو ربو بسيط يتغير عسر تنفسه في حوالي السنة العاشرة حيث أزماته لا تشكل عرقلة على تطوره الجسمي ودراسته<sup>1</sup>

**3-2- التصنيف حسب المنشأ:**

**3-2-1- ربو الحساسية أو الخارجي المنشأ:** يعتبر أكثر انتشارا بين الأطفال والمراهقين وعادة يختفي مع السن، ومع تفادي العوامل الكثيرة للحساسية، ويكون للشخص المصاب بهذا النوع من الربو حساسية غير عادية تجاه العوامل المثيرة للحساسية.

عندما يتعرض المصاب بالربو للمرة الأولى للعوامل المثيرة للحساسية، ينتج جهاز المناعة كميات غير عادية من البروتينات الدفاعية تسمى الأجسام المضادة، من نوع جلوبيولين المناعة، وهو الجسم المضاد الذي يسبب أعراض الحساسية. IGE

ودور هذا المضاد هو تمييز عوامل معينة مثيرة للحساسية مثل لقاح النبات (الرجيد) ويلتصق بالخلايا البدنية - وهي خلايا تحتوي على وسائط كيميائية- تتراكم هذه الخلايا في أنسجة معرضة للبيئة مثل الأغشية المخاطية في الجهاز التنفسي.

وخلال التعرض الثاني تميز أجسام هذه العوامل المثيرة للحساسية وتعمل على تنبيه الخلايا البدنية لكي تطلق الهيستامين والوسائط الكيماوية، وهذه الوسائط هي كيميائيات التهابية تترك

<sup>1</sup> - سامي القباني: الحساسية أنواعها، الوقاية منها، دار العلم للملايين، بيروت، 1997، ط1، ص ص 123-124.

تأثيرها على أنابيب الشعبات الهوائية لكي تؤدي إلى إنتاج المزيد من المخاط فيها والانتفاخ والتشنج الشعبي<sup>1</sup>

والربو التحسسي أو المسبب عن عوامل خارجية يسمى حساسية القصبات الهوائية وهذا النوع هو أكثر أنواع الربو شيوعاً، وما عدا استثناءات قليلة فإن الربو التحسسي يحدث دون سن الأربعين ومعظم الحالات دون سن الثلاثين. وقد يبدأ في سن الطفولة ويستمر لسنوات عديدة، قد يستمر مدى الحياة ولكن الحالات البسيطة تنتهي قبل سن البلوغ إذا بدأت في سن الطفولة، وهذا النوع من حساسية القصبات يكون وراثياً وليس من الضروري أن تكون الوراثة حالة ربو، فربما يكون أحد الأبوين أو أفراد الأسرة عانى أو يعاني من حساسية الأنف أو الجلد أو الربو أو أي نوع آخر من أنواع الحساسية.

وقد تحدث نوبات الربو التحسسي في فصول معينة من السنة كفصل الربيع مثلاً أو قد تحدث في أي فصل ولكن تزيد النوبات في فصل معين كالشتاء. ولكن هناك كثيراً من المرضى ليس لفصول السنة أي تأثير عليهم، بل تحدث أعراض الربو على مدار السنة وفي أي فصل من فصول السنة

والربو التحسسي يكون مسبباً عن حساسية القصبات لعوامل خارجية كثيرة منها غبار لقاح الأشجار والأعشاب والغبار وشعور الحيوانات وبعض الأطعمة... وغيرها من مسببات الحساسية<sup>2</sup> الكثيرة، وعند إجراء فحص الحساسية على الجلد يتبين العامل المسبب للحساسية. وعليه يكون علاج الربو التحسسي أسهل وخاصة إذا أمكن تجنب المسببات.

يتميز هذا النوع بأنه يحدث في سن مبكر من العمر وغالباً ما يصاب به أكثر من فرد في العائلة مثل الإخوة أو الوالدين أو الأجداد ويكون مصحوب بحساسية بالأنف والجلد<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - تحتات شهير حسن قاسم جعفر: مرض الربو، أنواعه، علاجه، دون ذكر دار النشر، دون ذكر مكان النشر، 2014

<sup>2</sup> - حرب عطا الهرفي، مرجع سابق، ص 178.

<sup>3</sup> - محمد ناجح الأغبر: الأمراض المناعية، منشورات المجمع الثقافي، أبو ظبي الإمارات العربية، 1999، ط1، ص 51.

ويمكن ملاحظته دائما عند الأطفال خاصة أثناء فصلي الخريف والشتاء وفي بداية الربيع ينشأ من الجو الرطب، كما يمكن أن ينشأ من الحساسية لرائحة الطيور والأتربة وشعر القطط، والمصابين بعضهم لديهم حساسية اتجاه بعض أنواع الأدوية.

يتطور المرض حسب بيئة المريض والعلاج الأساس (traitement de fond)، يمكن أن يبقى المرض خفيفا لسنوات كما يمكن أن يتدهور متسببا في بعض الأحيان في خلل انسدادى قصبي غير عكوس، هذا التطور يلاحظ في حالة الربو القديم الغير متحكم فيه أو عندما يكون المريض معرضا لبيئة غير مناسبة.

**3-2-2- ربو الحساسية أو الداخلي المنشأ:** وهذا النوع شائع عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 3 سنوات ولدى البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 30 سنة، إن الالتهابات الفيروسية التنفسية هي مهيجات أساسية وتؤثر إما على الأعصاب أو على الخلايا قرب سطح القصبة الهوائية، وقد يسبب ذلك تشنج شعبي<sup>1</sup>.

إذن هذا النوع من الربو يحدث بعد سن الأربعين، وفي بعض الأحيان القليلة قد يحدث قبل ذلك السن نتيجة التهاب القصبات الحاد أو النزلة الشعبية وخاصة بعد الإصابة بالأنفلونزا أو التعرض لتيار هوائي بارد والجسم حار ومتعرق. وقد يحدث هذا النوع من الربو نتيجة التعرض لمواد كيميائية ذات رائحة نفاذة كالدخان وأبخرة الكيماويات. وعادة يكون هذا النوع من الربو شديدا ويستمر مدى الحياة. والمصاب به يحتاج إلى أخذ العلاجات بشكل مستمر تقريبا.

والعوامل الرئيسية المهيجة للربو الداخلي هي الروائح القوية والدخان وتغيرات درجة الحرارة والزكام والنزلات الشعبية. وهذا النوع من الربو غير وراثي. وعند إجراء فحوصات الحساسية على الجلد لا يظهر أي مسبب مثل: لقاح الأعشاب والأشجار، وإذا ظهرت الحساسية فإنها تكون ضعيفة وليست ذات أهمية في إثارة الربو.

<sup>1</sup> - حسن قاسم جعفر، مرجع سابق، ص 20.

**3-2-3- الربو المختلط:** وهذا النوع من الربو يجمع بين النوع الأول والثاني من حيث الأسباب أي أن الحساسية تلعب دورا كمسبب، ولكن الربو قد يحدث دون التعرض لمسببات الحساسية، وغالبا ما يبدأ هذا النوع من الربو دون سن الثالثة، وفي البداية يكون الزكام والالتهابات الفيروسية هي المسبب الرئيس لنوبات الربو، وكلما تقدم السن بالطفل كلما بدأت الحساسية في بداية ظهور الأعراض لا يتبين أي مسبب.

ولكن إذا أعيد فحص الحساسية بعد سنوات فغالبا ما يتبين أن المريض أصبح حساسا إما للغبار أو لقاح النباتات أو غيرها.

وعامل الوراثة قد يكون ظاهرا في هذا النوع من الربو وقد لا توجد أية أهمية لعامل الوراثة<sup>1</sup>

**3-3- الربو المسبب عن حساسية الأسبرين:** وهذا النوع من الربو كثير الحدوث عند الذين يعانون من الحساسية للأسبرين، ويتميز هذا النوع من الربو بحدوث نوبات حادة من صعوبة التنفس والسعال وضيق التنفس بعد دقائق تتراوح بين 10-60 دقيقة من تناول الأسبرين، الشيء نفسه يحدث عند تناول العلاجات المستعملة في تخفيف آلام الروماتيزم والمفاصل وأوجاع الظهر وبعض أدوية الزكام مثل: حبوب الفكس، ويجب ألا يغيب عن البال إن هناك أصباغا ومواد ملونة (اللون الأصفر) تستعمل في تلوين بعض الأدوية كالفيتامينات والعصيرات (مسحوق تانغ وكول آيد... إلخ تحتوي مادة التارترازين التي لها صلة بالأسبرين).

ويتميز الربو المسبب عن الأسبرين ومشتقاته بحدوث زوائد لحمية في الأنف التي قد يلزم معالجتها جراحيا.

وعلاج هذا النوع من الربو يتلخص في تجنب الأسبرين وعلاجات الروماتيزم والفيتامينات والمشروبات المعلبة ذات اللون الأصفر ولأدوية الزكام كالفكس وغيرها<sup>2</sup>

#### 4-أسباب مرض الربو:

<sup>1</sup> - حرب عطا الهرفي، المرجع السابق، ص 179-180.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص ص 180-181.

تزداد نسبة حدوث الربو في العالم بسبب زيادة التلوث البيئي، تساعد على حدوثه محسسات أو منبهات ينتج عنها تضيق في الطرق التنفسية، وهذا المرض عبء ثقيل على المريض وعائلته، إذ يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في الإصابة بالمرض، حيث تزداد نسبة الإصابة إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما مصاباً بالربو وهناك عدة أسباب تساعد على تهيج الجهاز التنفسي عند توافر القابلية للإصابة بالربو وتعرف بالمهيجات، ومن أهم هذه العوامل الرشح والزكام الذي يصيب الطفل، فيلاحظ الأهل عادة أن الطفل يصاب بنوبات من السعال على إثر كل حالة رشح يمر بها، دخان السجائر، الروائح النفاذة كالمنظفات والعطور، الغبار، غبار الطلع، عثة الفراش، فراء الحيوانات المنزلية مثل القطط والكلاب والطيور، والتمارين الرياضية<sup>1</sup>

فحسب الدراسة التي قام بها مأمون حكيم أستاذ في كلية الطب البشري في اللاذقية حول الربو عند الأطفال لعينة تتكون من 244 طفلاً تتراوح أعمارهم من 2 إلى 15 سنة تبين من خلال استبيان الأهل أن أهم العوامل المحرصة للنوبة هي التدخين السلبي بـ 52%، سجاد الأرض بـ 66%، رطوبة المنزل بـ 41%، الألعاب المحشوة بـ 31% والحيوانات المنزلية بـ 9%<sup>2</sup>

وبالرغم من معرفة الإنسان اليوناني لمرض الربو منذ آلاف السنين إلا أننا لا نزال نجهل منشأه وأسبابه الحقيقية، لذا فإن تقييم الباحثين لأسباب المرض لا يزال لغاية اليوم تقييماً مفتقداً لكثير من التفسيرات الموضوعية، وعليه فإن دراسة الأسباب المؤدية للإصابة به هي دراسة بالغة التعقيد<sup>3</sup>، ترجع أسباب الإصابة بداء الربو إلى مجموعة من التفاعلات البيئية والوراثية المعقدة

<sup>1</sup> – centre de l'asthme de l'hôpital de Montréal pour enfant: l'enfant avant tout l'asthme chez l'enfant , centre universitaire de santé MCGIII, Québec, canada, 2010, p 3.

<sup>2</sup> – مأمون حكيم: "الربو عند الأطفال في اللاذقية"، في: مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، المجلد الأول، دون ذكر دار النشر، دمشق، 2009، ص 80.

<sup>3</sup> – محمد أحمد النابلسي: الربو عند الأطفال، دار النهضة العربية، بيروت، 1988، ص ص 14-15

وغير المفهومة بشكل تام، من المعتقد أن ارتفاع معدلات الإصابة بالمرض مؤخراً ترجع وتؤثر هذه العوامل على حدة المرض والاستجابة للعلاج وتغيير البيئة المعيشية<sup>1</sup>.

#### 4-1-العوامل البيئية:

تعرف البيئة بأنها الإطار الذي يعيش فيه الإنسان، ويحصل منه على مقومات حياته من غذاء وكساء ودواء ومأوى، ويمارس فيه علاقاته مع أقرانه من بني البشر<sup>2</sup>.

تعتبر المسببات النوعية أجزاء متخصصة من البيئة وتتكون البيئة من مكونات كثيرة منها:

أ- **البيئة الطبيعية:** وتتمثل في الظروف الجغرافية، فالمناطق المرتفعة عن سطح البحر تؤدي الى قلة الأكسجين مما يؤدي الى أمراض الجهاز التنفسي، والحالة الجيولوجية مثل نوع التربة ونوع الغذاء.

ب - **والبيئة الجيولوجية:** وتشمل عناصر المملكة الحيوانية والنباتية وتؤثر في العوامل الوسيطة لنقل الأمراض وعوامل ترتبط بكثافة السكان والمستوى التعليمي وما يرتبط به من وعي صحي وطرق الوقاية والعلاج من الأمراض، والمستوى الاقتصادي وما يترتب عليه من تمتع الانسان بقدر مناسب من المسكن والتعليم والغذاء، وأخيراً ترتبط العوامل البيئية بمدى توفر الامكانيات والامدادات الصحية من المستشفيات والعيادات ومدى توفر أساليب التشخيص أو الوقاية أو العلاج المناسبة<sup>3</sup>.

وعلى ضوء ذلك وفي سياق الكلام يمكن حصر أهم العوامل البيئية التي لها علاقة في التأثير على مريض الربو فيما يلي:

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية من ويكيديا الموسوعة الحرة 18 أغسطس 2012

<sup>2</sup> - علي محمد المكاوي: الإنسان والبيئة والصحة، دراسة في علم الاجتماع، جامعة القاهرة، مصر، دون ذكر السنة، ص 06.

<sup>3</sup> - السيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، مرجع سابق، ص 25.

**4-1-1- تغيرات الطقس:** تؤثر التغيرات الجوية في إصابة الأشخاص بالربو وفي زيادة حدته عند الأشخاص المصابين به، فهي تؤدي إلى حدوث نوبات متفاوتة الخطورة حسب طبيعة الطقس ودرجة مقاومة الأفراد، كما أثبتت المشاهدات العلمية أن الربو مرض مزمن إذ يلاحظ بالقرب من سطح البحر كما ينال المرتفعات كذلك.

اذن إن التعرض لنزلات البرد والتعرض لتيار هوائي بارد بشكل مفاجئ يعتبر من أهم العوامل المهيجة للنوبات، وللوقاية منها الحرص على محاولة تجنب التعرض لنزلات البرد والراحة أثناء حدوثها وعدم التعرض للتيارات الهوائية الباردة بقدر الإمكان<sup>1</sup>.

الإصابة بالبرد هي إحدى المسببات الأساسية لأزمات الربو لدى الأطفال خاصة من هم أقل من 3 سنوات، حيث يعمل الهواء البارد أو الجاف على اختراق مجاري التنفس، فيهاجم الخلايا الحساسة ويؤدي لأزمة ربو، لذلك يمكن الحفاظ على الطفل من الانكشاف للهواء البارد أو الجاف مع ضرورة الانتباه إلى ما يلي:

- الامتناع قدر الإمكان عن استخدام المكيف.
- عدم إخراج الطفل من حوض الحمام البارد أو الساخن لغرفة باردة.
- في الأيام الحارة تجنب تشغيل المكيف في حالة دخول الطفل إلى البيت، فقط بواسطة تبريد تدريجي للفضاء الذي دخل إليه الطفل لدرجات برودة غير مرتفعة يمكن الامتناع عن إصابة الرئتين<sup>2</sup>.

**4-1-2- التلوث:** يلعب التلوث وخاصة التلوث الجوي دوراً هاماً في تطوير الحساسية التنفسية كما يساهم التهاب مخاطية الحنجرة والرئتين ويدفع إلى تفجير نوبات الربو. من جهة أخرى أكد "معريش العربي" عام 1998 في دراسته التلوث الجوي هو السبب الرئيسي للربو نتيجة التعرض للغازات وبعض المواد الكيماوية التي تضعف وتتقص إمكانات دفاعها

<sup>1</sup> - أحمد السيد كردي: الطب، الصحة، الربو الشعبي، دون ذكر دار النشر، دون ذكر مكان النشر، سبتمبر 2010

<sup>2</sup> - www.webteb.com.



وأحسن دليل هو كثرة انتشار المرض في المناطق الأكثر تصنيعا ففي الجزائر يكثُر انتشاره في كل من واد السمار، ريس حميدو ومفتاح بفعل مخلفات المصانع<sup>1</sup>.

كما أن التعرض لدخان التبغ أثناء الحمل وبعد الولادة قد يؤدي نمو رئتي طفلك، والتعرض لدخان التبغ يزيد أيضا من خطر الأزيز العابر والربو<sup>2</sup>.

كما يجب تحاشي التعرض لروائح العطور والطلاء ودخان المصانع والمنظفات والمبيدات الحشرية أو على الأقل عدم التواجد لتجنب ذهاب رائحتها.

**4-1-3- حبوب اللقاح:** تتطاير حبوب اللقاح من الهواء وتزداد في الأماكن الزراعية والبساتين خلال مواسم التلقيح فيستنشقها الإنسان مسببة نوبات الربو .

ينصح المريض بالبقاء داخل المنزل وإغلاق النوافذ في مواسم تطاير حبوب اللقاح عندما يكون عدد حبوب اللقاح كبيرا في الهواء وعدم الاقتراب في تلك المواسم من الأماكن الزراعية والبساتين فإن ذلك يساعد إلى حد لا بأس به من تحقيق نسبة التعرض لهذه الحبوب<sup>3</sup>

**4-2 - العامل الوراثي (الجيني):** وهو يلعب دورا في أمراض الحساسية كلها مثل الربو وحساسية الأنف والجلد فتكثر الإصابة بالربو بين هذه العائلات التي لديهم استعداد وراثي. يبدو إذن أن للعامل الوراثي أثره في إصابة الطفل بالربو ففي الحالات التي يكون فيها الوالدان مصابان بهذا المرض يكون احتمال إصابة أبنائهما بنسبة كبيرة حيث يقدر عند الولد بـ 29% وينخفض عند البنت إلى 11%<sup>4c</sup>.

كما أن لتاريخ الأسرة عامل مهم في تطوير الربو والأزيز لدى الطفل، وجود عضو من الأسرة مصاب بحساسيات، بالربو أو بأمراض أخرى مؤثرة على المجاري الهوائية السفلى هو أيضا

<sup>1</sup> - العربي معريش: خصوصيات مرض الربو لدى الأطفال، دار الهدى للطباعة والنشر، الجزائر، 1998، ص 132.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني للربو: الربو والأزيز سنوات الحياة الأولى، دليل الأزيز للأهل وأولئك الذين يقدمون الرعاية للرضع والأطفال

الصغار، أستراليا، 2012، ص 06.

<sup>3</sup> - أحمد السيد كردي، مرجع سابق.

<sup>4</sup> - محمد أحمد النابلسي، مرجع سابق، ص 11.

عامل معرض لخطر جميع أنواع الأزيز فلقد ظهرت الحساسية والربو الأمومية بشكل خاص تزيد من خطر تطور الأزيز المستديم للطفل

لذلك من المهم أن تعلم طبيب طفلك إذا كان هناك تاريخ ربو أو حساسية في عائلة طفلك.<sup>1</sup>  
**4-3- عامل الحساسية:** تشير الإحصاءات إلى أن 73% من الإصابات بمرض الربو يعود أصلها لتحسس الأطفال أمام مادة أو مواد معينة وهي حالات لها سبب مادي ملموس متمثل بالمادة المسببة<sup>2</sup>، وحسب دراسة سامي القباني وجد أن المواد المحسنة هي السبب الرئيسي لإصابة الطفل بالربو وقد استعرضها فيما يلي: لقاح الزهور والنباتات، غبار المنزل ومخلفات الحيوانات من ريش ووبر... إلخ<sup>3</sup>

دون أن ننسى الأطعمة على اختلاف أنواعها التي يمكن أن تكون مصدرا للحساسية، فقد جاء في دراسة من بين العناصر الغذائية المحدثة للحساسية وبالتالي الربو: الأطعمة الحيوانية المتمثلة في السمك، طيور الصيد، البيض، الخ، والأطعمة النباتية كالفواكه المجففة، السبانخ، التوت... إلخ<sup>4</sup>.

دون أن ننسى الدور الذي تلعبه الأدوية والعقاقير خاصة الأسبرين والبنسيلين في ردود فعل ربوية عنيفة للمرضى وهذا من خلال ما جاء في دراسة سامي القباني<sup>5</sup>  
 الحيوانات الأليفة مثل القطط والكلاب والخيول وكذلك الحشرات المنزلية مثل الصراصير، وعموما كل الحيوانات الأليفة والطيور والحشرات التي تحيط بنا ونتعامل معها.

<sup>1</sup>-المجلس الوطني للربو، مرجع سابق، ص 06.

<sup>2</sup>- محمد أحمد النابلسي، المرجع السابق، ص ص 13-14.

<sup>3</sup>- سامي القباني، مرجع سابق، ص 134.

<sup>4</sup>-Boutin louis Hélène et autre: comprendre et maitriser l'asthme , les presse de l'université Laval; canada;1993; p15.

<sup>5</sup>- سامي القباني، المرجع السابق، ص 135.

حيث يفضل بعض الناس تربية حيوانات أليفة داخل منازلهم، ولكنها تؤثر على الأطفال بصورة كبيرة، فحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية، يعاني حاليا نحو 235 مليون فرد من الربو وهو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا بين الأطفال، تحدث معظم الوفيات الناجمة عنه في البلدان المنخفضة الدخل، والبلدان التي تنتمي إلى الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، فنحو 25% من حالات حساسية الصدر تكون بسبب الحيوانات المنزلية (منى السعيد تحذير الحيوانات الأليفة تسبب حساسية الصدر للأطفال 2015)

لذلك يجب في حالة وجود مريض ربو الامتناع عن اقتناء الحيوانات الأليفة مثل القطط والكلاب والطيور، أو على الأقل إبعادها عن غرفة النوم، مع العلم أنه حتى لو استبعدت الحيوانات فان المواد المثيرة للربو قد تظل عدة شهور مما يجعل التحسن بطيئا.

ومن بين الأشياء المثيرة والمسببة للحساسية أيضا العفن وهو عبارة عن فطريات تنمو على الأطعمة وفي الأماكن قليلة التهوية كالمخازن والأدوار الأرضية التي لا ترى الشمس والأماكن الرطبة وأركان الغرف التي لا تصلها يد التنظيف بسهولة، ولها انواع كثيرة سواء الموجودة داخل أو خارج المنزل، فتنقل أبواغها عن طريق الهواء فيستنشقها الإنسان مسببة له الحساسية.

-لذلك يجب تهوية المخازن والأماكن الرطبة وتعريضها لأشعة الشمس من وقت لآخر وعدم جلوس المريض بها لفترات طويلة.

أما غبار المنزل: وخاصة عثة غبار المنزل وهي من أهم أسباب ومهيجات الربو وهي عبارة عن كائنات مجهرية لا ترى بالعين المجردة وتتغذى على خلايا الجلد الميت وقشرة الرأس المتساقطة وتتواجد بغزارة في الأثاث والمفروشات المنزلية كالسجاد، والبطانيات وفرش الكتب وقماش الستائر وألعاب الأطفال التي تحتوي على الفرو والصوف وتتكاثر خصوصا بالأماكن التي لها رطوبة عالية.

ولأن ازلتها بالكلية أمر متعذر مهما كانت نظافة المنزل هذه بعض الارشادات للتقليل من تأثيرها:

- التهوية الجيدة للغرف عموماً ولغرفة النوم على وجه الخصوص والسماح للشمس بدخول المنزل أكبر فترة ممكنة.

- عدم استخدام لعب الفرو ما أمكن لأنها مصدر رئيسي تجمع العثة

- عدم تواجد المريض أثناء عملية الكنس.

- تغيير فراش السرير والوسائد بصفة مستمرة ويفضل يومياً وغسلها بماء ساخن وتجفيفها جيداً تحت أشعة الشمس أو بالمجفف الكهربائي

- تغطية الوسائد ومرتبة السرير بغطاء طبي خاص (غطاء بلاستيكي مثلاً)

- استبدال الوسائد المحتوية على الريش والقطن بأخرى صناعية.

**4-4- الجهد الجسدي:** تترسب النوبات عادة بعد الانتهاء من أنواع الرياضة التي يتعرض فيها المرء لدخول الهواء البارد والجاف لمجاريه التنفسية مثل رياضة العدو أو كرة القدم وما شابهها وخاصة القيام بها في جو بارد مما تثير نوبة الربو للأشخاص المصابين، لذلك كانت رياضة السباحة من أفضل أنواع الرياضة التي يمكن لمريض الربو أن يمارسها دون حدوث نوبات الربو.

- يجب على مريض الربو أن لا يتوقف عن ممارسة الرياضة اطلاقاً من أجل المرض ولكن يستشير الطبيب في نوع الرياضة التي تلائمه وبذلك يمارس حياته بشكل طبيعي وينصح بالأمور التالية:

- أن يستخدم البخاخ الموسع للشعب الهوائية قبل البدء في الرياضة بربع ساعة، وأن يبدأ النشاط الرياضي بالإحماء أولاً (التسخين).

- إذا أحس المريض بأي نوع من أعراض بدايات حدوث النوبة فعليه التوقف فوراً عن الرياضة وأخذ العلاج المناسب حسب الارشادات المسبقة لطبيبه المعالج.

**4-5- الضغوط النفسية:** إن البكاء، الغضب، العصبية أو الضحك قد تؤدي لأزمة الربو، حيث يفضل تجنب الطفل من بلوغ وضعيات ممكن أن يبكي أو يغضب فيها بقوة قد تثير أزمة الربو.

وللضغوط النفسية أثر ملحوظ في ترسيب نوبة الربو، لذلك يفضل تجنب الضغوط النفسية قدر الامكان وأخذ قسط من الاسترخاء والراحة الذهنية عند التعرض للالزمات والرضا بما قدره الله وتعلم فن التعامل مع الالزمات.

### المبحث الثالث: تشخيص مرض الربو وطرق الوقاية منه

**1-أعراض مرض الربو:** إن الأعراض والعلامات الاعتيادية لمرضى الربو تتمثل فيما يلي:

1- ضيق في التنفس بشكل متكرر ناتج عن التعرض للمهيجات.

2-السعال المصاحب لضيق النفس وخاصة بالأطفال.

3- الصفير في جميع أنحاء الصدر هو العلامة الرئيسية للربو.

إن الأعراض والعلامات تسوء في أثناء الليل في مرضى الربو، فيما تتحسن الأعراض في نهاية الأسبوع وأيام العطل في المرضى المصابين بالربو المهني.

وفي الحالات الشديدة أن المريض لا يستطيع أن يكمل جملة في نفس واحد بالإضافة إلى الإزراق وزيادة في معدل التنفس والنبض ويكون صدر المصاب صامتا وقد يؤدي إلى الغيبوبة نتيجة نقص الأكسجين وزيادة ثاني أكسيد الكربون في الدم.

ويقسم الربو سريريا حسب الأعراض إلى أربعة أقسام هي على النحو التالي:

**1-1-الربو المتقطع:** وتكون الأعراض مرتين أو أقل خلال أسبوع وإما الأعراض في الليل مرتين أو أقل في الشهر.

**1-2-الربو الخفيف المستمر:** وتكون الأعراض أكثر من مرتين في الأسبوع ولكن ليست بشكل يومي وأما الأعراض في الليل فهي ثلاث أو أربع مرات في الشهر.

**1-3- الربو المتوسط المستمر:** وتكون الأعراض بشكل يومي وأما الأعراض في الليل فهي أكثر من مرة في الأسبوع ولكن ليست كل ليلة.

**1-4- الربو الشديد المستمر:** وتكون الأعراض بشكل يومي وبشكل متكرر وأما الأعراض في الليل فهي تكون كل ليلة وبشكل متكرر<sup>1</sup>.

## 2-تشخيص مرض الربو:

يعرف الربو بأنه شعور بضيق في التنفس، يصحبه سعال وضيق في الصدر، ويمكن أن يكون الربو خفيفا، على شكل كحة مزمنة خاصة بعض الركض والانفعال، أو أن يكون شديدا ويسبب انقطاع النفس.

والتشخيص يمر عبر استفسار دقيق للمريض وفحص سريري شامل قبل المرور إلى الاختبارات المكملة، وتتمثل خطوات التشخيص فيما يلي:

**أ-استفسار المريض:** يعد مرحلة أساسية تهدف للبحث عن وجود استعداد أرجي عائلي أو شخصي كأعراض الحساسية (الأنف، العين أو الجلد) أو حالات ربو عائلية.

كما يبحث عن عوامل مثيرة خصوصا البيئية منها كظروف السكن والعوامل المهنية والتلوث، ويعمل الطبيب على التأكد من أعراض الربو ومظاهره السريرية وتوضيح الظاهر منها والخفي.

**ب- الفحص السريري:** يلعب دورا أساسيا خاصة عندما يكون المريض في حالة نوبة مما يجعل التشخيص سهلا، آنذاك يبحث بالفحص عن علامات المرض (نوبة الربو المعهودة)، ويحدد معايير قوة النوبة.

عند غياب أعراض النوبة المرضية تكون علامات الفحص في الغالب قليلة، قد يظهر الفحص في الحالات المتأخرة للمرض تشوهات صدرية أو مضاعفات أخرى.

<sup>1</sup> - طارق محمد: أمراض الجهاز التنفسي، أعراض مرض الربو، 2014

ج- الاستقصاء الوظيفي التنفسي: إن قياس الوظيفة التنفسية مرحلة أساسية لتشخيص المرض وخاصة في غياب العلامات السريرية المعهودة، ويتم القياس بواسطة جهاز قياس الصبيب الزفيري الأقصى وهو جهاز صغير يجب توفره عند كل الأطباء نظرا لسهولة استعماله وقلة تكلفته والذي يمكن من قياس الصبيب الزفيري الأقصى ص. ز. أ، هذا الصبيب يكون منخفضا في حالة الربو الشديد أو المتوسط.

كما يمكن تقسيم استجابة الانسداد القصبي لموسعات القصبات في هاته الحالة، يمكن أيضا قياس التغيرات الصببية بين الصباح والمساء عن طريق الصيغة:

صبيب المساء - صبيب الصباح

1/ 2 (صبيب المساء - صبيب الصباح)

إذا كان الحاصل أكبر من 20 في المائة فإن هذا يساعد على تشخيص المرض، ويمكن الجهاز من المراقبة المستمرة للمريض.

لكن هذا الجهاز ليس كافيا للتشخيص في الحالات القليلة الأعراض أو عند عدم وضوح ارتباطها بمرض الربو، كما أنه لا يغني عن تقييم الوظيفة التنفسية للمريض بجهاز قياس النفس خاصة قبل بداية العلاج.

د- جهاز قياس النفس: يثبت تشخيص مرض الربو عندما يظهر وجود خلل تهوية انسدادى بانخفاض قيمة معامل "تيفينو" (vems/cvf) لأقل من 0.70، يكون هذا الخلل عكوسا بعد استعمال موسعات القصبات في حالة مرض الربو، في بعض الأحيان يكون القياس عاديا حيث نلجأ إلى اختبار استثارة قصبية غير نوعية للبحث عن فرط التفاعلية القصبي غير النوعي<sup>1</sup>.

## 2-1- قياسات تشخيص الربو:

- الجريان الزفيري الأعظمي في الثانية الأولى

- السعة الحيوية القسرية .

<sup>1</sup>-الجمعية المغربية للتواصل الصحي: مرض الربو من التشخيص إلى العلاج، عن الموقع: [www.tawassol.ma](http://www.tawassol.ma)

- جريان الزفير الأقصى.

## 2-2- معايير تشخيص الربو:

- زيادة لا تقل عن 15% في الجريان الزفيري الأعظمي في الثانية الأولى بعد استخدام موسعات القصبات (الكورتيكوستيرويد).

- نقصان لا يقل عن 15% في الجريان الزفيري الأعظمي في الثانية الأولى بعد ست دقائق من تمرين الرياضة.

- التقلب اليومي لجريان الزفير الأقصى بحيث لا يقل عن 20% لأكثر من ثلاثة أيام في الأسبوع لمدة أسبوعين.

## 2-3- فحوصات تأكيد تشخيص الربو:

- إجراء فحص الدم والبلغم للكشف عن العدلات.

- إجراء صورة أشعة للصدر، ويكون فيها انتفاخ في الرئتين، وتؤخذ الصورة لاستبعاد الاسترواح الصدري.

- قياس الأجسام المضادة لأنواع معينة من المحفزات.<sup>1</sup>

## 3- علاقة الطفل المريض بعائلته ومحيطه: بالاعتماد على المؤتمرات السنوية التي يعقدها

مجمع الأبحاث البيئية والنفسية حول الربو، يؤكد الدكتور Boucaud على عوامل رئيسية هي:

### 3-1- علاقة الوالدين بالطفل: إن شخصيات كل من الأم والأب تلعبان دور الموجه الرئيسي

بالنسبة للعلاقات داخل العائلة، وعليه فإن العلاقة بين الزوجين تمتد لتؤثر على علاقة كل

منهما على الطفل<sup>2</sup>، حيث يقول سزاك (يمكن أن تسمح الحياة العائلية الغير منسجمة للطفل

المريض بالربو بظهور نتائج سيئة للغاية على مرضه فقد تسبب ازدياد النوبات التي يعاني

منها، كما يمكن أن يسمح توازنها للطفل بالاندماج التام فيها بتوازن المرض، لهذا فقد يمتاز

- طارق محمد: تشخيص مرض الربو، دون ذكر دار النشر، دون ذكر مكان النشر، 2015<sup>1</sup>

<sup>2</sup> - محمد أحمد النابلسي، مرجع سابق، ص 49.



الطفل المريض بالربو بقدرته على تكوين علاقات وطيدة مع الأشخاص المحيطين به في العائلة (الوالدين، الإخوة... إلخ).

**3-2- نظرة الأهل للطفل:** هي في الواقع أن ترتيب المريض بين إخوته يلعب دورا مؤثرا في توجيه نظرة الأهل، فقد دلت الدراسات أن الربو يصيب الولد الثالث أو الأصغر في العائلة، وذلك في معظم الأحيان، وفي جميع الأحوال فإن هذه النظرة هي التي تحدد علاقتهم بالطفل، فإذا ما أدت إلى سوء الاتصال بين الطفل وأهله (الأم على وجه الخصوص) فإن من شأنها أن تكون عاملا إضافيا مؤديا لظهور المرض ونوباته.

**3-3- علاقة الطفل بمحيطة:** تتميز علاقة الطفل بمحيطة من خلال معاناته، فهو يحس بأنه يعيش حياة مرهقة ومختلفة عن الحياة العادية التي يحياها بقية الأطفال إذ يتوجب عليه أن يتقيد بنظام حياتي خاص كما أن هذا الطفل يشعر بالمرض بشكل مستمر فإذا ما تخطى هذا الشعور أو تناساه يأتي الدواء أو الغياب عن المدرسة ليذكره بالمرض، ولما كانت المدرسة هي أولى احتكاكات الطفل الواسعة مع محيطه فقد سجلنا الملاحظات التالية لدى الأطفال المدرسين:

- إن المستوى المادي الاجتماعي لعائلة الطفل يؤثر في علاقته مع رفاقه وأساتذته كما يؤثر في مستوى تحصيله المدرسي، فإذا كان هذا الطفل منتميا إلى أسرة موسرة ساعده ذلك في تخطي الصعوبات المدرسية التي يسببها المرض.

- إن درجة الربو تؤثر بعمق في علاقة الطفل بمحيطة فإذا كان الربو خفيفا لاحظنا أن علاقة الطفل بالمحيط تكون جد طبيعية، وكذلك تحصيله المدرسي أما في حالة الربو المزمن فنلاحظ ارتباطا بين علاقته بمحيطة وتأخره الدراسي الناجم عن الغياب المتكرر.

- إن موقف الطفل من مرضه يؤثر في علاقاته وفي تحصيله، فإذا كان الطفل متمتعاً برعاية صحية كافية رأينا أنه يحاول تعريض مرضه من خلال التفوق في الدراسة وتعميق العلاقات مع محيطه والعكس<sup>1</sup>

#### 4- الطرق الصحية في التعامل مع الطفل المصاب بالربو:

بمجرد معرفة الأم بأن طفلها مصاب بالربو تسودها حالة من الارتباك والخوف لعدم معرفتها كيفية التعامل مع هذا المرض، فالربو هو ضيق يحدث في الأنابيب الهوائية الصغيرة التي تتصل بالرئتين، وعند حدوث نوبة الربو تجعل التنفس صعباً خاصة في حالة الزفير، ويقل حدة المرض مع التقدم في العمر، وهو يعد من أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً لدى الأطفال، مما يوجب معرفة الطرق الصحية للتعامل مع الطفل المصاب بالربو لتجنب مضاعفات المرض. تتعدد المسميات التي تطلق على مرض الربو، فهو يعرف باسم الربو الشعبي نسبة إلى الشعب الهوائية، والأزمة نسبة إلى الاسم اللاتيني "Asthma"، والبعض يطلق عليه اسم حساسية القصبات الهوائية، وهذه الأسماء جميعاً تشير إلى وجود التهاب تحسسي مزمن في الشعب الهوائية، مما يؤدي إلى حدوث نوبات متكررة من السعال والصفير في الصدر وضيق التنفس، وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بالربو تشفى أو تختفي أعراض المرض لديهم في مراحل متفاوتة من عمر الطفولة أو المراهقة، إلا أن كثيرين منهم يعانون من تكرار نوبات المرض، وغياب العناية الصحية في المدرسة وسرعة التعامل مع المرض، وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة المختلفة.

بالإضافة إلى إصابة الأهل بالقلق الدائم على صحة أبنائهم من جهة، وقلق استعمال العلاجات المختلفة من جهة أخرى.

<sup>1</sup> - محمد أحمد النابلسي، المرجع السابق، ص ص 52 - 53.

وقد أوضحت دراسة طبية بريطانية أهم طرق التعامل الصحية مع الطفل المصاب بالربو، فهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث نوبات الربو، وتختلف من طفل لآخر، لكن بمجرد التعرف على هذه المثيرات تتكون لدى الأسرة خبرة كافية في كيفية التعامل مع نوبات الطفل وتقل تدريجياً، وبعدها يبدأ الأهل في تسجيل يوميات حدوث النوبات للطفل لمتابعته بشكل دوري وتحديد المشكلة، والاستعداد بالأدوية اللازمة في حالة حدوث أي ظرف مفاجيء وللتقليل من حجم النوبة.

وأكدت الدراسة على أهمية الحفاظ على نظافة المنزل للتأكد من عدم وجود أترية تثير نوبات الربو لدى الطفل مع إكثار الطفل من تناول المياه والمشروبات الدافئة لأنها تساعد الطفل على التنفس بشكل أفضل وأسهل وتحد من خطر حدوث أزمات الربو وتخففها، محذرة من تربية الحيوانات الأليفة في المنزل لأنها تعد من أسوأ الأشياء التي يمكن أن يؤدي بها الوالدان طفلها المصاب بالربو، حيث يعمل وبر هذه الحيوانات ولعابها على إثارة نوبات الربو، كما تحذر من التدخين أمام الطفل، وليس فقط تدخين السجائر، لكن أيضاً دخان عوادم السيارات وأدخنة المصانع، لأنها تعد عدواً شرساً لمرضى الربو، مؤكدة على ضرورة متابعة حالته الصحية عن طريق وجبات متوازنة تمدّه بالفيتامينات والمعادن التي يحتاجها الجسم لتقوي جهاز المناعة، وتقلل من خطر حدوث نوبات المرض بشكل مستمر.

من جانبها تؤكد رئيسة قسم صدر الأطفال والحساسية بكلية طب قصر العيني د. فاطمة الهندي، أن التدخين من أهم الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الطفل بالربو الشعبي، مشيرة إلى أن التدخين السلبي في المنزل يشكل خطراً كبيراً على الأطفال حيث أنه يلتصق بالملابس والحوائط ويستمر لمدة ثلاثة أيام، لافتة إلى أن السجائر أو الشيعة يتطاير في الهواء وينتشر حتى 300 متر، فالربو من الحالات التي يكون فيها الشعب الهوائية ضيقة ومنتخخة، مما يؤدي إلى صعوبة في التنفس وسعال وصفير عند التنفس، مؤكدة أن الربو يشكل مصدر إزعاج لبعض الأشخاص، ويمكن أن يتعارض مع أنشطتهم اليومية، حيث يمكن أن تهدد نوبات الربو

حياة الإنسان بشكل كلي، وبالنسبة للأطفال فهم يتميزون برئة حساسة جداً، لذلك يجب الإعتناء بها حتى الـ 5 سنوات من ملوثات الهواء والسجائر، لأن نسبة الأطفال الذين يعانون من الربو الشعبي بعد الولادة تزداد بصورة أكبر مع الأيام.

كما تشير استشارية أمراض الأطفال د. نهى أبو الوفا، إلى أن الربو يعد مرضاً وراثياً تبدأ أعراض الإصابة به منذ الطفولة، حيث يتسبب في حدوث ضيق بالقصبات الهوائية نتيجة زيادة إفراز المخاط والارتشاح الخلوي، لافتة إلى أن كثيراً من الأمهات يعتقدن أن الإصابة بالحساسية الربوية ترجع إلى تعرض الأطفال للأتربة أو الأدخنة، وذلك غير صحيح لأن جميع هذه العوامل تساعد على ظهور أعراض المرض ونوبات الربو، لكن السبب الرئيسي وراء إصابة الطفل بالربو هو وجود استعداد جيني وراثي يزيد من فرص الإصابة، مؤكدة أنه يجب على الأمهات الذهاب للطبيب المختص حال ظهور أعراض الربو المتمثلة في السعال الشديد أثناء فترة الليل، ووجود أزيز "صوت الصدر" وسرعة في التنفس، فضلاً عن زرقة الطفل، لمعرفة السبب خاصة لو كان هناك تاريخاً وراثياً في العائلة من حيث الإصابة بالحساسية الربوية<sup>1</sup>.

#### 5- الوقاية والعلاج:

على الرغم من أن الربو لا يمكن شفاؤه، فإن التدبير العلاجي المناسب يمكن أن يسيطر على المرض ويمكن الأشخاص من التمتع بنوعية حياة جيدة. يعتمد علاج الطفل على مدى تكرار أعراض الربو أو مدى استمرارها لفترة طويلة، حيث تستخدم الأدوية لفترة قصيرة من أجل تخفيف الأعراض، ويلزم اللجوء إلى أدوية من قبيل الستيرويدات المستنشقة لفترة طويلة من أجل السيطرة على تقدم الربو الشديد.

<sup>1</sup> - <https://www.arab48.com>

الأشخاص الذين يعانون من أعراض مستمرة يجب أن يأخذوا أدوية لمدة طويلة وبشكل يومي للسيطرة على الالتهاب الدفين وتوقي الأعراض، وإن عدم كفاية فرص الحصول على الأدوية هو أحد الأسباب الهامة لضعف السيطرة على الربو في العديد من الأماكن.

والأدوية هي ليست الوسيلة الوحيدة لمكافحة الربو، ومن المهم أيضا تجنب مهيجات المرض - المحفزات التي تهيج المسالك التنفسية وتسبب التهابها، ويجب أن يعرف كل مريض مصاب بالربو بعد مساعدته طبيا المهيجات التي ينبغي أن يتجنبها.

وفي ظل ذلك نتطرق إلى استراتيجية منظمة الصحة العالمية للوقاية من الربو ومكافحته، حيث تسلم المنظمة بأن الربو يكتسي أهمية كبرى في مجال الصحة العمومية، وتؤدي دورا في تنسيق الجهود الدولية لمكافحته، والغرض من الاستراتيجية التي تتبعها هو دعم الدول الأعضاء في جهودها الرامية إلى الحد من حالات العجز والوفاة المبكرة الناجمة عنه.

وتتمثل أهداف برنامج منظمة الصحة العالمية فيما يلي:

- ترصد المرض لرسم خريطة تبين مدى جسامته وتحليل محدّداته ورصد اتجاهاته، مع التركيز على الفقراء والمحرومين من السكان.

- الوقاية الأولية من المرض لخفض مستوى التعرض لعوامل الإختطار الشائعة التي تنطوي عليها الإصابة به، وخاصة دخان التبغ، والإصابة بشكل متواتر بحالات عدوى الجهاز التنفسي الأخف حدة خلال مرحلة الطفولة، وتلوث الهواء (الداخلي والخارجي والتعرض المهني).

- تحسين فرص الحصول على تدخلات فعالة من حيث التكلفة بما في ذلك الأدوية والارتقاء بالمعايير وبالحصول على الرعاية في مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية. كما يسهم التحالف العالمي لمكافحة الأمراض التنفسية المزمنة في أنشطة المنظمة الرامية إلى الوقاية من هذه الأمراض ومكافحتها، وهو تحالف طوعي يضم منظمات ووكالات وطنية ودولية

من بلدان كثيرة، ويركز التحالف على احتياجات البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والفئات الضعيفة من السكان، ويعزز المبادرات المعدة خصيصاً لتلبية الاحتياجات المحلية<sup>1</sup>.

يحتاج المصاب بالربو مثله مثل بقية الأمراض المزمنة إلى علاج متواصل قد يكون خلال عدة سنوات أو طوال حياته، ويمكن التحكم في المرض بإزالة السبب أو بخفض حساسية الطفل اتجاه هذا السبب كتجنب أشعة الشمس التي تؤثر على عملية التنفس وتجعله صعباً وكذلك تجنب الاتصال بالحيوانات التي تؤدي إلى إصابته بالحساسية مع المحافظة على تنظيف الغرف باستمرار لتفادي الغبار المنزلي، وتهوية الغرفة باستمرار وتفادي الهواء البارد والانتقال من مكان حار إلى آخر بارد<sup>2</sup>.

كما يمكن لأي طفل مصاب أن تتحسن حالته وتقل لديه الأعراض إذا تم اتباع خطة علاجية معينة<sup>3</sup>.

وانه من الأهمية التفريق بين:

- العلاج الأساس الذي يهدف إلى التحكم في المرض وحماية المريض من النوبات من خلال معالجة الالتهاب المزمن.

- وعلاج النوبات الذي يهدف إلى علاج الأعراض الحادة دون التأثير المباشر في تطور المرض.

**5-1- العلاج الأساس:** يتضمن جانباً دوائياً مهماً ولكن هناك جانباً غير دوائي لا يقل أهمية وهو تهئية البيئة المحيطة بالمريض لتجنب ظهور الأعراض خاصة عن طريق التحكم في المستأرجات (القراديات، حبوب اللقاح) والمهيجات البيئية.

<sup>1</sup> – www.who.int.

<sup>2</sup>–Boutin Louis Hélène et autre ;op.cit. p 18

<sup>3</sup>– سامي القباني، مرجع سابق، ص 162.

هناك علاج يستعمل في حالات خاصة مقننة وهو العلاج المناعي المخصص (Immunothérapie spécifique) الذي يتطلب استعماله معايير دقيقة تحد من استعماله على نطاق واسع.

أ- **الأدوية المستعملة:** إن الأدوية المستعملة حالياً تمكن بشكل كبير من التحكم في مرض الربو وتطوره وتشتمل على:

**1- استعمال موسعات الشعب الهوائية:** تستعمل هذه الأدوية لمقاومة أزمة الربو عند حدوثها بشكل حاد وتحدث مفعولاً إيجابياً سريعاً يستمر من 4-12 ساعة وعلى المرضى الذين يتعرضون لحالات حادة من الربو أن يحملوا معهم هذه الأدوية باستمرار ومن بينها نجد: الفانتولين والبولتالين والبريكانييل... وهي تستعمل على شكل بخاخ عن طريق التنفس أو على شكل حبوب أو شراب<sup>1</sup> حيث تعمل الأنواع من العلاجات على تسيير الطريق أمام الهواء للدخول إلى الرئة بسهولة وتحسين عملية التنفس.

إذن تستعمل موسعات الشعب الهوائية التي يدوم مفعولها إلى فترة قصيرة لتخفيف ضيق التنفس الحاصل في الجهاز التنفسي، وفي حالات نوبات الربو المستمرة يجب إضافة علاج أقوى مثل الكورتيستيرويدات المستنشقة، أو بالاشتراك مع موسعات الشعب الهوائية طويلة المفعول لمنع الأزمات التي قد تتطور إلى فشل الجهاز التنفسي وبالتالي عدم القدرة على التنفس بشكل لا عودة فيه.

إن عدد مرات تناول الدواء والجرعة المناسبة يعتمدان على حالة كل شخص وتاريخه المرضي وشدة المرض والطريقة التي يتم السيطرة بها على النوبة، والعوامل البيئية المؤثرة، وفي كل مراجعة للطبيب يعمل الأخير على إيجاد الحد الأدنى المناسب من الجرعة، الذي يعمل بشكل فعال لمعالجة الأزمة.

<sup>1</sup> - محمد ناجح الأغبر، مرجع سابق، ص 53.

ويجب على كل شخص مريض بأزمة الربو أن يحمل علاجه بشكل دائم معه، كما يجب كذلك أن تتوفر علبة احتياطية في المنزل، بالإضافة إلى وصفة طبية من الطبيب تبين بدقة كيف ومتى يجب تعديل العلاج، ويجب الاتصال بالطبيب أو خدمات الطوارئ عند حدوث الأزمة، وإذا نسي المريض علاج موسعات الشعب الهوائية فإن الصيدلي يمكنه تقديم الدواء إلى حين تحضير المريض الوصفة في المرة الثانية.

**2- تقنية التربية الهوائية:** تساهم بدور كبير في علاج مرضى الربو حيث تستعمل لتحسين التنفس وبالتالي للإنقاص من النوبات وهي تستعمل من أجل تحسين قوة الزفير على ثلاث مستويات:

- إخراج الزفير الموجود في القصبات حتى لا يحد من قوة الزفير .

- التنفس بشفاة مغلقة.

- الزيادة من شدة الزفير في النهاية، شدة الزفير تكون أكبر في بدايته منه في نهايته.

للتربية الهوائية دور أساسي في الأمراض التنفسية الحادة وهدفها الأساسي تصحيح التشويه الذي يظهر على القفص الصدري.

ويختلف العلاج حسب شدة المرض فعلى الأهل تجنب العوامل المعرضة لنوبة الربو ويعتبر غبار المنزل من أصعب المشاكل بسبب وجوده في كل مكان.

**أ- الحالات البسيطة:** تشمل أولئك الذين يعانون فقط بالتهاب الجهاز التنفسي العلوي، وهؤلاء لا يحتاجون إلى أدوية للوقاية ولكن يتم علاج الحالة في وقتها باستعمال موسعات الشعب الهوائية قبل أداء التمارين الرياضية أو قبل التعرض للمحسسات وتعطى هذه الأدوية عن طريق الاستنشاق.

**ب- الحالة المزمنة البسيطة:** تحتاج إلى علاج يومي للوقاية ووضع أعراض الربو تحت السيطرة بواسطة الأدوية المضادة للالتهاب.



ج- الحالة المزمنة المتوسطة: تحتاج ايضا إلى علاج يومي للوقاية بمضادات الالتهاب، كما يلزم إضافة موسعات الشعب طويلة المفعول للسيطرة على الأعراض.

د- الحالة المزمنة الشديدة: فيها يصعب التحكم الكامل في الحالة ولكن يمكن التقليل من شدة الأعراض وهذه النتائج تحتاج إلى عدة علاجات يومية تشمل:

- مضادات الالتهاب وأهمها الكورتيزون.
- موسعات الشعب طويلة المفعول.
- موسعات الشعب قصيرة الأمد وهذه تكون موجودة باستمرار عند الطلب ويمكن استعمالها من 3- 4 مرات في اليوم<sup>1</sup>

3- ممارسة الرياضة: في عام 1958 قام مجموعة من المختصين الأمريكيين بوضع برنامج رياضي لتدريب المصابين بالربو وشمل البرنامج الجمناز، كرة السلة والسباحة وتوصلوا إلى أن السباحة هي خير تمرين للشخص المريض بالربو، ومن أفضل الرياضات التكميلية للجسم بوجه عام، في حين أن رياضة الجري هي أسوأ الرياضات للأشخاص الذين يعانون من الربو<sup>2</sup> وزيادة عن هذا العلاج هناك علاج آخر يتمثل فيما يلي:

## 5- 2- الطب البديل (المكمل أو الأعشاب):

أصبح كثير من المرضى، وخاصة مرضى الحالات المزمنة مثل السكري والضغط والكلية والأورام والحساسية والربو يميلون أكثر فأكثر إلى البحث عما يسمى (بالعلاجات الطبيعية) مثل الأعشاب والإبر الصينية والطاقة والكي والعسل وغيرها، ومرد ذلك الخوف من الأعراض الجانبية والتأثيرات الضارة للعلاجات الكيماوية الحديثة، وفي بعض الأحيان يكون ذلك نتيجة نصيحة من معرفة أو صديق دون علم أو خلفية عن ذلك العلاج "الطبيعي".

<sup>1</sup> - www. Child clinic. net

<sup>2</sup>-سامي القباني، مرجع سابق، ص ص 145-162.

وقد أصبحت ظاهرة الطلب للعلاجات الطبيعية والأعشاب كثيرة الانتشار في كثير من البلاد مما أدى إلى استغلال بعض المتاجرين والمشعوذين قليلي الخبرة لكثير من المرضى وعرض منتجات نباتية تحتوي على مواد سامة ومغشوشة ليست من أصل نباتي بل كيماويات كالزرنخ والرصاص والكورتزون المطحون، وقد أدى تحول بعض المرضى إلى تلك الأدوية المسماة "طبيعية" إلى تفاقم الحالة المرضية وإهمال العالج الصحيح من قبل الطبيب المختص.

لا شك إن هناك بعض العلاجات الطبيعية والأعشاب ذات فائدة ولكنها ليست بديلة عن العلاجات التي تمت دراستها دراسة علمية دقيقة وموثقة، وعرفت فوائدها وأعراضها الجانبية ومقدار الجرعة والمدة التي يجب أن تعطى، والعلاج بالأعشاب والوسائل الأخرى يعد مكملًا وليس بديلاً عن العلاجات المتوفرة في الصيدليات والشرط لفائدة العشاب والعلاجات المكملة هو خبرة الذي يصفها وصدقه، فمثلاً وجدنا أن بعض الأعشاب التي وصفت لبعض مرضى الربو تحتوي على مسحوق حبوب الكورتزون.

ونحن نعرف أن الكورتزون يعطى في الحالات الحادة الشديدة لفترة قصيرة، وإذا أعطي لفترة طويلة فله مضاعفات وأضرار كثيرة، والغش في أدوية الأعشاب كثيرة الحدوث من قبل الجهلة والمشعوذين.

وبالإضافة إلى ذلك فنحن نعرف أن بعض الأعشاب تحتوي على مواد فعالة لعلاج كثير من الأمراض، ولكن هذا يحتاج إلى خبرة طويلة جداً لمعرفة الكمية اللازمة والتركيز والجرعة... إلخ حتى لا تحدث أضرار أو مضاعفات وبما أن كثيراً من الأدوية المتوفرة في الصيدليات من أصل نباتي وجرعتها معروفة وأعراضها الجانبية مدروسة فإن استعمالها من قبل الطبيب المختص يكون أدق وأكثر فائدة، وقد تحول كثير من الأطباء في الصين والمستشفيات، والصين هي موطن العلاج بالأعشاب تحولوا إلى الطب الحديث أكثر فأكثر<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - حرب عطا الهرفي، مرجع سابق، ص ص 201-202.

وفيما يلي بعض الأعشاب والطرق والأغذية المستعملة في علاج الربو التي تعد مكملة للعلاج الحديث ولكنها ليست بديلة عنه.

• **البصل والثوم:** أكل البصل والثوم لولا رائحته القوية من الأشياء المفيدة التي تساعد على تخفيف حالات الربو وخاصة الخفيفة والمتوسطة منها، ويفضل أن يؤكل البصل دون طبخ، وتحليل المواد الفعالة في البصل التي تعالج الربو وجد أنه يحتوي على مادة مضادة "للكوتريينز" ومادة لوكوتريينز تفرز في حالة حساسية القصبات وتسبب التهابا وانقباضا شديدا في القصبات الهوائية، والمادة الموجودة في البصل والثوم تضاد هذه المادة وتقلل من تأثيرها، ومضادات اللوكوتريينز تتوفر الآن بشكل علاج يستعمل للربو بجرعات معروفة ومحددة مثل: "سينغولير" و"أكوليت" فبدلا من رائحة البصل والثوم يأخذ المريض حبة مرة يوميا.

• **القهوة والشاي:** لها مفعول جيد على حالات الربو لأنها تحتوي على مادة "زانثين" التي تساعد على توسيع القصبات الهوائية المنقبضة في حالة الربو، وقد وجد أن شرب 2-4 أقداح من القهوة في اليوم يقلل قليلا من الحاجة إلى أدوية الربو.

• **الفيتامينات:** مثل فيتامين "أ" و"ج" و"هـ" تساعد على تخفيف حالات الربو إذا أخذت بشكل منتظم، وهذه الفيتامينات موجودة بكثرة في الخضار والفواكه الطازجة.

• **الأسماك:** مع أن بعض الأسماك تسبب الحساسية لبعض المرضى إلا أن الأسماك الدهنية مثل سمك البوري وغيرها تساعد على تخفيف حالات الربو بسبب تلك الزيوت.

• **الحبة السوداء أو حبة البركة:** ورد في فائدتها أحاديث نبوية شريفة، وفي دراسات مخبرية وجد أنها تقوي جهاز المناعة، ولكن حالة الحساسية والربو هي ردة فعل زائدة في الاتجاه الخطأ وليس ضعفا في جهاز المناعة، وليس هناك دلائل أن حبة البركة تفيد في حالة الربو.

- **الزنجبيل:** يلاحظ بعض مرضى الربو أن حالتهم تتحسن عند الإكثار من شرب الزنجبيل وخاصة في الحالات الخفيفة<sup>1</sup>
- **شراب عرق السوس:** يوجد في عرق السوس مادة يشبه مفعولها مفعول الكورتيزون، والإكثار من عرق السوس قد يؤدي إلى ارتفاع الضغط واحتقان السوائل في الجسم ولربما الضرر بالكلية، مع أنه يفيد في علاج حالات الربو الخفيفة.
- **العسل:** فيه شفاء للناس، وإذا كانت الحساسية هي سبب الربو وأن المريض يعاني من حساسية لقاح النباتات في بيئته، وأخذ العسل من البيئة نفسها فإنه مفيد في حالات الربو حيث إنه يحتوي على لقاح لتلك النباتات، وبالتالي فهو يشبه التطعيم ضد الحساسية بالفم، ويجب التنبيه إن هناك أشخاصا تحدث عندهم حساسية للعسل بسبب وجود حبوب اللقاح فيه.
- **أعشاب البيلوبا وشرابها:** وهذه واسعة الانتشار والاستعمال في كثير من بلدان العالم، وهي تباع في الصيدليات ومحلات الأعشاب وغيرها ولها تأثير طيب على حالات الربو.
- **حليب الخيل:** إن شرب حليب الخيل بشكل يومي ولمدة أربعين يوما يشفي حالات الربو، لكنه لم تجر أية دراسات على هذا الموضوع ولكنه أمر جدير بالدراسة في المستقبل.
- **الكي بالنار:** لقد عالجت عددا من مرضى الربو الذين تم معالجتهم في السابق من قبل أطباء شعبيين، والمكان المفضل للكوي كما شهدته، هو على جانبي العنق وفي أسفل العضد، وعلى أي حال فإن الكوي لم يشف أيا من حالات الربو، إلا أن لهذا النوع من العلاج له أضرارا جسدية ونفسية على المريض.

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 203-204.

- **العلاج بالإبر الصينية:** وهذا الأسلوب متبع في الصين وبعض الأطباء أصبحوا يمارسونه، وفي اليد الخبيرة فإنه يفيد في حالات الربو الخفيفة والمتوسطة ولكن قد يحدث مضاعفات مثل: خرق الرئة وتسرب الهواء وانكماش الرئة في بعض الحالات.
  - **الاسترخاء والتدليك:** لها أثر طيب في تخفيف حالات الربو، فاليوغا وبعض تمارين الاسترخاء تساعد على تخفيف حالات الربو، وقد وجد أن تدليك الظهر وعضلات الصدر لمدة 15 دقيقة، وخاصة في الأطفال تساعد على تخفيف حالات الربو وعدد النوبات الحادة.
  - **قراءة القرآن والصلاة:** بعض مرضى الربو تزيد حالتهم شدة عند الانفعال والاضطراب النفسي والتوتر العصبي، ولا شك أن الطمأنينة والسكينة التي تمنحها قراءة القرآن والصلاة والدعاء هي من دواعي تحسين حالات الربو، بالإضافة إلى الأمراض العضوية الأخرى، والخلاصة أن العلاج بالأعشاب والأساليب الأخرى غير التقليدية مثل الإبر الصينية والتدليك وبعض الأطعمة لها تأثير إيجابي على الربو ومخفف من شدة الحالات إذا وصفت من شخص خبير، ولكن هناك مضاعفات وأضرار إذا أسيء استعمالها من قبل شخص غير خبير أو مشعوذ، ولكن هذه الأعشاب والأساليب العلاجية يجب ألا تكون بديلة للعلاج المعتاد والحديث على يد الأطباء المختصين بل مكمل له<sup>1</sup>.
- وإن الهدف من علاج الربو يتمثل في: السيطرة على أعراض المرض ومنع مضاعفاته وكذا المحافظة على وظيفة الرئتين وذلك بأن تكون قريبة من الطبيعي قدر الإمكان وأيضاً تجنب الآثار الجانبية للأدوية.
- ومريض الربو أو المشرف عليه وهو العاجز عن الاهتمام بنفسه مثل الأطفال محتاج لمعرفة القواعد الصحية التي يجب اتباعها، وعليه نبرز أهم خطواتها في العنصر التالي:

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 205 - 206.

### 5-3- قواعد صحية يجب أن يتبعها المصاب بالربو:

بالإضافة إلى طرق العلاجات السابقة فهناك قواعد صحية جيدة إذا اتبعها المريض تقلل من نوبات الربو، وأهمية اتباعها لا تقل عن أهمية أخذ العلاج وأهم هذه القواعد ما يليك

**أولاً:** الإكثار من شرب السوائل كالماء، وتجنب السوائل الباردة جداً، فالماء يساعد على بقاء البلغم سائلاً، وبذلك يمكن إخراجه بسهولة حتى لا يسد القصبات الهوائية، والكمية الكافية من السوائل تتراوح بين 3-4 لترات في اليوم للبالغين. ولكن أسهل طريقة لمعرفة أن الشخص يتناول الكمية الكافية من السوائل هو حينما يصبح لون البول كالماء وليس أصفر اللون.

**ثانياً:** الغذاء المتوازن وأخذ قسط كاف من الراحة والنوم، وممارسة الرياضة خاصة ما يقوي الصدر مثل السباحة وتمارين التنفس، فالمعروف أن الإرهاق الجسدي والنفسي وسوء التغذية والسهر المتكرر هي من العوامل التي تساعد على حدوث نوبات الربو.

**ثالثاً:** عدم التدخين أو السماح به في البيت أو العمل، فالمعروف أن الدخان مادة كيميائية قوية سامة ومهيجة للقصبات الهوائية، كذلك يجب تجنب التعرض لمواد كيميائية كالدّهانات والمبيدات الحشرية.

**رابعاً:** تجنب الأمكنة المهجورة التي يكثر فيها الغبار كمخازن المستودعات وكذلك تجنب مستودعات صوامع الحبوب وأمكنة تخزين الكتب القديمة وغيرها.

**خامساً:** تمارين التنفس والسباحة، يجب أن يمارس الشخص المصاب بالربو تمارين الاسترخاء، وتعلم تمارين التنفس مثل: نفخ البالونات، ثم أخذ نفس طويل وإخراجه ببطء مع ضم الشفتين، كما يفعل الإنسان عند النفخ ولكن ببطء والاسترخاء عند حدوث نوبة الربو الحادة يساعد على التخلص منها بسرعة.

**سادساً:** تجنب الخروج حينما يكون الجو عاصفاً وخاصة إذا كان الجو مشبعاً بذرات الغبار أو عند تغير الجو بشكل مفاجئ.

سابعاً: المتابعة المنتظمة عند طبيب مختص واستشارة الطبيب عند حدوث تغير ملحوظ في حالتك، أو إذا لاحظت أن العلاج لا يفيد، ويفضل أن يحتفظ المريض بجهاز قياس قمة النفخ. ثامناً: خذ علاجك حسب تعليمات الطبيب المختص، تجنب أخذ علاجات حسب نصيحة الأصدقاء، فكل إنسان يختلف عن الآخر في استجابته للعلاج، فالعلاج الذي يفيد إنساناً ما قد لا يفيد الآخر، بل العكس، قد يحدث الضرر.

تاسعاً: تجنب الكوي بالنار وخاصة في الأطفال، فبالإضافة إلى عدم فائدته في علاج الربو فهو يسبب صدمة نفسية للطفل ويحرق الجلد وربما يُلتهب الجلد ويتقيح عند الكبار والصغار نتيجة الكوي<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص ص 208-211.

## خلاصة الفصل:

يتعرض الأطفال للعديد من المشاكل الصحية التي أرهقت كاهلهم وحتمت على المختصين والساشرين على راحتهم ضرورة تخطي ما يصيب الأطفال بالبحث عن الأسباب ومحاولة إيجاد الحلول بالاهتمام أكثر بالجانب الصحي لهم.

كما يعاني العديد من الأطفال من مرض الربو الذي يصنف ضمن الأمراض المزمنة الخطيرة الكثيرة الانتشار عالميا ومحليا والذي يحصد أرواح الأبرياء يوميا ويعطل حياة الكثير منهم. فمن خلال ما سبق جعلنا ننظر إلى داء الربو على أنه مشكل الصحة العمومية ليس لفرط انتشاره فقط وإنما نظرا للتكاليف المادية التي يتطلبها علاجه ولا سيما في الجزائر فقد ضاعف من تكاليف العلاج بنسبة كبيرة نظرا لانتشاره الواسع بين الفئات العمرية المختلفة لا سيما فئة الأطفال للأسباب المختلفة السابقة الذكر.

أما انعكاساته على الفرد والمجتمع فيشمل تعقيدات صحية كبيرة تحول دون ممارسة الطفل لحياة اجتماعية عادية بسبب مرضه الدائم الذي يعزله عن المحيط الخارجي، لذلك تتطلب هذه الفئة عناية لازمة سواء من داخل الأسرة أو من الوسط الاجتماعي مع ضرورة اتباع خطوات العلاج المكلفة جدا.



الباب الثاني

الإطار الميداني

# الفصل الأول: عينة البحث وخصائصها

## تمهيد

المبحث الأول: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة

المبحث الثاني: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

المبحث الثالث: الخصائص الثقافية لأفراد العينة

## خلاصة الفصل

**تمهيد:**

يمثل الجانب الميداني نقطة الوصول إلى نهاية البحث وثمره الجهد المبذولة في بدايته، فبعد إعداد الإشكالية ووضع الفروض يأتي الجاني الميداني لاختبار مدى صحة الفرضيات التي بنيت عليها دراستنا وهذا بعرض أهم النتائج وتحليلها.

وقبل الشروع في تحليل جداول الفرضية الأولى، سنقوم بعرض أهم الخصائص المميزة لأفراد عينة بحثنا والتي تم التحصل عليها بطبيعة الحال بعد النزول إلى الميدان واستجواب أمهات الأطفال الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 0-15 سنة وذلك في كل من مركز حماية الأمومة والطفولة والجناح الخاص بطب الأطفال وقسم الإستعجالات بالقطاع الصحي بالدويرة وكذا مستشفى لمين دباغين بباب الواد حيث تم استجواب 300 أما.

وعليه سنقوم أولاً بعرض أهم الخصائص التي يتميزون بها.

## 1-خصائص أفراد العينة:

إذن بعد النزول إلى الميدان والقيام بملاً 300 استمارة، من خلال الاستعانة بنوع من أنواع العينات غير العشوائية المتمثلة في العينة القصدية، من خلال التوجه إلى الميدان المذكور أعلاه وحصولنا في الأخير على العينة المطلوبة والتي تتميز بعدة خصائص وهو ما سنبرزه من خلال المحاور الثلاثة.

1-1- الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة.

1-2- الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة.

1-3- الخصائص الصحية لأفراد العينة.

## 1-1-الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة

جدول رقم (01): يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.

| مكان الإقامة | ك   | %   |
|--------------|-----|-----|
| منطقة حضرية  | 156 | 52  |
| منطقة ريفية  | 144 | 48  |
| المجموع      | 300 | 100 |

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية الأسر تقيم في منطقة حضرية وذلك بنسبة 52% مقابل 48% ممن يقيمون في منطقة ريفية، للإشارة فإن المدينتين المختارتين لإجراء البحث الميداني هما باب الواد والدويرة.

إن هذا التمايز في النسب راجع إلى مكان إجراء البحث والذي يتمثل في أحد أكبر المستشفيات الجامعية الوطنية (مستشفى محمد لمين دباغين) وهي منطقة حضرية تتوافد إليه أغلب الأسر

التي تسكن بنواحي المنطقة كما يتوافد إليه المرضى من جميع ولايات الوطن وهذا لعدة اعتبارات، على عكس منطقة الدويرة التي يغلب عليها الطابع الريفي.

جدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن.

| نوع المسكن | ك   | %   |
|------------|-----|-----|
| فيلا       | 42  | 14  |
| شقة        | 69  | 23  |
| بيت تقليدي | 45  | 15  |
| بيت قصديري | 54  | 18  |
| آخر        | 90  | 30  |
| المجموع    | 300 | 100 |

من خلال قراءتنا لهذا الجدول يتضح أن 30% من الأمهات المبحوثات تقمن في بيوت من نوع آخر كأسطح العمارات أو الخيمات أو الشاليهات، تليها 23% تقمن في شقق، لتتخفف النسبة إلى 18% بالنسبة للمقيمات في البيوت القصديرية و15% في البيوت التقليدية وأخيرا 14% في الفيلات.

والملاحظ إذن من القراءة الإحصائية للجدول أن أغلب المبحوثات تقمن في مساكن (ذكرت أعلاه) وهو منوال عينتنا، حيث يعتبر المسكن من أهم الحقوق التي لابد أن يتمتع بها أي طفل وليس مجرد مسكن حيث يجب أن يكون مسكنا صحيا خاليا من جميع العوامل المؤثرة على صحة الطفل والتي تزيد من تدهورها في حالة مرضه.

أما عن طبيعة هذه المساكن فهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المسكن.

| طبيعة المسكن         | ك   | %   |
|----------------------|-----|-----|
| مسكن جماعي           | 213 | 71  |
| مسكن فردي ملكية خاصة | 39  | 13  |
| مسكن فردي مستأجر     | 15  | 05  |
| مسكن فردي آخر        | 33  | 11  |
| المجموع              | 300 | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن 71% من المبحوثات لهن مسكن جماعي (يعشن مع أهل الزوج، قد تكون أمه وأبوه أو حتى اخوته وأخواته سواء كانوا متزوجين أو غير ذلك أو حتى مطلقين)، لتتخفف النسبة إلى 13% بالنسبة للمقيمات في مسكن فردي ذو ملكية خاصة، ثم 11% في مسكن فردي من نوع آخر وهي مساكن غير قانونية (كالمساكن الفوضوية وأقبية العمارات) وقد تكون شاليهات تجاوزت بكثير الفترة المحددة للخروج منها، وأخيرا 05% بالنسبة للمقيمات في مساكن فردية مستأجرة.

ما هو ملاحظ أن الأسر الجزائرية لا تزال تعاني أزمة السكن وهذا ما تفسره النسبة العالية للمساكن الجماعية 71%، ما يجعل العديد من الأسر تتخبط في الكثير من المشاكل حسب تصريح المبحوثات ما أثر على صحتها وتربيتها وحياتها الزوجية.

ما يدفع بالعديد من الأسر الميسورة الحال إلى البحث عن بديل هروبا من المشاكل العائلية لنيل ولو جزءا من الأمان والراحة النفسية والجسدية وحتى العقلية فتقبل على البناء الفوضوي والشاليهات لعلها تظفر بسكن لائق مما يجعلها معرضة للعديد من الأمراض وزيادة حدتها إذا ما تكلمنا عن مرض الحساسية والربو نتيجة الرطوبة والتلوث وانعدام شبكات الصرف الصحي وغيرها من الخصائص التي يجب أن تتوفر في المسكن.

أما عن عدد الغرف في مساكن أفراد عينتنا فهي كالتالي:

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف في المسكن.

| عدد الغرف | ك   | %   |
|-----------|-----|-----|
| 2 - 1     | 132 | 44  |
| 4 - 3     | 120 | 40  |
| 5 فأكثر   | 48  | 16  |
| المجموع   | 300 | 100 |

يبين لنا الجدول أن 44% من أمهات المبحوثين لهن ما بين 2-1 غرفة و 40% لهن ما بين 4-3 غرف، لتتخفف النسبة إلى 16% من الأمهات لديهن أكثر من 5 غرف. فالارتفاع في نسبة العائلات التي تقيم في مساكن ذات غرفة أو غرفتين يؤكد الكلام السابق فأغلب الجزائريين يعانون من ضيق المسكن خاصة سكان المدن.

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب ما تملكه الأسرة من التجهيزات الأساسية.

| تجهيزات الأسرة | ك   | %   |
|----------------|-----|-----|
| 4 - 1          | 138 | 46  |
| 8 - 5          | 78  | 26  |
| 12 - 9         | 48  | 16  |
| 16 - 13        | 36  | 12  |
| المجموع        | 300 | 100 |

من خلال قراءة هذا الجدول يتضح أن 46% من الأسر تملك من 1 إلى 4 تجهيزات، تليها نسبة 26% تملك من 5 إلى 8 تجهيزات، أما 16% فتملك من 9 إلى 12 تجهيز لتبقى 12% من الأسر تملك من 13 إلى 16 تجهيز.

ولقد تم الاعتماد على هذه التجهيزات بغرض تحديد المستوى المعيشي للأسرة، فالأسرة التي لها أقل من أربعة تجهيزات يمكن اعتبار وضعيتها المعيشية مزرية، أما الأسر التي لها من 5 إلى 8 تجهيزات فوضعيتها المعيشية متوسطة، أما الأسر التي لها من 9 إلى 12 تجهيز فيمكن القول اعتبار مستواها المعيشي مقبول، أما الأسر التي لها من 13 إلى 16 تجهيز فيمكن اعتبارها أسر ذات مستوى معيشي جيد.

أما عن أهم مميزات والبيئة المحيطة بالمسكن فهي موضحة فيما يلي:

**جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود تلوث بالمحيط.**

| وجود تلوث في المحيط | ك   | %   |
|---------------------|-----|-----|
| نعم                 | 171 | 57  |
| لا                  | 129 | 43  |
| المجموع             | 300 | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يوضح أن 57% من الأمهات صرحن بوجود تلوث بالمحيط الذي تقمن فيه وهو منوال عينتنا، مقابل 43% صرحن بعدم وجوده.

أما عن نوع التلوث الموجود حسب تصريح 171 أم فهي موضحة في الجدول التالي:

**جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب نوع التلوث المحيط بالمسكن.**

| نوع التلوث              | ك   | %   |
|-------------------------|-----|-----|
| تلوث الهواء الجوي       | 24  | 08  |
| تراكم قمادات الأوساخ    | 84  | 28  |
| الرطوبة العالية         | 51  | 17  |
| تسرب لقنوات الصرف الصحي | 12  | 04  |
| المجموع                 | 171 | 100 |



من خلال الجدول يتبين أن 28% من الأمهات صرحن أنهن يعانين من تراكم قمامات الأوساخ أمام مساكنهن وهو منوال عينتنا نتيجة رمي القاذورات والنفايات، تليها نسبة 17% صرحن بوجود رطوبة عالية في مساكنهم، و 8% تعاني مساكنهن من تلوث الهواء الجوي، وأخيرا نسبة 4% من الأمهات صرحن بأنهن يعانين من تسرب لقنوات صرف المياه.

جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين

| المستوى التعليمي | الأمهات |     | الآباء |     |
|------------------|---------|-----|--------|-----|
|                  | ك       | %   | ك      | %   |
| أمي              | 33      | 11  | 24     | 8   |
| ابتدائي          | 33      | 11  | 42     | 14  |
| متوسط            | 48      | 16  | 45     | 15  |
| ثانوي            | 69      | 23  | 69     | 23  |
| جامعي            | 117     | 39  | 120    | 40  |
| المجموع          | 300     | 100 | 300    | 100 |

من خلال الجدول نلاحظ أن 39% من أمهات الأطفال لديهم مستوى تعليمي جامعي، أي المنوال الذي يعبر على المستوى التعليمي الأكثر تكرارا هن أفراد هذه الفئة بعدد قدر ب 117 أما، تليها نسبة 23% ممن لديهم مستوى تعليمي ثانوي، ثم 16% من الأمهات متحصلات على مستوى تعليمي متوسط و 11% لديهم مستوى تعليمي إما ابتدائي أو دون أي مستوى على التوالي، وإن دل هذا على شيء فإنما يدل على انتشار التعليم في وسط الجنس الأنثوي مما ساعدها على الدخول في عالم الشغل واحتلالها لمناصب عليا.

في حين سجلنا 40% من آباء الأطفال لديهم مستوى تعليمي جامعي أيضا أي المنوال الذي يعبر على المستوى التعليمي الأكثر تكرارا هم أفراد هذه العينة وبعدد قدر ب 120 أباً، تليها

نسبة 23% من الآباء لديهم مستوى تعليمي ثانوي، و 15% ممن تحصلوا على مستوى تعليمي متوسط، ثم 14% من الآباء لديهم مستوى تعليمي ابتدائي وأخيرا بلغت نسبة الآباء الذين لم يتحصلوا على أي مستوى 8%.

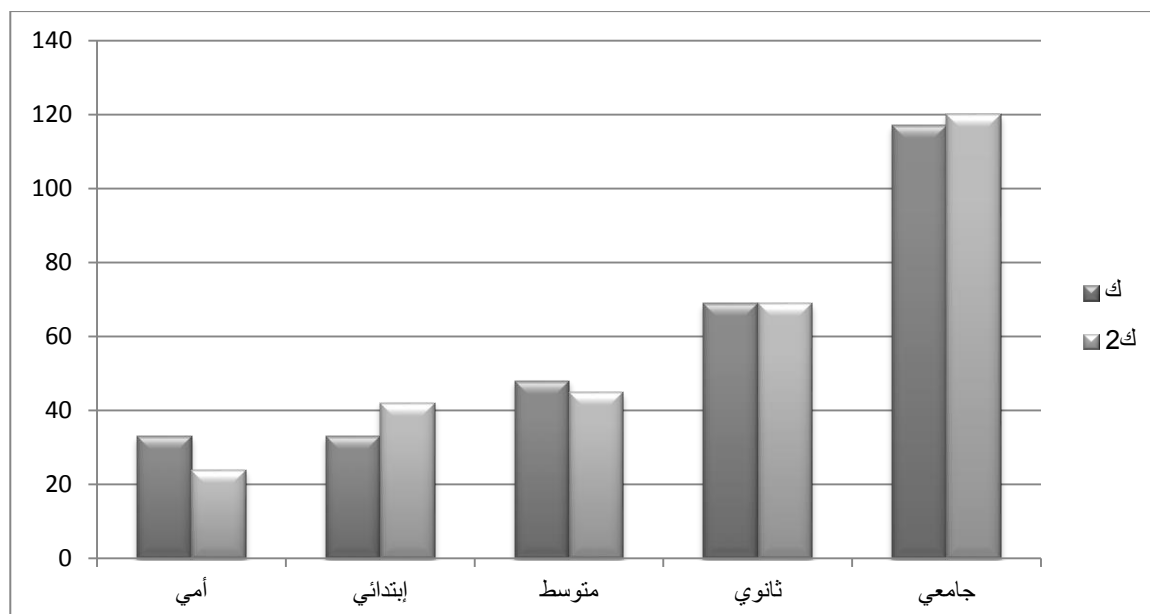
من الملاحظ جدا أن أغلب آباء وأمهات المبحوثين قد تمكنوا من الالتحاق بالمؤسسات التعليمية والوصول إلى مستويات مختلفة خاصة العليا منها، ولعل هذا كان نتيجة انتشار التعليم وكذا انتشار مراكز محو الأمية التي ساهمت بشكل كبير في انتشار التعليم خاصة في أوساط الفئات النسوية وهو ما أدى إلى انخفاض نسبة انتشارها وهذا نتيجة انتشار الوعي بعدما كان التعليم حكرا على الرجل.

وننوه إلى أنه بالرغم من تقدم الجزائر في مكافحة الأمية وإقرارها لمجانية التعليم منذ عام 1976 والسعي إلى الارتقاء في زيادة الالتحاق بالمدارس وبالخصوص في أوساط الإناث إلا أننا نلاحظ نسبة الأميات مرتفعة إلى حوالي 33%.

ونشير في الأخير أن نسبة الأمهات اللواتي تمكن من الالتحاق بالمؤسسات التعليمية والوصول إلى مختلف المستويات قدرت بـ 89% مقابل 11% فقط ممن لم يتمكن من التعليم، أما نسبة الالتحاق عند الآباء قدرت بـ 92% مقابل 8% فقط ممن لم يحظوا بفرصة التعليم وهذا حسب معطيات الجدول طبعا.

وما يفسر ارتفاع نسبة الأمهات ابتداء من المستوى المتوسط فالثانوي وصولا إلى الجامعي هو حب المرأة لإكمال مسارها التعليمي إذا ما أتيحت لها الفرصة لأن التعليم يمنح لها المكانة وينمي مركزها الاجتماعي وبالتالي تأكيد ذاتها .

رسم بياني رقم (01): أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين.



جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للأم.

| الوضعية المهنية للأم | ك   | %   |
|----------------------|-----|-----|
| عاملة                | 165 | 55  |
| مأكثة بالبيت         | 135 | 45  |
| المجموع              | 300 | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن أغلب أمهات المبحوثين عاملات وذلك بنسبة 55%، مقابل 45% أمهات مأكثات بالبيت، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على مساهمة المرأة في الرفع من ميزانية الأسرة لتحسين مستواها المعيشي وإثبات ذاتها باعتبارها وصلت إلى أعلى مستوى من التعليم وحصولها على شهادات عليا مكنتها من احتلال أرقى المناصب على عكس ما كانت عليه سابقا.

جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للأب.

| الوضعية المهنية للأب | ك   | %   |
|----------------------|-----|-----|
| عامل                 | 180 | 60  |
| متقاعد               | 60  | 20  |
| بطل                  | 60  | 20  |
| المجموع              | 300 | 100 |

يبين الجدول أن 60% من آباء المبحوثين يمارسون مهنة أثناء التحقيق وهم يمثلون الأغلبية وهو منوال عينتنا مقابل 20% من الآباء إما متقاعدون أو بطالون على التوالي.

جدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة.

| الدخل الشهري دج | ك   | %   |
|-----------------|-----|-----|
| بدون دخل        | 63  | 21  |
| أقل من 18000    | 45  | 15  |
| 18000 - 25000   | 51  | 17  |
| 25000 - 32000   | 45  | 15  |
| 32000 - 39000   | 51  | 17  |
| أكثر من 39000   | 45  | 15  |
| المجموع         | 300 | 100 |

يبين الجدول أن 21% من أمهات المبحوثين صرحن بأنهن لا يملكن أي دخل شهري وذلك أثناء فترة التحقيق وهذا لعدة أسباب كمرض الزوج أو لعدم توفر منصب عمل أو لنفاذ السلع والمواد المستعملة في العمل، ثم تليها نسبة 17% عند كل من الأمهات اللواتي صرحن بأن الدخل الشهري الأسري لهن يتراوح ما بين 18000-25000 دج وكذا 32000-39000 دج على التوالي، وأخيرا نسبة 15% عند كل من الأمهات المصريحات بأن دخلهن الشهري الأسري يقل عن 18000 دج ويتراوح ما بين 25000-32000 دج وأكثر من 39000 دج.

## 1-2- الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

جدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب السن.

| فئات السن | ك   | %   |
|-----------|-----|-----|
| 3-0       | 72  | 24  |
| 7-4       | 81  | 27  |
| 11-8      | 75  | 25  |
| 15-12     | 72  | 24  |
| المجموع   | 300 | 100 |

يظهر الجدول أن الأطفال الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 7-4 سنوات يمثلون أعلى نسبة وذلك بـ 27%، تليها الفئة العمرية 11-8 سنة بـ 25%، ثم الفئتين العمريتين 3-0 سنوات و 15-12 سنة بـ 24% على التوالي.

فالملاحظ من خلال ما سبق أن أفراد عينة البحث تتمركز في الفئة العمرية 7-4 سنوات، وبهذا قدر متوسط سن المبحوثين بـ 3 سنوات.

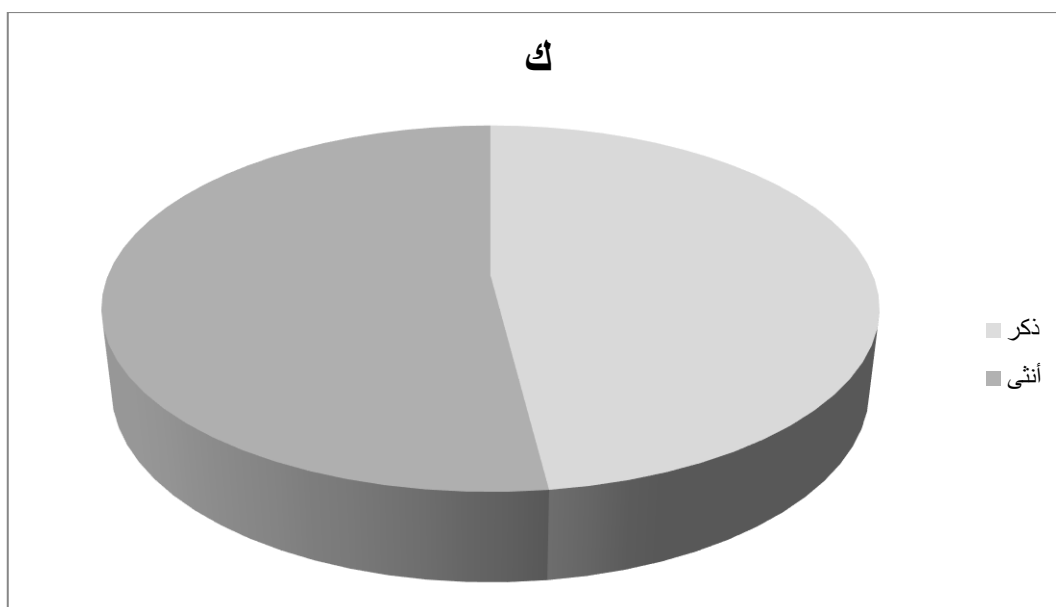
جدول رقم (13): توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس

| الجنس   | ك   | %   |
|---------|-----|-----|
| ذكر     | 144 | 48  |
| أنثى    | 156 | 52  |
| المجموع | 300 | 100 |

يظهر الجدول أن أفراد العينة الإناث يمثلن أعلى نسبة وذلك بـ 52% مقابل 48% من الذكور.

إن زيادة نسبة الإناث عن الذكور لم يكن إختياريا وإنما بمحض الصدفة، لأن من بين المبحوثات اللواتي قدمن إلى المصلحة وقمن باستجوابهن، كن برفقة أطفالهن الإناث أكثر من الذكور، وهذا هو سبب إرتفاع نسبة الإناث عن الذكور، كما أن للمدة المستغرقة والمسموح بها لنا لملاً الإستمارات وكذا الأيام التي تم اختيارها من طرف المصلحتين لم تدع لنا الفرصة ربما للتوفيق بين الجنسين .

رسم بياني رقم (02): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس.



جدول رقم (14): يمثل توزيع المبحوثين حسب متغير الرتبة.

| رتبة الطفل | ك   | %   |
|------------|-----|-----|
| 2-1        | 162 | 54  |
| 4-3        | 90  | 30  |
| 6-5        | 48  | 16  |
| المجموع    | 300 | 100 |

يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم المبحوثين رتبته بين 2-1 بنسبة 54% تليها الرتبة في الفئة 3-4 بنسبة 30% وأخيرا الرتبة في الفئة 5-6 بنسبة 16%، وبعد حساب متوسط الرتبة وجدناه مساويا للرتبة الثالثة، وتدعيما لذلك فقد دلت الدراسات على أن الربو يصيب الولد الثالث في العائلة أو الأصغر وذلك في غالب الأحيان<sup>1</sup>.

جدول رقم (15): توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال في الأسرة.

| عدد الأطفال | ك   | %   |
|-------------|-----|-----|
| 2-1         | 162 | 54  |
| 4-3         | 90  | 30  |
| 5 فأكثر     | 48  | 16  |
| المجموع     | 300 | 100 |

من الجدول نلاحظ أن الأسر التي تملك ما بين 2-1 أطفال تمثل أعلى نسبة والمقدرة بـ 54% تليها نسبة 30% بالنسبة للأسر التي تملك ما بين 3-4 أطفال وأخيرا 16% ممن يملكون ما بين 5 أطفال فأكثر.

<sup>1</sup> - محمد أحمد النابلسي، مرجع سابق، ص 51.

إن انخفاض عدد الأطفال يبرر بانتشار التعليم الذي صاحبه خروج المرأة للعمل، مما أدى إلى عزوفها عن إنجاب عدد أكبر من الأطفال، دون أن ننسى الدور الذي لعبه انتشار استعمال وسائل منع الحمل، كما لعب المستوى المعيشي للأسر دور فعال في ذلك نتيجة غلاء المعيشة وارتفاع تكلفة الطفل وما يتطلبه الطفل من احتياجات لذلك أصبح التفكير أكثر في رفاة الطفل من العدد، ونشير أن المؤشر التركيبي للخصوبة عرف انخفاضا مستمرا حيث وصل إلى 2.38 طفل لكل امرأة سنة 2004، ثم إلى 2.27 طفل لكل امرأة سنة 2006.

وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على تراجع خصوبة المرأة، إذ أصبحت تكتفي بالعدد القليل من الأطفال.

**جدول رقم (16): توزيع المبحوثات حسب عدد أفراد الأسرة**

| عدد الأفراد | ك   | %   |
|-------------|-----|-----|
| 5-3         | 138 | 46  |
| 8-6         | 78  | 26  |
| 11-9        | 48  | 16  |
| 14-12       | 36  | 12  |
| المجموع     | 300 | 100 |

إن الجدول الذي بين أيدينا يظهر لنا أن أغلب الأسر يتراوح عدد أفرادهم ما بين 3-5 أفراد بنسبة 46%، تليها ما بين 6-8 أفراد بنسبة 26%، ثم 16% بالنسبة للأسر التي لديها ما بين 9-11 فردا وأخيرا نسبة 12% من الأسر لديها أفرادا يتراوح عددهم ما بين 12-14 فردا.



جدول رقم (17): توزيع أفراد العينة حسب نوع الرضاعة المقدمة للطفل

| نوع الرضاعة | ك   | %   |
|-------------|-----|-----|
| طبيعية      | 171 | 57  |
| اصطناعية    | 60  | 20  |
| مختلطة      | 69  | 23  |
| المجموع     | 300 | 100 |

من خلال الجدول يتبين لنا أن 57% من المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية، وهو منوال عينتنا، مقابل 23% قدمن لهم رضاعة مختلطة و20% رضاعة اصطناعية. بالرغم من أن الرضاعة الطبيعية سجلت أعلى نسبة الاعتماد عليها بالمقارنة مع الأخريات حسب الجدول طبعا إلا أنها في تراجع مستمر رغم فائدتها العظيمة التي أقرت بها معظم المبحوثات.

جدول رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب مدة الإرضاع طبيعيا (بالأشهر).

| مدة الإرضاع    | ك   | %   |
|----------------|-----|-----|
| لا يزال يرضع   | 162 | 54  |
| أقل من 6 أشهر  | 90  | 30  |
| أكثر من 6 أشهر | 48  | 48  |
| المجموع        | 300 | 100 |

من خلال الجدول يتبين أن 54% من الأطفال لا زالوا يتلقون الرضاعة الطبيعية، تليها نسبة 48% من الأطفال تلقوا الرضاعة الطبيعية لمدة تفوق الـ 6 أشهر، وأخيرا نسبة 30% ممن أرضعوا لمدة تقل عن الـ 6 أشهر.

### 1-3- الخصائص الصحية لأفراد العينة.

جدول رقم (19): توزيع أفراد العينة حسب درجة التعرض للنوبة.

| درجة التعرض للنوبة | ك   | %   |
|--------------------|-----|-----|
| كثيرا              | 198 | 66  |
| نادرا              | 102 | 34  |
| المجموع            | 300 | 100 |

من خلال الجدول يتبين لنا أن 66% من الأطفال حسب تصريح أمهاتهم كثيرون التعرض للنوبة الربوية، مقابل 34% من الأطفال نادرا ما يتعرضون لها، أما عن كيفية التصرف مع النوبة فهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (20): توزيع أفراد العينة حسب كيفية التصرف مع النوبة

| كيفية التصرف مع النوبة | ك   | %   |
|------------------------|-----|-----|
| التوجه المباشر للطبيب  | 132 | 44  |
| استعمال ادويته الخاصة  | 120 | 40  |
| أخرى                   | 48  | 16  |
| المجموع                | 300 | 100 |

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن 44% من المبحوثات تتوجهن مباشرة للطبيب أثناء حدوث النوبة لأطفالهن، وهو منوال عينة بحثنا، وهذا راجع لخوف الأسرة على الطفل لأن هذا المرض ليس كباقي الأمراض فهو يصنف ضمن الأمراض المزمنة التي لا يجب الاستهانة بها، في حين نجد نسبة أخرى كبيرة تقدر بـ 40% تستعمل الأدوية الخاصة بالمرض مثل البخاخات التي تهدئ الأزمة الربوية، أما 16% من المبحوثات تلجأن لأشياء أخرى سبق وأن استعملنه هي أو أحد أقاربهن أو جيرانهن للأزمة تشبه أزمة أطفالهن.

جدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب المدة بين التعرض للنوبة وتلقي العلاج

| المدة بين التعرض للنوبة وتلقي العلاج | ك   | %   |
|--------------------------------------|-----|-----|
| الساعات الأولى                       | 171 | 57  |
| يوم واحد                             | 60  | 20  |
| يومان فأكثر                          | 69  | 23  |
| المجموع                              | 300 | 100 |

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن 57% من الأمهات تأخذن أطفالهن إلى الطبيب في الساعات الأولى من تعرضهم للنوبة، أما 23% فتتركن أطفالهن أكثر من يومان مع النوبة، لتبقى نسبة 20% من الأمهات اللواتي تتركن أطفالهن لمدة يوم واحد، أما عن سبب التأخر في العلاج هو التعود على تعرض الطفل لمثل هذه النوبات باستعمال أدوية مخففة لذلك.

جدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب المتابعة الطبية للمرض

| المتابعة الطبية للمرض | ك   | %   |
|-----------------------|-----|-----|
| نعم                   | 198 | 66  |
| لا                    | 102 | 34  |
| المجموع               | 300 | 100 |

الجدول يظهر أن 66% من الأمهات صرحن بأنهن يقمن بمتابعة مرض أطفالهن لمعرفة درجة تطور المرض والوصول إلى تحسين حالة الطفل الصحية، مقابل 34% ممن لا تقمن بالمتابعة الطبية للمرض.

أما عن نوع الطبيب المتوجه إليه للعلاج فهو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب الطبيب المفضل لطلب العلاج

| الطبيب المفضل | ك   | %   |
|---------------|-----|-----|
| طبيب عام      | 57  | 19  |
| طبيب خاص      | 243 | 81  |
| المجموع       | 300 | 100 |

من خلال بيانات الجدول يتبين أن 81% من أفراد العينة يتم علاجهم عند طبيب خاص وأسباب ذلك حسب تصريحات الأمهات لإدراكه التام بالمرض أكثر من غيره وامتلاكه للإمكانيات وتوفر العتاد الصحي لديه، مقابل 19% فقط ممن يتم علاجهم عند طبيب عام.

جدول رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج المفضل للطفل

| نوع العلاج | ك   | %   |
|------------|-----|-----|
| حديث       | 228 | 76  |
| تقليدي     | 72  | 24  |
| المجموع    | 300 | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن 76% من أمهات الأطفال المرضى يفضلون العلاج الحديث للمرض باعتبار المرض بحاجة إلى تشخيص وعلاج دقيقين فأى خطأ ينعكس سلباً على صحة الطفل وحياته وهذا طبقاً لتصريحاتهن، مقابل 24% منهن تفضلن العلاج التقليدي كاستعمال بعض الأعشاب المهدئة والإدهان بزيت الزيتون الدافئ على صدر المريض وغيرها من الطرق الموروثة والمجربة حسب رأيهن الخاص

جدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل.

| نوع الوجبات المقدمة للطفل | ك   | %   |
|---------------------------|-----|-----|
| وجبات غذائية صحية كاملة   | 102 | 34  |
| وجبات غذائية عادية        | 198 | 66  |
| المجموع                   | 300 | 100 |

الجدول يبين لنا أن 66% من المبحوثات تقدمن لأطفالهن وجبات غذائية عادية (ناقصة)، مقابل 34% تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة.

فعدم اتباع نظام غذائي صحي ينتج عنه مشكل سوء التغذية، فأغلب الأسر على إدراك تام بأهمية حصول الطفل على الوجبة الكاملة إلا أن مستواها المعيشي حال دون حصول أطفالها على التغذية الجيدة بالرغم من محاولتها العديدة في ذلك، في المقابل نجد أسر وبتصريح منهم واجبهم تغذية الطفل وعدم تعرضه للجوع.

جدول رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب الفصل الذي تتأزم فيه الحالة الصحية للطفل.

| الفصل الذي تتأزم فيه الحالة الصحية للطفل | ك   | %   |
|------------------------------------------|-----|-----|
| الربيع والصيف                            | 144 | 48  |
| الشتاء والربيع                           | 156 | 52  |
| المجموع                                  | 300 | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يظهر أن 52% من أفراد عينتنا تتأزم الحالة الصحية لهم في فصلي الشتاء والربيع وذلك بسبب تغيرات الطقس والتيار الهوائي البارد بعد التعرض للتدفئة والألبسة الصوفية التي ترتدى ثم تنزع هذا في فصل الشتاء أما في فصل الربيع الذي تكثر فيه الأزهار وحبوب الطلع بعملية استنشاقها تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للطفل، مقابل 48% من

الأطفال الذين تسوء حالتهم في فصلي الربيع والصيف، فالربيع للأسباب المذكور أعلاه، بينما الصيف لصعوبة التنفس نتيجة الحرارة المرتفعة وانتشار الرطوبة وكذا الغبار المتطاير ما يضيق عملية تنفس المريض وكل هذا طبعا وفقا لتصريحات الأمهات.

## 2-1- اختبار مدى مساهمة الدخل الشهري للأسرة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

استعانة بالجدول رقم (19) لخصائص العينة والذي تتبين لنا من خلاله أن 66% من الأطفال حسب تصريح أمهاتهم كثيرون التعرض للنوبة الربوية، مقابل 34% من الأطفال نادرا ما يتعرضون لها، وعليه نحاول معرفة العلاقة بين الدخل الشهري الأسري بكيفية التصرف مع النوبة أثناء حدوثها من خلال الجدول التالي:

### جدول رقم (27): علاقة الدخل الشهري الأسري بكيفية التصرف عند حدوث النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال ادويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة<br>الدخل الشهري دج |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-------------------------------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     |                                           |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                                           |
| 100     | 63  | 09.5 | 06 | 33.3                  | 21  | 57.1                  | 36  | بدون دخل                                  |
| 100     | 45  | 06.7 | 03 | 53.3                  | 24  | 40                    | 18  | أقل من 18000                              |
| 100     | 51  | 17.6 | 09 | 41.2                  | 21  | 41.2                  | 21  | 18000 – 25000                             |
| 100     | 45  | 13.3 | 06 | 26.7                  | 12  | 60                    | 27  | 25000 – 32000                             |
| 100     | 51  | 11.8 | 06 | 52.9                  | 27  | 35.3                  | 18  | 32000 – 39000                             |
| 100     | 45  | 40   | 18 | 33.3                  | 15  | 26.7                  | 12  | أكثر من 39000                             |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                                   |

من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي يتوجهن مباشرة للطبيب عند حدوث النوبة لأطفالهن وذلك بنسبة 44% مقابل 16% تستعملن وسائل أخرى.

وعند إدخالنا لمتغير الدخل الشهري للأسرة لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع نوبة الطفل تبين أن الأمهات اللواتي صرحن بأنهن لا يملكن أي دخل أثناء التحقيق وكذا اللواتي دخلهن يتراوح ما بين 25000 و 32000 دج واطبن على الاتجاه العام للجدول أي أنهن يتصرفن مع النوبة بالتوجه المباشرة للطبيب بنسبة 57.1% وكذا 60% على التوالي.

في حين نجد أن الأمهات اللواتي يقل دخلهن الأسري عن 18000 دج يقمن باستعمال أدوية الطفل الخاصة بمرضه بنسبة 53.3%، ثم اللواتي صرحن بأن دخلهن الشهري يتراوح ما بين 32000 و 39000 دج بنسبة 52.9%، بينما 40% من الأمهات صرحن باستعمال وسائل أخرى وهن اللواتي دخلهن يفوق 39000 دج

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين دخل الأسرة وكيفية التصرف مع نوبة الربو والدليل على ذلك أنه عند حسابنا اختبار كا<sup>2</sup> وجدناها 37.811 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 7.20 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين، ولمعرفة مقدار العلاقة قمنا بحساب معامل الاقتران فوجدناه مساويا لـ 0.33+ وهي علاقة طردية ضعيفة بين الدخل الشهري الأسري وكيفية التصرف مع النوبة.

ما هو ملاحظ من القراءة الإحصائية للجدول أن الأسر الضعيفة الدخل والميسورة الحال تتخذ موقف التوجه المباشر للطبيب عندما يتعرض أطفالها لنوبة الربو، فبالرغم من تكاليف العلاج التي تعتبر عبئا ثقيلا عليها إلا أنها لا تستطيع تجاهل الأمر فحياة أطفالها يجعلها تتخطى كل الظروف والعقبات الصعبة، لأنه ليس من السهل رؤية فلذة أكبادها تتألم وتعاني دون القيام بأي شيء، فلذلك تجد نفسها عند الطبيب لمعالجتها والتخفيف من حداثها وذلك قصد عدم ترك

أطفالها يعانون من الآثار التي تتركها النوبة من ضيق في التنفس وحمى وسيلان الأنف وألم في الظهر وغيرها لأن معاناة الطفل تعني معاناة جميع أفراد العائلة فحسب رأيهم أن المرض ابتلاء ولم يكن مختاراً.

لكن الأمر يختلف مع ارتفاع الدخل الأسري فاتجاه تعامل الأسرة مع النوبة يختلف، فقد لا تتوجه الأسرة للطبيب مباشرة وتكتفي باستعمال أدوية خاصة بأطفالها المرضى التي تعودوا على استعمالها لتهدة الحالة هذا تقادياً لكثرة الأدوية إلا في حالة تعسر الحالة المرضية، كما أنها تعتمد على بعض الوسائل المساهمة في تهدئة النوبة الناتجة عن التجربة الخاصة أو المستعمل من طرف الأقارب لنفس الحالة.

أما عن المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج فهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (28): علاقة الدخل الشهري الأسري بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي

العلاج.

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|----------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                |     | الدخل الشهري دج                    |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %              | ك   | بدون دخل                           |
| 100     | 63  | 09.5        | 06 | 14.3     | 09 | 76.2           | 48  | أقل من 18000                       |
| 100     | 45  | 26.7        | 12 | 20       | 09 | 53.3           | 24  | 18000 – 25000                      |
| 100     | 51  | 23.5        | 12 | 11.8     | 06 | 64.7           | 33  | 25000 – 32000                      |
| 100     | 45  | 33.3        | 15 | 20       | 09 | 46.7           | 21  | 32000 – 39000                      |
| 100     | 51  | 29.4        | 15 | 35.3     | 18 | 35.3           | 18  | أكثر من 39000                      |
| 100     | 45  | 20          | 09 | 20       | 09 | 60             | 27  | المجموع                            |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57             | 171 |                                    |



من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي تتوجهن في الساعات الأولى بأطفالهن لتلقي العلاج بعد التعرض للنوبة وهذا بنسبة 57%، مقابل 20% منهن يتركن أطفالهن ليوم واحد قبل تلقيهم العلاج.

وعند إدخال متغير الدخل الأسري لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج، وجدنا أن الأمهات اللواتي لم يكن لهن دخل يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج مباشرة بعد التعرض للنوبة بنسبة 76.2%، وبنسبة 64.7% و 60% بالنسبة للأمهات اللواتي يتراوح الدخل الأسري لهن ما بين 18000 و 25000 دج وأكثر من 39000 دج على التوالي، وبنسبة 53.3% بالنسبة لدوات دخل أسري يقل عن 18000 دج.

في حين الأمهات اللواتي دخلهن الأسري يتراوح ما بين 32000 و 39000 دج يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج في الساعات الأولى من التعرض للنوبة والانتظار ليوم واحد بنفس النسبة 35.3%

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها تقدر ب 26.981 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت ب 9 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع الدخل الشهري الأسري والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

ما هو ملاحظ من هذا الطرح والقراءة الإحصائية أنه رغم انخفاض الدخل أو غيابه عند الكثير من الأسر وقلة الإمكانيات والصعوبات التي تتلقاها نتيجة دفع تكاليف الفحص والعلاج ناهيك عن تكاليف التنقل حيث أن أغلب الأسر تكون مجبرة على استعمال وسيلة من وسائل النقل للوصول إلى المكان المطلوب إلا أنها تسعى جاهدة لتقديم العلاج المناسب في الوقت المناسب للخروج بطفلها من الأزمة التي وقع فيها.

في مقابل ذلك نجد موقف بعض الأسر ترك أطفالها دون علاج ليوم واحد أو يومان فأكثر لعدم وجود من يرافق الأم ويساعدها في حمل طفلها المريض وحتى التي ينوب عنها في أخذه باعتبارها لديها أطفال صغار يحتاجون لمن يكون بجانبهم، كما أن النوبة في كثير من الأحيان تحدث في الليل الأمر الذي يصعب على الوالدين حمل الطفل للطبيب ففي ظل انعدام الوسيلة الأمر يستدعي منه قصد الجيران وربما يزعمهم مما يجعلهم ينتظرون اليوم الموالي واستعمال ما يجب استعماله باعتبار أغب الأسر تسكن خارج المدينة مما يزيد الأمر صعوبة، إن هذه الأسباب تجعل من الانتظار ومراقبة تطور المرض سيد الموقف إضافة إلى أن بعض الأمهات تعودن على المرض فيستعملن الدواء الذي يأخذه الطفل في البيت كالبخاخات مثلا ففي حالة ما إذا زادت حدة النوبة فهي توجب التضحية وتخطي جميع العقوبات لإنقاذ طفلها المريض.

بينما الأسر التي تملك دخلا مرتفعا ولديها الإمكانيات اللازمة لعلاج طفلها فلا تجد عائقا يمنعها من تلقي طفلها العلاج المناسب مباشرة بعد تعرضه للنوبة، بالرغم من انتهاج البعض منها نهج الانتظار إما ليوم أو يومين فأكثر فهي على دراية بما يتم استعماله للطفل أثناء تعرضه للنوبة حسب تصريحات الأمهات فقد سعت لتوفيرها في البيت لتقديم الإسعافات في الوقت المناسب.

جدول رقم (29): علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بالمتابعة الطبية للمرض.

| المتابعة الطبية<br>للمرض |  | نعم |      | لا  |      | الدخل الشهري دج |
|--------------------------|--|-----|------|-----|------|-----------------|
|                          |  |     |      |     |      |                 |
|                          |  | ك   | %    | ك   | %    | المجموع         |
|                          |  | 12  | 19   | 51  | 81   | بدون دخل        |
|                          |  | 09  | 20   | 36  | 80   | أقل من 18000    |
|                          |  | 45  | 88.2 | 06  | 11.8 | 18000 – 25000   |
|                          |  | 42  | 93.3 | 03  | 6.7  | 25000 – 32000   |
|                          |  | 45  | 88.2 | 06  | 11.8 | 32000 – 39000   |
|                          |  | 45  | 100  | –   | –    | أكثر من 39000   |
|                          |  | 198 | 66   | 102 | 34   | المجموع         |

من خلال الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو أولئك الأطفال الذين يتلقون متابعة طبية لمرضهم وذلك بنسبة 66%، في المقابل بلغت نسبة الذين لا يتلقونها 34%.

وبإدخال متغير قيمة الدخل الشهري الأسري يشير الجدول نفسه إلى أن الأسر التي لديها قيمة دخل أكثر من 39000 دج تمثل أعلى نسبة في متابعة مرض أطفالهم وذلك بنسبة 100%، تليها 93.3% بالنسبة للأسر التي لها قيمة دخل يتراوح ما بين 25000-32000 دج، ثم 88.2% لكل من الأسر التي لها قيمة دخل يتراوح ما بين 18000 و 25000 دج و 32000 و 39000 دج على التوالي.

في حين سجلت أعلى نسبة عدم متابعة المرض طبيا عند كل من الأسر التي لا تملك دخلا أثناء التحقيق وكذا الأسر التي لديها دخلا يقل عن 18000 دج وذلك بنسبة 81% و 80% على التوالي.

المتابعة الطبية ضرورية في حياة الطفل لأنها تسمح بمعرفة درجة نموه عقليا وجسديا ناهيك عن معرفة درجة تطور مرضه، ولقد تطرقنا في الجانب النظري إلى المتابعة الطبية بقولنا إن نمو الطفل يسير وفق مبادئ وخصائص معينة يجب مراعاتها عند تعاملنا معه، هذه الخصائص تميز كل مراحل عمر الطفل، ونظرا لأهمية كل مرحلة في حياة الطفل لا بد من متابعة ورعاية صحية وطبية حتى ينشأ سليما معافى وأول هذه الأمور هو حصول الطفل على التطعيمات لأن هذه الأخيرة تجنبه من الوقوع في العديد من الأمراض وتقيه الأخطار التي تهدد صحته كأمراض الإسهال والتيتانوس... إلخ، إضافة إلى الاكتشاف المبكر لأمراض سوء التغذية والحساسية لأخذ الإجراءات اللازمة لذلك<sup>1</sup>.

من هذا الطرح نستنتج أنه كلما ارتفع الدخل الأسري زاد الحرص على المتابعة الطبية باعتبار الأسر قادرة على دفع تكاليف العلاج إلى جانب ذلك المرض الذي يعتبر مزمنًا يفرض عليهم متابعته لمعرفة مدى التقدم العلاجي وشفاء المريض، فالتفكير في علاج المريض من أولى الأولويات حسب تصريحهم باعتبار الوسيلة موجودة للوصول إلى شفائه أو على الأقل تجاوز عقبات المرض وعدم تركه يعاني ويتخبط في أزماته لأن مرض الطفل ومعاناته تعني معاناة جميع أفراد الأسرة.

في مقابل ذلك يمكن تفسير عدم القيام بالمتابعة الطبية لمرض أطفال الأسر المنخفضة الدخل يعود بالدرجة الأولى إلى الصعوبات التي تتلقاها نتيجة عدم القدرة على دفع تكاليف الفحص والعلاج باعتبار المرض يحتاج إلى أدوية تساعد على التخفيف من حدته وفحوصات مما يجعل التفكير في عدم متابعة المرض سيد الموقف، فغلاء المعيشة وانخفاض الدخل صعب وكان حاجزا أمام مسؤوليات الأسر اتجاه أطفالها مما سمح بانتهاء موقف ترك الطفل على حاله واللجوء إلى الطبيب إلا في حالة ما إذا تأزمت حالته واشتدت نوبة المرض، لأن حسب

<sup>1</sup> - نايفة قطامي: مرجع سابق، ص 15.

رأيهم متابعة مرض الطفل يعني حرمانه وحرمان أفراد أسرته في كثير من الأحيان مما هو ضروري وأساسي دون وعيهم بأن الصحة أغلى أثمن وهي من الأولويات مهما كانت الظروف خاصة إذا كان المرض مزمنًا، فالدخل إذن عند هذه الفئة من الأسر يعتبر عاملاً مهماً حيث يؤدي غيابه أو انخفاض قيمته عاملاً معيقاً ومؤثراً في تقديم الرعاية الصحية المطلوبة للطفل. فمن هذا التحليل نلاحظ أنه هناك علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري والمتابعة الطبية للمرض حيث كلما ارتفع الدخل كلما حرصت الأمهات على متابعة مرض أطفالهن، والدليل على ذلك هو عند حسابنا  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 164.962 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5% بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 15.30 دليل على وجود علاقة بين المتغيرين.

أما عن قيمة العلاقة، قمنا بحساب معامل التوافق ق، فوجدناه مقدراً بـ + 0.59 ومنه نقول أن العلاقة طردية متوسطة.

إذن فالدخل الشهري الأسري يلعب دوراً هاماً في الحياة المعيشية للأفراد أي أن الطفل الذي يحيا في وسط أسري يتميز بالرفاهية المادية يكون أقل معاناة لأنه يتلقى الإسعافات اللازمة في وقتها ويكون تحت المراقبة الطبية باستمرار مقارنة بالطفل الذي يحيا حياة اجتماعية محدودة.

والجدول التالي يبين العلاقة بين الدخل الشهري الأسري بالطبيب المفضل لطلب العلاج:

جدول رقم (30): علاقة الدخل الشهري الأسري بالطبيب المفضل لطلب العلاج

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل   |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|-----------------|
|         |     |          |     |          |    | الدخل الشهري دج |
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  |                 |
| 100     | 63  | 57.1     | 36  | 42.9     | 27 | بدون دخل        |
| 100     | 45  | 53.3     | 24  | 46.7     | 21 | أقل من 18000    |
| 100     | 51  | 88.2     | 45  | 11.8     | 06 | 25000 – 18000   |
| 100     | 45  | 100      | 45  | –        | –  | 32000 – 25000   |
| 100     | 51  | 94.1     | 48  | 05.9     | 03 | 39000 – 32000   |
| 100     | 45  | 100      | 45  | –        | –  | أكثر من 39000   |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع         |

يظهر الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو تفضيل الأسر علاج مرض أطفالهم عند الطبيب الخاص وذلك بنسبة 81% مقابل 19% فقط ممن يفضلون الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير الدخل الشهري لمعرفة مدى تأثيره على الطبيب المفضل في العلاج، تبين لنا أن الأسر التي يتراوح دخلها الأسري ما بين 25000 و 32000 دج وكذا أكثر من 39000 دج تفضل العلاج عند الطبيب الخاص بنسبة 100%، تليها نسبة 94.1% بالنسبة للأسر التي يتراوح دخلها ما بين 32000 و 39000 دج يفضلون نفس الطبيب مقابل 5.9% فقط يفضلون الطبيب العام، بينما 88.2% من الأسر التي يتراوح دخلها ما بين 18000 و 25000 دج تفضل الطبيب الخاص مقابل 11.8% يفضلون الطبيب العام.

في حين سجلت نسبة تفضيل العلاج لدى الطبيب العام عند الأسر التي يقل دخلها عن 18000 دج وكذا التي بدون دخل بنسبة 42.9% و 46.7% مقابل 53.3% و 57.1% يفضلون الطبيب الخاص على التوالي.

وعند حسابنا  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 74.229 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 8.55 دليل على وجود علاقة بين المتغيرين.

أما عن مقدار هذه العلاقة فقمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه يقدر بـ +045 ومنه نقول أن العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

إن دخل الأسرة الشهري يعتبر من العوامل التي تساهم بشكل فعال في سيرورة الحياة بشكل طبيعي فبه تلبى الحاجات وتشبع الرغبات من مسكن ومأكل ومشرب وملبس وترفيه وتعليم وعلاج وهو جانب مهم في حياة المريض بشكل خاص حيث يمكنه من العلاج وتوفير الأدوية والسفر أحيانا بحثا عن الشفاء.

يبقى في تفكير الكثير من الأسر خاصة المنخفضة الدخل منها أنه مهما كان الطبيب المهم تلقي طفلها للعلاج بالرغم من تفضيل الكثير منهم العلاج عند الطبيب الخاص وهو ما لمسناه من خلال معطيات الجدول وحتى تصريح الأمهات أنه مادام طبيبا يعالج من يقصده فهو درس وبحث إلى أن وصل إلى ما هو عليه لكن يبقى التفكير الآخر صحيح الطبيب لا يجب أن يستهان به فهو مجند لعلاج المرضى والسر على راحتهم بدنيا ونفسيا لكن يبقى الفاصل هو الاختصاص يعني أن قصد الطبيب الخاص في علاج الأطفال هو مدرك تماما بما يتعلق بالطفل فقط لأنه كرس نفسه للبحث والدراسة لسنوات إضافية مكنته من الكشف على العديد من المشاكل الصحية التي يعاني منها الطفل وبمجرد فحصه للطفل أو حتى النظر في ملامحه أحيانا فقط يتعرف على العلة التي لحقت به ويقدم الأسباب وحتى أنه يملك وسائل خاصة بالفحص تمكنه من الوصول إلى العلاج السريع بتقديمه للوصفات التي تحمل في طياتها تحاليل وأدوية مع حرصه الشديد على ضرورة القيام بالإجراءات اللازمة في الوقت المحدد وهو واثق أشد الثقة بقائمة ما قدمه فيخرج الكثير ممن قصده مرتاحا خاصة المريض إضافة إلى أنه يتعمق في الكشف عن المرض من خلال الأسئلة التي يقدمها لأسرة المريض وهو ما

لمسناه في إجابات الأمهات حيث يتلقين العديد من الأسئلة مع مطالبتهن بضرورة تقديم التوضيحات منها بداية المرض والأعراض التي تظهر على الطفل وكذا تاريخ الأسرة بمعنى وجود عضو في هذه الأخيرة مصاب بالمرض لأن تاريخ الأسرة عامل مهم في تطوير الربو والأزيز لدى الطفل ووجود عضو من الأسرة مصاب بحساسية، بالربو أو بأمراض أخرى مؤثرة على المجاري الهوائية السفلى هو أيضا عامل معرض لخطر جميع أنواع الأزيز، فلقد ظهر أن الحساسية والربو الأمومية بشكل خاص تزيد من خطر تطور الأزيز المستديم للطفل لذلك من المهم أن تعلم طبيب طفلك إذا كان هناك تاريخ ربو أو حساسية في عائلة طفلك منهم ويتم تطبيق التعليمات والعلاج من طرف الأسر وفي الحالة التي نحن بصدد معالجتها فإنه الطفل المريض بالربو لا يجب أن يعرض على غير مختص تقاديا للعلاج الجانبي والمضاعفات التي قد يتعرض لها، فكثير من الأمهات ممن أصبحن يقصدن الطبيب الخاص جربن الطبيب العام لكن أطفالهن لم يتحصلوا على العلاج المطلوب ونفس الأدوية تقدم في كل مرة مع تردد الطبيب في إعطائها الأمر الذي دفع بهن بالتفكير نحو العلاج عند الطبيب الخاص، ولا يزال العديد من الأسر تقصد الطبيب العام فغياب الدخل الشهري للأسرة أو انخفاضه من العوامل التي بسببها تنتهج الأسر غالبا طرق لا يجب انتهاجها خاصة إذا تعلق الأمر بالصحة لأن الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمتها إلا المرضى ليبقى الطفل بين المرض والطبيب باحثا عن العلاج الذي يخلصه من التعب النفسي والبدني لأن الطبيب العام يقوم بفحص جميع المشاكل التي يعاني منها الصغير والكبير ويقدم وصفات عديدة ومختلفة تجعله لا يدرك الكثير من الأمور فهو يقدم أدوية مع قوله إن لم تتحسن حالته فيجب إعادته بعد مدة تكون محددة من طرفه لتقديم علاج آخر وهكذا في كل مرة مما يدخل الشك في نفوس البعض أما الفئة التي نحن بصدد التحدث عنا فالواقع المعيشي حتم عليها اللجوء إلى هذا النوع من الأطباء بحثا عن إخراج أطفالها البريئة من المعاناة ليحيوا حياة طبيعية كباقي أقرانهم.

أما عن نوع العلاج المفضل عند الأسر فهو موضح في الجدول التالي:



جدول رقم (31): علاقة الدخل الشهري للأسر بنوع العلاج المفضل للطفل.

| نوع العلاج المفضل<br>الدخل الشهري دج |  | علاج حديث |      | علاج تقليدي |      | المجموع |     |
|--------------------------------------|--|-----------|------|-------------|------|---------|-----|
|                                      |  | ك         | %    | ك           | %    | ك       | %   |
| بدون دخل                             |  | 36        | 57.1 | 27          | 42.9 | 63      | 100 |
| أقل من 18000                         |  | 21        | 46.7 | 24          | 53.3 | 45      | 100 |
| 18000 – 25000                        |  | 45        | 88.2 | 06          | 11.8 | 51      | 100 |
| 32000 – 25000                        |  | 39        | 86.7 | 06          | 13.3 | 45      | 100 |
| 39000 – 32000                        |  | 45        | 88.2 | 06          | 11.8 | 51      | 100 |
| أكثر من 39000                        |  | 42        | 93.3 | 03          | 06.7 | 45      | 100 |
| المجموع                              |  | 228       | 76   | 72          | 24   | 300     | 100 |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأسر التي تفضل العلاج الحديث بنسبة 76% مقابل 24% فقط ممن يفضلون العلاج التقليدي.

وبإدخال متغير قيمة الدخل لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل لعلاج مرض الطفل وجدنا أنه بارتفاع الدخل الشهري الأسري ترتفع معه نسبة تفضيل العلاج الحديث، حيث سجلت أعلى نسبة عند الأسر التي تفوق قيمة الدخل الشهري لها عن 39000 دج وذلك بـ 93.3% مقابل 6.7% فقط يفضلون العلاج التقليدي.

ونفس الشيء بالنسبة للأسر التي يتراوح دخلها الشهري ما بين 25000 و 32000 دج وكذا 18000 و 25000 دج و 32000 و 39000 دج يفضلون العلاج الحديث بنسبة 86.7% و 88.2% على التوالي

في حين وجدنا أن الأسر التي هي بدون دخل أو التي يقل دخلها عن 18000 دج تفضل العلاج التقليدي بنسبة 42.9% و 53.3% مقابل 46.7% و 57.1% تفضل العلاج الحديث على التوالي.

فمن القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أنه بارتفاع الدخل الشهري للأسرة ترتفع معه نسب الإقبال على العلاج الحديث والطب الرسمي، وعند حسابنا لاختبار كا<sup>2</sup> وجدنا كا<sup>2</sup> المحسوبة 52.10 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 10.80 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري ونوع العلاج المفضل.

ولمعرفة مقدار العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه مقدرا بـ +0.38 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

ويرجع سبب هذا التوجه والقرار (العلاج الحديث) إلى طبيعة المرض الذي يعاني منه الأطفال باعتبار مرض الربو يصنف ضمن الأمراض المزمنة وهو يصيب الممرات الهوائية للرئتين وينتج عن التهاب وضيق الممرات التنفسية مما يمنع تدفق الهواء إلى الشعب الهوائية مما يؤدي على نوبات متكررة من ضيق بالتنفس مع أزيز بالصدر وغيرها من الآثار التي يخلفها على المريض ناهيك عن الأثر النفسي التي يتركه على الطفل.

من هنا استلزم واستدعى الأمر العلاج الرسمي باعتباره يسمح بمتابعة المرض ومعرفة درجة تطوره ومحاولة تخطي عقباته والوصول إلى التقليل من حدته ولما لا الشفاء منه.

فأغلب الأسر واعية أشد الوعي بأن المرض يتطلب هذا النوع من العلاج حتى ولو أنه يحتاج إلى الكثير من المال للحصول على الأدوية والفحوصات والذي صعب الحياة خاصة بالنسبة للأسر ذات الدخل المنخفض في ظل غلاء المعيشة وصعوبة تلبية حاجات أفرادها الأساسية على غرار الأسر الميسورة الحال سهل العامل المادي لها علاج أطفالها ولو أن المرض يحتاج إلى تكاليف كبيرة، ولذلك نجد في أغلب الأحيان الأسر المنخفضة الدخل رغم معرفتهم بخطورة المرض إلا أنهم يسعون نحو البحث عن العلاج بالاعتماد على العلاج التقليدي أملا في شفاء أطفالهم سريعا فحسب قولهم (دراهمنا نحيناهم من جلدنا باش يبراو ولادنا بصح الدوا والطبيب ما دارو والو حينا نجربو دوا لعرب بلاك يجيب فايده).

إذن فانتهاج الأسر نهج العلاج الحديث راجع لطبيعة المرض الذي لايزال يتخبط ويعاني منه الكثير من الأطفال.

لتبقى الأسر الضعيفة الدخل تسعى بين العلاج الحديث الذي أرهق كاهلها بالمصاريف التي عجزت عنها والعلاج التقليدي الذي قد يزيد الأمر سوءا.

جدول رقم (32): علاقة الدخل الشهري للأسرة بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| المجموع |     | مختلطة |    | اصطناعية |    | طبيعية |     | نوع الرضاعة        |
|---------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|--------------------|
|         |     |        |    |          |    |        |     | الدخل الشهري<br>دج |
| %       | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   |                    |
| 100     | 63  | 09.5   | 06 | 14.3     | 09 | 76.02  | 48  | بدون دخل           |
| 100     | 45  | 26.7   | 12 | 20       | 09 | 53.3   | 24  | أقل من 18000       |
| 100     | 51  | 23.5   | 12 | 11.8     | 06 | 64.7   | 33  | 18000 – 25000      |
| 100     | 45  | 33.3   | 15 | 20       | 09 | 46.7   | 21  | 25000 – 32000      |
| 100     | 51  | 29.4   | 15 | 35.3     | 18 | 35.3   | 18  | 32000 – 39000      |
| 100     | 45  | 20     | 09 | 20       | 09 | 60     | 27  | أكثر من 39000      |
| 100     | 300 | 23     | 69 | 20       | 60 | 57     | 171 | المجموع            |

يتبين من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو إقبال الأمهات على استعمال الرضاعة الطبيعية في تغذية أطفالهن وذلك بنسبة 57%، مقابل 20% منهن اعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير الدخل الشهري لمعرفة مدى تأثيره على نوع الرضاعة المستعملة من طرف الأمهات في تغذية أطفالهن، وجدنا أن نسبة الإقبال على الرضاعة الطبيعية تتخفض بارتفاع الدخل الشهري الأسري، حيث سجلنا 76.2% من الأمهات اللواتي هن بدون دخل أسري تعتمدن على الرضاعة الطبيعية، وكذلك الأسر التي يتراوح دخلها ما بين 18000 و 25000

دج وأكثر من 39000 دج وأقل من 18000 دج بالنسب التالية على التوالي: 64.7% اصطناعية و60% و53.3%.

في حين سجلنا 35.3% من الأمهات اللواتي يتراوح دخلهن الأسري ما بين 32000 و39000 دج يعتمدن على كل من الرضاعة الطبيعية والاصطناعية مقابل 29.4% يعتمدن على الرضاعة المختلطة.

أما 33.3% من الأمهات اللواتي يتراوح دخلهن الأسري ما بين 25000 و32000 دج فتعتمدن على الرضاعة المختلطة مقابل 46.7% تعتمدن على الرضاعة الطبيعية.

من القراءة الإحصائية للجدول يتبين أنه كلما كانت الأسرة ميسورة الحال زاد اتجاهها نحو الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة، وهذا لأنها لا تجد عائقا في شراء الحليب المعلب من جهة، ومن جهة أخرى حتى لا يرتبط الطفل بها خاصة إذا كانت عاملة، هذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن المستوى المعيشي للأسرة هو الذي يحدد نوع الرضاعة المقدمة للطفل. لذلك نجد أن الأسر المنخفضة الدخل تعتمد على الرضاعة الطبيعية لأنها بحاجة فقط إلى توفير ضروريات الحياة وما يسد رمقها، لأنه بمجرد التفكير في شراء حليب للطفل هذا يدفع بالضرورة إلى جلب كل ما يتطلب ذلك من رضاعة وأكد ليست مجرد رضاعة فلا بد أن تكون رضاعة صحية (زجاجية) الخالية من الميكروبات، ضف إلى ذلك ضرورة تغذية ماء الحليب والرضاعة وهذا بطبيعة الحال يتطلب المزيد من الوقت والجهد والمال مما يزيد من عبء الأم والأسرة نتيجة ظروفها المعيشية، مما يدفعهم إلى الاعتماد على الرضاعة الطبيعية وقد أشرنا في الجانب النظري أنه يكلف الحليب الاصطناعي أو الحيواني الطازج الكثير من المال خلال طفولة الابن، هذا عدا الجهد الذي تحتاج إليه الأم في تحضير هذا الحليب، أما لبن الأم فهو بدون ثمن ومتوفر في كل وقت ومعقم لا يحتاج وقتا وأواني لتحضيره<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - نعمة مصطفى رقبان، مرجع سابق، ص 168.

وعليه فلقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 26.981 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 9 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري ونوع الرضاعة المقدمة للطفل، أما عن مقدار العلاقة فلقد وجدنا معامل التوافق بعد حسابه مساوياً لـ 0.28+ دليل على وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين.

إن الإقبال على الرضاعة الطبيعية من طرف الأمهات ذات الدخل الشهري المرتفع مثلن مثل سابقتهن يدل على مدى الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة لصحة الطفل من جهة وصحة الأم من جهة ثانية وهذا استناداً لأقوالهن (احنا تربينا بحليب اليمات والحمد لله رانا بصحتنا لا باس خير من الجيل تاع درك) وتدعيماً لذلك نذكر بما تطرقنا إليه في الجانب النظري فيما يتعلق بأهمية الرضاعة الطبيعية: حيث يفرز ثدي الأم في الأيام الأخيرة من الحمل والأيام الأولى بعد الولادة ما يسمى بحليب اللبى الغني بالمواد الغذائية المختلفة والأجسام المضادة للجراثيم والأمراض، وهذا يؤدي إلى تعقيم الجهاز الهضمي للطفل الوليد ويجعله مقاوماً للأمراض، ويزود الطفل بالطاقة اللازمة، ويمد الطفل بالبروتينات التي لا تحتاج إلى الهضم ويمتصها الجهاز الهضمي مباشرة<sup>1</sup>.

ناهيك عن الأثر النفسي الذي تتركه حيث أن الطفل يشعر بالأمن والطمأنينة والسعادة وهو في أحضان أمه، وينشأ عن التصاق الطفل بأمه أثناء الرضاعة الثدية علاقة ودية بهيجة لا يعرفها إلا الأمهات المرضعات، وقد لوحظ أن تعلق وارتباط هذا الطفل بأمه أعظم بكثير من الطفل الذي يرضع حليب الزجاجاة، كما أنه سيكون إنساناً اجتماعياً ودوداً ومحباً للناس أكثر من غيره.

<sup>1</sup> - أيمن سليمان مزاهرة: مبادئ صحة الطفل وتغذيته، مرجع سابق، ص 183.

أما الإقبال على الرضاعة الاصطناعية وكذا المختلطة يعود أساسا حسب تصريح الأمهات إلى إما غياب أو فقدان الحليب من الثدي بشكل كلي وإما إصابتهن بأمراض منعتهم من الرضاعة أو قلة الحليب يجعل أطفالهن لا يشعرون بالشبع، من هذا المنطلق كان اتجاههن نحو الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة وهو ما اعتبرته الأمهات خسارة كبيرة لأنه لا بديل عن حليب الأم وهي نفس الأسباب التي جاءت في نتائج المسح الجزائري لسنة 1992.

أما عن الفئة العمرية الأكثر استفادة من الرضاعة الطبيعية حسب النتائج التي توصلنا إليها هي 4-7 سنوات بنسبة 31.6%، أما حسب الجنس فوجدنا أن الذكور أكثر استفادة من الإناث (56.1% مقابل 43.9%)، أما حسب مكان الإقامة فلقد بلغت 52.6% في المنطقة الريفية مقابل 47.4% في المنطقة الحضرية (أكثر التفاصيل انظر جدول رقم 1 و 2 و 3 ملحق 2)، وإذا ما قورنت هذه النتائج بنتائج المسح الجزائري لسنة 1992 لوجدنا أن هذا الأخير توصل إلى نفس النتائج فيما يخص الاستفادة من الرضاعة الطبيعية حسب مكان الإقامة (92.9% في الريف مقابل 78.5% في الحضر) وهو ما تم توضيحه في الجانب النظري.

إذن تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد أهم العوامل الرئيسية التي تضمن نموا طبيعيا للأطفال والإجراءات الوقائية ضد الوفيات الناتجة عن أمراض الطفولة، ولذلك حثت العديد من البرامج الوطنية والدولية على ممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى، وقد تم إدراج الرضاعة الطبيعية ضمن السياسات العامة للصحة والتنمية.

جدول رقم (33): علاقة الدخل الشهري الأسري بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

| المجموع |     | وجبة غذائية<br>عادية (ناقصة) |     | وجبة غذائية<br>صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية<br>المقدمة للطفل |
|---------|-----|------------------------------|-----|---------------------------|-----|--------------------------------------|
|         |     |                              |     |                           |     | الدخل الشهري دج                      |
| %       | ك   | %                            | ك   | %                         | ك   |                                      |
| 100     | 63  | 81                           | 51  | 19                        | 12  | بدون دخل                             |
| 100     | 45  | 80                           | 36  | 20                        | 09  | أقل من 18000                         |
| 100     | 51  | 11.8                         | 06  | 88.2                      | 45  | 18000 – 25000                        |
| 100     | 45  | 06.7                         | 03  | 93.3                      | 42  | 25000 – 32000                        |
| 100     | 51  | 11.8                         | 06  | 88.2                      | 45  | 32000 – 39000                        |
| 100     | 45  | –                            | –   | 100                       | 15  | أكثر من 39000                        |
| 100     | 300 | 34                           | 102 | 66                        | 198 | المجموع                              |

يتضح من الجدول تأثير متغير الدخل الشهري للأسرة على مدى حرص الأسر على تغذية الطفل تغذية جيدة وتقديم وجبات غذائية صحية كاملة حيث نلاحظ أن الإتجاه العام وهو 66% من الأمهات تحرصن على تقديم الوجبة الغذائية الصحية الكاملة، مقابل 34% منهن تقدمن الوجبة الغذائية الناقصة.

وبإدخالنا لمتغير الدخل الشهري الأسري لمعرفة مدى تأثيره على نوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل، وجدنا أن الأمهات اللواتي دخلهن الأسري يفوق 39000 دج واللواتي دخلهن الأسري يتراوح ما بين 25000 و 32000 دج وكذا ما بين 32000 و 39000 دج وما بين 18000 و 25000 دج تحرصن على تقديم الوجبة الغذائية الصحية الكاملة بالنسب التالية على التوالي: 100% و 93.3% و 88.2%.

في حين سجلنا 81% وكذا 80% من الأمهات اللواتي هن بدون دخل أسري وكذا يقل عن 18000 دج يقدمن لأطفالهن الوجبة الغذائية الناقصة، مقابل 19% و 20% يقدمن الوجبة الغذائية الصحية الكاملة.

وعند حسابنا كاس<sup>2</sup> وجدناها تقدر بـ 164.962 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5%، بينما كاس<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 15.30 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين. كما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة مقدار هذه العلاقة، فوجدناه يقدر بـ 0.59+ وبالتالي نقول إن العلاقة بين المتغيرين طردية متوسطة.

فالملاحظ من خلال هذا التحليل الإحصائي أنه بارتفاع قيمة الدخل الشهري للأسرة يزيد حرص الأمهات على تغذية أطفالهن وجبات صحية كاملة بحيث أنهن تسعى إلى محاولة تقديم الغذاء المتنوع والصحي الذي يساهم في نمو وتطور جسم الطفل بالشكل الطبيعي حيث تقوم بوضع برنامج غذائي يومي تسعى من خلاله إلى تنويع الوجبات الغذائية لأنها تعتبر لكل نوع من الغذاء لديه فائدته ودوره في الجسم، وللتذكير فإن الغذاء الصحي يعرف بأنه الغذاء الصالح كما وكيفا، بمعنى أن يكون كافيا في مقداره متزنا في تركيبه، بحيث يشمل على العناصر الأساسية اشتمالا متكاملًا متناسقا، فقلة الطعام على الحد المعين اللازم لنمو الطفل أو عدم تنويع الوجبات والإفراط في الاعتماد على بعض العناصر الغذائية الأساسية دون الأخرى، وكل ذلك من شأنه أن يضعف الجسم ويقلل من مقاومة الطفل للأمراض<sup>1</sup> أما الأسر المنخفضة الدخل وحتى التي لا تملك دخلا يلاحظ عدم حرصها على التغذية الجيدة لأطفالها رغم وعيها وإدراكها التام بأهمية ذلك، فهي تعتمد في الكثير من الأحيان على تقديم الوجبات الغذائية العادية التي يتناولها جميع أفراد العائلة حتى ولو كانت لا تتوافق وسن الطفل وما هو متوفر

<sup>1</sup> - أحمد سهير كامل، سليمان محمد شحاتة، مرجع سابق، ص ص 138-139.



في البيت، هذا لا يعني أنها لا تسعى إلى محاولة تقديم الغذاء المتنوع والصحي الذي يساهم في نمو وتطور جسم الطفل بالشكل الطبيعي لكن مستوياتها الاقتصادي يحول دون الاعتماد على الوجبات الغذائية المطلوبة والمتنوعة، ذلك لأن معاناة الأسر من انخفاض الدخل وارتفاع أسعار المواد الغذائية في ظل تعدد احتياجات الأسرة يؤدي إلى العديد من المشاكل الأسرية مثل نقص التغذية وما يترتب عليه من أمراض إلى جانب المرض والعبء المادي المترتب عليه، وانتشار هذه الأمراض يؤدي ويساعد على انخفاض متوسط حياة الفرد، كما أن عدم إمكانية توفير الغذاء الكافي للأطفال يعرضهم لآثار سيئة في حياتهم كالكساح، والفقر يفرض المسكن الرديء<sup>1</sup> وهو ما نجده عند الأسر الفقيرة بصفة خاصة، وقد يكون لعدد الأطفال داخل الأسر دور هام في عدم القدرة على حصول الطفل على التغذية الجيدة كون الأسر تحاول وتسعى جاهدة إلى تلبية احتياجاتهم المتعددة مما يحول دون التنوع في الوجبات الغذائية والحصول على المكونات الأساسية لها رغم حرصها على ذلك.

<sup>1</sup> - خليل المعاينة، مصطفى القمش وآخرون، مرجع سابق، ص 76.

## 2-2- اختبار مدى تأثير المسكن وخصائصه على تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

### 1- تأثير نوع المسكن على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.

جدول رقم (34): علاقة نوع المسكن بمدى تهويته.

| المجموع |     | لا   |     | نعم  |     | مدى تهوية<br>المسكن<br>نوع المسكن |
|---------|-----|------|-----|------|-----|-----------------------------------|
|         |     |      |     |      |     |                                   |
| %       | ك   | %    | ك   | %    | ك   |                                   |
| 100     | 42  | -    | -   | 100  | 42  | فيلا                              |
| 100     | 69  | 26.1 | 18  | 73.9 | 51  | شقة                               |
| 100     | 45  | 86.7 | 39  | 13.3 | 06  | بيت تقليدي                        |
| 100     | 54  | 100  | 54  | -    | -   | بيت قصديري                        |
| 100     | 90  | 36.7 | 33  | 63.3 | 57  | آخر                               |
| 100     | 300 | 48   | 144 | 52   | 156 | المجموع                           |

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن مساكنهن بها تهوية وذلك بنسبة 52%، مقابل 48% صرحن بعدم وجودها. وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على وجود التهوية، وجدنا أن الأمهات اللواتي يسكن في الفيلات والشقق ومسكن من نوع آخر صرحن بوجود التهوية بنسبة 100% و 73.9% و 63.3% على التوالي مقابل 26.1% و 36.7% من الأمهات لا تتوفر مساكنهن عليها.

في حين سجلنا نسبة الأمهات اللواتي يسكن في البيوت القصديرية وكذا البيوت التقليدية وصرحن بعدم وجود تهوية في مساكنهن 100% و 86.7% على التوالي مقابل 13.3% تمتلك مساكنهن على التهوية وهذا خاص بالبيوت التقليدية.

من هذا الطرح والقراءة الإحصائية تبدو العلاقة واضحة بين نوع المسكن ووجود التهوية به، فعند حسابنا  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 142.130 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 20.16 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين، أما عن مقدار العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر بـ  $+0.56$  بالتالي نقول أن العلاقة بين المتغيرين طردية متوسطة.

فالمسكن الجيد يساهم بقدر كبير في تقديم الرعاية الصحية اللازمة للطفل، خاصة عندما تتوفر فيه كل الشروط مثل توفر الحماية من الحر والبرد والرطوبة والضوضاء ويتمتع بالتهوية الجيدة، هذه الأخيرة تعتبر من أهم الشروط التي يحتاجها كل فرد بصفة عامة والطفل المريض بالربو بصفة خاصة، لأنها تساعد على التنفس الجيد والإحساس بالأمان والراحة النفسية، كما أن المساكن التي تتوفر على منافذ دخول الهواء تسمح بتجديد الهواء المنزلي كما أن دخول أشعة الشمس لها تساهم بالقضاء على الفطريات في الجدران والأفرشة.

أما المساكن التي تنعدم فيها التهوية كاليوت القصديرية مثلاً لا تجلب إلا العناء لأصحابها، لأنه يفتقر للأمان وتكثر فيه الرطوبة والفطريات والحشرات وكل ذلك يساهم بشكل سلبي على صحة المريض ولا يزيد إلا في معاناته مع المرض ناهيك عن معاناة أسرته نحوه إلى جانب أن جميع أفرادها مهددون لمختلف الأمراض نتيجة الظروف السكنية التي يعيشون تحت سيطرتها.

جدول رقم (35): علاقة نوع المسكن بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال<br>أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر<br>للطبيب |     | كيفية التصرف مع<br>النوبة<br>نوع المسكن |
|---------|-----|------|----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|-----------------------------------------|
|         |     |      |    |                          |     |                          |     |                                         |
| %       | ك   | %    | ك  | %                        | ك   | %                        | ك   |                                         |
| 100     | 42  | 78.6 | 33 | 14.3                     | 06  | 07.1                     | 03  | فيلا                                    |
| 100     | 69  | 08.7 | 06 | 30.4                     | 21  | 60.9                     | 42  | شقة                                     |
| 100     | 45  | 06.7 | 03 | 53.3                     | 24  | 40                       | 18  | بيت تقليدي                              |
| 100     | 54  | -    | -  | -                        | -   | 100                      | 54  | بيت قصديري                              |
| 100     | 90  | 06.7 | 06 | 76.7                     | 69  | 16.7                     | 15  | آخر                                     |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                       | 120 | 44                       | 132 | المجموع                                 |

من خلال الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن مباشرة للطبيب عند تعرض أطفالهن لنوبة الربو بنسبة 44% مقابل 16% صرحن بأنهن يتصرفن بأشياء أخرى للتخفيف من حدة النوبة وتهديتها.

وعند إدخال متغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة تبين أن الأمهات اللواتي تسكن في البيوت القصديرية والشقق واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسبتين التاليتين: 100% و 60.9% على التوالي، مقابل 8.7% تستعمل أشياء أخرى.

في حين نجد الأمهات اللواتي تسكن في البيوت التقليدية ومساكن من نوع آخر صرحن بأنهن تتصرفن مع النوبة باستعمال أدوية أطفالهن الخاصة بالمرض بنسبة 53.3% و 76.7% على التوالي، مقابل 6.7% يتصرفن باستعمال أشياء أخرى.

أما الأمهات الساكنات في الفيلات فتتصرفن مع نوبة الربو باستعمال أشياء أخرى بنسبة 78.6%، مقابل 7.1% تتصرف بالتوجه المباشر للطبيب لتلقي العلاج المناسب.

وعند حساب كا<sup>2</sup> وجدناها تقدر بـ 254.798 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 6.72 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع السكن وتصرف الأم مع النوبة.

أما عن مقدار العلاقة فلقد قمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه مقدرا بـ +0.67 وهو يعبر عن وجود علاقة طردية قوية بين المتغيرين.

من القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات التي تتوفر على شروط العيش الصحي الكريم يساهم بشكل كبير في المحافظة على الصحة واتخاذ القرار المناسب حول كيفية التعامل مع نوبة الطفل المريض فلا تتخذ موقف التوجه المباشر للطبيب رغم توفر الإمكانيات اللازمة لذلك بل تترى باستعمال أشياء أخرى تعودت على استعمالها وساهمت في تهدئة الأزمة، كما تساهم الوسائل السمعية البصرية على إثراء الرصيد المعرفي لأفراد الأسرة خاصة من خلال البرامج والحصص التي تقدم نصائح وتوجيهات حول مسائل صحية عديدة ومنها الربو، كما تساهم شبكة الأنترنت بشكل كبير في إعطاء استفسارات وحلول ونصائح لكل مشكلة صحية قد تصيب الفرد، فأغلب الأسر في الوقت الحالي موصولة بالتكنولوجيا الحديثة، الشيء الذي ساعدها على فهم الأمراض وكيفية التعامل معها أيضا ومنها الربو.

لكن يبقى تصرف الأمهات الساكنات في الشقق والبيوت التقليدية وخاصة البيوت القصدية التوجه المباشر للطبيب عند حدوث النوبة، فليست الإمكانيات التي دفعت بهن لهذا التصرف وإنما الظروف السكنية السيئة التي تنعكس سلبا على صحة أطفالهن فهن بين نارين إما العلاج رغم ما تعانين من ظروف صعبة وإما معاناة أطفالهن وربما فقدانهم وهو الأصعب في كل الأحوال، فمنطقة باب الواد مثلا نجد أن أغلب شققها تعاني من الرطوبة العالية لقربها من

البحر الذي يعتبر سبب ذلك، كما أنها تعود للعهد الاستعماري فهي منبعث الروائح الكريهة والفطريات التي تسبب الأمراض وتزيد في حدة الأخرى، ونفس الشيء للبيوت التقليدية، دون أن ننسى الأثر السيء للبيوت القصديري التي تتعدم فيها شروط المسكن الصحي ما يدفع بالأمهات إلى إنقاذ طفلها ومحاولة التقليل من أثر النوبة عليه وإحساسه بالراحة المؤقتة، فنوع المسكن يتحكم في تصرف الأمهات اتجاه نوبة المرض.

جدول رقم (36): علاقة نوع المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث<br>النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|----------------|-----|---------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                |     | نوع المسكن                            |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %              | ك   |                                       |
| 100     | 42  | 21.4        | 09 | 07.1     | 03 | 71.4           | 30  | فيلا                                  |
| 100     | 69  | 21.7        | 15 | 30.4     | 21 | 47.8           | 33  | شقة                                   |
| 100     | 45  | 33.3        | 15 | 26.7     | 12 | 40             | 18  | بيت تقليدي                            |
| 100     | 54  | 11.1        | 06 | 27.8     | 15 | 61.1           | 33  | بيت قصديري                            |
| 100     | 90  | 26.7        | 24 | 10       | 09 | 63.3           | 57  | آخر                                   |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57             | 171 | المجموع                               |

من خلال قراءة الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن لعلاج أطفالهن الذين تعرضوا للنوبة الربوية في الساعات الأولى بنسبة 57%، مقابل 20% منهن تتركن أطفالهن لمدة يوم واحد.

وعند إدخال متغير نوع المسكن لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي الطفل العلاج، وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات والبيوت القصديرية ومساكن من نوع آخر حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 71.4%، 61.1% و 63.3% يأخذن

أطفالهن في الساعات الأولى ولى من تعرضهم لنوبة الربو مقابل 7.1% ينتظرون ليوم واحد بالنسبة للمقيمات في الفيلات و 11.1% يتركن أطفالهن بدون تلقي العلاج ليومين فأكثر بالنسبة للأمهات الساكنات في البيوت القصديرية.

فمن خلال هذا التحليل يتبين أن نوع المسكن يؤثر في مدة ترك الطفل بدون علاج بعد تعرضه للنوبة، ودليلنا عند حساب كا<sup>2</sup> وجدناها تقدر ب 26.016 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 8.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع المسكن والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

أما عن مقدار العلاقة فلقد وجدنا معامل التوافق بعد حسابه +0.28 بالتالي نقول وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

يتعرض الأطفال في حياتهم اليومية لمختلف الأشياء التي من شأنها أن تساهم في ظهور النوبة وزيادة حدتها كاستنشاق الروائح والعطور المختلفة ودخان السجائر وغبار المنزل والهواء الجوي الملوث بدخان السيارات أو دخان المصانع أو الاقتراب من بعض الحيوانات التي تعتبر مصدرا للحساسية كالدواجن والأرانب والكلاب والقطط والطيور على اختلاف أنواعها وغيرها من المهيجات التي تعتبر من العوامل التي تعتب سببا في معاناة الكثير من الأطفال بالرغم من الحرص الشديد من طرف الأمهات على محاولة الحفاظ على الحالة المستقرة لأطفالهن بإبعادهم عن كل ما هو سبب في زعزعة تلك الحالة، فإذا حدثت النوبة التي تشعر الطفل بضيق التنفس وارتفاع درجة حرارته والسعال المستمر وغيرها من الأعراض يكون سبيل الأمهات تقديم العلاج المناسب في الساعات الأولى من تعرض أطفالهن للنوبة بالرغم من صعوبة العيش والظروف التي تحيا فيها الأمهات الساكنات بالأخص في البيوت القصديرية وكذا الساكنات في مساكن من نوع آخر والمتمثلة في الشاليهات وأسطح العمارات فنقص

الإمكانات أو عدم توفرها لم يمنعهم من إنقاذ أطفالهم وعدم تركهم يعانون تحت أنظارهم دون القيام بشيء، بينما الأمر يختلف بالنسبة للأمهات اللواتي يسكن في الفيلات حيث يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج في الساعات الأولى من تعرضهم للنوبة لامتلاكهن للإمكانات التي تسهل الحصول على الخدمة العلاجية في الوقت المناسب كوفرة وسيلة النقل والإمكانات المادية التي بفضلها يحصل الطفل على الفحوصات والدواء اللازمين للعلاج.

جدول رقم (37): علاقة نوع المسكن بالمتابعة الطبية للمرض.

| المتابعة الطبية للمرض |  | نوع المسكن |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|------------|--|-----|------|-----|------|---------|-----|
|                       |  |            |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       | %   |
| فيلا                  |  |            |  | 33  | 78.6 | 09  | 21.4 | 42      | 100 |
| شقة                   |  |            |  | 48  | 69.6 | 21  | 30.4 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي            |  |            |  | 33  | 73.3 | 12  | 26.7 | 45      | 100 |
| بيت قصديري            |  |            |  | 27  | 50   | 27  | 50   | 54      | 100 |
| آخر                   |  |            |  | 57  | 63.3 | 33  | 36.7 | 90      | 100 |
| المجموع               |  |            |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأطفال الذين يتلقون متابعة طبية لمرضهم وذلك بنسبة 66%، مقابل 34% منهم لا يتلقون تلك المتابعة.

وعند إدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة ما إذا كان له تأثير على المتابعة الطبية للمرض وجدنا أن الأطفال الذين يسكنون في الفيلا والبيوت التقليدية وكذا الشقق ومساكن من نوع آخر يتلقون المتابعة الطبية لمرضهم لمعرفة درجة تطوره وتحسن حالتهم الصحية حسب تصريحات أمهاتهم وذلك بالنسب التالية على التوالي: 78.6%، 73.3%، 69.6% و 63.3%، مقابل 21.4%، 26.7%، 30.4% وكذا 36.7% لا يتلقون تلك المتابعة.



في حين الأطفال الذين يسكنون في البيوت القصديرية 50% منهم يتلقون المتابعة الطبية لمرضهم مقابل نفس نسبة الأطفال الذين لا يتلقونها.

إن إقبال الأسر على المتابعة الطبية لمرض أطفالهم على اختلاف نوع المسكن الذي يقيمون فيه لدليل على امرين هامين، فالأول يتمثل في كون مرض الربو مرض مزمن لا يجب الاستهانة به والذي يعاني منه العديد من الأطفال حيث صعب عليهم مساهمة الحياة طبيعياً وزاد من مسؤولية الأسر اتجاهه لذلك لا يجب أبداً تجاهله أو من هو مصاب به لأنه يحتاج إلى متابعة مستمرة باعتبار تكرار نوباته والتعرض لعوامل تهيجه دون قصد يؤدي إلى أزمات ونوبات خطيرة قد تكلف صاحبه غالياً فالكمل على وعي تام بضرورة متابعة المرض ومعرفة درجة تطوره، أم الأمر الثاني فيتمثل في مدى ملائمة المسكن الذي يعيش فيه المريض ويحيى حياته اليومية لأن الأوضاع الصحية داخل المسكن تلعب دوراً كبيراً في التأثير على المستوى الصحي للسكان على وجه العموم، والأطفال على وجه الخصوص فالأمر بالنسبة للأسر المقيمة في بيوت قصديرية أو بيوت غير متوفرة على شروط المسكن الصحي مثل التهوية وشبكات الصرف الصحي والماء النقي وغيرها يزيد من تأزم المرض مما يصعب حياة الطفل والأسرة وهو ما دفع بهم إلى ضرورة متابعة المرض إلى جانب ما تم التطرق له من خطورة المرض وانعكاساته على صحة المريض بصفة خاصة والأسرة بصفة عامة.

وكما تم التطرق إليه في الجانب النظري يحتاج الطفل إلى أن يعيش في مسكن مناسب يساعده على النمو، والمسكن المناسب للطفل هو الذي تتوفر فيه عوامل معينة لا غنى للطفل عنها لكي ينمو ويعيش معيشة صحية، ومن أهم هذه العوامل: الهواء النقي والشمس والهدوء والمساحة المعقولة الحرة الخالية من المعوقات والتي تساعد على الحركة وتشجع على اللعب<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - أحمد سهير كامل، سليمان محمد شحاتة، مرجع سابق، ص 143.

جدول رقم (38): علاقة نوع المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج.

| نوع الطبيب<br>نوع المسكن |    | طبيب عام |     | طبيب خاص |     | المجموع |   |
|--------------------------|----|----------|-----|----------|-----|---------|---|
|                          |    | ك        | %   | ك        | %   | ك       | % |
| فيلا                     | 03 | 07.1     | 39  | 92.9     | 42  | 100     |   |
| شقة                      | 15 | 21.7     | 54  | 78.3     | 69  | 100     |   |
| بيت تقليدي               | 09 | 20       | 36  | 80       | 45  | 100     |   |
| بيت قصديري               | 12 | 22.2     | 42  | 77.8     | 54  | 100     |   |
| آخر                      | 18 | 20       | 72  | 80       | 90  | 100     |   |
| المجموع                  | 57 | 19       | 243 | 81       | 300 | 100     |   |

يتضح من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن علاج أطفالهن عند الطبيب الخاص بنسبة 81%، مقابل 19% تفضلن الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع الطبيب المفضل لطلب العلاج وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات والبيوت التقليدية ومساكن من نوع آخر والشقق والبيوت القصديرية تفضلن العلاج عند طبيب خاص بالنسب التالية على التوالي: 92.9%، 80%، 78.3% و 77.8% مقابل 7.1% و 20% للأمهات اللواتي تفضلن العلاج عند طبيب عام وتسكن في الفيلات والبيوت التقليدية ومساكن من نوع آخر على التوالي.

الطفل بحاجة إلى مسكن ملائم تتوفر فيه الشروط الصحية وعليه فإن نوع المسكن الذي يعيش فيه الطفل ويحي حياته اليومية تفرض ضرورة اختيار نوع الطبيب الذي يجب أن يشرف على تشخيص مرض الطفل لأن أغلب المساكن تكثر فيها الرطوبة وتعدم فيها أدنى شروط النظافة ضف إلى ذلك كثرة التلوث والقمامات المنتشرة هنا وهناك.

باعتبار بحثنا كان نصف ميدانه بمنطقة باب الواد التي تتميز بالرطوبة العالية نتيجة قربها من البحر إضافة إلى أن أغلب المساكن وخاصة الشقق منها والبيوت القصديرية تعدم فيها

التهوية كما أنها فاقدة لشروط النظافة لأن أغلبها يعود إلى العهد الاستعماري وتوجد في أماكن تكثر فيها الحركة السكانية والتجارية ودخان السيارات مما يؤدي إلى كثرة التلوث هذا ما يساهم إلى جانب طبيعة وكيفية بنائها في التأثير على صحة الطفل ومرضه بالدرجة الأولى عكس المساكن الأخرى التي يكون مقرها خارج هذه العوامل وعليه فإن الأسباب السالفة الذكر تحتم ضرورة أخذ الطفل المريض إلى طبيب الأطفال لأنه يأخذ وقته في الاستفسار عن كل ما يحيط بالطفل لا سيما المسكن الذي يكون مساهما إما في شفاء المريض أو زيادة حدة مرضه كما أنه يقدم النصائح التي يجب أن تراعى لتخطي عقبات تأثير المسكن على المرض بالرغم من إداك الأولياء بمدى تأثير هذه العوامل على صحة أبنائهم إلا أن الحالة الاقتصادية تحول دون قدرتهم على توفير مسكن لائق يساهم في شفاء طفلهم المريض.

جدول رقم (39): علاقة نوع المسكن بنوع العلاج المفضل للمرض.

| نوع المسكن |  | نوع العلاج |  | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|------------|--|------------|--|------|------|--------|------|---------|-----|
|            |  |            |  |      |      |        |      |         |     |
|            |  |            |  | ك    |      | %      |      | ك       |     |
|            |  |            |  | %    |      |        |      |         |     |
| فيلا       |  |            |  | 39   | 92.9 | 03     | 07.1 | 42      | 100 |
| شقة        |  |            |  | 51   | 73.9 | 18     | 26.1 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي |  |            |  | 33   | 73.3 | 12     | 26.7 | 45      | 100 |
| بيت قصديري |  |            |  | 33   | 61.1 | 21     | 38.9 | 54      | 100 |
| آخر        |  |            |  | 72   | 80   | 18     | 20   | 90      | 100 |
| المجموع    |  |            |  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن العلاج الحديث لأطفالهن المرضى بالربو وذلك بنسبة 76%، مقابل 24% منهن تفضلن العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل للطفل المريض، وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات ومساكن من نوع آخر والشقق والبيوت التقليدية تفضلن العلاج الحديث بالنسب التالية على التوالي: 92.9%، 80%، 73.9%، 73.3% مقابل 7.1% و 20% بالنسبة للواتي تفضلن العلاج التقليدي وتسكن في الفيلات ومساكن من نوع آخر.

في حين الأمهات اللواتي يقمن في البيوت القصديرية ويفضلن العلاج التقليدي بلغت نسبتهن 38.9% مقابل 61.1% تفضلن العلاج الحديث.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 14.236 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 10.08 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع المسكن ونوع العلاج المفضل.

من هذه النتائج والقراءة الإحصائية يتبين لنا أنه مهما كان نوع المسكن الذي يقيم فيه الطفل المصاب بمرض الربو فإن علاجه يتم عن طريق العلاج الرسمي الحديث، فبحكم طبيعة المرض الذي يعاني منه الأطفال نجد الأمهات يتخوفن منه جدا لأنه مرض مزمن وهو بطبيعة الحال يحتاج إلى تشخيص دقيق وأي دواء غير ملائم يزيد من خطورة الأمر خاصة وأنه يحتاج إلى بخاخات عند النوبة لتهدئة الأزمة.

ولعل سبب لجوء الأمهات القاطنات في مسكن من نوع فيلا للعلاج الرسمي هو أن كل شيء متوفر لديهن بما في ذلك المال الذي يسهل عليهن الحصول على الأدوية في الوقت المناسب رغم ما يتطلبه الفحص في بعض الأحيان من تحاليل طبية وأشعة، إذن فالحياة اليسيرة جعلت منهن لا يفكرن إطلاقا في الإقبال على الطب الشعبي باعتبار المطلوب موجود، فهن يعتبرن اللجوء للطب الشعبي في الحالات التي يعجز فيها الإنسان عن توفير الدواء لطفله نتيجة لثمنه الباهض، فبدلا من أن يقف عاجزا أمام مرض ابنه يتجه إلى ذلك إلى أن يفرج الله عنه كربيه، كما أن الآثار الناجمة عن المرض هي التي لا تدع الفرصة للعلاج التقليدي أحيانا لأن مثل

هذه الأمراض تتطلب اللجوء الفوري للطبيب وتقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب، كما أن التكنولوجيا الحديثة أخذت نصيبها في التوعية بخطورة استعمال أدوية مخالفة للوصفة الطبية لأنها كثيرا ما يتبادر إلى الأذهان تحسن المريض في حين تحدث له مضافات أخطر من التي كان عليها.

أما لجوء الأمهات القاطنات في البيوت القصديرية إلى العلاج الحديث أيضا لا يعود إلى رفاهية المعيشة ووفرة المال وإنما يرجع ذلك إلى صعوبة الوضع الذي يحيا فيه الطفل، بعبارة أخرى الطفل الذي يعيش في مثل هذا النوع من المساكن يكون معرضا يوميا لشتى أنواع الأمراض إلى جانب المرض الذي يعاني منه مع تكرار حدوثها لكونها تفتقد لأدنى شروط المسكن الصحي كوفرة الماء الذي يعتبر مصدر مهم للحياة، كذلك انعدام شبكات الصرف الصحي وإحاطته بشتى أنواع المهيجات التي تزيد من وضعه الصحي سوءا... إلخ هذا ما يدفع بالأولياء إلى التفكير في ضرورة تخطي عقبات المرض بالمتابعة على تقديم العلاج الرسمي للطفل رغم الظروف القاسية التي يعيشون فيها، لأنهم يدركون جيدا ما معنى السكن في بيت قصديري واستخدام علاج الأعشاب خاصة مع المرض المزمن الذي يزيد من خطورته، والذي يجعل الطفل لا يتمثل للشفاء يعني هم يفضلون العلاج الحديث بالرغم ما يتطلب ذلك من أموال على أن يذهبوا إلى البديل الرخيص في نظر البعض الذي يكلف حياة المريض أحيانا، إذن طبيعة المرض ونوع المسكن عاملان ساهما في انتهاج هذا النوع من العلاج.

جدول رقم (40): علاقة نوع المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| نوع الرضاعة<br>نوع المسكن |  | طبيعية |      | اصطناعية |      | مختلطة |      | المجموع |     |
|---------------------------|--|--------|------|----------|------|--------|------|---------|-----|
|                           |  | ك      | %    | ك        | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| فيلا                      |  | 30     | 71.4 | 03       | 07.1 | 09     | 21.4 | 42      | 100 |
| شقة                       |  | 33     | 47.8 | 21       | 30.4 | 15     | 21.7 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي                |  | 18     | 40   | 12       | 26.7 | 15     | 33.3 | 45      | 100 |
| بيت قصديري                |  | 33     | 61.1 | 15       | 27.8 | 06     | 11.1 | 54      | 100 |
| آخر                       |  | 57     | 63.3 | 09       | 10   | 24     | 26.7 | 90      | 100 |
| المجموع                   |  | 171    | 57   | 60       | 20   | 69     | 23   | 300     | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 57%، مقابل 23% من الأمهات تعتمدن على الرضاعة المختلطة و 20% على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن تبين أن الأمهات الساكنات في الفيلات والبيوت القصديرية ومساكن من نوع آخر تعتمدن على الرضاعة الطبيعية وبالتالي واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 71.4%، 61.1% و 63.3% مقابل 7.1% للساكنات في الفيلات وتعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

في حين نجد الأمهات اللواتي يسكن في الشقق ويعتمدن على الرضاعة الاصطناعية بلغت نسبتهن 30.4% مقابل 47.8% تعتمدن على الرضاعة الطبيعية، كما سجلنا 33.3% من الأمهات الساكنات في البيوت التقليدية تعتمدن على الرضاعة المختلطة مقابل 40% تعتمدن على الرضاعة الطبيعية.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 26.016 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 8.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

إن تغذية الطفل الرضيع من الأمور البالغة الأهمية التي يجب أن تعطي عناية خاصة حيث ينمو الطفل ويضاعف وزنه في الستة أشهر الأولى ثم يكون وزنه ثلاثة أضعاف وزنه عند الولادة في نهاية السنة الأولى من العمر ويجب أن توجه كل الجهود إلى أهمية تغذية الطفل في هذه الفترة من ثدي أمه حيث يعتبر لبن الأم غذاء كاملاً في الأشهر الأولى من العمر<sup>1</sup> فالاعتماد على الرضاعة الطبيعية في تغذية الطفل من طرف الأمهات واضح وجلي من خلال الجدول على اختلاف نوع المسكن حيث أن الرعاية الصحية للطفل يجب أن تبدأ منذ الساعات الأولى من ولادته وحتى قبل ذلك حسب رأي الكثيرات منهن بالإضافة إلى أنها غير مكلفة في ظل الظروف الاقتصادية والمعيشية التي تحيا فيها العديد من الأسر التي صعبت الحياة عليهم فإنها أيضاً ذات فائدة وأهمية عظيمة على صحة الأم والطفل معا فعلى غرار شعور الطفل بالأمن والطمأنينة والسعادة وهو في أحضان أمه فإنه يكون قبل ذلك قد تحصل على حليب اللبي الغني بالمواد الغذائية المختلفة والأجسام المضادة للجراثيم والأمراض مما يجعل جهازه الهضمي معقما ومقاوما للأمراض التي يتعرض لها خلال مراحل حياته خاصة الأولى منها . ليبقى الاعتماد في تغذية الطفل إما على الرضاعة المختلطة أو الرضاعة الاصطناعية كبديل نتيجة عدم قدرة الأم على الإرضاع طبيعياً إما تعرضها لمشكل صحي منعها من ذلك أو انشغالها عنه خاصة إذا كانت عاملة فهي بحاجة إلى اعتمادها على حليب يضاف لحليبها وإما لعدم إحساس الطفل بالشبع من ثدي أمه لقلته أو لغيابه كلياً

<sup>1</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 194

جدول رقم (41): علاقة نوع المسكن بمكان لعب الطفل

| المجموع |     | في الحي |     | في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب |     | مكان لعب الطفل<br>نوع المسكن |
|---------|-----|---------|-----|-------------------------------------|-----|------------------------------|
|         |     |         |     |                                     |     |                              |
| %       | ك   | %       | ك   | %                                   | ك   |                              |
| 100     | 42  | 100     | 42  | –                                   | –   | فيلا                         |
| 100     | 69  | 73.9    | 51  | 26.1                                | 18  | شقة                          |
| 100     | 45  | 13.3    | 06  | 86.7                                | 39  | بيت تقليدي                   |
| 100     | 54  | –       | –   | 100                                 | 54  | بيت قصديري                   |
| 100     | 90  | 63.3    | 57  | 36.7                                | 33  | آخر                          |
| 100     | 300 | 52      | 156 | 48                                  | 144 | المجموع                      |

يبين الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي بنسبة 52%، مقابل 48% أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب.

وبإدخال المتغير المستقل نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على مكان لعب الطفل وجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي ويسكنون في الفيلات والشقق وبيوت من نوع آخر واطن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 100%، 73.9% و 63.3%، مقابل 26.1% و 36.7% من الأمهات أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ويسكنون في الشقق أو في مسكن من نوع آخر.

في حين 100% و 86.7% من الأمهات أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ويسكنون في البيوت القصديرية أو البيوت التقليدية على التوالي، مقابل 13.3% أطفالهن يلعبون في الحي ويسكنون في البيوت التقليدية.



من القراءة الإحصائية للجدول أعلاه نتوصل إلى القول بأن نوع المسكن يتحكم في مكان لعب الطفل، فلقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 142.130 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 20.16 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

ولقد قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة مقدار العلاقة بين المتغيرين فوجدناه يقدر بـ  $+0.56$  دليل على وجود علاقة طردية متوسطة.

فما هو ملاحظ أنه بالرغم من وجود أطفال في مساكن تتميز بوجود مساحة تسمح بلعبهم فيها إلا أننا نجدهم يلعبون في الحي تشجيعاً من آبائهم وأمهاتهم وهذا تجنباً للضجيج والصراخ والمضايقات فينطلقون للعب دون رقابة من أحد دون أن تحسبوا حساب الحي وما يحمله من مخاطر ناهيك عن حوادث المرور أو الكسور أو السرقة التي باتت تهدد أطفالنا في هذه الآونة الأخيرة دون أن ننسى الأثر السيء للتربية والغبار والقذارة والأمراض وغيرها على صحة طفلها المريض.

من جهة أخرى تعاني الكثير من الأسر من ضيق في المساكن خاصة الشقق منها فلا خيار عندها لأنه ليس هناك متسع للعب الأطفال، ضف إلى ذلك مشكل الرطوبة العالية خاصة في منطقة باب الواد الناتج عن قلة التهوية، ما يسمح لها بدفع أطفالها للشارع، وكما هو معروف أن الشارع لا يصلح إطلاقاً لأن يكون مكاناً للعب لاعتبارات صحية وذوقية وجمالية وخلقية. لتبقى الأسر الساكنة في البيوت القصديرية وكذا البيوت التقليدية بالرغم من الضيق التي تعاني منه مساكنهم والرطوبة العالية إلا أنها تحافظ على سلامة أطفالها وتتحمل ما يصدر منهم على أن تبعثهم للشارع الذي في رأيهم ينوب عنهم في التربية وكل شيء وهو ما لا تتحمله.

## 2-تأثير طبيعة المسكن على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.

### جدول رقم (42): علاقة طبيعة المسكن بدرجة التعرض للنوبة

| المجموع |     | نادرا |     | كثيرا |     | درجة التعرض للنوبة<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|-------|-----|-------|-----|------------------------------------|
|         |     |       |     |       |     |                                    |
| %       | ك   | %     | ك   | %     | ك   |                                    |
| 100     | 213 | 38    | 81  | 62    | 132 | مسكن جماعي                         |
| 100     | 39  | 15.4  | 06  | 84.6  | 33  | مسكن فردي ملكية خاصة               |
| 100     | 15  | 20    | 03  | 80    | 12  | مسكن فردي مستأجر                   |
| 100     | 33  | 36.4  | 12  | 63.6  | 21  | مسكن فردي آخر                      |
| 100     | 300 | 34    | 102 | 66    | 198 | المجموع                            |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يتعرضون للنوبة كثيرا وذلك بنسبة 66%، مقابل 34% ممن يتعرضون لها نادرا. وبإدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على درجة التعرض للنوبة، نجد أن الأمهات الساكنات في المساكن الفردية ذات الملكية الخاصة والمساكن الفردية المستأجرة والمساكن الفردية الأخرى والمساكن الجماعية صرحن بأن أطفالهن يتعرضون كثيرا للنوبة وذلك بالنسب التالية على التوالي: 84,6% و 80% و 63.6% و 62%، حيث حافظن على الاتجاه العام للجدول.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 8.955 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 5.10 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقوا إن هناك علاقة بين طبيعة المسكن ودرجة التعرض للنوبة.

من هذا الطرح والقراءة الإحصائية للجدول يتبين أن درجة التعرض للنوبة تحدث بشكل متكرر كثيرا في المساكن الفردية الخاصة والمستأجرة فعدم إعطاء أهمية لغبار المنزل الذي يجب المواظبة على محاربته بشتى الطرق وكذا ترك شبابيك النوافذ على الدوام مفتوحة تساهم في

إدخال الغبار المتطاير في فصل الصيف والهواء البارد في فصل الشتاء وحتى في غيره من الفصول من العوامل المساعدة على حدوث النوبة وحتى في بعض الأحيان تكون الأم دائمة مسح الغبار وتهوية الغرفة إلا أن المكان المقيم فيه مليء بالملوثات فتجد صعوبة كبيرة في ذلك، دون أن ننسى الدور الذي يلعبه وجود الطفل في مكان دافئ ونقله إلى مكان بارد خاصة عند الاستحمام وهو الحال بالنسبة للأمهات اللواتي لا تقمن بتدفئة ملابس وغرفة الطفل بعد الانتهاء، ناهيك عن نقل كل صباح بالنسبة للأمهات العاملات بالرغم من حرصهن الشديد على عدم التعرض لأي عامل خاصة البرودة، أما المساكن الفردية الأخرى ونقصد بها المساكن الفوضوية وهذه الأخيرة معروفة بالخصائص التي تميزها على غرار الرطوبة عدم صيانتها يجعل أفرادها معرضون لمختلف العوامل البيئية ناهيك عن تلوث المحيط الخارجي وكل ذلك يؤثر على صحة الطفل المريض.

أما في المساكن الجماعية خاصة ما إذا كانت تعاني من ضيق في المسكن فإن الطفل يكون معرض للانفعالات والصراعات والضغطات النفسية مع أفراد العائلة فلا يخفى على أحد أن مريض الربو يحتاج إلى الهدوء والراحة الدائمة وعدم اللعب بأعصابه، ناهيك عن النوم في جماعة يجعله لا يشعر بالراحة من حيث التنفس لكثرة عدد الأفراد في الغرفة الواحدة وعدم تهويتها باستمرار لأن الطفل يحتاج إلى غرفة تكون معرضة للتهوية باستمرار، إلى جانب التدخلات في طريقة لباس الطفل وأكله كل ذلك يؤثر سلبا على صحته رغم محاولة حرص الأم على صحة طفلها.

جدول رقم (43): علاقة طبيعة المسكن بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     | طبيعة المسكن           |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                        |
| 100     | 213 | 12.7 | 27 | 42.3                  | 90  | 45.1                  | 96  | مسكن جماعي             |
| 100     | 39  | 23.1 | 09 | 46.2                  | 18  | 30.8                  | 12  | مسكن فردي ملكية خاصة   |
| 100     | 15  | -    | -  | 40                    | 06  | 60                    | 09  | مسكن فردي مستأجر       |
| 100     | 33  | 36.4 | 12 | 18.2                  | 06  | 45.5                  | 15  | مسكن فردي آخر          |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                |

يظهر الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتصرفن بالتوجه المباشر للطبيب أثناء تعرض أطفالهن للنوبة بنسبة 44%، مقابل 16% من الأمهات تستعمل أشياء أخرى.

ولقد قمنا بإدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة، فوجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يسكن في مساكن فردية مستأجرة ومساكن جماعية يتصرفن مع النوبة بالتوجه المباشر للطبيب بالنسب التالية على التوالي: 60%، و 45.1%، مقابل 12.7% يسكن في المساكن الجماعية ويستعمل أشياء أخرى.

في حين الأمهات اللواتي يسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة يستعملن أدوية خاصة بالطفل المريض بنسبة 46.2%، مقابل 30.8% يتوجهن مباشرة للطبيب.

لقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت ب 20.707 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت ب 2.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

من القراءة الإحصائية للجدول أعلاه يمكن القول أن التوجه المباشر للطبيب ومسارة الأسر بأطفالهم المرضى أثناء تعرضهم لنوبة الربو راجع دون شك إلى طبيعة المرض بحد ذاته الذي لا يحتاج إلى تأخر فحدوث النوبة تكون ناتجة أحيانا عن تعرض الطفل إلى أحد مهيجات المرض ومع تكرار حدوثها تزداد حدتها مما تزيد من صعوبة التنفس فيشعر الطفل بالاختناق والتعرق مع زيادة وتسارع دقات القلب نتيجة السعال المتكرر فهذه الأعراض الخطيرة تستدعي التدخل السريع وتقديم الإجراءات اللازمة فالطفل في هذه المرحلة يكون بحاجة للعب واللهو سواء داخل المنزل أو خارجه بأشياء لا يدرك أثرها على مرضه لأن الوسط الخارجي لا يخلو من التلوث خاصة إذا لم يتم الحرص على ذلك من طرف أفراد الأسرة وبالخصوص الأم التي تعتبر المسؤول الأول عن كل ما يصدر منه، كما أن الاهتمام المفرط أحيانا من طرف الأم وخوفها الشديد على طفلها المريض يخلق مشاكل قد لا تنتبه إليها مثلا طريقة اللباس التي تحرص عليها دائما سواء بالتكثيف في فترة البرودة أو التقليل في فترة الحرارة وكذا اختيار فراش وغطاء ووسادة الطفل ومدى تهوية غرفته من بين أهم الأشياء التي يجب الحرص عليها والتي تعتبر من بين أهم الأسباب المؤدية لنوبة الربو، وهنا تجدر الإشارة إلى طبيعة المسكن الذي يعتبر عامل مهم في إصابة الطفل بأزمة المرض خاصة إذا كان يحتوي على الرطوبة ولا يمثل لأدنى شروط المسكن الصحي وهذا ما نجده في البيوت القصديرية .

ويجب لفت الانتباه إلى أن أغلب الأمهات المستجوبات في مستشفى لمين دباغين بباب الواد صرحن بوجود رطوبة شديدة في مساكنهن على اختلاف أنواعها باعتبارها قريبة من البحر وهي مكان منخفض وحتى منطقة الدويرة بتصريح من الأمهات مساكنهن تعاني من الرطوبة مما يجعل الطفل يتعرض لأزمات عديدة مما يصعب على الأمهات الحرص على بقاء أطفالهن على حالة صحية مستقرة فتكرار التعرض للتيارات الهوائية والرطوبة وباقي المهيجات يؤدي إلى تأزم حالة الطفل الصحية وبالتالي ضرورة التوجه المباشر للطبيب، كما أن المساكن الجماعية تكثر فيها الصراعات والخلافات على طريقة العناية بالطفل أو حتى الصراعات على

أشياء أخرى خارجة عن الطفل تؤثر عليه سلبا مما يجعله يتعرض للنوبة وبالتالي التدخل السريع لتهدئتها طبييا.

من جهة أخرى نجد الكثير من الأمهات لا تتوجهن للطبيب مباشرة بعد حدوث النوبة على اختلاف نوع المسكن ويرجع سبب ذلك عند الكثيرات منهن إلى التعود على حدوث الحالة وبالتالي أصبحت شيء مألوف بالرغم من إدراكهن التام بخطورة ذلك على صحة وحياة الطفل فإما تقدم الإسعافات الأولية بالبيت بالبخاخات التي تعود الطفل عليها وإما انتظار استقرار حالته دون القيام بأي شيء مع مراقبة مدى تطور النوبة لاتخاذ إجراءات أخرى.

جدول رقم (44): علاقة طبيعة المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     | طبيعة المسكن                       |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   |                                    |
| 100     | 213 | 23.9        | 51 | 21.1     | 45 | 54.9              | 117 | مسكن جماعي                         |
| 100     | 39  | 15.4        | 06 | 15.4     | 06 | 69.2              | 27  | مسكن فردي ملكية خاصة               |
| 100     | 15  | 40          | 06 | 20       | 03 | 40                | 06  | مسكن فردي مستأجر                   |
| 100     | 33  | 18.2        | 06 | 18.2     | 06 | 63.3              | 21  | مسكن فردي آخر                      |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |

من خلال قراءة الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن لعلاج أطفالهن الذين تعرضوا للنوبة الربوية في الساعات الأولى بنسبة 57%، مقابل 20% منهن تتركن أطفالهن لمدة يوم واحد.

وعند إدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي الطفل العلاج، وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية

من نوع آخر (مساكن فوضوية) يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج في الساعات الأولى من تعرضهم للنوبة وبالتالي حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 69.2% و 63.3% مقابل 15.4% و 18.2% ينتظرن لمدة يومين فأكثر. في حين 21.1% من الأمهات اللواتي تسكن في مساكن جماعية تنتظرن لمدة يوم واحد مقابل 54.9% تلجأن للطبيب في الساعات الأولى من تعرض أطفالهن للنوبة، بينما 40% ينتظرن ليومين فأكثر وهي نفس نسبة اللواتي تلجأن للطبيب في الساعات الأولى. فمن القراءة الإحصائية يبدو جليا أن لطبيعة المرض المزمن إلى جانب طبيعة المسكن يحدد المدة التي يقضيها الطفل المريض مع نوبته، حيث قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 6.088 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 3 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين. فالأمهات اللواتي تقمن في مساكن فردية كثيرا ما يكون لديهن اهتمام أفضل فيما يخص صحة أطفالهن، بدليل أنه عند محاولة معرفة أسباب العلاج في الساعات الأولى صرحن أن ذلك راجع إلى خوفهن من زيادة حدة الأزمة، كما أن هذا التصرف كان نتيجة تجربة قاسية عاشتها الأمهات كحدوث حالة وفاة، أما التأخر لمدة يوم أو يومين فأكثر مرتبط إما باستعمال أدوية وترقب التحسن وإما مرتبط بالظروف التي تعيشها الأسر، وإما للتعود على تكرار الحالة مثلما صرحت بعض الأمهات (عييت طاب قلبي وحفاو رجليا والفت بحالتو ديما مريض).

جدول رقم (45): علاقة طبيعة المسكن بالمتابعة الطبية للمرض

| المتابعة الطبية للمرض |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|-----|------|-----|------|---------|-----|
| طبيعة المسكن          |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       | %   |
| مسكن جماعي            |  | 132 | 62   | 81  | 38   | 213     | 100 |
| مسكن فردي ملكية خاصة  |  | 33  | 84.6 | 06  | 15.4 | 39      | 100 |
| مسكن فردي مستأجر      |  | 12  | 80   | 03  | 20   | 15      | 100 |
| مسكن فردي آخر         |  | 21  | 63.6 | 12  | 36.4 | 33      | 100 |
| المجموع               |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     | 100 |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو تصريح الأمهات بأنهن تقمن بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهن بنسبة 66%، مقابل 34% لا تقمن بتلك المتابعة.

ولقد أدخلنا متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على المتابعة الطبية للمرض، فوجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية مستأجرة حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 84.6% و 80% مقابل 15.4% و 20% لا يقمن بها. في حين 38% و 36.4% من الأمهات اللواتي صرحن أنهن تسكن في مساكن جماعية ومساكن فردية من نوع آخر لا تقمن بالمتابعة الطبية لأطفالهن مقابل 62% و 63.6% تقمن بتلك المتابعة.

من القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أنه مهما اختلفت طبيعة المسكن إلا وكانت هناك متابعة طبية للمرض لكن المتابعة تكون أكبر عند الأمهات اللواتي تسكن في المساكن الفردية لاهتمامهن الأكبر بأطفالهن ولا يوجد من منعهن من ذلك (تدخلات أهل الزوج) ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها 8.95 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 5.10 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.



فمن خلال الطرح السابق يتبين أن متابعة درجة تطور المرض ومعرفة مستوى العلاج الذي تم التوصل إليه والإجراءات الواجب اتخاذها حيال حدوث أي تغير في الحالة الصحية للطفل خطوة أساسية لا بد أن تكون، فهذا الاهتمام فرضه المرض من جهة وطبيعة المسكن إلى جانب التحسيس بمراقبة المرض عن طريق وسائل الإعلام والأنترنت وكذا التخوف من عواقبه.

إن مرض الربو يصنف ضمن الأمراض المزمنة الخطيرة التي لازالت تتخر أجساد الأطفال الضعيفة والتي جعلت حياتهم معقدة تعقيد علاج المرض رغم ما وصل إليه الطب من تطور. فخطورة المرض والنوبات المتكررة التي يتعرض لها المريض والتي تجعله حبيسا يعاني هو وجميع أفراد أسرته فرضت على ضرورة الحرص وجعل متابعة المرض من أولى الأولويات بالرغم من الظروف المعيشية التي تحيا فيها الكثير من الأسر خاصة الميسورة الحال فمن خلال الجدول دائما فبالرغم من وجود أسر في مساكن مستأجرة إلا أنها تحرص على الجانب الصحي لأطفالها فهي واعية أشد الوعي بخطورة المرض وآثاره النفسية والصحية على المريض وبالرغم من إدراكها التام لتكاليف العلاج وصعوبة الوضعية الاقتصادية إلا أنها تعتبر إنقاذ حياة المريض وعدم رؤيته يتخبط في أزماته أهم من توفير حاجات أفراد الأسرة في الكثير من الأحيان رغم حاجتهم الماسة لها.

جدول رقم (46): علاقة طبيعة المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج.

| طبيب المفضل لطلب<br>العلاج |  | طبيب عام |    | طبيب خاص |     | المجموع |     |
|----------------------------|--|----------|----|----------|-----|---------|-----|
|                            |  | %        | ك  | %        | ك   | %       | ك   |
| مسكن جماعي                 |  | 22.5     | 48 | 77.5     | 165 | 100     | 213 |
| مسكن فردي ملكية خاصة       |  | 07.7     | 03 | 92.3     | 36  | 100     | 39  |
| مسكن فردي مستأجر           |  | -        | -  | 100      | 15  | 100     | 15  |
| مسكن فردي آخر              |  | 18.2     | 06 | 81.8     | 27  | 100     | 33  |
| المجموع                    |  | 19       | 57 | 81       | 243 | 100     | 300 |

يتضح من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن علاج أطفالهن

عند الطبيب الخاص بنسبة 81%، مقابل 19% تفضلن الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على الطبيب المفضل لطلب العلاج وجدنا

أن الأمهات اللواتي تسكن مساكن فردية مستأجرة وكذا مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن

فردية أخرى تفضلن العلاج عند الطبيب الخاص بالنسب التالية على التوالي: 100%،

92.3% و 81.8% مقابل 7.7% و 18.2% تفضلن الطبيب العام.

في حين 22.5% من الأمهات تفضلن الطبيب العام وتسكن في مساكن جماعية مقابل

77.5% تفضلن الطبيب الخاص.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت 8.503 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما

كما الجدولية قدرت بـ 2.85 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض

فرضية العدم ونقول توجد علاقة بين المتغيرين.

ليس من السهل الوصول إلى طبيب خاص يكشف عن ما يخفيه أزيز الصدر وصفيره الذي

لطالما عانى ويعاني منه العديد من الأطفال لكن من السهل الوصول إلى طبيب عام يدون

وصفة تعود تدوينها دون التقليل من شأنه، هكذا رددت العديد من الأمهات هذه العبارات تقولها بألم كبير نتيجة تجربتهن مع هذا الأخير، الأمر يكمن في تدوين أدوية هي نفسها تتكرر في كل مرة على أمل ارتياح المريض وإذا لم تكن النتيجة فالعودة الأكيدة إليه.

إن الطب وجد ليكشف عن العلل ويصل إلى علاجها أو على الأقل التخفيف من حدتها، فمرض الربو من الأمراض التي استصعب على أهل الاختصاص الوصول إلى إيجاد العلاج النهائي له رغم الجهود التي بذلت ولا تزال كذلك بل التخفيف من حدة نوباته بتجنب العوامل المؤدية لذلك، فالطبيب الخاص يشعر المريض بالراحة النفسية وهذه خطوة إيجابية له ولأسرته خاصة أمه، فهو يأخذ كل الوقت للاستفسار عن المرض وبداياته وأسباب الأزمات التي يتعرض لها كما أنه يمتلك لوسائل تسمح بالكشف الدقيق عن المرض لذلك تفضل الأمهات الطبيب الخاص على العام فهذا الأخير يعالج أمراض متعددة بينما الأول يختص في مرض واحد وأحيانا فئة عمرية واحدة أيضا.

جدول رقم (47): علاقة طبيعة المسكن بنوع العلاج المفضل

| نوع العلاج المفضل / طبيعة المسكن |  | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|----------------------------------|--|------|------|--------|------|---------|-----|
|                                  |  | ك    | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| مسكن جماعي                       |  | 168  | 78.9 | 45     | 21.1 | 213     | 100 |
| مسكن فردي ملكية خاصة             |  | 30   | 76.9 | 09     | 23.1 | 39      | 100 |
| مسكن فردي مستأجر                 |  | 09   | 60   | 06     | 40   | 15      | 100 |
| مسكن فردي آخر                    |  | 21   | 63.3 | 12     | 36.4 | 33      | 100 |
| المجموع                          |  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن العلاج الحديث لأطفالهن المرضى بالربو وذلك بنسبة 76%، مقابل 24% منهن تفضلن العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل للطفل المريض، وجدنا أن الأمهات اللواتي يسكن في مساكن جماعية ومساكن فردية ذات ملكية خاصة تفضلن العلاج الحديث بنسبة 78.9% و 76.9% على التوالي، في حين نجد أن 40% و 36.4% من الأمهات تسكن في مساكن فردية مستأجرة ومساكن فردية أخرى تفضلن العلاج التقليدي مقابل 09% و 21% تفضلن العلاج الحديث على التوالي.

لقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 5.853 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 3.60 دليل على وجود فروق جوهرية وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول توجد علاقة بين المتغيرين.

إن الوصول بالطفل المريض إلى حالة الاستقرار السريع لحالته المتهيجة لم يكن بمحض الصدفة وإنما ناتج عن العلاج الحديث الذي بذل أهل الاختصاص فيه جهداً كبيراً في الدراسة والبحث والتجارب للوصول إلى النتيجة المطلوبة ولو أنها ليست بالمستوى المرغوب والمتمني

الوصول إليه، هكذا ترى أغلب الأمهات هذا النوع من العلاج، كيف للطب والعلاج التقليدي بإمكانه الوصول بالطفل الذي يمزق المرض أعضائه إلى العلاج في حين يجد الطب الحديث صعوبة في ذلك بالرغم من قيامه وارتكازه على الفحوصات المتكررة والأشعة والتجارب التي تسمح بتدوين وصفة تهدي من حالة المريض الذي يؤس من مرضه في أحيان عدة لعجزه عن ممارسة نشاطاته كباقي أقرانه.

ليبقى العلاج التقليدي الحل الثاني لأغلب الأسر التي استصعب عليها أمر دفع تكاليف العلاج من جهة، أو لأنها جربت وصفات شعبية جعلت حالة أطفالها مستقرة دون أن ترى الأثر الداخلي الخفي الذي قد يزيد من خطورة المرض، فأغلب الأمهات ترى أن العلاج الحديث جاء كبديل للذين عجزوا عن طلب الشفاء لأطفالهم خاصة الساكنات في مساكن مستأجرة فكيف يمكن علاج الطفل في ظل ارتفاع تكاليفه وتكاليف الإيجار معا ضف إلى ذلك حاجات أفراد أسرته التي لا بد من تلبيتها فلا خطورة فيه باعتبار القائم على هذا النوع من العلاج يطلب وصفة طبية تبين حالة الطفل المريض ودرجة تطور مرضه حتى يتسنى له تقديم الدواء، فالأفضل علاج الطفل وعدم تركه يحدق بعينه يصارع المرض.

جدول رقم (48): علاقة طبيعة المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| نوع الرضاعة          |  | طبيعية |      | اصطناعية |      | مختلطة |      | المجموع |     |
|----------------------|--|--------|------|----------|------|--------|------|---------|-----|
|                      |  | ك      | %    | ك        | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| مسكن جماعي           |  | 117    | 54.9 | 45       | 21.1 | 51     | 23.9 | 213     | 100 |
| مسكن فردي ملكية خاصة |  | 27     | 69.2 | 06       | 15.4 | 06     | 15.4 | 39      | 100 |
| مسكن فردي مستأجر     |  | 06     | 40   | 03       | 20   | 06     | 40   | 15      | 100 |
| مسكن فردي آخر        |  | 21     | 63.6 | 06       | 18.2 | 06     | 18.2 | 33      | 100 |
| المجموع              |  | 171    | 57   | 60       | 20   | 69     | 23   | 300     | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 57%، مقابل 20% من الأمهات تعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع الرضاعة المقدمة للطفل تبين أن: الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية أخرى اعتمدن على الرضاعة الطبيعية وهن تمثلن النسب التالية: 69.2% و 63.6% على التوالي.

في حين 21.1% من الأمهات الساكنات في مساكن جماعية تعتمدن على الرضاعة الاصطناعية مقابل 54.9% تمارسن الرضاعة الطبيعية، بينما 40% من الأمهات الساكنات في مساكن فردية مستأجرة تعتمدن على الرضاعة المختلطة وهي نفس نسبة اللواتي تمارسن الرضاعة الطبيعية.

قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها 6.088 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 3 وبالتالي هناك فروق جوهرية ونرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين طبيعة المسكن ونوع الرضاعة المقدمة للطفل.

تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد أهم العوامل الرئيسية التي تضمن نموا طبيعيا للأطفال والإجراءات الوقائية ضد الوفيات الناتجة عن أمراض الطفولة ولذلك حثت العديد من البرامج الوطنية والدولية علة ممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى وقد تم إدراج الرضاعة الطبيعية ضمن السياسات العامة للصحة والتنمية.

فإذا كان حليب الأم أحسن غذاء نتيجة لأهميته لصحة الأم والطفل كما ذكرنا سالفاً فإننا نجد اعتماد الأمهات على ممارسة هذا النوع من التغذية بنسب عالية على اختلاف ملكية المسكن نتيجة إدراكهن التام لأثر حليب الأم على النمو العقلي والجسدي للطفل إضافة إلى أن حليب الأم لا يحتاج إلى مال لجلبه أي غير مكلف بدون ثمن ولا إلى جهد لتحضيره فهو متوفر في كل وقت ومعقم ولا يحتاج وقتاً وأواني لتحضيره ولا تضطر لتنظيف الزجاجاة قبل وبعد الرضاعة ولا الماء لتحضيره وبالتالي يتوفر في الكثير من الأحيان للأم الوقت الكافي للممارسة هواياتها وأعمالها المنزلية ووقت أطول للعناية بطفلها ومداعبته وتعليمه الأمر الذي ينعكس على الطفل وقدراته الجسدية والعقلية.

أما إذا عجزت الأم عن إرضاع طفلها لأسباب خارج عن إرادتها واعتمادها إما على الرضاعة المختلطة أو الاصطناعية مثل ما هو مبين في الجدول أعلاه ففي مثل هذه الحالة لا بد أن تقدم الأم لطفلها وتختار له حليباً صناعياً مقارباً في تركيبه وخصائصه لحليبها كلما أمكن ذلك.

والملاحظ من الجدول أن الإقبال على ممارسة الرضاعة الطبيعية عند الأمهات الساكنات في المساكن الفردية يكون أعلى وهذا راجع لامتلاكهن للوقت الكافي لإرضاع أطفالهن فهن يسرن على برنامج يومي منظم لشغل البيت وتحضير الطعام كما أنهنهن لا يوجد من يخرجهن أثناء الرضاعة على عكس العيش مع الجماعة تكثر الأعباء ويكثر الأشخاص مما يجعل من الأمهات تؤجل إرضاع أطفالهن حشمة وحياء أو اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة هروباً من الضغط الذي فرضه عليهن شغل البيت والأفراد ليدفع أطفالهن ثمن ذلك،

بالرغم من تأكيد بعض الأمهات على أن أفراد الأسرة الكبيرة تلح عليهن بضرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية إدراكاً لأهميتها نتيجة التجربة

جدول رقم (49): علاقة طبيعة المسكن بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

| المجموع |     | وجبة غذائية ناقصة |     | وجبة غذائية صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|-------------------------------------|
|         |     | %                 | ك   | %                      | ك   |                                     |
| 100     | 213 | 38                | 81  | 62                     | 132 | مسكن جماعي                          |
| 100     | 39  | 15.4              | 06  | 84.6                   | 33  | مسكن فردي ملكية خاصة                |
| 100     | 15  | 20                | 03  | 80                     | 12  | مسكن فردي مستأجر                    |
| 100     | 33  | 36.4              | 12  | 63.6                   | 21  | مسكن فردي آخر                       |
| 100     | 300 | 34                | 102 | 66                     | 198 | المجموع                             |

من خلال قراءة هذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة بنسبة 66%، مقابل 34% من الأمهات تقدمن وجبات غذائية ناقصة.

وعند إدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على نوع الوجبات المقدمة للطفل تبين أن الأمهات اللواتي تسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية مستأجرة ومساكن فردية أخرى ومساكن جماعية واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 84.6% و 80% و 63.6% و 62%.

من هذا التحليل يتبين أن لطبيعة المسكن تأثير على نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل، وعند حسابنا لاختبار كا<sup>2</sup> وجدناها قدرت بـ 8.955 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 5.10 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين طبيعة المسكن ونوع الوجبات المقدمة للطفل.



الغذاء الصحي هو الغذاء المتوازن والذي يوافق كل مرحلة عمرية من حياة الطفل، فالإفراط في تقديم بعض الأغذية عن الحد المطلوب والخلط الذي لا يعتمد على مقاييس صحية سيخلف انزعاجا للطفل ويؤدي به إلى البدانة والتي تعتبر هي الأخرى بوابة الأمراض.

فالأمهات الساكنة في المساكن الفردية في غالب الأحوال من أسرة ميسورة الحال وبالرغم من ذلك تحاول عند توفر ما يسمح لها بتقديم الأفضل لأنها الوحيدة المسؤولة عن ما تقدمن من وجبات لأطفالهن، حيث تعملن جاهدة على محاولة إحداث توازن في عناصرها دون الإفراط في عنصر دون الآخر حيث صرحن بعض الأمهات بأنهن يدخلن المطبخ للطهي وهن مركّزات على ما يتم تحضيره لأطفالهن، كما نجدها أحيانا تكثر في خلط مجموعات غذائية والإفراط فيها دون مراعاة المقاييس الصحية في حالات أخرى ضنا منها الوجبة الكاملة ضف إلى ذلك الاستهلاك المفرط للمواد المصنعة الذي ينعكس على صحة أطفالهن.

أما الأمهات في الأسر الجماعية كثيرا ما تقوم بخلط أنواع من الأغذية وهذا اتباعا لأوامر أم زوجها غالبا أو شخص آخر لأن أهل زمان تلك نظرتهم خلط الأغذية والإكثار من واحدة دون الأخرى تجلب المنفعة للطفل وهذه هي التغذية الصحية في نظرهم.

وبالتالي الالتزام بقواعد الغذاء الصحي مسؤولية الجميع في ظل انتشار الوعي بالتطور التكنولوجي الحديث.

جدول رقم (50): علاقة طبيعة المسكن بمكان لعب الطفل.

| المجموع |     | في الحي |     | في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب |     | مكان لعب الطفل<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|---------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------------|
|         |     |         |     |                                     |     |                                |
| %       | ك   | %       | ك   | %                                   | ك   |                                |
| 100     | 213 | 54.9    | 117 | 45.1                                | 96  | مسكن جماعي                     |
| 100     | 39  | 53.8    | 21  | 46.2                                | 18  | مسكن فردي ملكية خاصة           |
| 100     | 15  | 40      | 06  | 60                                  | 09  | مسكن فردي مستأجر               |
| 100     | 33  | 36.4    | 12  | 63.6                                | 21  | مسكن فردي آخر                  |
| 100     | 300 | 52      | 156 | 48                                  | 144 | المجموع                        |

يبين الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي بنسبة 52%، مقابل 48% أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب.

وبإدخال المتغير المستقل طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على مكان لعب الأطفال وجدنا أن نسبة الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي ويسكنون في مساكن جماعية ومساكن فردية ذات ملكية خاصة قدرت بـ 54.9% و 53.8% على التوالي ،

في حين بلغت نسبة الأمهات اللواتي أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ويسكنون في مساكن فردية مستأجرة ومساكن فردية أخرى 60% و 63.6% على التوالي. من القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أن الأمهات اللاتي تسكن في مساكن جماعية كحال الأسر الممتدة، كثيرا ما تبتعث بأطفالها للعب خارجا خاصة إذا كان عدد أفرادها كثيرون والمسكن ضيق لذلك نجد أطفالهم يلعبون في الحي بدون رقابة عائلية في الكثير من الأحيان

ما يشكل خطرا على الطفل ويكون عرضة لأزمة الربو في أي لحظة وبالتالي قد لا ينتبه له أهله ويحدث ما لم يكن في الحسبان.

حتى وإن كانت الأسرة نووية تسكن في مسكن فردي ملكية خاصة تدفع بأطفالها للعب خارجا الأمر الذي يفسر بالحجم الكبير لأفرادها أو لضيق المسكن وتوفير نوع من الهدوء في المنزل. بينما الأمهات في المساكن الفردية المستأجرة والمساكن من نوع آخر (السكن الفوضوي) تتحفظ بترك أطفالهن يلعبون في البيت أو الأماكن الخاصة باللعب لكونهم غرباء في المكان الذي يقيمون به فتنخوفن على أطفالهن من السرقة أو التعدي عليهم بشتى طرقه فلا لعب وترفيه في مكان ينعدم فيه الأمان فتحمل الصراخ والصراعات الأخوية على فقدانهم لأن بهذا تنعدم المسؤولية والأم غير قادرة على مسؤولياتها نحو أطفالها، كما أن الخارج مليء بالأمراض نتيجة التعرض لمختلف الملوثات والأضرار فتجنبنا لتعرض أطفالها لها من جهة ولكونهم مرضى تخشى حدوث لهم مكروه فتجعلهم نصب أعينهن من جهة أخرى.

## خلاصة الفصل:

بعد إطلاعنا عن الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لأفراد عينتنا المتكونة من 300 طفل مصاب بالربو وينتمون إلى الفئة العمرية 0-15 سنة، وأن 48% منهم ذكور، تتراوح رتبته بين اخوتهم بين الرتبة الأولى والثانية بنسبة 54%، كما توصلنا إلى النتائج التالية:

بالنسبة لمكان الإقامة فإن 52% من أفراد عينتنا يقيمون في منطقة حضرية، حيث أن 30% يقيمون في بيوت قصديرية، و71% من أمهات أفراد عينتنا صرحن بأنهن تقمن في مسكن جماعي يتكون من غرفة إلى غرفتين بنسبة 44%، أما عن أهم التجهيزات التي تملكها الأسرة فلقد اتضح أن 46% منهم تملك من 1 إلى 4 تجهيزات الشيء الذي مكن من تحديد وضعهم المعيشي.

أما عن مميزات البيئة المحيطة بالمسكن، فلقد تبين أن 57% من الأمهات صرحن بوجود تلوث بالمحيط، ويتمثل نوع التلوث أساسا في تراكم قمادات الأوساخ بنسبة 28%. وفيما يخص الوضعية المهنية للأم فلقد تبين أن 55% من الأمهات عاملات تساهمن في تحسين المستوى المعيشي للأسرة وإثبات الذات، من جهة أخرى تبين أن 60% من الآباء يمارس مهنة.

أما عن الدخل الشهري للأسرة فقد تم تسجيل 21% من الأسر لا تملك أي دخل أثناء التحقيق وهذا لعدة أسباب تم ذكرها سابقا.

بالنسبة لعدد الأطفال المنجبون وجدنا عددهم ينتمي للفئة 1-2 بنسبة 54%، أما عن أفراد الأسرة سجلنا عددا يتراوح ما بين 3-5 أفراد بنسبة 46%.

وعند سؤالنا عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل سجلنا تصريح بنسبة 57% عن الرضاعة الطبيعية، أما عن مدة الإرضاع المعتمد عليها وجدنا 54% من الأطفال لا يزالون يتلقون الرضاعة الطبيعية.

أردنا معرفة المستوى التعليمي للوالدين فتوصلنا إلى أن 39% من الأمهات لديهن مستوى جامعي وهو المنوال مقابل 23% متحصلون على مستوى ثانوي. إن الأطفال المصابون بالربو معرضون يوميا لأزمات تختلف في شدتها من طفل لآخر وعليه سألنا عن درجة تعرض الطفل للنوبة توصلنا إلى أن 66% من الأطفال معرضون لحدوثها بكثرة، بحيث يتم التوجه المباشر للطبيب وهو تصرف 44% من الأمهات، أما عن المدة بين التعرض للنوبة وتلقي العلاج وجدنا أن 57% من الأطفال يكون مباشرة بعد التعرض لها. أما عن المتابعة الطبية للمرض سجلنا 66% من الأمهات صرحن بنعم، ويفضّلن طلب العلاج في القطاع الخاص بنسبة 81%، وتفضل العلاج الحديث عن غيره بنسبة 76%، كما تحرص على تقديم وجبات غذائية صحية كاملة لأطفالها بنسبة 66%. وحرصا منا معرفة الفصل الذي تتأزم فيه الحالة الصحية للأطفال المرضى فوجدنا فصلي الشتاء والربيع بنسبة 52%.

في هذا الجزء من هذا الفصل الذي يتضمن تحليل جداول الفرضية الأولى للجانب الميداني للبحث والتي مفادها: التدهور في المستوى المعيشي للأسرة من خلال انخفاض قيمة الدخل وتردي أوضاع المسكن وكذا ملكيته، يؤدي إلى التراجع في تقديم الرعاية الصحية للأطفال، سواء الوقائية منها أو العلاجية، ولا يخفى على أحد أن المستوى المعيشي من أهم العوامل المساعدة والمحفزة للمسائل الصحية خاصة جانب الرعاية والعناية بالصحة، وعليه نحاول ونسعى إلى إظهار هذا التأثير الذي يمكن أن يلعبه المستوى المعيشي، لكن في البداية نقوم بتحديد مؤشرات المتغيرين.

1- مؤشرات المتغير المستقل (المستوى المعيشي) في:

- الدخل الشهري للأسرة.
- نوع المسكن وطبيعته والبيئة المحيطة به.

2- مؤشرات المتغير التابع (الرعاية الصحية) هي:

- درجة التعرض للنوبة.
- كيفية التصرف عند حدوث النوبة.
- المدة بين حدوث النوبة والعلاج.
- المتابعة الطبية للمرض.
- نوع الطبيب المفضل للعلاج.
- نوع العلاج المفضل.
- نوع الرضاعة المقدمة للطفل.
- نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل.
- اختيار مكان لعب الأطفال.

المستوى المعيشي للأسرة كالدخل الأسري المرتفع وامتلاك مسكن صحي يمثل لشروط الصحية من بين أهم العوامل التي تساهم في الرفع من المستوى الصحي والتمتع بحياة صحية جيدة وعليه بعد اختبار فرضيتنا توصلنا للنتائج التالية:

كلما انخفض الدخل الشهري الأسري كان التصرف مع النوبة بالتوجه المباشر للطبيب نتيجة الخوف من زيادة حدة المرض وأعلى نسبة سجلت عند الأسر بدون دخل شهري 57.1%، أما عن المدة بين حدوثها وتلقي العلاج وجدناها في الساعات الأولى وترتفع النسب بانخفاض الدخل الشهري حيث سجلت أعلى نسبة عند الأسر بدون دخل بنسبة 76.2%، وأن الأسر تقوم بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهم حيث وجدنا أن النسب ترتفع بارتفاع الدخل الشهري الأسري حيث سجلت أعلاها عند الأسر ذات دخل يفوق 39000 دينار بنسبة 100%، ويزيد الإقبال على الطبيب الخاص بارتفاع الدخل الشهري وسجلت أعلى نسبة عند الأسر ذات دخل يزيد عن 39000 دج ب 100% ودخل يتراوح ما بين 32000 - 39000 ب 94.1%، ويزيد الإقبال على العلاج الحديث بارتفاع الدخل الشهري الأسري حيث سجلت أعلى نسبة الإقبال

عليه عند الأسر التي يفوق دخلها عن 39000 دج وذلك بـ 93.3% وهذا راجع لطبيعة المرض.

أما الرضاعة الطبيعية فيزيد الإقبال عليها بانخفاض الدخل الشهري الأسري وأعلى نسبة سجلت عند الأسر التي لا تملك دخلا بـ 76.2% وأن أغلب الأمهات تحرصن على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة وترتفع نسبة الحرص بارتفاع الدخل الأسري فأعلاها سجلت عند الأسر التي يفوق دخلها عن 39000 دج بـ 100%

أما عن متغير نوع المسكن فقد وجدنا أن أغلب المساكن بها تهوية بنسبة 52%، أما عن علاقته بكيفية التصرف مع النوبة فقد تبين أن الأسر تتخذ مواقف مختلفة تختلف باختلاف نوع المسكن لكنها تحرص جميعها على تلقي العلاج في الساعات الأولى من حدوث النوبة بنسبة، كما أن لنوع المسكن تأثير في مدة ترك الطفل بدون علاج بعد تعرضه للنوبة حيث كلما كان المسكن رديء كان التوجه في الساعات الأولى والعكس، كما أنه تم الحرص على المتابعة الطبية للمرض مهما كان نوع المسكن إلا أن أعلى نسبة سجلت عند الساكنين في الفيلات بـ 78.6%، كما أن جميع الأسر تفضل الطبيب الخاص لطلب العلاج حيث وجدنا أن الأسر الساكنة في الفيلات هي أكثر حرصا بنسبة 92.9%، كما أنه يتم تفضيل العلاج الحديث للمرض مهما اختلفت طبيعة المسكن إلا أصحاب البيوت القصدية يفضلون العلاج التقليدي لعدم القدرة على دفع تكاليف العلاج، أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل وجدناها الرضاعة الطبيعية مهما اختلفت طبيعة المسكن نظرا للوعي بأهميتها وأعلى نسبة سجلت عند الأمهات المقيمات في مساكن من نوع فيلا بـ 71.4%، كما أن نوع المسكن يتحكم في مكان لعب الطفل لعدة اعتبارات.

كما تطرقنا لطبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على الرعاية الصحية فوجدنا أن التعرض للنوبات المتكررة تحدث في المساكن الفردية الخاصة والمستأجرة بنسبة 84.6% و 80% على التوالي،

ويتم التوجه المباشر للطبيب ومسارة الأسر بأطفالهم المرضى أثناء تعرضهم للنوبة راجع لطبيعة المرض بحد ذاته الذي لا يحتاج إلى تأخر وسجلت أعلى نسبة عند المقيمين في المساكن الفردية المستأجرة لظروف المساكن بنسبة 60%، كما أن لطبيعة المرض تتحكم في المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج في الساعات الأولى إلا أن أعلى نسبة سجلت عند الأسر المقيمة في المساكن الفردية ذات ملكية خاصة بـ 69.2%، أما عن المتابعة الطبية للمرض فالأسر تحرص عليها مهما اختلفت طبيعة مساكنهم لكن هذه المتابعة كانت نسبتها أكبر عند المقيمين في مساكن فردية، كما أن الأسر تفضل العلاج عند الطبيب الخاص وكذا تفضل العلاج الحديث للمرض مهما اختلفت طبيعة المسكن كما تحرص الأمهات على الرضاعة الطبيعية لأثرها الصحي وأعلى نسبة سجلت عند الأمهات اللواتي تقمن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة بـ 84.6%، كما تحرصن على تقديم وجبات غذائية صحية لأطفالهن خاصة المقيمات في المساكن الفردية ذات الملكية الخاصة بنسبة 84.6%، أما عن المكان المخصص للعب وجدنا أن الأمهات اللواتي تقمن في المساكن الجماعية والمساكن الفردية الخاصة تدفعن بأطفالهن إلى اللعب في الحي وبالتالي يكونون عرضة للعديد من العوامل البيئية التي تؤثر على حالتهم الصحية بنسبة 54.9% و 53.8% على التوالي.

في هذا الجزء من هذا الفصل الذي يتضمن تحليل جداول الفرضية الأولى للجانب الميداني للبحث والتي مفادها: التدهور في المستوى المعيشي للأسرة من خلال انخفاض قيمة الدخل وتردي أوضاع المسكن وكذا ملكيته، يؤدي إلى التراجع في تقديم الرعاية الصحية للأطفال، سواء الوقائية منها أو العلاجية، ولا يخفى على أحد أن المستوى المعيشي من أهم العوامل المساعدة والمحفزة للمسائل الصحية خاصة جانب الرعاية والعناية بالصحة، وعليه نحاول ونسعى إلى إظهار هذا التأثير الذي يمكن أن يلعبه المستوى المعيشي، لكن في البداية نقوم بتحديد مؤشرات المتغيرين.



1- مؤشرات المتغير المستقل (المستوى المعيشي) في:

- الدخل الشهري للأسرة.

- نوع المسكن وطبيعته والبيئة المحيطة به.

2- مؤشرات المتغير التابع (الرعاية الصحية) هي:

- درجة التعرض للنوبة.

- كيفية التصرف عند حدوث النوبة.

- المدة بين حدوث النوبة والعلاج.

- المتابعة الطبية للمرض.

- نوع الطبيب المفضل للعلاج.

- نوع العلاج المفضل.

- نوع الرضاعة المقدمة للطفل.

- نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل.

- اختيار مكان لعب الأطفال.

2-1- اختبار مدى مساهمة الدخل الشهري للأسرة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال

المصابين بمرض الربو.

استعانة بالجدول رقم (19) لخصائص العينة والذي تتبين لنا من خلاله أن 66% من

الأطفال حسب تصريح أمهاتهم كثيرون التعرض للنوبة الربوية، مقابل 34% من الأطفال نادرا

ما يتعرضون لها، وعليه نحاول معرفة العلاقة بين الدخل الشهري الأسري بكيفية التصرف مع

النوبة أثناء حدوثها من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (51): علاقة الدخل الشهري الأسري بكيفية التصرف عند حدوث النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال ادويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة<br>الدخل الشهري دج |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-------------------------------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     |                                           |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                                           |
| 100     | 63  | 09.5 | 06 | 33.3                  | 21  | 57.1                  | 36  | بدون دخل                                  |
| 100     | 45  | 06.7 | 03 | 53.3                  | 24  | 40                    | 18  | أقل من 18000                              |
| 100     | 51  | 17.6 | 09 | 41.2                  | 21  | 41.2                  | 21  | 18000 – 25000                             |
| 100     | 45  | 13.3 | 06 | 26.7                  | 12  | 60                    | 27  | 25000 – 32000                             |
| 100     | 51  | 11.8 | 06 | 52.9                  | 27  | 35.3                  | 18  | 32000 – 39000                             |
| 100     | 45  | 40   | 18 | 33.3                  | 15  | 26.7                  | 12  | أكثر من 39000                             |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                                   |

من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي يتوجهن مباشرة للطبيب عند حدوث النوبة لأطفالهن وذلك بنسبة 44% مقابل 16% تستعملن وسائل أخرى.

وعند إدخالنا لمتغير الدخل الشهري للأسرة لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع نوبة الطفل تبين أن الأمهات اللواتي صرحن بأنهن لا يملكن أي دخل أثناء التحقيق وكذا اللواتي دخلهن يتراوح ما بين 25000 و 32000 دج واطبن على الاتجاه العام للجدول أي أنهن يتصرفن مع النوبة بالتوجه المباشرة للطبيب بنسبة 57.1% وكذا 60% على التوالي.

في حين نجد أن الأمهات اللواتي يقل دخلهن الأسري عن 18000 دج يقمن باستعمال أدوية الطفل الخاصة بمرضه بنسبة 53.3%، ثم اللواتي صرحن بأن دخلهن الشهري يتراوح ما بين 32000 و 39000 دج بنسبة 52.9%، بينما 40% من الأمهات صرحن باستعمال وسائل أخرى وهن اللواتي دخلهن يفوق 39000 دج

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين دخل الأسرة وكيفية التصرف مع نوبة الربو والدليل على ذلك أنه عند حسابنا اختبار كا<sup>2</sup> وجدناها 37.811 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 7.20 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين، ولمعرفة مقدار العلاقة قمنا بحساب معامل الارتان فوجدناه مساويا لـ 0.33+ وهي علاقة طردية ضعيفة بين الدخل الشهري الأسري وكيفية التصرف مع النوبة.

ما هو ملاحظ من القراءة الإحصائية للجدول أن الأسر الضعيفة الدخل والميسورة الحال تتخذ موقف التوجه المباشر للطبيب عندما يتعرض أطفالها لنوبة الربو، فبالرغم من تكاليف العلاج التي تعتبر عبئا ثقيلا عليها إلا أنها لا تستطيع تجاهل الأمر فحياة أطفالها يجعلها تتخطى كل الظروف والعقبات الصعبة، لأنه ليس من السهل رؤية فلذة أكبادها تتألم وتعاني دون القيام بأي شيء، فلذلك تجد نفسها عند الطبيب لمعالجتها والتخفيف من حدتها وذلك قصد عدم ترك أطفالها يعانون من الآثار التي تتركها النوبة من ضيق في التنفس وحمى وسيلان الأنف وألم في الظهر وغيرها لأن معاناة الطفل تعني معاناة جميع أفراد العائلة فحسب رأيهم أن المرض ابتلاء ولم يكن مختارا.

لكن الأمر يختلف مع ارتفاع الدخل الأسري فاتجاه تعامل الأسرة مع النوبة يختلف، فقد لا تتوجه الأسرة للطبيب مباشرة وتكتفي باستعمال أدوية خاصة بأطفالها المرضى التي تعودوا على استعمالها لتهدة الحالة هذا تقاديا لكثرة الأدوية إلا في حالة تعسر الحالة المرضية، كما أنها تعتمد على بعض الوسائل المساهمة في تهدئة النوبة الناتجة عن التجربة الخاصة أو المستعمل من طرف الأقارب لنفس الحالة.

أما عن المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج فهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (52): علاقة الدخل الشهري الأسري بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج | الدخل الشهري دج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|----------------|-----|------------------------------------|-----------------|
|         |     |             |    |          |    |                |     |                                    |                 |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %              | ك   |                                    |                 |
| 100     | 63  | 09.5        | 06 | 14.3     | 09 | 76.2           | 48  |                                    | بدون دخل        |
| 100     | 45  | 26.7        | 12 | 20       | 09 | 53.3           | 24  |                                    | أقل من 18000    |
| 100     | 51  | 23.5        | 12 | 11.8     | 06 | 64.7           | 33  |                                    | 18000 – 25000   |
| 100     | 45  | 33.3        | 15 | 20       | 09 | 46.7           | 21  |                                    | 25000 – 32000   |
| 100     | 51  | 29.4        | 15 | 35.3     | 18 | 35.3           | 18  |                                    | 32000 – 39000   |
| 100     | 45  | 20          | 09 | 20       | 09 | 60             | 27  |                                    | أكثر من 39000   |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57             | 171 |                                    | المجموع         |

من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي تتوجهن في الساعات الأولى بأطفالهن لتلقي العلاج بعد التعرض للنوبة وهذا بنسبة 57%، مقابل 20% منهن يتركن أطفالهن ليوم واحد قبل تلقيهم العلاج.

وعند إدخال متغير الدخل الأسري لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج، وجدنا أن الأمهات اللواتي لم يكن لهن دخل يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج مباشرة بعد التعرض للنوبة بنسبة 76.2%، وبنسبة 64.7% و 60% بالنسبة للأمهات اللواتي يتراوح الدخل الأسري لهن ما بين 18000 و 25000 دج وأكثر من 39000 دج على التوالي، وبنسبة 53.3% بالنسبة لذوات دخل أسري يقل عن 18000 دج.

في حين الأمهات اللواتي دخلهن الأسري يتراوح ما بين 32000 و 39000 دج يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج في الساعات الأولى من التعرض للنوبة والانتظار ليوم واحد بنفس النسبة 35.3%

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها تقدر ب 26.981 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت ب 9 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع الدخل الشهري الأسري والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

ما هو ملاحظ من هذا الطرح والقراءة الإحصائية أنه رغم انخفاض الدخل أو غيابه عند الكثير من الأسر وقلة الإمكانيات والصعوبات التي تتلقاها نتيجة دفع تكاليف الفحص والعلاج ناهيك عن تكاليف التنقل حيث أن أغلب الأسر تكون مجبرة على استعمال وسيلة من وسائل النقل للوصول إلى المكان المطلوب إلا أنها تسعى جاهدة لتقديم العلاج المناسب في الوقت المناسب للخروج بطفلها من الأزمة التي وقع فيها.

في مقابل ذلك نجد موقف بعض الأسر ترك أطفالها دون علاج ليوم واحد أو يومان فأكثر لعدم وجود من يرافق الأم ويساعدها في حمل طفلها المريض وحتى التي ينوب عنها في أخذه باعتبارها لديها أطفال صغار يحتاجون لمن يكون بجانبهم، كما أن النوبة في كثير من الأحيان تحدث في الليل الأمر الذي يصعب على الوالدين حمل الطفل للطبيب ففي ظل انعدام الوسيلة الأمر يستدعي منه قصد الجيران وربما يزعجهم مما يجعلهم ينتظرون اليوم الموالي واستعمال ما يجب استعماله باعتبار أغلب الأسر تسكن خارج المدينة مما يزيد الأمر صعوبة، إن هذه الأسباب تجعل من الانتظار ومراقبة تطور المرض سيد الموقف إضافة إلى أن بعض الأمهات

تعودن على المرض فيستعملن الدواء الذي يأخذه الطفل في البيت كالبخاخات مثلاً ففي حالة ما إذا زادت حدة النوبة فهي توجب التضحية وتخطي جميع العقبات لإنقاذ طفلها المريض.

بينما الأسر التي تملك دخلاً مرتفعاً ولديها الإمكانيات اللازمة لعلاج طفلها فلا تجد عائداً يمنعها من تلقي طفلها العلاج المناسب مباشرة بعد تعرضه للنوبة، بالرغم من انتهاج البعض منها نهج الانتظار إما ليوم أو يومين فأكثر فهي على دراية بما يتم استعماله للطفل أثناء تعرضه للنوبة حسب تصريحات الأمهات فقد سعت لتوفيرها في البيت لتقديم الإسعافات في الوقت المناسب

جدول رقم (53): علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بالمتابعة الطبية للمرض.

| المتابعة الطبية<br>للمرض |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |
|--------------------------|--|-----|------|-----|------|---------|
|                          |  |     |      |     |      |         |
| الدخل الشهري درج         |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       |
| بدون دخل                 |  | 12  | 19   | 51  | 81   | 63      |
| أقل من 18000             |  | 09  | 20   | 36  | 80   | 45      |
| 18000 – 25000            |  | 45  | 88.2 | 06  | 11.8 | 51      |
| 25000 – 32000            |  | 42  | 93.3 | 03  | 6.7  | 45      |
| 32000 – 39000            |  | 45  | 88.2 | 06  | 11.8 | 51      |
| أكثر من 39000            |  | 45  | 100  | –   | –    | 45      |
| المجموع                  |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     |

من خلال الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو أولئك الأطفال الذين يتلقون متابعة طبية لمرضهم وذلك بنسبة 66%، في المقابل بلغت نسبة الذين لا يتلقونها 34%.

وبإدخال متغير قيمة الدخل الشهري الأسري يشير الجدول نفسه إلى أن الأسر التي لديها قيمة دخل أكثر من 39000 دج تمثل أعلى نسبة في متابعة مرض أطفالهم وذلك بنسبة 100%، تليها 93.3% بالنسبة للأسر التي لها قيمة دخل يتراوح ما بين 25000-32000 دج، ثم 88.2% لكل من الأسر التي لها قيمة دخل يتراوح ما بين 18000 و 25000 دج و 32000 و 39000 دج على التوالي.

في حين سجلت أعلى نسبة عدم متابعة المرض طبيا عند كل من الأسر التي لا تملك دخلا أثناء التحقيق وكذا الأسر التي لديها دخلا يقل عن 18000 دج وذلك بنسبة 81% و 80% على التوالي.

المتابعة الطبية ضرورية في حياة الطفل لأنها تسمح بمعرفة درجة نموه عقليا وجسديا ناهيك عن معرفة درجة تطور مرضه، ولقد تطرقنا في الجانب النظري إلى المتابعة الطبية بقولنا إن نمو الطفل يسير وفق مبادئ وخصائص معينة يجب مراعاتها عند تعاملنا معه، هذه الخصائص تميز كل مراحل عمر الطفل، ونظرا لأهمية كل مرحلة في حياة الطفل لا بد من متابعة ورعاية صحية وطبية حتى ينشأ سليما معافى وأول هذه الأمور هو حصول الطفل على التطعيمات لأن هذه الأخيرة تجنبه من الوقوع في العديد من الأمراض وتقيه الأخطار التي تهدد صحته كأمراض الإسهال والتهانوس... إلخ، إضافة إلى الاكتشاف المبكر لأمراض سوء التغذية والحساسية لأخذ الإجراءات اللازمة لذلك<sup>1</sup>.

من هذا الطرح نستنتج أنه كلما ارتفع الدخل الأسري زاد الحرص على المتابعة الطبية باعتبار الأسر قادرة على دفع تكاليف العلاج إلى جانب ذلك المرض الذي يعتبر مزمنًا يفرض عليهم متابعته لمعرفة مدى التقدم العلاجي وشفاء المريض، فالتفكير في علاج المريض من أولى

<sup>1</sup> - نايفة قطامي: مرجع سابق، ص 15.

الأولويات حسب تصريحهم باعتبار الوسيلة موجودة للوصول إلى شفائه أو على الأقل تجاوز عقبات المرض وعدم تركه يعاني ويتخبط في أزماته لأن مرض الطفل ومعاناته تعني معاناة جميع أفراد الأسرة .

في مقابل ذلك يمكن تفسير عدم القيام بالمتابعة الطبية لمرض أطفال الأسر المنخفضة الدخل يعود بالدرجة الأولى إلى الصعوبات التي تتلقاها نتيجة عدم القدرة على دفع تكاليف الفحص والعلاج باعتبار المرض يحتاج إلى أدوية تساعد على التخفيف من حدته وفحوصات مما يجعل التفكير في عدم متابعة المرض سيد الموقف، فغلاء المعيشة وانخفاض الدخل صعب وكان حاجزا أمام مسؤوليات الأسر اتجاه أطفالها مما سمح بانتهاج موقف ترك الطفل على حاله واللجوء إلى الطبيب إلا في حالة ما إذا تأزمت حالته واشتدت نوبة المرض، لأن حسب رأيهم متابعة مرض الطفل يعني حرمانه وحرمان أفراد أسرته في كثير من الأحيان مما هو ضروري وأساسي دون وعيهم بأن الصحة أغلى أثمن وهي من الأولويات مهما كانت الظروف خاصة إذا كان المرض مزمنًا، فالدخل إذن عند هذه الفئة من الأسر يعتبر عاملا مهما حيث يؤدي غيابه أو انخفاض قيمته عاملا معيقا ومؤثرا في تقديم الرعاية الصحية المطلوبة للطفل. فمن هذا التحليل نلاحظ أنه هناك علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري والمتابعة الطبية للمرض حيث كلما ارتفع الدخل كلما حرصت الأمهات على متابعة مرض أطفالهن، والدليل على ذلك هو عند حسابنا  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 164.962 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5% بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 15.30 دليل على وجود علاقة بين المتغيرين.

أما عن قيمة العلاقة، قمنا بحساب معامل التوافق ق، فوجدناه مقدرا بـ + 059 ومنه نقول أن العلاقة طردية متوسطة.

إذن فالدخل الشهري الأسري يلعب دورا هاما في الحياة المعيشية للأفراد أي أن الطفل الذي يحيا في وسط أسري يتميز بالرفاهية المادية يكون أقل معاناة لأنه يتلقى الإسعافات اللازمة



في وقتها ويكون تحت المراقبة الطبية باستمرار مقارنة بالطفل الذي يحيا حياة اجتماعية محدودة.

والجدول التالي يبين العلاقة بين الدخل الشهري الأسري بالطبيب المفضل لطلب العلاج:

جدول رقم (54): علاقة الدخل الشهري الأسري بالطبيب المفضل لطلب العلاج

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل   |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|-----------------|
|         |     |          |     |          |    | الدخل الشهري دج |
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  |                 |
| 100     | 63  | 57.1     | 36  | 42.9     | 27 | بدون دخل        |
| 100     | 45  | 53.3     | 24  | 46.7     | 21 | أقل من 18000    |
| 100     | 51  | 88.2     | 45  | 11.8     | 06 | 18000 – 25000   |
| 100     | 45  | 100      | 45  | –        | –  | 25000 – 32000   |
| 100     | 51  | 94.1     | 48  | 05.9     | 03 | 32000 – 39000   |
| 100     | 45  | 100      | 45  | –        | –  | أكثر من 39000   |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع         |

يظهر الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو تفضيل الأسر علاج مرض أطفالهم عند الطبيب الخاص وذلك بنسبة 81% مقابل 19% فقط ممن يفضلون الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير الدخل الشهري لمعرفة مدى تأثيره على الطبيب المفضل في العلاج، تبين لنا أن الأسر التي يتراوح دخلها الأسري ما بين 25000 و 32000 دج وكذا أكثر من 39000 دج تفضل العلاج عند الطبيب الخاص بنسبة 100%، تليها نسبة 94.1% بالنسبة للأسر التي يتراوح دخلها ما بين 32000 و 39000 دج يفضلون نفس الطبيب مقابل 5.9% فقط يفضلون الطبيب العام، بينما 88.2% من الأسر التي يتراوح دخلها ما بين 18000 و 25000 دج تفضل الطبيب الخاص مقابل 11.8% يفضلون الطبيب العام.

في حين سجلت نسبة تفضيل العلاج لدى الطبيب العام عند الأسر التي يقل دخلها عن 18000 دج وكذا التي بدون دخل بنسبة 42.9% و 46.7% مقابل 53.3% و 57.1% يفضلون الطبيب الخاص على التوالي.

وعند حسابنا  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 74.229 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 8.55 دليل على وجود علاقة بين المتغيرين.

أما عن مقدار هذه العلاقة فقمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه يقدر بـ +045 ومنه نقول إن العلاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

إن دخل الأسرة الشهري يعتبر من العوامل التي تساهم بشكل فعال في سيرورة الحياة بشكل طبيعي فبه تلبي الحاجات وتشبع الرغبات من مسكن ومأكل ومشرب وملبس وترفيه وتعليم وعلاج وهو جانب مهم في حياة المريض بشكل خاص حيث يمكنه من العلاج وتوفير الأدوية والسفر أحيانا بحثا عن الشفاء.

يبقى في تفكير الكثير من الأسر خاصة المنخفضة الدخل منها أنه مهما كان الطبيب المهم تلقي طفلها للعلاج بالرغم من تفضيل الكثير منهم العلاج عند الطبيب الخاص وهو ما لمسناه من خلال معطيات الجدول وحتى تصريح الأمهات أنه مادام طبيبا يعالج من يقصده فهو درس وبحث إلى أن وصل إلى ما هو عليه لكن يبقى التفكير الآخر صحيح الطبيب لا يجب أن يستهان به فهو مجند لعلاج المرضى والسهرة على راحتهم بدنيا ونفسيا لكن يبقى الفاصل هو الاختصاص يعني أن قصد الطبيب الخاص في علاج الأطفال هو مدرك تماما بما يتعلق بالطفل فقط لأنه كرس نفسه للبحث والدراسة لسنوات إضافية مكنته من الكشف على العديد من المشاكل الصحية التي يعاني منها الطفل وبمجرد فحصه للطفل أو حتى النظر في ملامحه أحيانا فقط يتعرف على العلة التي لحقت به ويقدم الأسباب وحتى أنه يملك وسائل خاصة بالفحص تمكنه من الوصول إلى العلاج السريع بتقديمه للوصفات التي تحمل في طياتها

تحاليل وأدوية مع حرصه الشديد على ضرورة القيام بالإجراءات اللازمة في الوقت المحدد وهو واثق أشد الثقة بقائمة ما قدمه فيخرج الكثير ممن قصده مرتاحا خاصة المريض إضافة إلى أنه يتعمق في الكشف عن المرض من خلال الأسئلة التي يقدمها لأسرة المريض وهو ما لمسناه في إجابات الأمهات حيث يتلقين العديد من الأسئلة مع مطالبتهن بضرورة تقديم التوضيحات منها بداية المرض والأعراض التي تظهر على الطفل وكذا تاريخ الأسرة بمعنى وجود عضو في هذه الأخيرة مصاب بالمرض لأن تاريخ الأسرة عامل مهم في تطوير الربو والأزيز لدى الطفل ووجود عضو من الأسرة مصاب بحساسية، بالربو أو بأمراض أخرى مؤثرة على المجاري الهوائية السفلى هو أيضا عامل معرض لخطر جميع أنواع الأزيز، فلقد ظهر أن الحساسية والربو الأمومية بشكل خاص تزيد من خطر تطور الأزيز المستديم للطفل لذلك من المهم أن تعلم طبيب طفلك إذا كان هناك تاريخ ربو أو حساسية في عائلة طفلك منهم ويتم تطبيق التعليمات والعلاج من طرف الأسر وفي الحالة التي نحن بصدد معالجتها فإنه الطفل المريض بالربو لا يجب أن يعرض على غير مختص تقاديا للعلاج الجانبي والمضاعفات التي قد يتعرض لها، فكثير من الأمهات ممن أصبحن يقصدن الطبيب الخاص جربن الطبيب العام لكن أطفالهن لم يتحصلوا على العلاج المطلوب ونفس الأدوية تقدم في كل مرة مع تردد الطبيب في إعطائها الأمر الذي دفع بهن بالتفكير نحو العلاج عند الطبيب الخاص، ولا يزال العديد من الأسر تقصد الطبيب العام فغياب الدخل الشهري للأسرة أو انخفاضه من العوامل التي بسببها تنتهج الأسر غالبا طرق لا يجب انتهاجها خاصة إذا تعلق الأمر بالصحة لأن الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمتها إلا المرضى ليبقى الطفل بين المرض والطبيب باحثا عن العلاج الذي يخلصه من التعب النفسي والبدني لأن الطبيب العام يقوم بفحص جميع المشاكل التي يعاني منها الصغير والكبير ويقدم وصفات عديدة ومختلفة تجعله لا يدرك الكثير من الأمور فهو يقدم أدوية مع قوله إن لم تتحسن حالته فيجب إعادته بعد مدة تكون محددة من طرفه لتقديم علاج آخر وهكذا في كل مرة مما يدخل الشك في نفوس البعض

أما الفئة التي نحن بصدد التحدث عنها فالواقع المعيشي حتم عليها اللجوء إلى هذا النوع من الأطباء بحثاً عن إخراج أطفالها البريئة من المعاناة ليحيوا حياة طبيعية كباقي أقرانهم.

أما عن نوع العلاج المفضل عند الأسر فهو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (55): علاقة الدخل الشهري للأسر بنوع العلاج المفضل للطفل.

| نوع العلاج المفضل<br>الدخل الشهري دج |  | علاج حديث |      | علاج تقليدي |      | المجموع |     |
|--------------------------------------|--|-----------|------|-------------|------|---------|-----|
|                                      |  | ك         | %    | ك           | %    | ك       | %   |
| بدون دخل                             |  | 36        | 57.1 | 27          | 42.9 | 63      | 100 |
| أقل من 18000                         |  | 21        | 46.7 | 24          | 53.3 | 45      | 100 |
| 18000 – 25000                        |  | 45        | 88.2 | 06          | 11.8 | 51      | 100 |
| 25000 – 32000                        |  | 39        | 86.7 | 06          | 13.3 | 45      | 100 |
| 32000 – 39000                        |  | 45        | 88.2 | 06          | 11.8 | 51      | 100 |
| أكثر من 39000                        |  | 42        | 93.3 | 03          | 06.7 | 45      | 100 |
| المجموع                              |  | 228       | 76   | 72          | 24   | 300     | 100 |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأسر التي تفضل العلاج الحديث بنسبة 76% مقابل 24% فقط ممن يفضلون العلاج التقليدي.

وبإدخال متغير قيمة الدخل لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل لعلاج مرض الطفل وجدنا أنه بارتفاع الدخل الشهري الأسري ترتفع معه نسبة تفضيل العلاج الحديث، حيث سجلت أعلى نسبة عند الأسر التي تفوق قيمة الدخل الشهري لها عن 39000 دج وذلك بـ 93.3% مقابل 6.7% فقط يفضلون العلاج التقليدي.

ونفس الشيء بالنسبة للأسر التي يتراوح دخلها الشهري ما بين 25000 و 32000 دج وكذا 18000 و 25000 دج و 32000 و 39000 دج يفضلون العلاج الحديث بنسبة 86.7% و 88.2% على التوالي

في حين وجدنا أن الأسر التي هي بدون دخل أو التي يقل دخلها عن 18000 دج تفضل العلاج التقليدي بنسبة 42.9% و 53.3% مقابل 46.7% و 57.1% تفضل العلاج الحديث على التوالي.

فمن القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أنه بارتفاع الدخل الشهري للأسرة ترتفع معه نسب الإقبال على العلاج الحديث والطب الرسمي، وعند حسابنا لاختبار كا<sup>2</sup> وجدنا كا<sup>2</sup> المحسوبة 52.10 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 10.80 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري ونوع العلاج المفضل.

ولمعرفة مقدار العلاقة قمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه مقدرا بـ +0.38 دليل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

ويرجع سبب هذا التوجه والقرار (العلاج الحديث) إلى طبيعة المرض الذي يعاني منه الأطفال باعتبار مرض الربو يصنف ضمن الأمراض المزمنة وهو يصيب الممرات الهوائية للرئتين وينتج عن التهاب وضيق الممرات التنفسية مما يمنع تدفق الهواء إلى الشعب الهوائية مما يؤدي على نوبات متكررة من ضيق بالتنفس مع أزيز بالصدر وغيرها من الآثار التي يخلفها على المريض ناهيك عن الأثر النفسي التي يتركه على الطفل.

من هنا استلزم واستدعى الأمر العلاج الرسمي باعتباره يسمح بمتابعة المرض ومعرفة درجة تطوره ومحاولة تخطي عقباته والوصول إلى التقليل من حدته ولما لا الشفاء منه.

فأغلب الأسر واعية أشد الوعي بأن المرض يتطلب هذا النوع من العلاج حتى ولو أنه يحتاج إلى الكثير من المال للحصول على الأدوية والفحوصات والذي صعب الحياة خاصة بالنسبة للأسر ذات الدخل المنخفض في ظل غلاء المعيشة وصعوبة تلبية حاجات أفرادها الأساسية على غرار الأسر الميسورة الحال سهل العامل المادي لها علاج أطفالها ولو أن المرض يحتاج إلى تكاليف كبيرة، ولذلك نجد في أغلب الأحيان الأسر المنخفضة الدخل رغم معرفتهم بخطورة

المرض إلا أنهم يسعون نحو البحث عن العلاج بالاعتماد على العلاج التقليدي أملا في شفاء أطفالهم سريعا فحسب قولهم (دراهمنا نحيناهم من جلدنا باش يبراو ولادنا بصح الدوا والطبيب ما دارو والو حبينا نجربو دوا لعرب بلاك يجيب فايذة).

إذن فانتهاج الأسر نهج العلاج الحديث راجع لطبيعة المرض الذي لايزال يتخبط ويعاني منه الكثير من الأطفال.

لتبقى الأسر الضعيفة الدخل تسعى بين العلاج الحديث الذي أرهق كاهلها بالمصاريف التي عجزت عنها والعلاج التقليدي الذي قد يزيد الأمر سوءا.

جدول رقم (56): علاقة الدخل الشهري للأسرة بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| نوع الرضاعة<br>الدخل الشهري<br>دج |  | طبيعية |       | اصطناعية |      | مختلطة |      | المجموع |     |
|-----------------------------------|--|--------|-------|----------|------|--------|------|---------|-----|
|                                   |  | ك      | %     | ك        | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| بدون دخل                          |  | 48     | 76.02 | 09       | 14.3 | 06     | 09.5 | 63      | 100 |
| أقل من 18000                      |  | 24     | 53.3  | 09       | 20   | 12     | 26.7 | 45      | 100 |
| 18000 – 25000                     |  | 33     | 64.7  | 06       | 11.8 | 12     | 23.5 | 51      | 100 |
| 25000 – 32000                     |  | 21     | 46.7  | 09       | 20   | 15     | 33.3 | 45      | 100 |
| 32000 – 39000                     |  | 18     | 35.3  | 18       | 35.3 | 15     | 29.4 | 51      | 100 |
| أكثر من 39000                     |  | 27     | 60    | 09       | 20   | 09     | 20   | 45      | 100 |
| المجموع                           |  | 171    | 57    | 60       | 20   | 69     | 23   | 300     | 100 |

يتبين من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو إقبال الأمهات على استعمال الرضاعة الطبيعية في تغذية أطفالهن وذلك بنسبة 57%، مقابل 20% منهن اعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير الدخل الشهري لمعرفة مدى تأثيره على نوع الرضاعة المستعملة من طرف الأمهات في تغذية أطفالهن، وجدنا أن نسبة الإقبال على الرضاعة الطبيعية تنخفض بارتفاع الدخل الشهري الأسري، حيث سجلنا 76.2% من الأمهات اللواتي هن بدون دخل أسري تعتمدن على الرضاعة الطبيعية، وكذلك الأسر التي يتراوح دخلها ما بين 18000 و 25000 دج وأكثر من 39000 دج وأقل من 18000 دج بالنسب التالية على التوالي: 64.7% اصطناعية و 60% و 53.3%.

في حين سجلنا 35.3% من الأمهات اللواتي يتراوح دخلهن الأسري ما بين 32000 و 39000 دج يعتمدن على كل من الرضاعة الطبيعية والاصطناعية مقابل 29.4% يعتمدن على الرضاعة المختلطة.

أما 33.3% من الأمهات اللواتي يتراوح دخلهن الأسري ما بين 25000 و 32000 دج فتعتمدن على الرضاعة المختلطة مقابل 46.7% تعتمدن على الرضاعة الطبيعية.

من القراءة الإحصائية للجدول يتبين أنه كلما كانت الأسرة ميسورة الحال زاد اتجاهها نحو الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة، وهذا لأنها لا تجد عائقا في شراء الحليب المعبى من جهة، ومن جهة أخرى حتى لا يرتبط الطفل بها خاصة إذا كانت عاملة، هذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن المستوى المعيشي للأسرة هو الذي يحدد نوع الرضاعة المقدمة للطفل. لذلك نجد أن الأسر المنخفضة الدخل تعتمد على الرضاعة الطبيعية لأنها بحاجة فقط إلى توفير ضروريات الحياة وما يسد رمقها، لأنه بمجرد التفكير في شراء حليب للطفل هذا يدفع بالضرورة إلى جلب كل ما يتطلب ذلك من رضاعة وأكد ليست مجرد رضاعة فلا بد أن تكون رضاعة صحية (زجاجية) الخالية من الميكروبات، ضف إلى ذلك ضرورة تغذية ماء الحليب والرضاعة وهذا بطبيعة الحال يتطلب المزيد من الوقت والجهد والمال مما يزيد من عبء الأم والأسرة نتيجة ظروفها المعيشية، مما يدفعهم إلى الاعتماد على الرضاعة الطبيعية وقد أشرنا في الجانب النظري أنه يكلف الحليب الاصطناعي أو الحيواني الطازج الكثير من المال خلال

طفولة الابن، هذا عدا الجهد الذي تحتاج إليه الأم في تحضير هذا الحليب، أما لبن الأم فهو بدون ثمن ومتوفر في كل وقت ومعقم لا يحتاج وقتاً وأواني لتحضيره<sup>1</sup>.

وعليه فلقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 26.981 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 9 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري ونوع الرضاعة المقدمة للطفل، أما عن مقدار العلاقة فلقد وجدنا معامل التوافق بعد حسابه مساوياً لـ +0.28 دليل على وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين.

إن الإقبال على الرضاعة الطبيعية من طرف الأمهات ذات الدخل الشهري المرتفع مثلن مثل سابقتن يدل على مدى الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة لصحة الطفل من جهة وصحة الأم من جهة ثانية وهذا استناداً لأقوالهن (احنا تربينا بحليب اليمات والحمد لله رانا بصحتنا لا باس خير من الجيل تاع درك) وتدعيماً لذلك نذكر بما تطرقنا إليه في الجانب النظري فيما يتعلق بأهمية الرضاعة الطبيعية: حيث يفرز ثدي الأم في الأيام الأخيرة من الحمل والأيام الأولى بعد الولادة ما يسمى بحليب اللبي الغني بالمواد الغذائية المختلفة والأجسام المضادة للجراثيم والأمراض، وهذا يؤدي إلى تعقيم الجهاز الهضمي للطفل الوليد ويجعله مقاوماً للأمراض، ويزود الطفل بالطاقة اللازمة، ويمد الطفل بالبروتينات التي لا تحتاج إلى الهضم ويمتصها الجهاز الهضمي مباشرة<sup>2</sup>.

ناهيك عن الأثر النفسي الذي تتركه حيث أن الطفل يشعر بالأمن والطمأنينة والسعادة وهو في أحضان أمه، وينشأ عن التصاق الطفل بأمه أثناء الرضاعة الثدية علاقة ودية بهيجة لا يعرفها إلا الأمهات المرضعات، وقد لوحظ أن تعلق وارتباط هذا الطفل بأمه أعظم بكثير من

<sup>1</sup> - نعمة مصطفى رقيان، مرجع سابق، ص 168.

<sup>2</sup> - أيمن سليمان مزاهرة: مبادئ صحة الطفل وتغذيته، مرجع سابق، ص 183.



الطفل الذي يرضع حليب الزجاج، كما أنه سيكون إنسانا اجتماعيا ودودا ومحبا للناس أكثر من غيره.

أما الإقبال على الرضاعة الاصطناعية وكذا المختلطة يعود أساسا حسب تصريح الأمهات إلى إما غياب أو فقدان الحليب من الثدي بشكل كلي وإما إصابتهن بأمراض منعتهم من الرضاعة أو قلة الحليب يجعل أطفالهن لا يشعرون بالشبع، من هذا المنطلق كان اتجاههن نحو الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة وهو ما اعتبرته الأمهات خسارة كبيرة لأنه لا بديل عن حليب الأم وهي نفس الأسباب التي جاءت في نتائج المسح الجزائري لسنة 1992.

أما عن الفئة العمرية الأكثر استفادة من الرضاعة الطبيعية حسب النتائج التي توصلنا إليها هي 4-7 سنوات بنسبة 31.6%، أما حسب الجنس فوجدنا أن الذكور أكثر استفادة من الإناث (56.1% مقابل 43.9%)، أما حسب مكان الإقامة فلقد بلغت 52.6% في المنطقة الريفية مقابل 47.4% في المنطقة الحضرية (أكثر التفاصيل انظر جدول رقم 1 و 2 و 3 ملحق 2)، وإذا ما قورنت هذه النتائج بنتائج المسح الجزائري لسنة 1992 لوجدنا أن هذا الأخير توصل إلى نفس النتائج فيما يخص الاستفادة من الرضاعة الطبيعية حسب مكان الإقامة (92.9% في الريف مقابل 78.5% في الحضر) وهو ما تم توضيحه في الجانب النظري. إذن تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد أهم العوامل الرئيسية التي تضمن نموا طبيعيا للأطفال والإجراءات الوقائية ضد الوفيات الناتجة عن أمراض الطفولة، ولذلك حثت العديد من البرامج الوطنية والدولية على ممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى، وقد تم إدراج الرضاعة الطبيعية ضمن السياسات العامة للصحة والتنمية.

جدول رقم (57): علاقة الدخل الشهري الأسري بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

| المجموع |     | وجبة غذائية<br>عادية (ناقصة) |     | وجبة غذائية<br>صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية<br>المقدمة للطفل |
|---------|-----|------------------------------|-----|---------------------------|-----|--------------------------------------|
|         |     |                              |     |                           |     | الدخل الشهري دج                      |
| %       | ك   | %                            | ك   | %                         | ك   |                                      |
| 100     | 63  | 81                           | 51  | 19                        | 12  | بدون دخل                             |
| 100     | 45  | 80                           | 36  | 20                        | 09  | أقل من 18000                         |
| 100     | 51  | 11.8                         | 06  | 88.2                      | 45  | 18000 – 25000                        |
| 100     | 45  | 06.7                         | 03  | 93.3                      | 42  | 25000 – 32000                        |
| 100     | 51  | 11.8                         | 06  | 88.2                      | 45  | 32000 – 39000                        |
| 100     | 45  | –                            | –   | 100                       | 15  | أكثر من 39000                        |
| 100     | 300 | 34                           | 102 | 66                        | 198 | المجموع                              |

يتضح من الجدول تأثير متغير الدخل الشهري للأسرة على مدى حرص الأسر على تغذية الطفل تغذية جيدة وتقديم وجبات غذائية صحية كاملة حيث نلاحظ أن الإتجاه العام وهو 66% من الأمهات تحرصن على تقديم الوجبة الغذائية الصحية الكاملة، مقابل 34% منهن تقدمن الوجبة الغذائية الناقصة.

وبإدخالنا لمتغير الدخل الشهري الأسري لمعرفة مدى تأثيره على نوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل، وجدنا أن الأمهات اللواتي دخلهن الأسري يفوق 39000 دج واللواتي دخلهن الأسري يتراوح ما بين 25000 و 32000 دج وكذا ما بين 32000 و 39000 دج وما بين 18000 و 25000 دج تحرصن على تقديم الوجبة الغذائية الصحية الكاملة بالنسب التالية على التوالي: 100% و 93.3% و 88.2%.

في حين سجلنا 81% وكذا 80% من الأمهات اللواتي هن بدون دخل أسري وكذا يقل عن 18000 دج يقدمن لأطفالهن الوجبة الغذائية الناقصة، مقابل 19% و 20% يقدمن الوجبة الغذائية الصحية الكاملة.

وعند حسابنا كاس<sup>2</sup> وجدناها تقدر بـ 164.962 عند درجة حرية 5 ومستوى دلالة 5%، بينما كاس<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 15.30 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين. كما قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة مقدار هذه العلاقة، فوجدناه يقدر بـ 0.59+ وبالتالي نقول إن العلاقة بين المتغيرين طردية متوسطة.

فالملاحظ من خلال هذا التحليل الإحصائي أنه بارتفاع قيمة الدخل الشهري للأسرة يزيد حرص الأمهات على تغذية أطفالهن وجبات صحية كاملة بحيث أنهن تسعى إلى محاولة تقديم الغذاء المتنوع والصحي الذي يساهم في نمو وتطور جسم الطفل بالشكل الطبيعي حيث تقوم بوضع برنامج غذائي يومي تسعى من خلاله إلى تنويع الوجبات الغذائية لأنها تعتبر لكل نوع من الغذاء لديه فائدته ودوره في الجسم، وللتذكير فإن الغذاء الصحي يعرف بأنه الغذاء الصالح كما وكيفا، بمعنى أن يكون كافيا في مقداره متزنا في تركيبه، بحيث يشمل على العناصر الأساسية اشتمالا متكاملا متناسقا، فقلة الطعام على الحد المعين اللازم لنمو الطفل أو عدم تنويع الوجبات والإفراط في الاعتماد على بعض العناصر الغذائية الأساسية دون الأخرى، وكل ذلك من شأنه أن يضعف الجسم ويقلل من مقاومة الطفل للأمراض<sup>1</sup> أما الأسر المنخفضة الدخل وحتى التي لا تملك دخلا يلاحظ عدم حرصها على التغذية الجيدة لأطفالها رغم وعيها وإدراكها التام بأهمية ذلك، فهي تعتمد في الكثير من الأحيان على تقديم الوجبات الغذائية العادية التي يتناولها جميع أفراد العائلة حتى ولو كانت لا تتوافق وسن الطفل وما هو متوفر

<sup>1</sup> - أحمد سهير كامل، سليمان محمد شحاتة، مرجع سابق، ص ص 138-139.

في البيت، هذا لا يعني أنها لا تسعى إلى محاولة تقديم الغذاء المتنوع والصحي الذي يساهم في نمو وتطور جسم الطفل بالشكل الطبيعي لكن مستواها الاقتصادي يحول دون الاعتماد على الوجبات الغذائية المطلوبة والمتنوعة، ذلك لأن معاناة الأسر من انخفاض الدخل وارتفاع أسعار المواد الغذائية في ظل تعدد احتياجات الأسرة يؤدي إلى العديد من المشاكل الأسرية مثل نقص التغذية وما يترتب عليه من أمراض إلى جانب المرض والعبء المادي المترتب عليه، وانتشار هذه الأمراض يؤدي ويساعد على انخفاض متوسط حياة الفرد، كما أن عدم إمكانية توفير الغذاء الكافي للأطفال يعرضهم لآثار سيئة في حياتهم كالكساح، والفقر يفرض المسكن الرديء<sup>1</sup> وهو ما نجده عند الأسر الفقيرة بصفة خاصة، وقد يكون لعدد الأطفال داخل الأسر دور هام في عدم القدرة على حصول الطفل على التغذية الجيدة كون الأسر تحاول وتسعى جاهدة إلى تلبية احتياجاتهم المتعددة مما يحول دون التنويع في الوجبات الغذائية والحصول على المكونات الأساسية لها رغم حرصها على ذلك.

<sup>1</sup> - خليل المعاينة، مصطفى القمش وآخرون، مرجع سابق، ص 76.

## 2-2- اختبار مدى تأثير المسكن وخصائصه على تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

### 1- تأثير نوع المسكن على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.

جدول رقم (58): علاقة نوع المسكن بمدى تهويته.

| المجموع |     | لا   |     | نعم  |     | مدى تهوية<br>المسكن<br>نوع المسكن |
|---------|-----|------|-----|------|-----|-----------------------------------|
|         |     |      |     |      |     |                                   |
| %       | ك   | %    | ك   | %    | ك   |                                   |
| 100     | 42  | -    | -   | 100  | 42  | فيلا                              |
| 100     | 69  | 26.1 | 18  | 73.9 | 51  | شقة                               |
| 100     | 45  | 86.7 | 39  | 13.3 | 06  | بيت تقليدي                        |
| 100     | 54  | 100  | 54  | -    | -   | بيت قصديري                        |
| 100     | 90  | 36.7 | 33  | 63.3 | 57  | آخر                               |
| 100     | 300 | 48   | 144 | 52   | 156 | المجموع                           |

من خلال الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن مساكنهن بها تهوية وذلك بنسبة 52%، مقابل 48% صرحن بعدم وجودها. وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على وجود التهوية، وجدنا أن الأمهات اللواتي يسكن في الفيلات والشقق ومسكن من نوع آخر صرحن بوجود التهوية بنسبة 100% و 73.9% و 63.3% على التوالي مقابل 26.1% و 36.7% من الأمهات لا تتوفر مساكنهن عليها.

في حين سجلنا نسبة الأمهات اللواتي يسكن في البيوت القصديرية وكذا البيوت التقليدية وصرحن بعدم وجود تهوية في مساكنهن 100% و 86.7% على التوالي مقابل 13.3% تمتلك مساكنهن على التهوية وهذا خاص بالبيوت التقليدية.

من هذا الطرح والقراءة الإحصائية تبدو العلاقة واضحة بين نوع المسكن ووجود التهوية به، فعند حسابنا  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 142.130 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 20.16 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين ومنه نرفض فرضية العدم أو الاستقلال ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين، أما عن مقدار العلاقة فعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يقدر بـ  $+0.56$  بالتالي نقول أن العلاقة بين المتغيرين طردية متوسطة.

فالمسكن الجيد يساهم بقدر كبير في تقديم الرعاية الصحية اللازمة للطفل، خاصة عندما تتوفر فيه كل الشروط مثل توفر الحماية من الحر والبرد والرطوبة والضوضاء ويتمتع بالتهوية الجيدة، هذه الأخيرة تعتبر من أهم الشروط التي يحتاجها كل فرد بصفة عامة والطفل المريض بالربو بصفة خاصة، لأنها تساعد على التنفس الجيد والإحساس بالأمان والراحة النفسية، كما أن المساكن التي تتوفر على منافذ دخول الهواء تسمح بتجديد الهواء المنزلي كما أن دخول أشعة الشمس لها تساهم بالقضاء على الفطريات في الجدران والأفرشة.

أما المساكن التي تنعدم فيها التهوية كاليوت القصديرية مثلاً لا تجلب إلا العناء لأصحابها، لأنه يفتقر للأمان وتكثر فيه الرطوبة والفطريات والحشرات وكل ذلك يساهم بشكل سلبي على صحة المريض ولا يزيد إلا في معاناته مع المرض ناهيك عن معاناة أسرته نحوه إلى جانب أن جميع أفرادها مهددون لمختلف الأمراض نتيجة الظروف السكنية التي يعيشون تحت سيطرتها.

جدول رقم (59): علاقة نوع المسكن بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال<br>أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر<br>للطبيب |     | كيفية التصرف مع<br>النوبة<br>نوع المسكن |
|---------|-----|------|----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|-----------------------------------------|
|         |     |      |    |                          |     |                          |     |                                         |
| %       | ك   | %    | ك  | %                        | ك   | %                        | ك   |                                         |
| 100     | 42  | 78.6 | 33 | 14.3                     | 06  | 07.1                     | 03  | فيلا                                    |
| 100     | 69  | 08.7 | 06 | 30.4                     | 21  | 60.9                     | 42  | شقة                                     |
| 100     | 45  | 06.7 | 03 | 53.3                     | 24  | 40                       | 18  | بيت تقليدي                              |
| 100     | 54  | -    | -  | -                        | -   | 100                      | 54  | بيت قصديري                              |
| 100     | 90  | 06.7 | 06 | 76.7                     | 69  | 16.7                     | 15  | آخر                                     |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                       | 120 | 44                       | 132 | المجموع                                 |

من خلال الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن مباشرة للطبيب عند تعرض أطفالهن لنوبة الربو بنسبة 44% مقابل 16% صرحن بأنهن يتصرفن بأشياء أخرى للتخفيف من حدة النوبة وتهديتها.

وعند إدخال متغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة تبين أن الأمهات اللواتي تسكن في البيوت القصديرية والشقق واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسبتين التاليتين: 100% و 60.9% على التوالي، مقابل 8.7% تستعمل أشياء أخرى.

في حين نجد الأمهات اللواتي تسكن في البيوت التقليدية ومساكن من نوع آخر صرحن بأنهن تتصرفن مع النوبة باستعمال أدوية أطفالهن الخاصة بالمرض بنسبة 53.3% و 76.7% على التوالي، مقابل 6.7% يتصرفن باستعمال أشياء أخرى.

أما الأمهات الساكنات في الفيلات فتتصرفن مع نوبة الربو باستعمال أشياء أخرى بنسبة 78.6%، مقابل 7.1% تتصرف بالتوجه المباشر للطبيب لتلقي العلاج المناسب.

وعند حساب كا<sup>2</sup> وجدناها تقدر بـ 254.798 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 6.72 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع السكن وتصرف الأم مع النوبة.

أما عن مقدار العلاقة فلقد قمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه مقدرا بـ +0.67 وهو يعبر عن وجود علاقة طردية قوية بين المتغيرين.

من القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات التي تتوفر على شروط العيش الصحي الكريم يساهم بشكل كبير في المحافظة على الصحة واتخاذ القرار المناسب حول كيفية التعامل مع نوبة الطفل المريض فلا تتخذ موقف التوجه المباشر للطبيب رغم توفر الإمكانيات اللازمة لذلك بل تترث باستعمال أشياء أخرى تعودت على استعمالها وساهمت في تهدئة الأزمة، كما تساهم الوسائل السمعية البصرية على إثراء الرصيد المعرفي لأفراد الأسرة خاصة من خلال البرامج والحصص التي تقدم نصائح وتوجيهات حول مسائل صحية عديدة ومنها الربو، كما تساهم شبكة الأنترنت بشكل كبير في إعطاء استفسارات وحلول ونصائح لكل مشكلة صحية قد تصيب الفرد، فأغلب الأسر في الوقت الحالي موصولة بالتكنولوجيا الحديثة، الشيء الذي ساعدها على فهم الأمراض وكيفية التعامل معها أيضا ومنها الربو.

لكن يبقى تصرف الأمهات الساكنات في الشقق والبيوت التقليدية وخاصة البيوت القصدية التوجه المباشر للطبيب عند حدوث النوبة، فليست الإمكانيات التي دفعت بهن لهذا التصرف وإنما الظروف السكنية السيئة التي تنعكس سلبا على صحة أطفالهن فهن بين نارين إما العلاج رغم ما تعانيه من ظروف صعبة وإما معاناة أطفالهن وربما فقدانهم وهو الأصعب في كل الأحوال، فمنطقة باب الواد مثلا نجد أن أغلب شققها تعاني من الرطوبة العالية لقربها



من البحر الذي يعتبر سبب ذلك، كما أنها تعود للعهد الاستعماري فهي منبعث الروائح الكريهة والفطريات التي تسبب الأمراض وتزيد في حدة الأخرى، ونفس الشيء للبيوت التقليدية، دون أن ننسى الأثر السيء للبيوت القصديري التي تتعدم فيها شروط المسكن الصحي ما يدفع بالأمهات إلى إنقاذ طفلها ومحاولة التقليل من أثر النوبة عليه وإحساسه بالراحة المؤقتة، فنوع المسكن يتحكم في تصرف الأمهات اتجاه نوبة المرض.

**جدول رقم (60): علاقة نوع المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.**

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج<br>نوع المسكن |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|----------------|-----|--------------------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                |     |                                                  |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %              | ك   |                                                  |
| 100     | 42  | 21.4        | 09 | 07.1     | 03 | 71.4           | 30  | فيلا                                             |
| 100     | 69  | 21.7        | 15 | 30.4     | 21 | 47.8           | 33  | شقة                                              |
| 100     | 45  | 33.3        | 15 | 26.7     | 12 | 40             | 18  | بيت تقليدي                                       |
| 100     | 54  | 11.1        | 06 | 27.8     | 15 | 61.1           | 33  | بيت قصديري                                       |
| 100     | 90  | 26.7        | 24 | 10       | 09 | 63.3           | 57  | آخر                                              |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57             | 171 | المجموع                                          |

من خلال قراءة الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن لعلاج أطفالهن الذين تعرضوا للنوبة الربوية في الساعات الأولى بنسبة 57%، مقابل 20% منهن تتركن أطفالهن لمدة يوم واحد.

وعند إدخال متغير نوع المسكن لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي الطفل العلاج، وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات والبيوت القصديرية ومساكن من نوع آخر حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 71.4%، 61.1%

و63.3% يأخذن أطفالهن في الساعات الأولى ولى من تعرضهم لنوبة الربو مقابل 7.1% ينتظرن ليوم واحد بالنسبة للمقيمات في الفيلات و11.1% يتركن أطفالهن بدون تلقي العلاج ليومين فأكثر بالنسبة للأمهات الساكنات في البيوت القصديرية.

فمن خلال هذا التحليل يتبين أن نوع المسكن يؤثر في مدة ترك الطفل بدون علاج بعد تعرضه للنوبة، ودليلنا عند حساب  $\chi^2$  وجدناها تقدر بـ 26.016 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 8.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع المسكن والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

أما عن مقدار العلاقة فلقد وجدنا معامل التوافق بعد حسابه  $+0.28$  بالتالي نقول وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

يتعرض الأطفال في حياتهم اليومية لمختلف الأشياء التي من شأنها أن تساهم في ظهور النوبة وزيادة حدتها كاستنشاق الروائح والعطور المختلفة ودخان السجائر وغبار المنزل والهواء الجوي الملوث بدخان السيارات أو دخان المصانع أو الاقتراب من بعض الحيوانات التي تعتبر مصدرا للحساسية كالدواجن والأرانب والكلاب والقطط والطيور على اختلاف أنواعها وغيرها من المهيجات التي تعتبر من العوامل التي تعتب سببا في معاناة الكثير من الأطفال بالرغم من الحرص الشديد من طرف الأمهات على محاولة الحفاظ على الحالة المستقرة لأطفالهن بإبعادهم عن كل ما هو سبب في زعزعة تلك الحالة، فإذا حدثت النوبة التي تشعر الطفل بضيق التنفس وارتفاع درجة حرارته والسعال المستمر وغيرها من الأعراض يكون سبيل الأمهات تقديم العلاج المناسب في الساعات الأولى من تعرض أطفالهن للنوبة بالرغم من صعوبة العيش والظروف التي تحيا فيها الأمهات الساكنات بالأخص في البيوت القصديرية

وكذا الساكنات في مساكن من نوع آخر والمتمثلة في الشاليهات وأسطح العمارات فنقص الإمكانات أو عدم توفرها لم يمنعهم من إنقاذ أطفالهم وعدم تركهم يعانون تحت أنظارهم دون القيام بشيء، بينما الأمر يختلف بالنسبة للأمهات اللواتي يسكن في الفيلات حيث يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج في الساعات الأولى من تعرضهم للنوبة لامتلاكهن للإمكانات التي تسهل الحصول على الخدمة العلاجية في الوقت المناسب كوفرة وسيلة النقل والإمكانات المادية التي بفضلها يحصل الطفل على الفحوصات والدواء اللازمين للعلاج.

جدول رقم (61): علاقة نوع المسكن بالمتابعة الطبية للمرض.

| المتابعة الطبية للمرض |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|-----|------|-----|------|---------|-----|
|                       |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       | %   |
| فيلا                  |  | 33  | 78.6 | 09  | 21.4 | 42      | 100 |
| شقة                   |  | 48  | 69.6 | 21  | 30.4 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي            |  | 33  | 73.3 | 12  | 26.7 | 45      | 100 |
| بيت قصديري            |  | 27  | 50   | 27  | 50   | 54      | 100 |
| آخر                   |  | 57  | 63.3 | 33  | 36.7 | 90      | 100 |
| المجموع               |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأطفال الذين يتلقون متابعة طبية لمرضهم وذلك بنسبة 66%، مقابل 34% منهم لا يتلقون تلك المتابعة.

وعند إدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة ما إذا كان له تأثير على المتابعة الطبية للمرض وجدنا أن الأطفال الذين يسكنون في الفيلا والبيوت التقليدية وكذا الشقق ومساكن من نوع آخر يتلقون المتابعة الطبية لمرضهم لمعرفة درجة تطوره وتحسن حالتهم الصحية حسب تصريحات أمهاتهم وذلك بالنسب التالية على التوالي: 78.6%، 73.3%، 69.6% و 63.3%، مقابل 21.4%، 26.7%، 30.4% وكذا 36.7% لا يتلقون تلك المتابعة.

في حين الأطفال الذين يسكنون في البيوت القصديرية 50% منهم يتلقون المتابعة الطبية لمرضهم مقابل نفس نسبة الأطفال الذين لا يتلقونها.

إن إقبال الأسر على المتابعة الطبية لمرض أطفالهم على اختلاف نوع المسكن الذي يقيمون فيه لدليل على امرين هامين، فالأول يتمثل في كون مرض الربو مرض مزمن لا يجب الاستهانة به والذي يعاني منه العديد من الأطفال حيث صعب عليهم مسابقة الحياة طبيعياً وزاد من مسؤولية الأسر اتجاهه لذلك لا يجب أبدا تجاهله أو من هو مصاب به لأنه يحتاج إلى متابعة مستمرة باعتبار تكرار نوباته والتعرض لعوامل تهيجه دون قصد يؤدي إلى أزمات ونوبات خطيرة قد تكلف صاحبه غالبا فالكمل على وعي تام بضرورة متابعة المرض ومعرفة درجة تطوره، أم الأمر الثاني فيتمثل في مدى ملائمة المسكن الذي يعيش فيه المريض ويحي حياته اليومية لأن الأوضاع الصحية داخل المسكن تلعب دورا كبيرا في التأثير على المستوى الصحي للسكان على وجه العموم، والأطفال على وجه الخصوص فالأمر بالنسبة للأسر المقيمة في بيوت قصديرية أو بيوت غير متوفرة على شروط المسكن الصحي مثل التهوية وشبكات الصرف الصحي والماء النقي وغيرها يزيد من تأزم المرض مما يصعب حياة الطفل والأسرة وهو ما دفع بهم إلى ضرورة متابعة المرض إلى جانب ما تم التطرق له من خطورة المرض وانعكاساته على صحة المريض بصفة خاصة والأسرة بصفة عامة.

وكما تم التطرق إليه في الجانب النظري يحتاج الطفل إلى أن يعيش في مسكن مناسب يساعده على النمو، والمسكن المناسب للطفل هو الذي تتوفر فيه عوامل معينة لا غنى للطفل عنها لكي ينمو ويعيش معيشة صحية، ومن أهم هذه العوامل: الهواء النقي والشمس والهدوء والمساحة المعقولة الحرة الخالية من المعوقات والتي تساعد على الحركة وتشجع على اللعب<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - أحمد سهير كامل، سليمان محمد شحاتة، مرجع سابق، ص 143.

جدول رقم (62): علاقة نوع المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج.

| نوع الطبيب<br>نوع المسكن | طبيب عام |      | طبيب خاص |      | المجموع |     |
|--------------------------|----------|------|----------|------|---------|-----|
|                          | ك        | %    | ك        | %    | ك       | %   |
| فيلا                     | 03       | 07.1 | 39       | 92.9 | 42      | 100 |
| شقة                      | 15       | 21.7 | 54       | 78.3 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي               | 09       | 20   | 36       | 80   | 45      | 100 |
| بيت قصديري               | 12       | 22.2 | 42       | 77.8 | 54      | 100 |
| آخر                      | 18       | 20   | 72       | 80   | 90      | 100 |
| المجموع                  | 57       | 19   | 243      | 81   | 300     | 100 |

يتضح من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن علاج أطفالهن عند الطبيب الخاص بنسبة 81%، مقابل 19% تفضلن الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع الطبيب المفضل لطلب العلاج وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات والبيوت التقليدية ومساكن من نوع آخر والشقق والبيوت القصديرية تفضلن العلاج عند طبيب خاص بالنسب التالية على التوالي: 92.9%، 80%، 78.3% و 77.8% مقابل 7.1% و 20% للأمهات اللواتي تفضلن العلاج عند طبيب عام وتسكن في الفيلات والبيوت التقليدية ومساكن من نوع آخر على التوالي.

الطفل بحاجة إلى مسكن ملائم تتوفر فيه الشروط الصحية وعليه فإن نوع المسكن الذي يعيش فيه الطفل ويحي حياته اليومية تفرض ضرورة اختيار نوع الطبيب الذي يجب أن يشرف على تشخيص مرض الطفل لأن أغلب المساكن تكثر فيها الرطوبة وتعدم فيها أدنى شروط النظافة ضف إلى ذلك كثرة التلوث والقمامات المنتشرة هنا وهناك.

باعتبار بحثنا كان نصف ميدانه بمنطقة باب الواد التي تتميز بالرطوبة العالية نتيجة قربها من البحر إضافة إلى أن أغلب المساكن وخاصة الشقق منها والبيوت القصديرية تعدم

فيها التهوية كما أنها فاقدة لشروط النظافة لأن أغلبها يعود إلى العهد الاستعماري وتوجد في أماكن تكثر فيها الحركة السكانية والتجارية ودخان السيارات مما يؤدي إلى كثرة التلوث هذا ما يساهم إلى جانب طبيعة وكيفية بنائها في التأثير على صحة الطفل ومرضه بالدرجة الأولى عكس المساكن الأخرى التي يكون مقرها خارج هذه العوامل وعليه فإن الأسباب السالفة الذكر تحتم ضرورة أخذ الطفل المريض إلى طبيب الأطفال لأنه يأخذ وقته في الاستفسار عن كل ما يحيط بالطفل لا سيما المسكن الذي يكون مساهما إما في شفاء المريض أو زيادة حدة مرضه كما أنه يقدم النصائح التي يجب أن تراعى لتخطي عقبات تأثير المسكن على المرض بالرغم من إداك الأولياء بمدى تأثير هذه العوامل على صحة أبنائهم إلا أن الحالة الاقتصادية تحول دون قدرتهم على توفير مسكن لائق يساهم في شفاء طفلهم المريض.

جدول رقم (63): علاقة نوع المسكن بنوع العلاج المفضل للمرض.

| نوع العلاج<br>نوع المسكن | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|--------------------------|------|------|--------|------|---------|-----|
|                          | ك    | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| فيلا                     | 39   | 92.9 | 03     | 07.1 | 42      | 100 |
| شقة                      | 51   | 73.9 | 18     | 26.1 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي               | 33   | 73.3 | 12     | 26.7 | 45      | 100 |
| بيت قصديري               | 33   | 61.1 | 21     | 38.9 | 54      | 100 |
| آخر                      | 72   | 80   | 18     | 20   | 90      | 100 |
| المجموع                  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن العلاج الحديث لأطفالهن المرضى بالربو وذلك بنسبة 76%، مقابل 24% منهن تفضلن العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل للطفل المريض، وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في الفيلات ومساكن من نوع آخر والشقق والبيوت التقليدية تفضلن العلاج الحديث بالنسب التالية على التوالي: 92.9%، 80%، 73.9%، 73.3% مقابل 7.1% و 20% بالنسبة للواتي تفضلن العلاج التقليدي وتسكن في الفيلات ومساكن من نوع آخر.

في حين الأمهات اللواتي يقمن في البيوت القصديرية ويفضلن العلاج التقليدي بلغت نسبتهن 38.9% مقابل 61.1% تفضلن العلاج الحديث.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 14.236 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 10.08 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين نوع المسكن ونوع العلاج المفضل. من هذه النتائج والقراءة الإحصائية يتبين لنا أنه مهما كان نوع المسكن الذي يقيم فيه الطفل المصاب بمرض الربو فإن علاجه يتم عن طريق العلاج الرسمي الحديث، فبحكم طبيعة المرض الذي يعاني منه الأطفال نجد الأمهات يتخوفن منه جدا لأنه مرض مزمن وهو بطبيعة الحال يحتاج إلى تشخيص دقيق وأي دواء غير ملائم يزيد من خطورة الأمر خاصة وأنه يحتاج إلى بخاخات عند النوبة لتهدئة الأزمة.

ولعل سبب لجوء الأمهات القاطنات في مسكن من نوع فيلا للعلاج الرسمي هو أن كل شيء متوفر لديهن بما في ذلك المال الذي يسهل عليهن الحصول على الأدوية في الوقت المناسب رغم ما يتطلبه الفحص في بعض الأحيان من تحاليل طبية وأشعة، إذن فالحياة اليسيرة جعلت منهن لا يفكرن إطلاقا في الإقبال على الطب الشعبي باعتبار المطلوب موجود، فهن يعتبرن اللجوء للطب الشعبي في الحالات التي يعجز فيها الإنسان عن توفير الدواء لطفله نتيجة لثمنه الباهض، فبدلاً من أن يقف عاجزاً أمام مرض ابنه يتجه إلى ذلك إلى أن يفرج الله عنه كربيه، كما أن الآثار الناجمة عن المرض هي التي لا تدع الفرصة للعلاج التقليدي

أحيانا لأن مثل هذه الأمراض تتطلب اللجوء الفوري للطبيب وتقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب، كما أن التكنولوجيا الحديثة أخذت نصيبها في التوعية بخطورة استعمال أدوية مخالفة للوصفة الطبية لأنها كثيرا ما يتبادر إلى الأذهان تحسن المريض في حين تحدث له مضافات أخطر من التي كان عليها.

أما لجوء الأمهات القاطنات في البيوت القصديرية إلى العلاج الحديث أيضا لا يعود إلى رفاهية المعيشة ووفرة المال وإنما يرجع ذلك إلى صعوبة الوضع الذي يحيا فيه الطفل، بعبارة أخرى الطفل الذي يعيش في مثل هذا النوع من المساكن يكون معرضا يوميا لشتى أنواع الأمراض إلى جانب المرض الذي يعاني منه مع تكرار حدوثها لكونها تفتقد لأدنى شروط المسكن الصحي كوفرة الماء الذي يعتبر مصدر مهم للحياة، كذلك انعدام شبكات الصرف الصحي وإحاطته بشتى أنواع المهيجات التي تزيد من وضعه الصحي سوءا... إلخ هذا ما يدفع بالأولياء إلى التفكير في ضرورة تخطي عقبات المرض بالمتابعة على تقديم العلاج الرسمي للطفل رغم الظروف القاسية التي يعيشون فيها، لأنهم يدركون جيدا ما معنى السكن في بيت قصديري واستخدام علاج الأعشاب خاصة مع المرض المزمن الذي يزيد من خطورته، والذي يجعل الطفل لا يتماثل للشفاء يعني هم يفضلون العلاج الحديث بالرغم ما يتطلب ذلك من أموال على أن يذهبوا إلى البديل الرخيص في نظر البعض الذي يكلف حياة المريض أحيانا، إذن طبيعة المرض ونوع المسكن عاملان ساهما في انتهاج هذا النوع من العلاج.



جدول رقم (64): علاقة نوع المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| نوع الرضاعة<br>نوع المسكن |  | طبيعية |      | اصطناعية |      | مختلطة |      | المجموع |     |
|---------------------------|--|--------|------|----------|------|--------|------|---------|-----|
|                           |  | ك      | %    | ك        | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| فيلا                      |  | 30     | 71.4 | 03       | 07.1 | 09     | 21.4 | 42      | 100 |
| شقة                       |  | 33     | 47.8 | 21       | 30.4 | 15     | 21.7 | 69      | 100 |
| بيت تقليدي                |  | 18     | 40   | 12       | 26.7 | 15     | 33.3 | 45      | 100 |
| بيت قصديري                |  | 33     | 61.1 | 15       | 27.8 | 06     | 11.1 | 54      | 100 |
| آخر                       |  | 57     | 63.3 | 09       | 10   | 24     | 26.7 | 90      | 100 |
| المجموع                   |  | 171    | 57   | 60       | 20   | 69     | 23   | 300     | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 57%، مقابل 23% من الأمهات تعتمدن على الرضاعة المختلطة و 20% على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير نوع المسكن تبين أن الأمهات الساكنات في الفيلات والبيوت القصديرية ومساكن من نوع آخر تعتمدن على الرضاعة الطبيعية وبالتالي واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 71.4%، 61.1% و 63.3% مقابل 7.1% للساكنات في الفيلات وتعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

في حين نجد الأمهات اللواتي يسكن في الشقق ويعتمدن على الرضاعة الاصطناعية بلغت نسبتهن 30.4% مقابل 47.8% تعتمدن على الرضاعة الطبيعية، كما سجلنا 33.3% من الأمهات الساكنات في البيوت التقليدية تعتمدن على الرضاعة المختلطة مقابل 40% تعتمدن على الرضاعة الطبيعية.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 26.016 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 8.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

إن تغذية الطفل الرضيع من الأمور البالغة الأهمية التي يجب أن تعطي عناية خاصة حيث ينمو الطفل ويضاعف وزنه في الستة أشهر الأولى ثم يكون وزنه ثلاثة أضعاف وزنه عند الولادة في نهاية السنة الأولى من العمر ويجب أن توجه كل الجهود إلى أهمية تغذية الطفل في هذه الفترة من ثدي أمه حيث يعتبر لبن الأم غذاء كاملاً في الأشهر الأولى من العمر<sup>1</sup>

فالاعتماد على الرضاعة الطبيعية في تغذية الطفل من طرف الأمهات واضح وجلي من خلال الجدول على اختلاف نوع المسكن حيث أن الرعاية الصحية للطفل يجب أن تبدأ منذ الساعات الأولى من ولادته وحتى قبل ذلك حسب رأي الكثيرات منهن بالإضافة إلى أنها غير مكلفة في ظل الظروف الاقتصادية والمعيشية التي تحيا فيها العديد من الأسر التي صعبت الحياة عليهم فإنها أيضاً ذات فائدة وأهمية عظيمة على صحة الأم والطفل معا فعلى غرار شعور الطفل بالأمن والطمأنينة والسعادة وهو في أحضان أمه فإنه يكون قبل ذلك قد تحصل على حليب اللبى الغني بالمواد الغذائية المختلفة والأجسام المضادة للجراثيم والأمراض مما يجعل جهازه الهضمي معقما ومقاوما للأمراض التي يتعرض لها خلال مراحل حياته خاصة الأولى منها .

ليبقى الاعتماد في تغذية الطفل إما على الرضاعة المختلطة أو الرضاعة الاصطناعية كبديل نتيجة عدم قدرة الأم على الإرضاع طبيعياً إما تعرضها لمشكل صحي منعها من ذلك

<sup>1</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 194

أو انشغالها عنه خاصة إذا كانت عاملة فهي بحاجة إلى اعتمادها على حليب يضاف لحليبها وإما لعدم إحساس الطفل بالشبع من ثدي أمه لقلته أو لغيابه كلياً

جدول رقم (65): علاقة نوع المسكن بمكان لعب الطفل

| المجموع |     | في الحي |     | في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب |     | مكان لعب الطفل<br>نوع المسكن |
|---------|-----|---------|-----|-------------------------------------|-----|------------------------------|
|         |     |         |     |                                     |     |                              |
| %       | ك   | %       | ك   | %                                   | ك   |                              |
| 100     | 42  | 100     | 42  | –                                   | –   | فيلا                         |
| 100     | 69  | 73.9    | 51  | 26.1                                | 18  | شقة                          |
| 100     | 45  | 13.3    | 06  | 86.7                                | 39  | بيت تقليدي                   |
| 100     | 54  | –       | –   | 100                                 | 54  | بيت قصديري                   |
| 100     | 90  | 63.3    | 57  | 36.7                                | 33  | آخر                          |
| 100     | 300 | 52      | 156 | 48                                  | 144 | المجموع                      |

يبين الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي بنسبة 52%، مقابل 48% أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب.

وبإدخال المتغير المستقل نوع المسكن لمعرفة مدى تأثيره على مكان لعب الطفل وجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي ويسكنون في الفيلات والشقق وبيوت من نوع آخر واطن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 100%، 73.9% و 63.3%، مقابل 26.1% و 36.7% من الأمهات أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ويسكنون في الشقق أو في مسكن من نوع آخر.

في حين 100% و 86.7% من الأمهات أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ويسكنون في البيوت القصديرية أو البيوت التقليدية على التوالي، مقابل 13.3% أطفالهن يلعبون في الحي ويسكنون في البيوت التقليدية.

من القراءة الإحصائية للجدول أعلاه نتوصل إلى القول بأن نوع المسكن يتحكم في مكان لعب الطفل، فلقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت ب 142.130 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت ب 20.16 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

ولقد قمنا بحساب معامل التوافق لمعرفة مقدار العلاقة بين المتغيرين فوجدناه يقدر ب  $+0.56$  دليل على وجود علاقة طردية متوسطة.

فما هو ملاحظ أنه بالرغم من وجود أطفال في مساكن تتميز بوجود مساحة تسمح بلعبهم فيها إلا أننا نجدهم يلعبون في الحي تشجيعاً من آبائهم وأمهاتهم وهذا تجنباً للضجيج والصراخ والمضايقات فينطلقون للعب دون رقابة من أحد دون أن تحسبوا حساب الحي وما يحمله من مخاطر ناهيك عن حوادث المرور أو الكسور أو السرقة التي باتت تهدد أطفالنا في هذه الآونة الأخيرة دون أن ننسى الأثر السيء للتربة والغبار والقذارة والأمراض وغيرها على صحة طفلها المريض.

من جهة أخرى تعاني الكثير من الأسر من ضيق في المساكن خاصة الشقق منها فلا خيار عندها لأنه ليس هناك متسع للعب الأطفال، ضف إلى ذلك مشكل الرطوبة العالية خاصة في منطقة باب الواد الناتج عن قلة التهوية، ما يسمح لها بدفع أطفالها للشارع، وكما هو معروف أن الشارع لا يصلح إطلاقاً لأن يكون مكاناً للعب لاعتبارات صحية وذوقية وجمالية وخلقية. لتبقى الأسر الساكنة في البيوت القصديرية وكذا البيوت التقليدية بالرغم من الضيق التي تعاني منه مساكنهم والرطوبة العالية إلا أنها تحافظ على سلامة أطفالها وتحمل ما يصدر منهم على أن تبعثهم للشارع الذي في رأيهم ينوب عنهم في التربية وكل شيء وهو ما لا تتحمله.

## 2- تأثير طبيعة المسكن على تقديم الرعاية الصحية للأطفال.

### جدول رقم (66): علاقة طبيعة المسكن بدرجة التعرض للنوبة

| المجموع |     | نادرا |     | كثيرا |     | درجة التعرض للنوبة<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|-------|-----|-------|-----|------------------------------------|
|         |     |       |     |       |     |                                    |
| %       | ك   | %     | ك   | %     | ك   |                                    |
| 100     | 213 | 38    | 81  | 62    | 132 | مسكن جماعي                         |
| 100     | 39  | 15.4  | 06  | 84.6  | 33  | مسكن فردي ملكية خاصة               |
| 100     | 15  | 20    | 03  | 80    | 12  | مسكن فردي مستأجر                   |
| 100     | 33  | 36.4  | 12  | 63.6  | 21  | مسكن فردي آخر                      |
| 100     | 300 | 34    | 102 | 66    | 198 | المجموع                            |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يتعرضون للنوبة كثيرا وذلك بنسبة 66%، مقابل 34% ممن يتعرضون لها نادرا.

وبإدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على درجة التعرض للنوبة، نجد أن الأمهات الساكنات في المساكن الفردية ذات الملكية الخاصة والمساكن الفردية المستأجرة والمساكن الفردية الأخرى والمساكن الجماعية صرحن بأن أطفالهن يتعرضون كثيرا للنوبة وذلك بالنسب التالية على التوالي: 84,6% و 80% و 63.6% و 62%، حيث حافظن على الاتجاه العام للجدول.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 8.955 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 5.10 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقوا إن هناك علاقة بين طبيعة المسكن ودرجة التعرض للنوبة.

من هذا الطرح والقراءة الإحصائية للجدول يتبين أن درجة التعرض للنوبة تحدث بشكل متكرر كثيرا في المساكن الفردية الخاصة والمستأجرة فعدم إعطاء أهمية لغبار المنزل الذي يجب المواظبة على محاربته بشتى الطرق وكذا ترك شبابيك النوافذ على الدوام مفتوحة تساهم في

إدخال الغبار المتطاير في فصل الصيف والهواء البارد في فصل الشتاء وحتى في غيره من الفصول من العوامل المساعدة على حدوث النوبة وحتى في بعض الأحيان تكون الأم دائمة مسح الغبار وتهوية الغرفة إلا أن المكان المقيم فيه مليء بالملوثات فتجد صعوبة كبيرة في ذلك، دون أن ننسى الدور الذي يلعبه وجود الطفل في مكان دافئ ونقله إلى مكان بارد خاصة عند الاستحمام وهو الحال بالنسبة للأمهات اللواتي لا تقمن بتدفئة ملابس وغرفة الطفل بعد الانتهاء، ناهيك عن نقل كل صباح بالنسبة للأمهات العاملات بالرغم من حرصهن الشديد على عدم التعرض لأي عامل خاصة البرودة، أما المساكن الفردية الأخرى ونقصد بها المساكن الفوضوية وهذه الأخيرة معروفة بالخصائص التي تميزها على غرار الرطوبة عدم صيانتها يجعل أفرادها معرضون لمختلف العوامل البيئية ناهيك عن تلوث المحيط الخارجي وكل ذلك يؤثر على صحة الطفل المريض.

أما في المساكن الجماعية خاصة ما إذا كانت تعاني من ضيق في المسكن فإن الطفل يكون معرض للانفعالات والصراعات والضغطات النفسية مع أفراد العائلة فلا يخفى على أحد أن مريض الربو يحتاج إلى الهدوء والراحة الدائمة وعدم اللعب بأعصابه، ناهيك عن النوم في جماعة يجعله لا يشعر بالراحة من حيث التنفس لكثرة عدد الأفراد في الغرفة الواحدة وعدم تهويتها باستمرار لأن الطفل يحتاج إلى غرفة تكون معرضة للتهوية باستمرار، إلى جانب التدخلات في طريقة لباس الطفل وأكله كل ذلك يؤثر سلبا على صحته رغم محاولة حرص الأم على صحة طفلها.

جدول رقم (67): علاقة طبيعة المسكن بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     | طبيعة المسكن           |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                        |
| 100     | 213 | 12.7 | 27 | 42.3                  | 90  | 45.1                  | 96  | مسكن جماعي             |
| 100     | 39  | 23.1 | 09 | 46.2                  | 18  | 30.8                  | 12  | مسكن فردي ملكية خاصة   |
| 100     | 15  | –    | –  | 40                    | 06  | 60                    | 09  | مسكن فردي مستأجر       |
| 100     | 33  | 36.4 | 12 | 18.2                  | 06  | 45.5                  | 15  | مسكن فردي آخر          |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                |

يظهر الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتصرفن بالتوجه المباشر للطبيب أثناء تعرض أطفالهن للنوبة بنسبة 44%، مقابل 16% من الأمهات تستعمل أشياء أخرى.

ولقد قمنا بإدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة، فوجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يسكن في مساكن فردية مستأجرة ومساكن جماعية يتصرفن مع النوبة بالتوجه المباشر للطبيب بالنسب التالية على التوالي: 60%، و 45.1%، مقابل 12.7% يسكن في المساكن الجماعية ويستعمل أشياء أخرى.

في حين الأمهات اللواتي يسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة يستعملن أدوية خاصة بالطفل المريض بنسبة 46.2%، مقابل 30.8% يتوجهن مباشرة للطبيب.

لقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت ب 20.707 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت ب 2.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

من القراءة الإحصائية للجدول أعلاه يمكن القول أن التوجه المباشر للطبيب ومسارة الأسر بأطفالهم المرضى أثناء تعرضهم لنوبة الربو راجع دون شك إلى طبيعة المرض بحد ذاته الذي لا يحتاج إلى تأخر فحدوث النوبة تكون ناتجة أحيانا عن تعرض الطفل إلى أحد مهيجات المرض ومع تكرار حدوثها تزداد حدتها مما تزيد من صعوبة التنفس فيشعر الطفل بالاختناق والتعرق مع زيادة وتسارع دقات القلب نتيجة السعال المتكرر فهذه الأعراض الخطيرة تستدعي التدخل السريع وتقديم الإجراءات اللازمة فالطفل في هذه المرحلة يكون بحاجة للعب واللهو سواء داخل المنزل أو خارجه بأشياء لا يدرك أثرها على مرضه لأن الوسط الخارجي لا يخلو من التلوث خاصة إذا لم يتم الحرص على ذلك من طرف أفراد الأسرة وبالخصوص الأم التي تعتبر المسؤول الأول عن كل ما يصدر منه، كما أن الاهتمام المفرط أحيانا من طرف الأم وخوفها الشديد على طفلها المريض يخلق مشاكل قد لا تنتبه إليها مثلا طريقة اللباس التي تحرص عليها دائما سواء بالتكثيف في فترة البرودة أو التقليل في فترة الحرارة وكذا اختيار فراش وغطاء ووسادة الطفل ومدى تهوية غرفته من بين أهم الأشياء التي يجب الحرص عليها والتي تعتبر من بين أهم الأسباب المؤدية لنوبة الربو، وهنا تجدر الإشارة إلى طبيعة المسكن الذي يعتبر عامل مهم في إصابة الطفل بأزمة المرض خاصة إذا كان يحتوي على الرطوبة ولا يمثل لأدنى شروط المسكن الصحي وهذا ما نجده في البيوت القصديرية .

ويجب لفت الانتباه إلى أن أغلب الأمهات المستجوبات في مستشفى لمين دباغين بباب الواد صرحن بوجود رطوبة شديدة في مساكنهن على اختلاف أنواعها باعتبارها قريبة من البحر وهي مكان منخفض وحتى منطقة الدويرة بتصريح من الأمهات مساكنهن تعاني من الرطوبة مما يجعل الطفل يتعرض لأزمات عديدة مما يصعب على الأمهات الحرص على بقاء أطفالهن على حالة صحية مستقرة فتكرار التعرض للتيارات الهوائية والرطوبة وباقي المهيجات يؤدي إلى تأزم حالة الطفل الصحية وبالتالي ضرورة التوجه المباشر للطبيب، كما أن المساكن الجماعية تكثر فيها الصراعات والخلافات على طريقة العناية بالطفل أو حتى الصراعات على



أشياء أخرى خارجة عن الطفل تؤثر عليه سلبا مما يجعله يتعرض للنوبة وبالتالي التدخل السريع لتهديتها طبييا.

من جهة أخرى نجد الكثير من الأمهات لا تتوجهن للطبيب مباشرة بعد حدوث النوبة على اختلاف نوع المسكن ويرجع سبب ذلك عند الكثيرات منهن إلى التعود على حدوث الحالة وبالتالي أصبحت شيء مألوف بالرغم من إدراكهن التام بخطورة ذلك على صحة وحياة الطفل فإما تقدم الإسعافات الأولية بالبيت بالبخاخات التي تعود الطفل عليها وإما انتظار استقرار حالته دون القيام بأي شيء مع مراقبة مدى تطور النوبة لاتخاذ إجراءات أخرى.

جدول رقم (68): علاقة طبيعة المسكن بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     |                                    |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   | طبيعة المسكن                       |
| 100     | 213 | 23.9        | 51 | 21.1     | 45 | 54.9              | 117 | مسكن جماعي                         |
| 100     | 39  | 15.4        | 06 | 15.4     | 06 | 69.2              | 27  | مسكن فردي ملكية خاصة               |
| 100     | 15  | 40          | 06 | 20       | 03 | 40                | 06  | مسكن فردي مستأجر                   |
| 100     | 33  | 18.2        | 06 | 18.2     | 06 | 63.3              | 21  | مسكن فردي آخر                      |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |

من خلال قراءة الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن لعلاج أطفالهن الذين تعرضوا للنوبة الربوية في الساعات الأولى بنسبة 57%، مقابل 20% منهن تتركن أطفالهن لمدة يوم واحد.

وعند إدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي الطفل العلاج، وجدنا أن الأمهات اللواتي تسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية من نوع آخر (مساكن فوضوية) يحرصن على تلقي أطفالهن العلاج في الساعات الأولى من

تعرضهم للنوبة وبالتالي حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 69.2% و 63.3% مقابل 15.4% و 18.2% ينتظرن لمدة يومين فأكثر. في حين 21.1% من الأمهات اللواتي تسكن في مساكن جماعية تنتظرن لمدة يوم واحد مقابل 54.9% تلجأن للطبيب في الساعات الأولى من تعرض أطفالهن للنوبة، بينما 40% ينتظرن ليومين فأكثر وهي نفس نسبة اللواتي تلجأن للطبيب في الساعات الأولى. فمن القراءة الإحصائية يبدو جليا أن لطبيعة المرض المزمن إلى جانب طبيعة المسكن يحدد المدة التي يقضيها الطفل المريض مع نوبته، حيث قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 6.088 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 3 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين. فالأمهات اللواتي تقمن في مساكن فردية كثيرا ما يكون لديهن اهتمام أفضل فيما يخص صحة أطفالهن، بدليل أنه عند محاولة معرفة أسباب العلاج في الساعات الأولى صرحن أن ذلك راجع إلى خوفهن من زيادة حدة الأزمة، كما أن هذا التصرف كان نتيجة تجربة قاسية عاشتها الأمهات كحدوث حالة وفاة، أما التأخر لمدة يوم أو يومين فأكثر مرتبط إما باستعمال أدوية وترقب التحسن وإما مرتبط بالظروف التي تعيشها الأسر، وإما للتعود على تكرار الحالة مثلما صرحت بعض الأمهات (عييت طاب قلبي وحفاو رجليا والفت بحالتو ديما مريض).

جدول رقم (69): علاقة طبيعة المسكن بالمتابعة الطبية للمرض

| المجموع |     | لا   |     | نعم  |     | المتابعة الطبية للمرض<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|------|-----|------|-----|---------------------------------------|
|         |     |      |     |      |     |                                       |
| %       | ك   | %    | ك   | %    | ك   |                                       |
| 100     | 213 | 38   | 81  | 62   | 132 | مسكن جماعي                            |
| 100     | 39  | 15.4 | 06  | 84.6 | 33  | مسكن فردي ملكية خاصة                  |
| 100     | 15  | 20   | 03  | 80   | 12  | مسكن فردي مستأجر                      |
| 100     | 33  | 36.4 | 12  | 63.6 | 21  | مسكن فردي آخر                         |
| 100     | 300 | 34   | 102 | 66   | 198 | المجموع                               |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو تصريح الأمهات بأنهن تقمن بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهن بنسبة 66%، مقابل 34% لا تقمن بتلك المتابعة.

ولقد أدخلنا متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على المتابعة الطبية للمرض، فوجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية مستأجرة حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 84.6% و 80% مقابل 15.4% و 20% لا يقمن بها. في حين 38% و 36.4% من الأمهات اللواتي صرحن أنهن تسكن في مساكن جماعية ومساكن فردية من نوع آخر لا تقمن بالمتابعة الطبية لأطفالهن مقابل 62% و 63.6% تقمن بتلك المتابعة.

من القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أنه مهما اختلفت طبيعة المسكن إلا وكانت هناك متابعة طبية للمرض لكن المتابعة تكون أكبر عند الأمهات اللواتي تسكن في المساكن الفردية لاهتمامهن الأكبر بأطفالهن ولا يوجد من منعهن من ذلك (تدخلات أهل الزوج) ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها 8.95 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية فقدرت بـ 5.10 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

فمن خلال الطرح السابق يتبين أن متابعة درجة تطور المرض ومعرفة مستوى العلاج الذي تم التوصل إليه والإجراءات الواجب اتخاذها حيال حدوث أي تغير في الحالة الصحية للطفل خطوة أساسية لا بد أن تكون، فهذا الاهتمام فرضه المرض من جهة وطبيعة المسكن إلى جانب التحسيس بمراقبة المرض عن طريق وسائل الإعلام والأنترنت وكذا التخوف من عواقبه.

إن مرض الربو يصنف ضمن الأمراض المزمنة الخطيرة التي لازالت تتخر أجساد الأطفال الضعيفة والتي جعلت حياتهم معقدة تعقيد علاج المرض رغم ما وصل إليه الطب من تطور. فخطورة المرض والنوبات المتكررة التي يتعرض لها المريض والتي تجعله حبيسا يعاني هو وجميع أفراد أسرته فرضت على ضرورة الحرص وجعل متابعة المرض من أولى الأولويات بالرغم من الظروف المعيشية التي تحيا فيها الكثير من الأسر خاصة الميسورة الحال فمن خلال الجدول دائما فبالرغم من وجود أسر في مساكن مستأجرة إلا أنها تحرص على الجانب الصحي لأطفالها فهي واعية أشد الوعي بخطورة المرض وآثاره النفسية والصحية على المريض وبالرغم من إدراكها التام لتكاليف العلاج وصعوبة الوضعية الاقتصادية إلا أنها تعتبر إنقاذ حياة المريض وعدم رؤيته يتخبط في أزماته أهم من توفير حاجات أفراد الأسرة في الكثير من الأحيان رغم حاجتهم الماسة لها.

جدول رقم (70): علاقة طبيعة المسكن بالطبيب المفضل لطلب العلاج.

| طبيب المفضل لطلب<br>العلاج |  | طبيب عام |    | طبيب خاص |     | المجموع |     |
|----------------------------|--|----------|----|----------|-----|---------|-----|
|                            |  | %        | ك  | %        | ك   | %       | ك   |
| مسكن جماعي                 |  | 22.5     | 48 | 77.5     | 165 | 100     | 213 |
| مسكن فردي ملكية خاصة       |  | 07.7     | 03 | 92.3     | 36  | 100     | 39  |
| مسكن فردي مستأجر           |  | -        | -  | 100      | 15  | 100     | 15  |
| مسكن فردي آخر              |  | 18.2     | 06 | 81.8     | 27  | 100     | 33  |
| المجموع                    |  | 19       | 57 | 81       | 243 | 100     | 300 |

يتضح من الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن علاج أطفالهن

عند الطبيب الخاص بنسبة 81%، مقابل 19% تفضلن الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على الطبيب المفضل لطلب العلاج وجدنا

أن الأمهات اللواتي تسكن مساكن فردية مستأجرة وكذا مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن

فردية أخرى تفضلن العلاج عند الطبيب الخاص بالنسب التالية على التوالي: 100%،

92.3% و 81.8% مقابل 7.7% و 18.2% تفضلن الطبيب العام.

في حين 22.5% من الأمهات تفضلن الطبيب العام وتسكن في مساكن جماعية مقابل

77.5% تفضلن الطبيب الخاص.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت 8.503 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما

كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 2.85 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض

فرضية العدم ونقول توجد علاقة بين المتغيرين.

ليس من السهل الوصول إلى طبيب خاص يكشف عن ما يخفيه أزيز الصدر وصفيره الذي

لطالما عانى ويعاني منه العديد من الأطفال لكن من السهل الوصول إلى طبيب عام يدون

وصفة تعود تدوينها دون التقليل من شأنه، هكذا رددت العديد من الأمهات هذه العبارات تقولها بألم كبير نتيجة تجربتهن مع هذا الأخير، الأمر يكمن في تدوين أدوية هي نفسها تتكرر في كل مرة على أمل ارتياح المريض وإذا لم تكن النتيجة فالعودة الأكيدة إليه .

إن الطب وجد ليكشف عن العلل ويصل إلى علاجها أو على الأقل التخفيف من حدتها، فمرض الربو من الأمراض التي استصعب على أهل الاختصاص الوصول إلى إيجاد العلاج النهائي له رغم الجهود التي بذلت ولا تزال كذلك بل التخفيف من حدة نوباته بتجنب العوامل المؤدية لذلك، فالطبيب الخاص يشعر المريض بالراحة النفسية وهذه خطوة إيجابية له ولأسرته خاصة أمه، فهو يأخذ كل الوقت للاستفسار عن المرض وبداياته وأسباب الأزمات التي يتعرض لها كما أنه يمتلك لوسائل تسمح بالكشف الدقيق عن المرض لذلك تفضل الأمهات الطبيب الخاص على العام فهذا الأخير يعالج أمراض متعددة بينما الأول يختص في مرض واحد وأحيانا فئة عمرية واحدة أيضا.

جدول رقم (71): علاقة طبيعة المسكن بنوع العلاج المفضل

| نوع العلاج المفضل    |  | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|----------------------|--|------|------|--------|------|---------|-----|
|                      |  | ك    | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| طبيعة المسكن         |  |      |      |        |      |         |     |
| مسكن جماعي           |  | 168  | 78.9 | 45     | 21.1 | 213     | 100 |
| مسكن فردي ملكية خاصة |  | 30   | 76.9 | 09     | 23.1 | 39      | 100 |
| مسكن فردي مستأجر     |  | 09   | 60   | 06     | 40   | 15      | 100 |
| مسكن فردي آخر        |  | 21   | 63.3 | 12     | 36.4 | 33      | 100 |
| المجموع              |  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن العلاج الحديث لأطفالهن المرضى بالربو وذلك بنسبة 76%، مقابل 24% منهن تفضلن العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل للطفل المريض، وجدنا أن الأمهات اللواتي يسكن في مساكن جماعية ومساكن فردية ذات ملكية خاصة تفضلن العلاج الحديث بنسبة 78.9% و 76.9% على التوالي، في حين نجد أن 40% و 36.4% من الأمهات تسكن في مساكن فردية مستأجرة ومساكن فردية أخرى تفضلن العلاج التقليدي مقابل 09% و 21% تفضلن العلاج الحديث على التوالي.

لقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 5.853 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 3.60 دليل على وجود فروق جوهرية وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول توجد علاقة بين المتغيرين.

إن الوصول بالطفل المريض إلى حالة الاستقرار السريع لحالته المتهيجة لم يكن بمحض الصدفة وإنما ناتج عن العلاج الحديث الذي بذل أهل الاختصاص فيه جهداً كبيراً في الدراسة والبحث والتجارب للوصول إلى النتيجة المطلوبة ولو أنها ليست بالمستوى المرغوب والمتمني الوصول إليه، هكذا ترى أغلب الأمهات هذا النوع من العلاج، كيف للطب والعلاج التقليدي بإمكانه الوصول بالطفل الذي يمزق المرض أعضائه إلى العلاج في حين يجد الطب الحديث صعوبة في ذلك بالرغم من قيامه وارتكازه على الفحوصات المتكررة والأشعة والتجارب التي تسمح بتدوين وصفة تهدي من حالة المريض الذي يئس من مرضه في أحيان عدة لعجزه عن ممارسة نشاطاته كباقي أقرانه.

ليبقى العلاج التقليدي الحل الثاني لأغلب الأسر التي استصعب عليها أمر دفع تكاليف العلاج من جهة، أو لأنها جربت وصفات شعبية جعلت حالة أطفالها مستقرة دون أن ترى الأثر الداخلي الخفي الذي قد يزيد من خطورة المرض، فأغلب الأمهات ترى أن العلاج الحديث جاء كبديل للذين عجزوا عن طلب الشفاء لأطفالهم خاصة الساكنات في مساكن مستأجرة فكيف يمكن علاج الطفل في ظل ارتفاع تكاليفه وتكاليف الإيجار معاً ضف إلى ذلك حاجات أفراد أسرته التي لا بد من تلبيتها فلا خطورة فيه باعتبار القائم على هذا النوع من العلاج يطلب

وصفة طبية تبين حالة الطفل المريض ودرجة تطور مرضه حتى يتسنى له تقديم الدواء، فالأفضل علاج الطفل وعدم تركه يحدق بعينه يصارع المرض.

جدول رقم (72): علاقة طبيعة المسكن بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| نوع الرضاعة          |  | طبيعية |      | اصطناعية |      | مختلطة |      | المجموع |     |
|----------------------|--|--------|------|----------|------|--------|------|---------|-----|
|                      |  | ك      | %    | ك        | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| مسكن جماعي           |  | 117    | 54.9 | 45       | 21.1 | 51     | 23.9 | 213     | 100 |
| مسكن فردي ملكية خاصة |  | 27     | 69.2 | 06       | 15.4 | 06     | 15.4 | 39      | 100 |
| مسكن فردي مستأجر     |  | 06     | 40   | 03       | 20   | 06     | 40   | 15      | 100 |
| مسكن فردي آخر        |  | 21     | 63.6 | 06       | 18.2 | 06     | 18.2 | 33      | 100 |
| المجموع              |  | 171    | 57   | 60       | 20   | 69     | 23   | 300     | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 57%، مقابل 20% من الأمهات تعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على نوع الرضاعة المقدمة للطفل تبين أن: الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية أخرى اعتمدن على الرضاعة الطبيعية وهن تمثلن النسب التالية: 69.2% و 63.6% على التوالي.

في حين 21.1% من الأمهات الساكنات في مساكن جماعية تعتمدن على الرضاعة الاصطناعية مقابل 54.9% تمارسن الرضاعة الطبيعية، بينما 40% من الأمهات الساكنات



في مساكن فردية مستأجرة تعتمد على الرضاعة المختلطة وهي نفس نسبة اللواتي تمارسن الرضاعة الطبيعية.

قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها 6.088 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 3 وبالتالي هناك فروق جوهرية ونرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين طبيعة المسكن ونوع الرضاعة المقدمة للطفل.

تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد أهم العوامل الرئيسية التي تضمن نموا طبيعيا للأطفال والإجراءات الوقائية ضد الوفيات الناتجة عن أمراض الطفولة ولذلك حثت العديد من البرامج الوطنية والدولية على ممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى وقد تم إدراج الرضاعة الطبيعية ضمن السياسات العامة للصحة والتنمية.

فإذا كان حليب الأم أحسن غذاء نتيجة لأهميته لصحة الأم والطفل كما ذكرنا سالفا فإننا نجد اعتماد الأمهات على ممارسة هذا النوع من التغذية بنسب عالية على اختلاف ملكية المسكن نتيجة إدراكهن التام لأثر حليب الأم على النمو العقلي والجسدي للطفل إضافة إلى أن حليب الأم لا يحتاج إلى مال لجلبه أي غير مكلف بدون ثمن ولا إلى جهد لتحضيره فهو متوفر في كل وقت ومعقم ولا يحتاج وقتا وأواني لتحضيره ولا تضطر لتنظيف الزجاجاة قبل وبعد الرضاعة ولا الماء لتحضيره وبالتالي يتوفر في الكثير من الأحيان للأم الوقت الكافي للممارسة هواياتها وأعمالها المنزلية ووقت أطول للعناية بطفلها ومداعبته وتعليمه الأمر الذي ينعكس على الطفل وقدراته الجسدية والعقلية.

أما إذا عجزت الأم عن إرضاع طفلها لأسباب خارج عن إرادتها واعتمادها إما على الرضاعة المختلطة أو الاصطناعية مثل ما هو مبين في الجدول أعلاه ففي مثل هذه الحالة لا بد أن تقدم الأم لطفلها وتختار له حليباً صناعياً مقارباً في تركيبه وخصائصه لحليبها كلما أمكن ذلك.

والملاحظ من الجدول أن الإقبال على ممارسة الرضاعة الطبيعية عند الأمهات الساكنات في المساكن الفردية يكون أعلى وهذا راجع لامتلاكهن للوقت الكافي لإرضاع أطفالهن فهن يسرن على برنامج يومي منظم لشغل البيت وتحضير الطعام كما أنهن لا يوجد من يحرجهن أثناء الرضاعة على عكس العيش مع الجماعة تكثر الأعباء ويكثر الأشخاص مما يجعل من الأمهات تؤجل إرضاع أطفالهن حشمة وحياء أو اللجوء إلى الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة هروبا من الضغط الذي فرضه عليهن شغل البيت والأفراد ليدفع أطفالهن ثمن ذلك، بالرغم من تأكيد بعض الأمهات على أن أفراد الأسرة الكبيرة تلح عليهن بضرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية إدراكا لأهميتها نتيجة التجربة

**جدول رقم (73): علاقة طبيعة المسكن بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.**

| المجموع |     | وجبة غذائية ناقصة |     | وجبة غذائية صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|-------------------------------------|
|         |     | %                 | ك   | %                      | ك   |                                     |
| 100     | 213 | 38                | 81  | 62                     | 132 | مسكن جماعي                          |
| 100     | 39  | 15.4              | 06  | 84.6                   | 33  | مسكن فردي ملكية خاصة                |
| 100     | 15  | 20                | 03  | 80                     | 12  | مسكن فردي مستأجر                    |
| 100     | 33  | 36.4              | 12  | 63.6                   | 21  | مسكن فردي آخر                       |
| 100     | 300 | 34                | 102 | 66                     | 198 | المجموع                             |

من خلال قراءة هذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة بنسبة 66%، مقابل 34% من الأمهات تقدمن وجبات غذائية ناقصة.

وعند إدخال متغير طبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على نوع الوجبات المقدمة للطفل تبين أن الأمهات اللواتي تسكن في مساكن فردية ذات ملكية خاصة ومساكن فردية مستأجرة ومساكن

فردية أخرى ومساكن جماعية واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 84.6% و 80% و 63.6% و 62%.

من هذا التحليل يتبين أن لطبيعة المسكن تأثير على نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل، وعند حسابنا لاختبار كا<sup>2</sup> وجدناها قدرت بـ 8.955 عند درجة حرية 3 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 5.10 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين طبيعة المسكن ونوع الوجبات المقدمة للطفل.

الغذاء الصحي هو الغذاء المتوازن والذي يوافق كل مرحلة عمرية من حياة الطفل، فالإفراط في تقديم بعض الأغذية عن الحد المطلوب والخلط الذي لا يعتمد على مقاييس صحية سيخلف انزعاجا للطفل ويؤدي به إلى البدانة والتي تعتبر هي الأخرى بوابة الأمراض.

فالأمهات الساكنة في المساكن الفردية في غالب الأحوال من أسرة ميسورة الحال وبالرغم من ذلك تحاول عند توفر ما يسمح لها بتقديم الأفضل لأنها الوحيدة المسؤولة عن ما تقدمن من وجبات لأطفالهن، حيث تعملن جاهدة على محاولة إحداث توازن في عناصرها دون الإفراط في عنصر دون الآخر حيث صرحن بعض الأمهات بأنهن يدخلن المطبخ للطهي وهن مركزات على ما يتم تحضيره لأطفالهن، كما نجدها أحيانا تكثر في خلط مجموعات غذائية والإفراط فيها دون مراعاة المقاييس الصحية في حالات أخرى ضنا منها الوجبة الكاملة ضف إلى ذلك الاستهلاك المفرط للمواد المصنعة الذي ينعكس على صحة أطفالهن.

أما الأمهات في الأسر الجماعية كثيرا ما تقوم بخلط أنواع من الأغذية وهذا اتباعا لأوامر أم زوجها غالبا أو شخص آخر لأن أهل زمان تلك نظرتهم خلط الأغذية والإكثار من واحدة دون الأخرى تجلب المنفعة للطفل وهذه هي التغذية الصحية في نظرهم.

وبالتالي الالتزام بقواعد الغذاء الصحي مسؤولية الجميع في ظل انتشار الوعي بالتطور التكنولوجي الحديث.

جدول رقم (74): علاقة طبيعة المسكن بمكان لعب الطفل.

| المجموع |     | في الحي |     | في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب |     | مكان لعب الطفل<br>طبيعة المسكن |
|---------|-----|---------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------------|
|         |     |         |     |                                     |     |                                |
| %       | ك   | %       | ك   | %                                   | ك   |                                |
| 100     | 213 | 54.9    | 117 | 45.1                                | 96  | مسكن جماعي                     |
| 100     | 39  | 53.8    | 21  | 46.2                                | 18  | مسكن فردي ملكية خاصة           |
| 100     | 15  | 40      | 06  | 60                                  | 09  | مسكن فردي مستأجر               |
| 100     | 33  | 36.4    | 12  | 63.6                                | 21  | مسكن فردي آخر                  |
| 100     | 300 | 52      | 156 | 48                                  | 144 | المجموع                        |

يبين الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي بنسبة 52%، مقابل 48% أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب.

وبإدخال المتغير المستقل طبيعة المسكن لمعرفة مدى تأثيره على مكان لعب الطفل وجدنا أن نسبة الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يلعبون في الحي ويسكنون في مساكن جماعية ومساكن فردية ذات ملكية خاصة قدرت بـ 54.9% و 53.8% على التوالي ، في حين بلغت نسبة الأمهات اللواتي أطفالهن يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ويسكنون في مساكن فردية مستأجرة ومساكن فردية أخرى 60% و 63.6% على التوالي. من القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أن الأمهات اللاتي تسكن في مساكن جماعية كحال الأسر الممتدة، كثيرا ما تبعث بأطفالها للعب خارجا خاصة إذا كان عدد أفرادها كثيرون والمسكن ضيق لذلك نجد أطفالهم يلعبون في الحي بدون رقابة عائلية في الكثير من الأحيان

ما يشكل خطرا على الطفل ويكون عرضة لأزمة الربو في أي لحظة وبالتالي قد لا ينتبه له أهله ويحدث ما لم يكن في الحسبان.

حتى وإن كانت الأسرة نووية تسكن في مسكن فردي ملكية خاصة تدفع بأطفالها للعب خارجا الأمر الذي يفسر بالحجم الكبير لأفرادها أو لضيق المسكن وتوفير نوع من الهدوء في المنزل. بينما الأمهات في المساكن الفردية المستأجرة والمساكن من نوع آخر (السكن الفوضوي) تتحفظ بترك أطفالهن يلعبون في البيت أو الأماكن الخاصة باللعب لكونهم غرباء في المكان الذي يقيمون به فتنخوفن على أطفالهن من السرقة أو التعدي عليهم بشتى طرقه فلا لعب وترفيه في مكان ينعدم فيه الأمان فتحمل الصراخ والصراعات الأخوية على فقدانهم لأن بهذا تنعدم المسؤولية والأم غير قادرة على مسؤولياتها نحو أطفالها، كما أن الخارج مليء بالأمراض نتيجة التعرض لمختلف الملوثات والأضرار فتجنبنا لتعرض أطفالها لها من جهة ولكونهم مرضى تخشى حدوث لهم مكروه فتجعلهم نصب أعينهن من جهة أخرى.

## خلاصة الفصل:

المستوى المعيشي للأسرة كالدخل الأسري المرتفع وامتلاك مسكن صحي يمثل لشروط الصحية من بين أهم العوامل التي تساهم في الرفع من المستوى الصحي والتمتع بحياة صحية جيدة وعليه بعد اختبار فرضيتنا توصلنا للنتائج التالية:

كلما انخفض الدخل الشهري الأسري كان التصرف مع النوبة بالتوجه المباشر للطبيب نتيجة الخوف من زيادة حدة المرض وأعلى نسبة سجلت عند الأسر بدون دخل شهري 57.1%، أما عن المدة بين حدوثها وتلقي العلاج وجدناها في الساعات الأولى وترتفع النسب بانخفاض الدخل الشهري حيث سجلت أعلى نسبة عند الأسر بدون دخل بنسبة 76.2%، وأن الأسر تقوم بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهم حيث وجدنا أن النسب ترتفع بارتفاع الدخل الشهري الأسري حيث سجلت أعلاها عند الأسر ذات دخل يفوق 39000 دينار بنسبة 100%، ويزيد الإقبال على الطبيب الخاص بارتفاع الدخل الشهري وسجلت أعلى نسبة عند الأسر ذات دخل يزيد عن 39000 دج ب 100% ودخل يتراوح ما بين 32000 - 39000 ب 94.1%، ويزيد الإقبال على العلاج الحديث بارتفاع الدخل الشهري الأسري حيث سجلت أعلى نسبة الإقبال عليه عند الأسر التي يفوق دخلها عن 39000 دج وذلك ب 93.3% وهذا راجع لطبيعة المرض.

أما الرضاعة الطبيعية فيزيد الإقبال عليها بانخفاض الدخل الشهري الأسري وأعلى نسبة سجلت عند الأسر التي لا تملك دخلا ب 76.2% وأن أغلب الأمهات تحرصن على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة وترتفع نسبة الحرص بارتفاع الدخل الأسري فأعلاها سجلت عند الأسر التي يفوق دخلها عن 39000 دج ب 100%

أما عن متغير نوع المسكن فقد وجدنا أن أغلب المساكن بها تهوية بنسبة 52%، أما عن علاقته بكيفية التصرف مع النوبة فقد تبين أن الأسر تتخذ مواقف مختلفة تختلف باختلاف نوع المسكن لكنها تحرص جميعها على تلقي العلاج في الساعات الأولى من حدوث النوبة

بنسبة ،كما أن لنوع المسكن تأثير في مدة ترك الطفل بدون علاج بعد تعرضه للنوبة حيث كلما كان المسكن رديء كان التوجه في الساعات الأولى والعكس، كما أنه تم الحرص على المتابعة الطبية للمرض مهما كان نوع المسكن إلا أن أعلى نسبة سجلت عند الساكنين في الفيلات بـ 78.6%، كما أن جميع الأسر تفضل الطبيب الخاص لطلب العلاج حيث وجدنا أن الأسر الساكنة في الفيلات هي أكثر حرصاً بنسبة 92.9%، كما أنه يتم تفضيل العلاج الحديث للمرض مهما اختلفت طبيعة المسكن إلا أصحاب البيوت القصديرية يفضلون العلاج التقليدي لعدم القدرة على دفع تكاليف العلاج، أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل وجدناها الرضاعة الطبيعية مهما اختلفت طبيعة المسكن نظراً للوعي بأهميتها وأعلى نسبة سجلت عند الأمهات المقيمات في مساكن من نوع فيلا بـ 71.4%، كما أن نوع المسكن يتحكم في مكان لعب الطفل لعدة اعتبارات.

كما تطرقنا لطبيعة المسكن لمعرفة تأثيره على الرعاية الصحية فوجدنا أن التعرض للنوبات المتكررة تحدث في المساكن الفردية الخاصة والمستأجرة بنسبة 84.6% و 80% على التوالي، ويتم التوجه المباشر للطبيب ومسارة الأسر بأطفالهم المرضى أثناء تعرضهم للنوبة راجع لطبيعة المرض بحد ذاته الذي لا يحتاج إلى تأخر وسجلت أعلى نسبة عند المقيمين في المساكن الفردية المستأجرة لظروف المساكن بنسبة 60%، كما أن لطبيعة المرض تتحكم في المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج في الساعات الأولى إلا أن أعلى نسبة سجلت عند الأسر المقيمة في المساكن الفردية ذات ملكية خاصة بـ 69.2%، أما عن المتابعة الطبية للمرض فالأسر تحرص عليها مهما اختلفت طبيعة مساكنهم لكن هذه المتابعة كانت نسبتها أكبر عند المقيمين في مساكن فردية، كما أن الأسر تفضل العلاج عند الطبيب الخاص وكذا تفضيل العلاج الحديث للمرض مهما اختلفت طبيعة المسكن كما تحرص الأمهات على الرضاعة الطبيعية لأثرها الصحي وأعلى نسبة سجلت عند الأمهات اللواتي تقمن في مساكن فردية ذات

ملكية خاصة بـ 84.6%، كما تحرصن على تقديم وجبات غذائية صحية لأطفالهن خاصة المقيمت في المساكن الفردية ذات الملكية الخاصة بنسبة 84.6%، أما عن المكان المخصص للعب وجدنا أن الأمهات اللواتي تقمن في المساكن الجماعية والمساكن الفردية الخاصة تدفعن بأطفالهن إلى اللعب في الحي وبالتالي يكونون عرضة للعديد من العوامل البيئية التي تؤثر على حالتهم الصحية بنسبة 54.9% و 53.8% على التوالي.



## الفصل الثاني

تأثير المركز الاجتماعي للوالدين على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

تمهيد

1-الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي للوالدين وعلاقته بالرعاية الصحية للأطفال المصابين

بمرض الربو

1-1-اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للوالدين في تقديم الرعاية الصحية للأطفال

المصابين بمرض الربو

1-تأثير المستوى التعليمي للأم على الرعاية الصحية للأطفال

2-تأثير المستوى التعليمي للأب على الرعاية الصحية للأطفال

1-2-اختبار مدى مساهمة الوضعية المهنية للوالدين في تقديم الرعاية الصحية للأطفال

المصابين بمرض الربو

1-تأثير الوضعية المهنية للأم على الرعاية الصحية للأطفال

2-تأثير الوضعية المهنية للأب على الرعاية الصحية للأطفال

خلاصة الفصل

### تمهيد:

نتطرق من خلال الفصل إلى تحليل جداول الفرضية الثانية والتوصل إلى معرفة مدى تأثير المركز الاجتماعي للوالدين (المستوى التعليمي وكذا وضعيتها المهنية) على الرعاية الصحية المقدمة.

تطرقنا في الفصل المنهجي من خلال تحديد المفاهيم إلى المركز الاجتماعي وقلنا بأنه المركز الذي يشغله الفرد في جماعة ويرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها الفرد طبقا للقواعد السلوكية المقررة، وقد يكون المركز الاجتماعي منسوباً أو مفروضاً<sup>1</sup>.

فاختبارنا لهذا المتغير في بحثنا يعود لما له من أهمية، لذلك نحاول قياس المركز الاجتماعي من حيث المستوى التعليمي للوالدين والوضعية المهنية لهما، حيث نتعرف من خلال هذين المؤشرين كيفية التأثير على الرعاية الصحية للأطفال وذلك من خلال تحليل مؤشرات هذه الفرضية.

وقبل البدء في العمل نقوم بتحديد متغيرات هذه الفرضية، فالمتغير المستقل هو المركز الاجتماعي والمتغير التابع يتمثل في الرعاية الصحية للأطفال.

1- مؤشرات المتغير المستقل (المركز الاجتماعي) هي:

- المستوى التعليمي للوالدين.

- الوضعية المهنية للوالدين.

2- مؤشرات المتغير التابع (الرعاية الصحية) هي:

- درجة التعرض للنوبة.

- كيفية التصرف عند حدوث النوبة.

- المدة بين حدوث النوبة والعلاج.

<sup>1</sup> - فاروق مداس، مرجع سابق، ص 253

- المتابعة الطبية للمرض.
- نوع الطبيب المفضل للعلاج.
- نوع العلاج المفضل.
- نوع الرضاعة المقدمة للطفل.
- مدة الإرضاع طبيعياً.
- نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل.
- اختيار مكان لعب الأطفال.

## 1-الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي للوالدين وعلاقته بالرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

### 1-1-اختبار مدى مساهمة المستوى التعليمي للوالدين على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

#### 1 -تأثير المستوى التعليمي للأم على الرعاية الصحية للأطفال

جدول رقم (75): علاقة المستوى التعليمي للأم بدرجة التعرض للنوبة.

| المجموع |     | نادرًا |     | كثيرًا |     | درجة التعرض للنوبة<br>المستوى التعليمي للأم |
|---------|-----|--------|-----|--------|-----|---------------------------------------------|
| %       | ك   | %      | ك   | %      | ك   |                                             |
| 100     | 33  | 72.7   | 24  | 27.3   | 09  | أمي                                         |
| 100     | 33  | 72.7   | 24  | 27.3   | 09  | ابتدائي                                     |
| 100     | 48  | 37.5   | 18  | 62.5   | 30  | متوسط                                       |
| 100     | 69  | 21.7   | 15  | 78.3   | 54  | ثانوي                                       |
| 100     | 117 | 17.9   | 21  | 82.1   | 96  | جامعي                                       |
| 100     | 300 | 34     | 102 | 66     | 198 | المجموع                                     |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يتعرضون للنوبة كثيرا وذلك بنسبة 66%، مقابل 34% ممن يتعرضون لها نادرا.

وبإدخال متغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة مدى تأثيره على درجة التعرض للنوبة، نجد أن الأمهات المتحصلات على المستوى الجامعي والثانوي والمتوسط يتعرض أطفالهن كثيرا للنوبة وذلك بالنسب التالية على التوالي: 82.1% و 78.3% و 62.5%.

في حين بلغت نسبة الأمهات الأميات والمتحصلات على المستوى الابتدائي واللاتي يتعرض أطفالهن نادرا للنوبة 72.7% لكل منهما.

لقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 62.430 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 11.22 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم ودرجة التعرض للنوبة. أما عن مقدار العلاقة فلقد قمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه مقدرا بـ +0.41 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

يمكن تفسير أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات أدى بالأطفال إلى التعرض الكثير للنوبة، لأن أغلب الأمهات عاملات حيث أن المستوى العلمي أهلهن لاحتلال مناصب ما أدى بهن إلى ضرورة أخذ أطفالهن إلى مربيات أو إلى أحد أقاربهن وبالتالي هم معرضون يوميا لتيارات هوائية خاصة في الصباح ضف إلى ذلك المسؤول عن حراسة الأطفال في غياب الأمهات قد يتعرضن لنزع ملابسهن أو استعمال أفرشة وأغطية لا تلبي لجهل من المسؤول أو بتصرف من الطفل، كل هذه العوامل تساهم في حدوث النوبة وتكرارها، دون أن ننسى أثر اللعب خارجا خاصة بالنسبة للأطفال الذين يستطيعون الخروج دون مرافق فغياب الأمهات تجعلهم يستغلون الفرصة للعب أو استهلاك مشروبات باردة أو تصرفات أخرى.

بينما أطفال الأمهات الأميات وذوات المستوى الابتدائي أقل عرضة للنوبة لبقائهم في البيت فقليلا ما يتعرضون للتيارات الهوائية ضف إلى ذلك الخوف عليهم يجعلهم نصب أعينهم حتى في اللعب يتركونهم في البيت تحت مراقبتهم وهو ما تم التطرق إليه في تحليل سابق.

جدول رقم (76): علاقة المستوى التعليمي للأم بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة | المستوى التعليمي للأم |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------|-----------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     |                        |                       |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                        |                       |
| 100     | 33  | 09.1 | 03 | 36.4                  | 12  | 54.5                  | 18  | أمي                    |                       |
| 100     | 33  | 09.1 | 03 | 27.3                  | 09  | 63.6                  | 21  | ابتدائي                |                       |
| 100     | 48  | 06.3 | 03 | 43.8                  | 21  | 50                    | 24  | متوسط                  |                       |
| 100     | 69  | 04.3 | 03 | 60.9                  | 42  | 34.8                  | 24  | ثانوي                  |                       |
| 100     | 117 | 30.8 | 36 | 30.8                  | 36  | 38.5                  | 45  | جامعي                  |                       |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                |                       |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتصرفن بالتوجه المباشر للطبيب أثناء تعرض أطفالهن للنوبة بنسبة 44%، مقابل 16% من الأمهات تستعمل أشياء أخرى.

ولقد قمنا بإدخال متغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة، فوجدنا أن الأمهات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ابتدائي وأمي ومتوسط واطن على الاتجاه

العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 63.6% و 54.5% و 50% مقابل 9.1% و 6.3% يتصرفن بأشياء أخرى.

في حين الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي يتصرفن باستعمال أدويته الخاصة بنسبة 60.9% مقابل 4.3% يستعملن أشياء أخرى، بينما الأمهات المتحصلات على المستوى الجامعي يتصرفن باستعمال أدويته الخاصة وأشياء أخرى بنفس المستوى بنسبة 30.8%. من هذا الطرح يتبين أن المستوى التعليمي للأم يتحكم في كيفية التصرف مع النوبة، ودليلنا هو قيامنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت ب 44.513 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قرت ب 5.28 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم وكيفية التصرف مع النوبة، أما عن مقدار العلاقة فوجدنا معامل التوافق مساويا لـ 0.35+ وهي علاقة طردية ضعيفة. أما عن مقدار العلاقة فلقد وجدنا معامل التوافق بعد حسابه مساويا لـ 0.41+ دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

ما هو ملاحظ أن الانخفاض في المستوى التعليمي يدفع بالأم إلى التوجه المباشر للطبيب عند تعرض طفلها للنوبة وهذا نتيجة شعورها بالخوف من قد يحدث له مكروه فهي لا تدرك جيدا الأعراض الحقيقية للنوبة فبمجرد ملاحظة بعض التغيرات على ملامح وجهه أو إصابته بكحة خفيفة لا تعرف معنى التريث وقد تكون قد تهاونت في حرصها على تقديم الدواء لطفلها بمجرد ملاحظة استقرار في حالته يشعرها بالخوف والحسرة وبالتالي تجد نفسها مجبرة على حمله لتلقي العلاج في هرولة وهذا استنادا لتصريحات بعض الأمهات، كما أن الأم في الوقت الحالي أصبحت أكثر وعيا مما كانت عليه سابقا فالتطور التكنولوجي وخروجها من البيت للأغراض حياتية متعددة واختلاطها بالناس جعلها على دراية بالمرض وأثاره وخطورته وحتى تجاربها مع فرد من أفراد عائلتها أو جيرانها أو أقاربها دفع بها إلى عدم الاستهانة، بينما ارتفاع المستوى التعليمي يجعلها تتصرف باستعمال أدويته الخاصة أو باستعمال أشياء أخرى فالوعي

ومعرفة الأمور يبين طريقة التصرف وعدم التسرع وبأنها متعلمة فهي على دراية بما يحتاج الطفل عند تعرضه للنوبة خاصة في اللحظات الأولى من ظهورها في انتظار حمله إلى الإستعجالات لتلقي العلاج المناسب فلقد صرحت بعض الأمهات بأنها وفرت في البيت الوسائل المستعملة للإسعاف كما أن صداقتها مع طبيبات أفادتها بخبرتهن ومعرفتهن في هذا الجانب بالإضافة إلى أن معظم الأمهات طبيبات أو مساعدات فالأمر بات أسهل في التعامل مع الطفل.

جدول رقم (77): علاقة المستوى التعليمي للأم بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج | المستوى التعليمي للأم |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|-----------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     |                                    |                       |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   |                                    |                       |
| 100     | 33  | 18.2        | 06 | 09.1     | 03 | 72.7              | 24  | أمي                                |                       |
| 100     | 33  | 27.3        | 09 | 36.4     | 12 | 36.4              | 12  | ابتدائي                            |                       |
| 100     | 48  | 25          | 12 | 12.5     | 06 | 62.5              | 30  | متوسط                              |                       |
| 100     | 69  | 30.4        | 21 | 17.4     | 12 | 52.2              | 36  | ثانوي                              |                       |
| 100     | 117 | 17.9        | 21 | 23.1     | 27 | 59                | 69  | جامعي                              |                       |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |                       |

من خلال قراءة الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتوجهن لعلاج أطفالهن الذين تعرضوا للنوبة الربوية في الساعات الأولى بنسبة 57%، مقابل 20% منهن تتركن أطفالهن لمدة يوم واحد.

وعند إدخالنا لمتغير المستوى التعليمي وجدنا أن الأمهات المتحصلات على المستوى الأمي والمتوسط والجامعي والثانوي يأخذن أطفالهن لتلقي الإسعافات في الساعات الأولى من حدوث

النوبة وذلك بالنسب التالية على التوالي: 72.7% و 62.5% و 59% و 52.2%، في حين الأمهات ذوات المستوى الابتدائي يأخذن أطفالهن في الساعات الأولى من تعرضهم للنوبة والانتظار ليوم واحد بنفس النسبة 36.4%.

من القراءة الإحصائية للجدول يمكن القول بأن هناك تأثير المستوى التعليمي على المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج والدليل هو حسابنا لـ  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 16.669 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، و  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 6.60 ما يدل هناك فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

ما هو ملاحظ المستوى التعليمي المرتفع يجعل الأمهات أكثر إلماما بالمرض وخباياه من حيث البحث باستعمال التكنولوجيا الحديثة والأرقام المخيفة للإصابة به والوفيات الناجمة عنه يجعلهن لا تنتظرن بل تتوجهن بأطفالهن إلى المكان المطلوب في الساعات الأولى لتلقي الإسعافات الأولية بالرغم من وجود فئة من الأمهات تتخذن موقف ترك الأطفال مع النوبة بتقديم إسعافات في البيت لمدة يوم أو أكثر فهناك من يساعدن في تخطي النوبة من أهل الاختصاص إما منهن شخصيا أو من صديقات أو أقرباء.

في حين عدم ترك الأطفال مع نوبتهم وحملهم في الساعات الأولى عند الأمهات المتحصلات على المستوى التعليمي المنخفض يعود لطبيعة المرض الذي يصنف ضمن الأمراض المزمنة فهن أصبحن أكثر وعيا مما سبق وهذا راجع للدور الذي لعبته وسائل الإعلام وحملات التوعية التي ساهمت في نشر الوعي بأهمية ضرورة تجنب وقوع الأطفال في نوبة الربو وتركه دون علاج والقول بأنه يتحسن مع الوقت لآثار التي تخلفها والتغيرات التي تحدثها من انفعال وقلق شديدين عند الأطفال ناهيك عن الحرمان من اللعب ومن الأكل والشرب للبعض منها وهو ما لا يتحملة لا المريض ولا الأسرة.



إذا هذا لا يعني أن الأمهات المتحصلات على المستوى التعليمي المنخفض وحتى الأميات غير واعيات بخطر النوبة وضرورة تلقي العلاج في الوقت المناسب فهذه الفئة قد لا يكون للرصيد المعرفي دخل وإنما التجربة والتثقيف المستمد من وسائل الإعلام والاحتكاك مع الآخر وملاحظة ما يعانيه الأطفال في المستشفيات وحتى نسب الوفاة المخيفة.

جدول رقم (77): علاقة المستوى التعليمي للأم بالمتابعة الطبية للمرض

| المتابعة الطبية للمرض |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|-----|------|-----|------|---------|-----|
| المستوى التعليمي للأم |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       | %   |
| أمي                   |  | 09  | 27.3 | 24  | 72.7 | 33      | 100 |
| ابتدائي               |  | 09  | 27.3 | 24  | 72.7 | 33      | 100 |
| متوسط                 |  | 30  | 62.5 | 18  | 37.5 | 48      | 100 |
| ثانوي                 |  | 54  | 78.3 | 15  | 21.7 | 69      | 100 |
| جامعي                 |  | 96  | 82.1 | 21  | 17.9 | 117     | 100 |
| المجموع               |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     | 100 |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو تصريح الأمهات بأنهن تقمن بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهن بنسبة 66%، مقابل 34% لا تقمن بتلك المتابعة.

ولقد أدخلنا متغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة تأثيره على المتابعة الطبية للمرض، فوجدنا أن الأمهات المتحصلات على المستوى التعليمي الجامعي والثانوي والمتوسط يقمن بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهن بالنسب التالية على التوالي: 82.1% و 78.3% و 62.5%.

في حين الأمهات الأميات والمتحصلات على المستوى الابتدائي لا يقمن بالمتابعة الطبية بنفس النسبة 72.5%.

من القراءة الإحصائية للجدول يبدو جليا تأثير متغير المستوى التعليمي للأم على المتابعة الطبية للمرض، حيث قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها مساوية لـ: 62.430 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 11.22، دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم والمتابعة الطبية.

إن وصول الأمهات إلى أعلى مستوى تعليمي وطموحها لبلوغ ذلك جعلها أكثر تفتحا ووعيا بما يحيط بها داخل الأسرة وحتى خارجها فتربية الأطفال والحرص على سلامتهم صحيا واجتماعيا ونفسيا يبقى من الأولويات ومن مسؤوليتهن بالدرجة الأولى، فمرض الطفل ومعاناته يعني معاناة الأسرة بكاملها حسب تفكيرهن الخاص خاصة هذا النوع من الأمراض لا يجب الاستهانة به أو محاولة تناسيه أحيانا لمشقة العلاج مهما كانت الظروف الاجتماعية لأن ذلك يجعل الطفل لا يعيش حياة طبيعية مثل بقية أقرانه ولا يمارس نشاطاته ولا يتماثل للشفاء نتيجة عدم متابعة تطور مرضه حيث أن للبحوث العلمية إلى جانب الرصيد العلمي اثر كذلك على الجانب الصحي للأطفال وكذا المواقف والتصرفات المتخذة اتجاههم .

في حين نجد الأميات وذوات المستوى التعليمي الابتدائي لا يحرصن على المتابعة الطبية للمرض ضنا منهن أن استقرار الحالة الصحية للمريض، والاكتفاء باستعمال الأدوية وخاصة البخاخات المتعود عليها وجعل الأطفال تحت مراقبتهم تكفي إلا في حالة ما إذا اشتدت الأزمة عليهم لجئن إلى الطبيب لذلك نجدهن يسارعن في الساعات الأولى وهو ما سبق ذكره وهو الواقع عند الكثيرات وهو ما وجدناه في جناح الإستعجالات بعد التأكد من الأمر.

جدول رقم (78): علاقة المستوى التعليمي للأم بالطبيب المفضل لطلب العلاج

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل للعلاج<br>المستوى التعليمي للأم |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|-----------------------------------------------|
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  |                                               |
| 100     | 33  | 72.7     | 24  | 27.3     | 09 | أمي                                           |
| 100     | 33  | 72.7     | 24  | 27.3     | 09 | ابتدائي                                       |
| 100     | 48  | 81.3     | 39  | 18.8     | 09 | متوسط                                         |
| 100     | 69  | 78.3     | 54  | 21.7     | 15 | ثانوي                                         |
| 100     | 117 | 87.2     | 102 | 12.8     | 15 | جامعي                                         |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع                                       |

يبين الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن الطبيب الخاص لعلاج مرض أطفالهن وذلك بنسبة 81%، مقابل 19% تفضلن الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة تأثيره على الطبيب المفضل للعلاج، تبين أن الأمهات الجامعيات والمتحصلات على المستوى المتوسط والثانوي وحتى الابتدائي والأميات يفضلن العلاج عند الطبيب الخاص وبذلك واطبن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 87.2%، 81.3%، 78.3% و 72.7%.

يمكن تفسير سبب توجه الأمهات المتحصلات على مستوى تعليم عال إلى الطبيب الخاص، إلى أنهن يعلمن أن الطفل لا بد له من طبيب خاص به لأنه أكثر دراية من غيره في إدراك بواكر المرض وتشخيصه وتقديم العلاج المناسب له في أوانه، فهن يشبهن الطبيب كالدخول إلى الجامعة بمعنى الطالب عندما يتخصص في شيء معين يكون أكثر إلماما بالمعلومات من

غيره، ما يدل على أن العلم والمعرفة تجعل من الأم أكثر وعياً بما يحيط بها وأكثر تفتناً لحقوق طفلها، لأن علاج الطفل عند طبيبه الخاص يعتبر حقاً من حقوقه وإلا لما وجد. فالأم المتعلمة باتت تفرق بين أهل الاختصاص من غيرهم، فبعلمها وفطنتها كما سبق ذكره وبحوثها نتيجة احتكاكها بمن لهم مساهمة ولو بالقليل في الوصول إلى التخفيف من الألم الذي يعاني منه الأطفال جراء هذا المرض الذي أرق الباحثين والخبراء، فالطبيب العام درس وبحث في مختلف الأمور لكنه لم يختص في مرض معين أو فئة معينة وبالتالي كل من به داء على اختلاف فئات المجتمع يقصده ويقدم لهم العلاج على قدر معرفته إن لم نقل المحدودة، عكس الطبيب الخاص جعل مرضاً أو فئة معينة موضع بحثه فالباحث المتعمق والاختصاصي يؤدي إلى الإلمام بالأشياء المحيطة وحتى المخفية فعند قصده يكشف لك عن أشياء تجهلها عن طفلك ما يسمح براحة المريض وعائلته عند الوصول إلى التحسن التدريجي والاستقرار في الحالة الصحية للمريض، كما أنه يمتلك للوسائل التي تسمح بفحص المريض جيداً من خلال اختبارات يقوم بها، كما أنه يدرك جيداً الدرجة التي وصل إليها المرض وبالتالي يقدم وصفات حسب شدته.

في حين يفسر اقبال على الطبيب الخاص عند الأمهات اللواتي مستواه التعليمي منخفض والأميات ليس العلم والمعرفة بأهمية فحص الطفل عند طبيبه الخاص، وإنما الدافع وراء ذلك هي حملات التوعية والتحسيس التي تقوم بها خاصة مراكز حماية الأمومة والطفولة، حيث تعمل المرشديات على غرس فكرة ضرورة إحضار الطفل عند طبيبه الخاص، وهذا ما لمسناه من تصريحات الأمهات حيث قلن لي (هما يقولونا جيبوهم هنا)، فالكثيرات تجهلن سبب هذا الطلب لكن مع مرور الوقت وكثرة الزيارات أدركن بأن هذا النوع من الأطباء يقوم بفحص الطفل أحسن من الطبيب العام كما يعمل على تقديم النصائح حول كيفية العناية بالطفل من شتى الجوانب وهذا ما تم استنتاجه من طرفهن.

جدول رقم (79): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع العلاج المفضل.

| نوع العلاج المفضل     |  | تقليدي |      | حديث |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|--------|------|------|------|---------|-----|
| المستوى التعليمي للأم |  | ك      | %    | ك    | %    | ك       | %   |
| أمي                   |  | 18     | 54.5 | 15   | 45.5 | 33      | 100 |
| ابتدائي               |  | 15     | 45.5 | 18   | 54.5 | 33      | 100 |
| متوسط                 |  | 09     | 18.8 | 39   | 81.3 | 48      | 100 |
| ثانوي                 |  | 15     | 21.7 | 54   | 78.3 | 69      | 100 |
| جامعي                 |  | 15     | 12.8 | 102  | 87.2 | 117     | 100 |
| المجموع               |  | 72     | 24   | 228  | 76   | 300     | 100 |

يظهر الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تفضلن العلاج الحديث لأطفالهن المرضى بالربو وذلك بنسبة 76%، مقابل 24% منهن تفضلن العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل للطفل المريض، وجدنا أن الأمهات المتحصلات على المستوى الجامعي والمتوسط والثانوي والابتدائي يفضلن العلاج الحديث بالنسب التالية على التوالي: 87.2% و 81.3% و 78.3% و 54.5% على التوالي مقابل 45.5% يفضلن العلاج التقليدي عند ذوات المستوى الابتدائي. في حين بلغت نسبة الأمهات الأميات اللواتي تفضلن العلاج التقليدي 54.5%، مقابل 45.5% منهن تفضلن العلاج الحديث.

ما هو واضح تأثير المستوى التعليمي للأم على العلاج المفضل والدليل حسابنا لـ  $\chi^2$  حيث وجدناها قدرت بـ 34.144 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت

ب 7.92 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم والعلاج المفضل.

العلاج الحديث قائم على البحوث والاختبارات والتجارب العلمية، فما من وصفة أو علاج يقدم إلا بعد تفكير وتشاور فأى خطأ يكلف الطفل حياته ويتسبب في توقيف الطبيب ومحاكمته، ما نريد قوله أن العلاج الحديث علاج دقيق يأخذ بكل تفاصيل المرض قبل اتخاذ أي خطوة في العلاج، وهو الدافع الذي يجعل من الأمهات المتعلمات يفضلن هذا النوع من العلاج فمطالعة الكتب والمجلات وتتبع وسائل الإعلام المختلفة وحملات التحسيس دعمت رصيدهن في هذا الجانب، هذا لا يعني أن أمهات متعلمات إلا أنهن تفضلن العلاج التقليدي.

فهن تعتبرن أن الطب النبوي أبلغ من الدواء الذي لا يفارق أطفالهن والغرض فقط استقرار الحالة الصحية لأطفالهن فلما لا البحث عن العلاج وليس التخفيف فقط، فهن يبحثن في الأنترنت عن فوائد الطب التقليدي على مرض الربو وتوصلن إلى الاقتناع بضرورة البحث عن بديل.

ويمكن تفسير تفضيل الأمهات الأميات العلاج التقليدي لأنهن لا تزلن تفكرن كما يفكر أهل زمان خاصة، إن الكثيرات منهن لديهن حماوات ترسخ في ذهنهن أن الأعشاب الطبية كالزعرور والعسل وزيت الزيتون من أهم المواد المفيدة لأي علة كانت تستعمل منذ القدم في غياب الطب الحديث والكل معافى وصحيح هذا من جهة، ومن جهة أخرى يتم اللجوء إلى هذا النوع من العلاج هروبا من التكاليف الباهظة، كما توجد فئة لا بأس بها من الأمهات تفضلن العلاج الحديث خوفا من النتائج وهذا بفضل النصائح وعمليات التحسيس التي يقوم بها المختصون كالطبيب مثلا ووسائل الإعلام بخطورة المرض وبتطبيق العلاج التقليدي عليه.

لكن ما هو شائع في الوقت الحالي تعدد الأشخاص الذين يقدمون الوصفات الشعبية للمرضى فتنام فبمجرد أن تصحى صباحا تسمع بأنه تم فتح مركز للتداوي بالأعشاب فتعددت المراكز والمسميات وباتت الأسر في حيرة من أمرها هل تعتمد على العلاج الحديث رغم ارتفاع

التكاليف في ظل الظروف المعيشية المحدودة للكثير من الأسر أو اللجوء إلى العلاج التقليدي الذي فيه مغامرة كبيرة وحياة الطفل رهنها أم تترك طفلها بين الموت والحياة دون فعل أي شيء وهو ما لا تستطيع القيام به ولو كلف ذلك حياتها.

جدول رقم (80): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| نوع الرضاعة           |     | طبيعية |    | اصطناعية |    | مختلطة |     | المجموع |     |
|-----------------------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|---------|-----|
|                       |     |        |    |          |    |        |     |         |     |
| المستوى التعليمي للأم | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   | %       | ك   |
| أمي                   | 24  | 72.7   | 03 | 09.1     | 06 | 18.2   | 33  | 100     | 33  |
| ابتدائي               | 12  | 36.4   | 12 | 36.4     | 09 | 27.3   | 33  | 100     | 33  |
| متوسط                 | 30  | 62.5   | 06 | 12.5     | 12 | 25     | 48  | 100     | 48  |
| ثانوي                 | 36  | 52.2   | 12 | 17.4     | 21 | 30.4   | 69  | 100     | 69  |
| جامعي                 | 69  | 59     | 27 | 23.1     | 21 | 17.9   | 117 | 100     | 117 |
| المجموع               | 171 | 57     | 60 | 20       | 69 | 23     | 300 | 100     | 300 |

يظهر الجدول الذي بين أيدينا أن اتجاهه العام يتجه نحو اعتماد الأمهات في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية بنسبة مقدرة بـ: 57%، مقابل 20% ممن اعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأم وجدنا أن الأمهات الأميات هن أكثر اعتمادا على الرضاعة الطبيعية وذلك بنسبة 72.7%، 62.5% و 59% و 52.2% و 36.4% تعتبر الرضاعة الطبيعية أحد أهم العوامل الرئيسية التي تضمن نموا طبيعيا للأطفال وأحسن وقاية ضد العديد من الأمراض التي يتعرض لها الأطفال لذلك تلقى تغذية الأطفال الرضع اهتماما بالغا من قبل المهتمين برعاية وتنشئة الطفل حتى ينمو جسمه سليما ويكتمل تكوينه ويكون قادرا على القيام بوظائفه الحيوية.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 16.669 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 6.60 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي ونوع الرضاعة المقدمة للطفل.

من القراءة الإحصائية يتبين أنه مهما اختلف المستوى التعليمي للأمهات إلا وكان اعتمادهن على الرضاعة الطبيعية لا شيء سوى لهن وعيات اشد الوعي بفائدة حليب الأم الذي يعتبر أهم غذاء للطفل خاصة خلال 6 أشهر الأولى من حياته كحد أدنى، فالأمهات ذات المستوى التعليمي المرتفع كان لمقدار العلم والمعرفة المتحصل عليها دور في إقبالهن على الاعتماد على حليب الثدي لأنهن مدركات بأهمية الرضاعة الطبيعية وما تحمله من فوائد خاصة من الناحية الروحية والنفسية حيث يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة والسعادة وهو في أحضان أمه<sup>1</sup>، مقابل ذلك نجد حتى الأمهات اللواتي مستواه التعليمي منخفض والأميات كذلك اعتمدن على التغذية الثديية بالرغم من معرفتهن البسيطة والمحدودة أكثر من غيرهن، فذلك إذن لا يعود إلى طبيعة المستوى المتحصل عليه وإنما قد يكون للتجربة دور في ذلك، فبالرغم من معرفتهن المحدودة في هذا الجانب إلا أنهن استطعن تكوين أنفسهن عن طريق الاستفادة من خبرة غيرهن ضف إلى ذلك تجربتهن مع أطفالهن، فقد صرحن بقولهن (حليب اليماء مليح بزاف فيه فائدة كبيرة والطفل يخرج حنين).

حيث أن التجربة الخاصة لبعض الأمهات وكذا الاعتماد على تجارب الآخرين من جهة والاطلاع على فوائد الرضاعة الطبيعية من جهة أخرى ساهما في مدى الحرص على التغذية الثديية للطفل حتى ولو كان قليلا في كثير من الأحيان، إلا إذا تعذر الأمر لجفاف الثدي من الحليب أو إصابة الأم بمرض ما يستدعي إدخال حليب مكمل لعدم إحساس الطفل بالشبع

<sup>1</sup> - نعمة مصطفى رقبان، مرجع سابق، ص 169.



واكتسابه للكميات التي يحتاجها، لذلك نجد بعض الأمهات يعتمدن على الرضاعة الاصطناعية وذلك لاستحالة الإرضاع إما بسبب المرض وإما بسبب عدم إدرار الثدي بالحليب أي لأسباب خارجة عن إرادتها وأيضاً كون الأم في الوقت الراهن مساهمة في دخل الأسرة وبانشغالها وبعدها عن طفلها يحتم عليها إيجاد البديل له في مثل هذه الحالة تقدم الأم لطفلها حليباً صناعياً مقارباً في تركيبه وخصائصه لحليبها، إن الغرض الرئيسي من هذه التغذية هو إمداد الطفل بغذاء بديل عن لبن الأم، ولذلك يجب ملاحظة أن تكون مكوناته شبيهة بتركيب لبن الأم كلما أمكن ذلك، وإما يعتمدن على الرضاعة المختلطة لنقص الحليب الطبيعي ومحاولة إشباع الطفل وهي تعتبر مصدر آخر من مصادر تغذية الطفل وفي هذا النوع من الرضاعة يتم الجمع بين الرضاعة الطبيعية والرضاعة الاصطناعية.

وتجدر الإشارة هنا أن مسؤولية الأطفال لا تقع على عاتق الأم فقط فالأب مسؤول إلى جانبها فهو يلعب دور فعال حيث بإمكانه الإقناع والحرص على ضرورة الإرضاع من الثدي في حالة ما إذا تهاونت أو تخلت دون وجود سبب مانع سوى حفاظاً على جمالها أو كثرة مشاغل البيت خاصة إذا كان له مستوى علمي يؤله لإقناعها بمعلوماته في هذا الجانب.

نشير في الختام إلى سبب الاعتماد على الرضاعة الاصطناعية لدى الأمهات ولو أن نسبتهن ضعيفة لأنني رأيت أنه من غير المعقول أن أمر عليها مر الكرام لأنهن طلبن مني نقل كلامهن وموقفهن من هذا النوع من التغذية، لأنه لا يعني أن هذه الفئة غير واعية بالانعكاسات الإيجابية للرضاعة الطبيعية على صحة الطفل، ولكن الأمر الذي دفع بهن إلى ذلك هو فقدان أذنهن للحليب فلم يجدن سوى هذه الطريقة في تغذية أطفالهن وهن متحسرات على ذلك أشد الحسرة باعتبار صدر الأم يبقى أحن على الطفل من الزجاجاة في نظرهن، وليبقى الغرض

الرئيسي من التغذية الاصطناعية هو إمداد الطفل بغذاء بديل عن لبن الأم ولذلك يجب ملاحظة أن تكون مكوناته شبيهة بتركيب لبن الأم كلما أمكن ذلك<sup>1</sup>.

لكن الشيء الملفت جدا للانتباه أم متحصلة على المستوى التعليمي الجامعي ولديها ثلاثة أطفال (طفلين أكثر من خمس سنوات والثالث أقل من ذلك وهو الذي قمت باستجوابها عنه)، استعملت الرضاعة الاصطناعية منذ ولادة طفلها والغريب في الأمر أنها مارست نفس الرضاعة مع أخويه، كنت فضولية وسألتها عن سبب ذلك هل يعود ذلك لانعدام الحليب في ثديها ؟ فأجابت مبتسمة أنها عند ولادة طفلها الأول اكتشف الطبيب أنها مصابة بمرض لكنها لم تقص عن طبيعة المرض وطلب منها عدم قدرتها على إرضاع طفلها من الثدي فاضطرت للتوجه إلى الرضاعة الاصطناعية مع كل أطفالها، وهي فخورة جدا لكونها أحسنت رعاية أطفالها من هذا الجانب، وفي نفس الوقت تشيد بأهمية هذا النوع من الرضاعة إذا اقتضى الأمر ذلك، وبطبيعة الحال ضرورة الحرص على انتقاء أفضل حليب وأفضل رضاعة مع حرص الأم الدائم والمستمر على ذلك، نشير فقط أنه من حسن حظ هذه الأم أنها ميسورة الحال من الجانب المادي ولديها رجل طيب يساعدها ويقاسمها أعباءها اليومية.

---

<sup>1</sup> - نعمة مصطفى رقبان، مرجع سابق، ص 181.

جدول رقم (81): علاقة المستوى التعليمي للأم بمدة الإرضاع طبيعياً

| المجموع |     | أكثر من 6 أشهر |    | أقل من 6 أشهر |    | لا يزال يرضع |     | مدة الإرضاع طبيعياً<br>المستوى التعليمي للأم |
|---------|-----|----------------|----|---------------|----|--------------|-----|----------------------------------------------|
|         |     |                |    |               |    |              |     |                                              |
| %       | ك   | %              | ك  | %             | ك  | %            | ك   |                                              |
| 100     | 33  | 18.2           | 06 | 09.1          | 03 | 72.7         | 24  | أمي                                          |
| 100     | 33  | 27.3           | 09 | 36.4          | 12 | 36.4         | 12  | ابتدائي                                      |
| 100     | 48  | 18.8           | 09 | 31.3          | 15 | 50           | 24  | متوسط                                        |
| 100     | 69  | 17.4           | 12 | 39.1          | 27 | 43.5         | 30  | ثانوي                                        |
| 100     | 117 | 10.3           | 12 | 28.2          | 33 | 61.5         | 72  | جامعي                                        |
| 100     | 300 | 16             | 48 | 30            | 90 | 54           | 162 | المجموع                                      |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن لا يزالون في مرحلة الرضاعة بنسبة 54% مقابل 30% أطفالهن تلقوا الرضاعة لمدة تقل عن 6 أشهر و 16% أكثر من 6 أشهر.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة تأثيره على مدة الإرضاع طبيعياً، تبين أن الأمهات ذوات المستوى الثانوي والجامعي والابتدائي والمتوسط أرضعن أطفالهن لمدة تقل عن الـ 6 أشهر بالنسب التالية على التوالي: 39.1% و 28.2% و 36.4% و 31.3%.

في حين بلغت نسبة الأميات اللواتي أرضعن أطفالهن مدة تفوق الـ 6 أشهر 18.2% مقابل 9.1% أرضعن لمدة تقل عن الـ 6 أشهر.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها مساوية لـ 19.596 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 5.28 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومدة الإرضاع.

إن إقبال الأمهات الأميات على تمديد مدة إرضاع أطفالهن فترة تفوق 6 أشهر راجع إلى أن أغلب الوقت تقضيه مع طفلها بالرغم من واجباتها ومسؤولياتها اتجاه زوجها وأفراد أسرتها، فهي تعمل على محاولة التوفيق ما بين الأعمال المنزلية وإعطاء حق الطفل الذي لا بد منه لأنها مهما كانت الأحوال فهي واعية بأهمية الرضاعة الطبيعية التي تعود بالفائدة على صحة الطفل أولاً من جميع النواحي، أضف إلى ذلك الخبرة المكتسبة من خلال تربية أطفال آخرين أو نتيجة النصائح المقدمة إليها.

في المقابل يمكن تفسير مدة الإرضاع عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع تقل عن 6 أشهر، كونهن دخلن عالم الشغل بفضل تعليمهن وبالتالي أطفال هذه الفئة من الأمهات أغلب الأحيان يعتمدون على التغذية الاصطناعية خلال فترة غياب أمهاتهم مما ينتج عن ذلك أن الأطفال قد تعودوا على الرضاعة التي حلت محل أثناء أمهاتهم مما يجعلهم لا يبحثون عنه، حيث أن بعض الأمهات صرحن بأن أطفالهن قد تخلوا عن الثدي بمحض الإرادة بسبب الغياب المتكرر للأمهات بمعنى قد نكروا الثدي وأصبحت الرضاعة هي مطلب الطفل ومصدر تغذيته، هنا إذن قد يكون لعدد ساعات العمل تأثير على مدة إرضاع الطفل حيث أن ابتعاد الأم عن الطفل لساعات طويلة وطوال أيام الأسبوع يساهم في عزوف الطفل عن ثدي أمه، كما أنه قد تكون الأم هي السبب وراء هذه المدة من الإرضاع (أقل من 6 أشهر) حيث أن الأم التي تعمل لساعات طويلة تعود إلى البيت متعبة ضف إلى ذلك ضرورة القيام بواجباتها المنزلية الأمر الذي يدفع بها إلى التخلي عن إرضاع طفلها طبيعياً، كما أن فقدان الأمهات للحليب في أثنائهن يكون سبباً في إرضاع الطفل مدة تقل عن 6 أشهر وهذا وجدناه عند بعض الأمهات بالرغم من معرفتهن التامة بأهمية تمديد فترة إرضاع الطفل طبيعياً لكن الأمر حال دون ذلك، أو بسبب الحمل أو إصابة الأم بمرض وحتى إلى نقص الخبرة التي تعتبر أساس التعلم أحياناً أخرى

جدول رقم (82): علاقة المستوى التعليمي للأم بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

| المجموع |     | لا   |     | نعم  |     | نوع الوجبة الغذائية المقدمة |
|---------|-----|------|-----|------|-----|-----------------------------|
|         |     |      |     |      |     | المستوى التعليمي للأم       |
| %       | ك   | %    | ك   | %    | ك   |                             |
| 100     | 33  | 72.7 | 24  | 27.3 | 09  | أمي                         |
| 100     | 33  | 72.7 | 24  | 27.3 | 09  | ابتدائي                     |
| 100     | 48  | 37.5 | 18  | 62.5 | 30  | متوسط                       |
| 100     | 69  | 21.7 | 15  | 78.3 | 54  | ثانوي                       |
| 100     | 117 | 17.9 | 21  | 82.1 | 96  | جامعي                       |
| 100     | 300 | 34   | 102 | 66   | 198 | المجموع                     |

من خلال قراءة هذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة بنسبة 66%، مقابل 34% من الأمهات تقدمن وجبات غذائية ناقصة.

وعند إدخال متغير المستوى التعليمي للأم لمعرفة تأثيره على نوع الوجبات المقدمة للطفل تبين أن الأمهات المتحصلات على المستوى الجامعي والثانوي والمتوسط يقدمن لأطفالهن وجبات غذائية صحية بالنسب التالية على التوالي: 82.1% و 78.3% و 62.5%.

في حين بلغت نسبة الأمهات الأميات والمتحصلات على المستوى الابتدائي واللاتي تقدمن وجبات غذائية ناقصة لأطفالهن 72.7% لكل منهن.

من القراءة الإحصائية للجدول يتبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات ترتفع نسبة الحرص على تقديم وجبات غذائية صحية لأطفالهن، والدليل هو قيامنا بحساب كا<sup>2</sup> حيث وجدناها قدرت ب 62.430 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 11.22 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول

إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم ونوع الوجبة المقدمة للطفل، بينما معامل التوافق وجدناه مساويا لـ  $0.41+$  دليل على وجود علاقة متوسطة بين المتغيرين.

في هذه المرحلة من عمر الطفل تظهر احتياجات بناء الأنسجة وازدياد النشاط الجسماني والنمو، وتدل كلمة نمو على ازدياد وزن الطفل ومقاييس جسمه من الولادة وحتى البلوغ، ونظرا لسرعة النمو التي تتميز بها هذه المرحلة يزيد احتياج الطفل من العناصر الغذائية المختلفة، ويعد الغذاء الطبيعي المتوازن مهم للصحة والنمو ورفع سوية الطفل العقلية والنفسية<sup>1</sup>.

الأمهات المتعلّمات كلما ارتفع مستواه التعليمي وجدناهن أكثر حرصا على ما تقدمه لطفلها، حيث أنها على علم بأن الغذاء الصحي المتوازن يساهم في تجديد خلايا الجسم والمساهمة في بنائها، حيث تعمل على تنويع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل مع المحافظة على الوقت المخصص لها وفق نظام غذائي محدد من طرفها، فهي ترى أن الطفل بحاجة إلى غذاء يناسب سنه فلا يزيد عن الكمية المحددة ولا ينقص عنها.

فكما تطرقنا في الجانب النظري إلى أن المستوى التعليمي لأسرة الطفل وخاصة الأم بشكل كبير على صحة الطفل، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهم بمتطلبات النمو الصحي والسليم للطفل وبكل احتياجاته في هذه المرحلة وكيفية تلبيتها، في حين أن الجهل والأمية يؤدي إلى عدم وعي الوالدين بما يتعلق بالشؤون الصحية للطفل وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر<sup>2</sup>

بينما الأمهات الأميات وذوات المستوى التعليمي المنخفض يعتبرن أن الأطفال الأصحاء هم الذين يتناولون عدد وجبات كثيرة كما أن أغلب أطفال هذه الفئة من الأمهات مؤهلين لتناول عدد وجبات الكبار، الأمر الذي يجعل الطفل يتناول نفس عدد الوجبات الغذائية المقدمة لأفراد العائلة، إضافة إلى وجود أطفال لديهم شهية مفتوحة للأكل مما يجعل الوجبات تصل إلى عدد

<sup>1</sup> - زين بدران، أيمن سليمان مزاهرة: رعاية الأم والطفل، مرجع سابق، ص ص 96-119.

<sup>2</sup> - السيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي، مرجع سابق، ص 94

كبير، كما أن كسب معلومة ضرورة تغذية الطفل يدفع بهن إلى عدم مراعاة الاحتياجات الأساسية، مع عدم تنويع الوجبات الغذائية والإفراط في الاعتماد على بعضها دون الأخرى الأمر الذي يتسبب في إصابة الطفل إما بسوء التغذية أو السمنة وهذان عاملان مضران بصحة الطفل، والدليل على هذا القول هو أنه عندما قمنا باستجواب بعضهن عن عدد الوجبات المقدمة للطفل في اليوم ونوعها، سمع أحد المختصين ما تم التصريح به من طرف الأمهات فنهرا قائلا: "يعطيك الصحة هذا واش لازم تمدي لوليدك ياكل"، ثم قام بإعطائها برنامج تغذية الطفل، عدد الوجبات ونوعها حسب السن وفقا للبرنامج اليومي، كما أن الوضع المعيشي يفرض على الأمهات عدم الإلمام بعناصر الوجبة الغذائية الكاملة.

## 2-تأثير المستوى التعليمي للأب على الرعاية الصحية للأطفال

جدول رقم (83): علاقة المستوى التعليمي للأب بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال أدوية خاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة<br>المستوى التعليمي للأب |
|---------|-----|------|----|--------------------|-----|-----------------------|-----|-------------------------------------------------|
|         |     |      |    |                    |     |                       |     |                                                 |
| %       | ك   | %    | ك  | %                  | ك   | %                     | ك   |                                                 |
| 100     | 24  | 12.5 | 03 | 50                 | 12  | 37.5                  | 09  | أمي                                             |
| 100     | 42  | 07.1 | 03 | 28.6               | 12  | 64.3                  | 27  | ابتدائي                                         |
| 100     | 45  | 20   | 09 | 46.7               | 21  | 33.3                  | 15  | متوسط                                           |
| 100     | 69  | -    | -  | 39.1               | 27  | 60.9                  | 42  | ثانوي                                           |
| 100     | 120 | 27.5 | 33 | 40                 | 48  | 32.5                  | 39  | جامعي                                           |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                 | 120 | 44                    | 132 | المجموع                                         |

يظهر الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الآباء الذين يتصرفون مع النوبة أثناء حدوثها لأطفالهم بالتوجه المباشر للطبيب بنسبة 44%، مقابل 16% يتصرفون بأشياء أخرى. وبإدخال متغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة مدى تأثيره على درجة التعرض للنوبة، نجد أن الآباء المتحصّلين على المستوى التعليمي الابتدائي والثانوي يتعرض أطفالهم للنوبة كثيراً بنسبة 64.3% و 60.9% على التوالي، في حين نجد أن الآباء ذوي المستوى المتوسط والجامعي وحتى الأميون يتصرفون باستعمال أدوية الطفل الخاصة بالمرض بالنسب التالية على التوالي: 46.7% و 40% و 50%.

وعن علاقة هذين المتغيرين فيما بينهما قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 39.528 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 3.84 دليل على وجود فروق



جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأب وكيفية التصرف مع النوبة.

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نستنتج أن الأزواج مسؤولياتهم تبرز في مسائل متعلقة بأطفالهم خاصة إذا تعلق الأمر بالمرض وبالتالي بمجرد حدوث النوبة يسرع بالتوجه المباشر للطبيب بطفله لتلقي الإسعافات بصفته المسؤول عن البيت عكس المرأة التي غالباً لا تستطيع الخروج بمفردها وخاصة إذا كان مقر الطبيب أو القطاع بعيداً عن السكن، فالأزواج بطبعهم لا يحبون الانتظار في المرض، والبعض يفضل استعمال الدواء المتعود عليه لأن أطفالهم متعودون على حدوث مثل هذه النوبات في انتظار عدم الاستقرار يتم العلاج عند الطبيب.

أما عن المدة التي يترك فيها الطفل وهو في حالة النوبة فهي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (84): علاقة المستوى التعليمي للأب بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي

#### العلاج

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     | المستوى التعليمي للأب              |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   |                                    |
| 100     | 24  | 12.5        | 03 | 25       | 06 | 62.5              | 15  | أمي                                |
| 100     | 42  | 21.4        | 09 | 07.1     | 03 | 71.4              | 30  | ابتدائي                            |
| 100     | 45  | 20          | 09 | 26.7     | 12 | 53.3              | 24  | متوسط                              |
| 100     | 69  | 34.8        | 24 | 08.7     | 06 | 56.5              | 39  | ثانوي                              |
| 100     | 120 | 20          | 24 | 27.5     | 33 | 52.5              | 63  | جامعي                              |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |

من خلال الجدول يتبين لنا أن اتجاهه العام يتجه نحو الآباء الذين يتلقى أطفالهم العلاج في الساعات الأولى من حدوث النوبة بنسبة 57%، مقابل 23% ينتظرون ليومين فأكثر و 20% ليوم واحد.

ولقد قمنا بإدخال متغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة تأثيره على المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج، فوجدنا أن الآباء المتحصّلين على المستوى التعليمي الابتدائي والأميون يأخذون أطفالهم في الساعات الأولى وهم يمثلون نسبة أعلى 71.4% و 62.5% مقابل 21.4% ينتظرون ليومين فأكثر بالنسبة لذوي المستوى الابتدائي، بينما بلغت نسبة التوجه في الساعات الأولى من حدوث النوبة عند ذوي المستوى الثانوي والمتوسط والجامعي 56.5% و 53.3% و 52.5% على التوالي، مقابل 34.8% من الثانويين ينتظرون ليومين فأكثر و 26.7% و 27.5% من ذوي المستوى المتوسط والجامعي ينتظرون ليوم واحد على التوالي.

وعند حسابنا لاختبار كا<sup>2</sup> وجدناها تقدر ب 20.758 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5% بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 4,80 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، ومنه ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأب والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

فارتفاع المستوى التعليمي للآباء يجعلهم قلقون على أطفالهم خاصة في حالة المرض، رغم إلمامهم بمعلومات عن المرض والنوبة والعلاج الذي ألفه وتعود عليه أطفالهم، لكن التعرض للنوبات الخطيرة تفرض عدم الانتظار أو استعمال الأدوية المعتادة فمادام الآباء مسؤول فمن واجبهم حمل أطفالهم ولو على أكتافهم إذا لم تتوفر لديهم الوسيلة.

بينما الآباء الذين مستواهم منخفض أو أميون حتى وفي بعض الأحيان تكون النوبة خفيفة إلا أنهم لا يفكرون في استعمال ما يجب استعماله ولا يعرفون ماذا يقدمون لهم، بل يبادرون ولا يتأخرون عن الطبيب لتلقي الإسعافات فخوفهم يسيطر على تصرفهم.

جدول رقم (85): علاقة المستوى التعليمي للأب بالمتابعة الطبية للمرض.

| المتابعة الطبية للمرض |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|-----|------|-----|------|---------|-----|
| المستوى التعليمي للأب |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       | %   |
| أمي                   |  | -   | -    | 24  | 100  | 24      | 100 |
| ابتدائي               |  | 15  | 35.7 | 27  | 64.3 | 42      | 100 |
| متوسط                 |  | 27  | 60   | 18  | 40   | 45      | 100 |
| ثانوي                 |  | 51  | 73.9 | 18  | 26.1 | 69      | 100 |
| جامعي                 |  | 105 | 87.5 | 15  | 12.5 | 102     | 100 |
| المجموع               |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     | 100 |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الآباء الذين يقومون بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهم بنسبة 66%، مقابل 34% منهم لا يقومون بها.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة مدى تأثيره على المتابعة الطبية، وجدنا أن الآباء الأميون والمتحصلين على المستوى الابتدائي لا يقومون بالمتابعة الطبية بنسبة 100% و 64.3% على التوالي مقابل 35.7% يقومون بها.

في حين الآباء ذوي المستوى الجامعي والثانوي والمتوسط يقومون بالمتابعة الطبية وبالتالي واطبوا على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية على التوالي: 87.5% و 73.9% و 60% مقابل 12.5% و 26.1% و 40% لا يقومون بها.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت ب 91.122 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 8.16 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بينهما.

أما عن مقدار العلاقة فلقد قمنا بحساب معامل التوافق فوجدناه مقدرا ب  $+0.48$  دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

إن الأم هي العمود الفقري في بناء البيت وتربية الأطفال ورغم أهمية هذا الدور فإن دور الأب هو القاسم المشترك والفعال في تطبيع وتنشئة الطفل على أسس سليمة ولا تقتصر فقط على توفير المال والمسكن وأسباب العيش بل ينبغي عليه المشاركة في تربية الطفل متكاثفا مع الأم في الرعاية والعناية به.

فالرعاية الصحية تشمل رعاية الطفل قبل وأثناء وبعد الولادة، فالمراقبة المنتظمة للمرض بما فيها الكشفوات المستمرة عند الطبيب تساعد على تشخيص متاعب المرض وهو ما بدا جليا من خلال الجدول تأثير متغير المستوى التعليمي للأب على المتابعة الطبية للمرض، حيث أن الآباء المتحصلين على مستوى تعليمي متوسط وعالي هم أكثر دراية ووعيا بهذه المتابعة التي تسمح للوصول بالمريض إلى أحسن حالة ممكنة حيث أن المستوى العلمي المرتفع يسمح لصاحبه بالبحث عن خبايا المرض في ظل التطور التكنولوجي الذي تم الوصول إليه حاليا مما يجله دائم الحرص عن معرفة الإجراءات العلاجية والوقائية وحتى الإسعافات التي قد ينتهجها في الحالات الطارئة، بينما الجهل يجعل صاحبه جاهلا لأمر مهمة لاسيما المتعلقة بالصحة مما يزيد من خطورة الوضع والمعاناة وبطبيعة الحال الأب المتعلم ذو شهادة مكنته من احتلال منصب يساعده في الحرص على متابعة المرض وعلاجه عكس الأب الذي لا يملك شهادة في كثير من الأحيان يكون دائم البحث عن العمل وحتى وإن تحصل عليه فإنه يتلقى أجرا ضعيفا وهما أمران مهمان (الوقت والمال) في الحرص على متابعة مرض الطفل، أما عن الطبيب المفضل للعلاج نبينه من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم (86): علاقة المستوى التعليمي للأب بالطبيب المفضل لطلب العلاج

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل للعلاج<br>المستوى التعليمي للأب |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|-----------------------------------------------|
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  |                                               |
| 100     | 24  | 25       | 06  | 75       | 18 | أمي                                           |
| 100     | 42  | 85.7     | 36  | 14.3     | 06 | ابتدائي                                       |
| 100     | 45  | 73.3     | 33  | 26.7     | 12 | متوسط                                         |
| 100     | 69  | 78.3     | 54  | 21.7     | 15 | ثانوي                                         |
| 100     | 120 | 95       | 114 | 05       | 06 | جامعي                                         |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع                                       |

يبين الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الآباء الذين يفضلون الطبيب الخاص لعلاج مرض أطفالهم وذلك بنسبة 81%، مقابل 19% يفضلون الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة تأثيره على الطبيب المفضل للعلاج، تبين أن الآباء الأميون يفضلون الطبيب العام بنسبة 75% مقابل 25% يفضلون الطبيب الخاص.

في حين الآباء المتحصّلين على المستوى الجامعي والابتدائي والثانوي والمتوسط يفضلون الطبيب الخاص بالنسب التالية على التوالي: 95% و 85.7% و 78.3% و 73.3%.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها تقدر بـ 66.849 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 4.56 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأب والطبيب المفضل لتلقي العلاج.

كما وجدنا معامل التوافق بعد حسابه مقدرا بـ +0.42 وهو يعبر عن وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

من القراءة الإحصائية للجدول يمكن القول بأن المستوى التعليمي يعتبر عامل هام جدا في حياة الآباء وانعكاسه على الرعاية الصحية لأطفالهم لاسيما اختيار الطبيب الذي يشرف على علاجهم ومتابعة مرضهم، وعليه فإنه يجعلهم أكثر وعيا بأهمية الاختصاص في أي مجال كان، ولا سيما إذا كان الأمر يتعلق بالمجال الصحي، فكلما كان الطبيب مختص كلما ساعد ذلك للوصول إلى تشخيص الحالة المرضية بشكل جيد والتوصل إلى العلاج بصفة أسرع. في حين غياب المستوى التعليمي يدفع بالآباء إلى أي طبيب للعلاج دون التفريق فالمهم طبيب يعالج المرضى مهما كان عام أو خاص وهو الأمر الذي وجدناه عند الآباء الأميون فتوجههم للطبيب العام كان نتيجة جهلهم لأهمية الاختصاص

جدول رقم (87): علاقة المستوى التعليمي للأب بنوع العلاج المفضل.

| نوع العلاج المفضل     |  | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|-----------------------|--|------|------|--------|------|---------|-----|
| المستوى التعليمي للأب |  | ك    | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| أمي                   |  | 12   | 50   | 12     | 50   | 24      | 100 |
| ابتدائي               |  | 18   | 42.9 | 24     | 57.1 | 42      | 100 |
| متوسط                 |  | 30   | 66.7 | 15     | 33.3 | 45      | 100 |
| ثانوي                 |  | 63   | 91.3 | 06     | 8.7  | 69      | 100 |
| جامعي                 |  | 105  | 87.5 | 15     | 12.5 | 120     | 100 |
| المجموع               |  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

يظهر الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الآباء الذين يفضلون العلاج الحديث لأطفالهم المرضى بالربو وذلك بنسبة 76%، مقابل 24% منهم يفضلون العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل للطفل المريض، وجدنا أن الآباء ذوي المستوى الثانوي والجامعي والمتوسط يفضلون العلاج الحديث بالنسب التالية على التوالي: 91.3% و 87.5% و 66.7%.

في حين بلغت نسبة الآباء ذوي المستوى الابتدائي والأميون ويفضلون العلاج التقليدي 57.1% و 50% على التوالي مقابل 42.9% و 50% يفضلون العلاج الحديث.

وقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت ب 53.898 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 5.76 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأب ونوع العلاج المفضل. المستوى التعليمي يجعل الآباء أكثر وعياً بالعلاج الحديث الذي يقوم على البحث والتتقيب للوصول إلى التشخيص الصحيح وبالتالي تقديم العلاج الذي من شأنه يقلل من معاناة المريض، فإدراك الشيء يؤدي إلى البحث المعمق فيه وبالتالي الاقتناع أكثر بأنه لا بديل عنه فهو السبيل للوصول على النتيجة المرغوب فيها بالرغم من نظرة البعض بأنه الحل عند صعوبة شفاء الطفل أو صعوبة دفع تكاليف العلاج والجهل بما قد يسبب هذا النوع من العلاج مضاعفات في ظل تعدد من يشرف على هذه الوصفات بتعدد المراكز التي وجدت لعلاج الأمراض التي عجز الطب عن علاجها والوصول بالمريض إلى الشفاء حيث يقومون بالإشهار بالأثر الإيجابي للعلاج وفي مدة قصيرة وبالتالي يصاب الكثير بالإغراء ويتوجهون إلى العلاج التقليدي نتيجة جهلهم أو نتيجة يأسهم من العلاج الحديث، وما يمكن قوله كيف للعلاج التقليدي يشفي مريض الربو في مدة قصيرة في حين لا يزال الطب الحديث رغم الجهود المبذولة والتي تبذل يبحث عن العلاج .

جدول رقم (88): علاقة المستوى التعليمي للآب بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| المجموع |     | مختلطة |    | اصطناعية |    | طبيعية |     | نوع الرضاعة           |
|---------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|-----------------------|
|         |     |        |    |          |    |        |     | المستوى التعليمي للآب |
| %       | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   |                       |
| 100     | 24  | 12.5   | 03 | 25       | 06 | 62.5   | 15  | أمي                   |
| 100     | 42  | 21.4   | 09 | 07.1     | 03 | 71.4   | 30  | ابتدائي               |
| 100     | 45  | 20     | 09 | 26.7     | 12 | 53.3   | 24  | متوسط                 |
| 100     | 69  | 34.8   | 24 | 08.7     | 06 | 56.5   | 39  | ثانوي                 |
| 100     | 120 | 20     | 24 | 27.5     | 33 | 52.5   | 63  | جامعي                 |
| 100     | 300 | 23     | 69 | 20       | 60 | 57     | 171 | المجموع               |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الاعتماد الأمهات في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية وذلك بنسبة 57% مقابل 23% ممن اعتمدن على الرضاعة المختلطة و20% على الرضاعة الاصطناعية.

وبإدخال متغير المستوى التعليمي للآب وجدنا أن الآباء ذوي المستوى الابتدائي والأميين وذوي المستوى الثانوي والمتوسط والجامعي يحرصون على تقديم الرضاعة الطبيعية لأطفالهم بالنسب التالية على التوالي: 71.4%، 62.5% و56.5% و53.3% و52.5% وبالتالي حافظوا على الاتجاه العام للجدول مقابل 27.5% و26.7% و25% ممن فضلوا الرضاعة الاصطناعية ومستواهم التعليمي جامعي ومتوسط وأميين، في حين 34.8% و21.4% منوي المستوى الثانوي والابتدائي فضلوا الرضاعة المختلطة.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 20.758 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 4,80 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي



تفرض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأب ونوع الرضاعة المقدمة.

كثير من الأهل يعتبرون أن للأب دور ثانوي في حياة الأطفال، وبالرغم من أن الأم هي العمود الفقري في البيت وتربية الأطفال فإن للأب دور مهم وفعال في تربية وتنشئة الأطفال تنشئة سليمة ولا يقتصر دوره فقط في توفير المال والسكن وظروف العيش فبإمكانه المساهمة بشكل فعال في الاعتناء بصحة الطفل إلى جانب الأم.

من جانب آخر فإن للمستوى التعليمي يلعب دورا مهما في حياة كل فرد من أفراد المجتمع خاصة الوالدين باعتبارهما المسؤول الأول على صحة وسلامة أطفالهما وجميع أفراد الأسرة لأن العلم ينير العقول ويزيل الغموض ويمنح السبل الواجب اتخاذها للوصول بالصحة إلى بر الأمان حيث مكن وصول الآباء إلى مستوى علمي راق إلى الوعي بمدى الحرص على أهمية الرضاعة الطبيعية والفائدة التي تعود بها على صحة الطفل والأم معا حيث ساهم الأب بذلك بالحرص واقتسام مسؤولية ضرورة التغذية الطبيعية وذلك بتذكير الأم وتشجيعها على ذلك لحماية الطفل من الأمراض التي تهدد حياته في كل مرة حسب ما يصدر من الهيئات المختصة في كل مرة.

هذا لا يعني أن الآباء الذين لم يحالفهم الحظ في الجلوس على مقاعد الدراسة أو حتى الذين تحصلوا على مستوى تعليمي منخفض غير مدركين بأهمية حليب الأم فالتطور التكنولوجي والعودة إلى الحياة الشخصية والتجربة المكتسبة من الماضي لاعتماد الجدات على الرضاعة الطبيعية رغم الظروف المعيشية الصعبة التي كانوا يحيون فيها إلا أنهم تمسكوا بهذا النوع من التغذية ولو أنهم لم يجدوا البديل لكن بالرغم من جهلهم إلا أنهم متشبثون بها وعلى وعي تام بأنها واقية من الأمراض ومفيدة جدا للجسم والعقل وهذا يساهم في التشجيع والتحفيز على الإرضاع، فالعودة إلى الماضي بالتجربة الخاصة والوعي الثقافي والعلمي ساهموا في الإقناع بضرورة تلقي الطفل للتغذية الطبيعية إلا إذا كانت أسباب تحول دون ذلك .

جدول رقم (89): علاقة المستوى التعليمي للأب بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

| المجموع |     | وجبة غذائية ناقصة |     | وجبة غذائية صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية المقدمة |
|---------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|-----------------------------|
|         |     |                   |     |                        |     | المستوى التعليمي للأب       |
| %       | ك   | %                 | ك   | %                      | ك   |                             |
| 100     | 24  | 100               | 24  | -                      | -   | أمي                         |
| 100     | 42  | 64.3              | 27  | 35.7                   | 15  | ابتدائي                     |
| 100     | 45  | 40                | 18  | 60                     | 27  | متوسط                       |
| 100     | 69  | 26.1              | 18  | 73.9                   | 51  | ثانوي                       |
| 100     | 120 | 12.5              | 15  | 87.5                   | 105 | جامعي                       |
| 100     | 300 | 34                | 102 | 66                     | 198 | المجموع                     |

من خلال الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام له يتجه نحو الآباء الذين يحرصون على تقديم وجبات غذائية صحية لأطفالهم بنسبة 66%، مقابل 34% من الآباء أطفالهم يتناولون وجبات غذائية ناقصة.

وبإدخالنا لمتغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة مدى تأثيره على نوع الوجبة الغذائية المقدمة، وجدنا أن الآباء الذين لم يتعلموا ومستواهم ابتدائي يقدمون لأطفالهم وجبات غذائية ناقصة بنسبة 100% و 64.3% على التوالي، مقابل 35.7% يقدمون وجبات غذائية صحية كاملة من ذوي المستوى الابتدائي.

في حين الآباء ذوي المستوى الجامعي والثانوي والمتوسط يقدمون وجبات صحية كاملة لأطفالهم ويمثلون النسب التالية على التوالي: 87.5% و 73.9% و 60% على التوالي.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت ب 91.122 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 8.16 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

أما عن مقدار هذه العلاقة فوجدنا معامل التوافق مساويا لـ +0.48 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

إن ارتفاع المستوى التعليمي للأب يكسبه ثقافة ووعي وأكثر حرصا بالمسائل الصحية، لا سيما في الجانب التغذوي فالتغذية الجيدة أساس الجسم السليم الخالي من الأمراض، وتظهر ثقافة ووعي الأب من خلال المواد الاستهلاكية التي يقتنيها للبيت (خضر وفواكه ولحوم بأنواعها وأسماك وحبوب وحليب ومشتقاته...إلخ ) وفي النصائح التي يقدمها للأم فيما يخص إعداد الطعام وتنويع الوجبات بمراعاة الخصائص الغذائية حتى تكون الوجبات تحتوي على جميع العناصر الغذائية التي يحتاجها الجسم خاصة جسم الطفل الصغير خاصة إذا كانت ثقافة الأم محدودة فيما يخص معرفة القواعد الأساسية للنظام الغذائي الصحي مع ضرورة مراعاة ما لا يجب أن يتناوله الطفل المريض من توابل وحار وحوامض التي تساهم في تحريك النوبة الربوية.

في حين الآباء الأميون وذوي المستوى الابتدائي يقدمون الوجبات الغذائية الناقصة وفي الكثير من الأحيان يعتمدون بصفة كبيرة على العجائن والحبوب فأغلب الآباء يعانون من البطالة أو عمال بسطاء فمستواهم لا يسمح لهم باحتلال منصب ملائم ما يصعب عليهم شراء المواد الاستهلاكية المتنوعة وهذا ما يؤثر سلبا على صحة أطفالهم.

جدول رقم(90): علاقة المستوى التعليمي للأب بمكان لعب الطفل

| المجموع |     | في الحي |     | في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب |     | مكان لعب الطفل<br>المستوى التعليمي<br>للأب |
|---------|-----|---------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------------------------|
|         |     |         |     |                                     |     |                                            |
| %       | ك   | %       | ك   | %                                   | ك   |                                            |
| 100     | 24  | 62.5    | 15  | 37.5                                | 09  | أمي                                        |
| 100     | 42  | 35.7    | 15  | 64.3                                | 27  | ابتدائي                                    |
| 100     | 45  | 53.3    | 24  | 46.7                                | 21  | متوسط                                      |
| 100     | 69  | 39.1    | 27  | 60.9                                | 42  | ثانوي                                      |
| 100     | 120 | 62.5    | 75  | 37.5                                | 45  | جامعي                                      |
| 100     | 300 | 52      | 156 | 48                                  | 144 | المجموع                                    |

يبين الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الآباء الذين أطفالهم يلعبون في الحي بنسبة 52%، مقابل 48% من الآباء أطفالهم يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب. ولقد قمنا بإدخال متغير المستوى التعليمي للأب لمعرفة مدى تأثيره على مكان لعب الطفل، فوجدنا أن الآباء الأميون وذوي المستوى والجامعي والمتوسط يلعبون أطفالهم في الحي بالنسب التالية على التوالي: 62.5% و 62.5% و 53.3%، مقابل 37.5% لكل من الأميين والجامعيين و 46.7% بالنسبة لذوي المستوى المتوسط الذين أطفالهم يلعبون في الحي. في حين بلغت نسبة الآباء ذوي المستوى الابتدائي والثانوي الذين أطفالهم يلعبون في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب 64.3% و 60.9% مقابل 35.7% و 39.1% أطفالهم يلعبون في الحي.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 15.434 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 11.52 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

كما هو معروف أصبح المحيط الخارجي عرضة للكثير من المخاطر على غرار التلوث بشتى أنواعه التلوث الهوائي والتلوث الناجم عن النفايات الصلبة سواء المنزلية أو مخلفات المؤسسات والمصانع.

فالطفل إذا ترك في الخارجي في ظل هذه الظروف فحتماً سوف يجعل من هذه المخلفات أشياء يلعب بها، فهو لا يعرف مدى خطورتها على صحته، فالآباء المتعلمون يدركون خطورة الأمر على أطفالهم المرضى فلا يتركونهم يلعبون في ظروف غير ملائمة كهذه لكن غيابهم عن البيت بسبب مشاغلهم يجعل من أطفالهم يستغلون ذلك الغياب للخروج واللعب في الحي بعد بكاء على الأم.

## 1-2- اختبار مدى مساهمة الوضعية المهنية للوالدين على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

### 1- تأثير الوضعية المهنية للأم على الرعاية الصحية للأطفال.

جدول رقم (91): علاقة الوضعية المهنية للأم بدرجة التعرض للنوبة

| المجموع |     | نادرًا |     | كثيرًا |     | درجة التعرض للنوبة<br>الوضعية المهنية للأم |
|---------|-----|--------|-----|--------|-----|--------------------------------------------|
| %       | ك   | %      | ك   | %      | ك   |                                            |
| 100     | 165 | 18.2   | 30  | 81.8   | 135 | عاملة                                      |
| 100     | 135 | 53.3   | 72  | 46.7   | 63  | ماكثة بالبيت                               |
| 100     | 300 | 34     | 102 | 66     | 198 | المجموع                                    |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يتعرضون للنوبة كثيرا بنسبة 66%، مقابل 34% نادرا ما يتعرضون أطفالهن لها. وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للمعرفة تأثيره على درجة التعرض للنوبة، وجدنا أن الأمهات العاملات أطفالهن يتعرضون للنوبة كثيرا بنسبة 81.8%، مقابل 18.2% يعرضون لها نادرا.

في حين بلغت نسبة الأمهات الماكثات بالبيت وأطفالهن يتعرضون للنوبة نادرا 53.3%، مقابل 46.7% يتعرضون لها كثيرا.

من القراءة الإحصائية للجدول يمكن القول بأن أطفال العاملات معرضون للدخول والخروج كثيرا صباحا ومساء ونقلهم من مكان دافئ إلى مكان بارد ما يجعلهم أكثر عرضة للتيارات الهوائية التي تؤثر عليهم، ضف إلى ذلك غياب الأم يجعل من ينوب عليها في رعاية الطفل عدم الحرص الجيد على الطفل المريض نتيجة جهلها بالكثير من الأشياء التي يجب تفاديها،

ضف على ذلك خروج الأطفال للعب خارجا في ظل غياب الأم يجعلهم عرضة للمثيرات الخارجية.

بينما الأمهات الماكثات بالبيت تجعل أطفالهن نصب أعينهن سواء في اللعب داخل البيت فيقل تعرضهم للمثيرات الخارجية والتيارات الهوائية لكن البيت لا يخلو من الغبار والأفرشة التي تحمل الجزيئات البسيطة التي تدخل إلى الجهاز التنفسي للمريض فتؤثر عليه.

جدول رقم (92): علاقة الوضعية المهنية للأم بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | آخر  |    | استعمال دوائه الخاص |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة<br>الوضعية المهنية للأم |
|---------|-----|------|----|---------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------------------------------|
|         |     |      |    |                     |     |                       |     |                                                |
| %       | ك   | %    | ك  | %                   | ك   | %                     | ك   |                                                |
| 100     | 165 | 23.6 | 39 | 43.6                | 72  | 32.7                  | 54  | عاملة                                          |
| 100     | 135 | 06.7 | 09 | 35.6                | 48  | 57.8                  | 78  | ماكثة بالبيت                                   |
| 300     | 300 | 16   | 48 | 40                  | 120 | 44                    | 132 | المجموع                                        |

يبين الجدول الذي بين أيدينا أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تتصرفن عند حدوث النوبة لأطفالهن بالتوجه المباشر للطبيب بنسبة 44%، مقابل 40% تستعملن دواء خاص و 16% تستعمل أشياء أخرى.

وعند إدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة تبين أن الأمهات الماكثات بالبيت يتوجهن مباشرة للطبيب بنسبة 57.8% مقابل 35.6% تستعمل دواء خاص و 6.7% تستعمل أشياء أخرى.

في حين بلغت نسبة الأمهات العاملات اللواتي تستعملن دواء أطفالهن الخاص بالمرض 43.6% مقابل 32.7% تتوجهن مباشرة للطبيب و 23.6% تستعملن أشياء أخرى.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 25.165 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدرت بـ 21.60 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للأم وكيفية التصرف مع النوبة.

ولقد قمنا بحساب معامل كرامر فوجدناه 0.29 ومنه نقول أن العلاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

وعليه من القراءة الإحصائية للجدول يتبين لنا أن الأمهات العاملات بحكم عملهن فليس لديهن الوقت فأغلب الأوقات أطفالهن يبقون مع مربيات ما يجعل منهن التصرف باستعمال الأدوية الخاصة في انتظار عودة أمهاتهم خاصة إذا كان مقر عملهن بعيدا ويحتاج إلى ساعات للوصول كاستعمال موسعات الشعب الهوائية والبخاخات التي تعود الطفل على استعمالها مع ترقب درجة التحسن من غيره.

فأغلب الأمهات العاملات تقمن بالحرص على من يعتني بطفلها خلال فترة غيابها عن منزلها بضرورة إخبارها عن كل ما يظهر أو يشعر به طفلها مع ضرورة حمله للمصلحة الطبية ريثما تصل إليه من مقر عملها وهو حال العاملات اللواتي لا تتصرف بالتوجه المباشر للطبيب.

أما تصرف الماكثات بالبيت بالتوجه المباشر للطبيب فيعود لخوفهن على أطفالهن وتواجهن الدائم معهن ورؤيتهن للأعراض التي تظهر على أطفالهن المرضى من ضيق في التنفس مع أزيز في الصدر وازرقاق الوجه والشفيتين واحساس الطفل بالفشل مع ارتفاع درجة حرارته وإصابته بالتعرق الشديد تجعلهن يتخوفن من العواقب حيال التأخر الذي قد ينجر نتيجة التهاون أو الانتظار وإن كانت معه في البيت فهي من يشرف على العملية بنفسها مثلها مثل الماكثة بالبيت



جدول رقم (93): علاقة الوضعية المهنية للأم بالمتابعة الطبية للمرض.

| المتابعة الطبية للمرض<br>الوضعية المهنية للأم |      | نعم |      | لا  |     | المجموع      |
|-----------------------------------------------|------|-----|------|-----|-----|--------------|
| ك                                             | %    | ك   | %    | ك   | %   |              |
| 135                                           | 81.8 | 30  | 18.2 | 165 | 100 | عاملة        |
| 63                                            | 46.7 | 72  | 53.3 | 135 | 100 | ماكثة بالبيت |
| 198                                           | 66   | 102 | 34   | 300 | 300 | المجموع      |

يتبين من الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي تقمن بالمتابعة الطبية لمرض أطفالهن وذلك بنسبة 66% مقابل 34% لا تقمن بتلك المتابعة.

وبإدخال متغير الوضعية المهنية للأم لمعرفة مدى تأثيرها على المتابعة الطبية للمرض اتضح أن الأمهات العاملات أكثر اهتماما بالمتابعة بنسبة 81.8% مقابل 18.2% لا تقمن بذلك. في حين بلغت نسبة الماكثات بالبيت اللاتي لا تقمن بالمتابعة الطبية 53.3% مقابل 46.7% تقمن بها.

من القراءة الإحصائية للجدول يتبين أن الحرص على المتابعة الطبية لمرض الطفل أمر لا نقاش فيه ذلك أنه يبقى من الأولويات التي ينبغي التركيز عليها وهذا حسب ما حصلنا عليه من خلال التحقيق وما يؤكد الجدول أعلاه.

إن المتابعة للمرض وجدناها عند الأمهات العاملات أكثر منها عند الماكثات بالبيت لأن الأمهات العاملات دون شك متحصلات على شهادات علمية ومستوى تعليمي مكنهن من الالتحاق بعالم الشغل فبالرغم من ارتباطهن بعملهن إلا أنهن لا يفرطن في مسؤولياتهن اتجاه أفراد أسرتهن وبالأخص أطفالهن لأنهن يحاولن دائما التوفيق بين العمل والبيت خاصة إذا

تعلق الأمر بالمرض فهن يعملن من أجل تأمين صحة ومستقبل أطفالهن وهذا حسب قول الأغلبية منهن خاصة في ظل التغيرات الاقتصادية وغلاء المعيشة خرجن أولاً لإثبات وجودهن وثانياً للمساهمة في الرفع من ميزانية الأسرة وتحسين ظروف العيش وتلبية حاجات أفراد الأسرة خاصة توفير الأدوية منها باعتبار مرض الربو يحتاج إلى تكاليف باهضة تجعل الكثير من الأسر حائرة تبحث عن الحل لإنقاذ طفلها المريض كما أنها تحرص على عدم تأخير المواعيد فتجد من ينوب عليها في أخذ طفلها.

إذن بالرغم من تعدد دور الأمهات العاملات إلا أنهن لا تفرطن في المتابعة الطبية لمرض أطفالهن إضافة إلى أن الكثيرات يملكن وسيلة التنقل عكس الماكثات بالبيت فأغلبهن لا تستطعن الخروج بمفردهن وحتى لا تملكن الوسيلة التي لا تسمح بعنائهن أثناء التنقل من البيت إلى المؤسسة الاستشفائية ومن هنا يبدأ العزوف عن المتابعة الطبية لمرض الطفل.

جدول رقم (94): علاقة الوضعية المهنية للأم بالطبيب المفضل للعلاج.

| الطبيب المفضل للعلاج |  | طبيب عام |      | طبيب خاص |      | المجموع |     |
|----------------------|--|----------|------|----------|------|---------|-----|
| الوضعية المهنية للأم |  | ك        | %    | ك        | %    | ك       | %   |
| عاملة                |  | 21       | 12.7 | 144      | 87.3 | 165     | 100 |
| ماكثة بالبيت         |  | 36       | 26.7 | 99       | 73.3 | 135     | 100 |
| المجموع              |  | 57       | 19   | 243      | 81   | 300     | 100 |

يبين الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تفضلن الطبيب الخاص بنسبة 81%، مقابل 19% تفضلن الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأم لمعرفة مدى تأثيرها على الطبيب المفضل للعلاج وجدنا أن الأمهات العاملات والماكنات بالبيت تفضلن الطبيب الخاص بنسبة 87.3% و 73.3% على التوالي مقابل 12.7% و 26.7% يفضلن الطبيب العام. من القراءة الإحصائية للجدول يمكن القول بأن العزوف عن الطب العام راجع لعدم اختصاصه وبالتالي عدم الوصول إلى النتيجة المطلوبة وكثرة الطوابير لكونه يستقبل مختلف الفئات على اختلاف العلل التي تعاني منها ليبقى اللجوء إليه لانخفاض قيمة الفحص والجهل بالاختصاص من جهة ثانية.

أما الإقبال على الطبيب الخاص راجع لاختصاصه الذي يؤدي به إلى فهم الأشياء وإدراك الأسباب والعوامل والقيام بتقديم النصائح والخطوات الواجب اتباعها، وبالتالي يكون مساهما فعالا في الراحة النفسية للمريض وعائلته أولا ثم استقرار الحالة الصحية للمريض ثانيا.

جدول رقم (95): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع العلاج المفضل للطفل.

| نوع العلاج المفضل    |  | علاج حديث |      | علاج تقليدي |      | المجموع |     |
|----------------------|--|-----------|------|-------------|------|---------|-----|
| الوضعية المهنية للأم |  | ك         | %    | ك           | %    | ك       | %   |
| عاملة                |  | 138       | 83.6 | 27          | 16.4 | 165     | 100 |
| ماكثة بالبيت         |  | 90        | 66.7 | 45          | 33.3 | 135     | 100 |
| المجموع              |  | 228       | 76   | 72          | 24   | 300     | 100 |

يبين الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تفضلن العلاج الحديث لأطفالهن بنسبة 76%، مقابل 24% تفضلن العلاج التقليدي.

ولقد أدخلنا متغير الوضعية المهنية للأم لمعرفة تأثيره على نوع العلاج المفضل، فتبين أن الأمهات العاملات والماكنات بالبيت تفضلن العلاج الحديث بنسبة 83.6% و 66.7% على التوالي مقابل 16.4% و 33.3% تفضلن العلاج التقليدي.

مرض الربو مرض مزمن وأي تصرف يزيد من خطورته فاستعمال أدوية قد لا يتحملها الطفل المريض تؤدي إلى التأثير السلبي على الجهاز التنفسي والقصبات الهوائية، ما تجعل حالة الطفل الصحية في تأزم دائم وقد يصعب على الطب التخفيف، لذلك نجد اللجوء على العلاج التقليدي القائم على الثقة وعلى الشفافية فالوصفات المقدمة يعرفها الطبيب والصيدلي والمرضى وأسره عكس الطب التقليدي ففي الكثير من الأحيان وصفاته قد لا يعرف عنها الكثير فاستعمال أشياء لا يمكن معرفة أثرها يجعل التخوف والابتعاد عنا بالرغم من لجوء البعض على هذا النوع من العلاج لقلّة تكاليفه في نظرهم.

جدول رقم (96): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| المجموع |     | مختلطة |    | اصطناعية |    | طبيعية |     | نوع الرضاعة<br>الوضعية المهنية للأم |
|---------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|-------------------------------------|
|         |     |        |    |          |    |        |     |                                     |
| %       | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   |                                     |
| 100     | 165 | 20     | 33 | 21.8     | 36 | 58.2   | 96  | عاملة                               |
| 100     | 135 | 26.7   | 36 | 17.8     | 24 | 55.6   | 75  | ماكنة بالبيت                        |
| 100     | 300 | 23     | 69 | 20       | 60 | 57     | 171 | المجموع                             |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الاعتماد على الرضاعة الطبيعية من طرف الأمهات بنسبة 57%، مقابل 23% رضاعة مختلطة و 20% رضاعة اصطناعية.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للمعرفة تأثيرها على نوع الرضاعة المقدمة للطفل وجدنا أن الأمهات العاملات والماكثات بالبيت تعتمدن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 58.2% و55.6%.

تزايدت في الآونة الأخيرة نسبة النساء العاملات تماشياً مع متطلبات العصر الحديث، حيث أن العمل أصبح من أولويات الأمور التي تفكر بها المرأة بغرض تحقيق الكثير من مطالب الحياة المستجدة، في حين أن هذا الأمر لم يكن منتشراً من قبل بصورة كبيرة إذ كان عمل المرأة الأول هو رعايتها لأولادها وشؤون بيتها، هذه الوظيفة الفطرية وأما عملها خارج البيت فلم يكن إلا لضرورة قصوى تلبيه لاحتياجات الأسرة المتزايدة أو في ظل غياب المعيل. أما اليوم فلم يعد العمل مجرد مسألة عول بل أصبح من أولويات حياة المرأة، خاصة بعد التخرج من الجامعة. وبالتالي يمكن القول إن المرأة تخرج لإثبات ذاتها وأيضاً مساهمة في الرفع من ميزانية الأسرة وتلبية حاجات أفرادها.

وبالعودة إلى القراءة الإحصائية للجدول يتبين أن الأمهات العاملات هن أكثر إقبالاً واعتماداً على الرضاعة الطبيعية ولو أن الفرق بينهما وبين الماكثات بالبيت قليل، إن إقبال هذه الأخيرة على الرضاعة الطبيعية في تغذية أطفالهن، راجع إلى أنهن يمضين أغلب أوقاتهم في البيت فعلى غرار ممارستهن لأعباء المنزل يبقى لديهن الوقت الكافي الذي يسمح لهن بإمداد أطفالهن أفضل حليب في الوجود، كما أن الاعتماد على حليب الثدي يسمح للأم بتوفير الوقت الكافي للقيام بأشغالها لأن لبن الأم هو بدون ثمن ومتوفر في كل وقت ومعقم لا يحتاج وقتاً وأواني لتحضيره، ولا تضطر لتنظيف الزجاجاة قبل وبعد الرضاعة ولا الماء لتحضير الحليب ثم تبريده وتخزينه، لذلك يتوفر للأم المرضعة وقت كاف لممارسة هواياتها وأعمالها المنزلية، ووقت أطول

للغاية بطفلها ومداعبته وتعليمه، الأمر الذي ينعكس على الطفل وقدراته الجسدية والعقلية بشكل إيجابي رائع<sup>1</sup>، دون أن ننسى تجربتهن المكتسبة وخبرتهن مع أطفالهن أحياناً. يقال أن الأم العاملة لا تملك الوقت الكافي لإرضاع طفلها لأن أغلب وقتها في العمل وعند عودتها للبيت تكون منهكة إلى جانب تعدد مهامها ومسؤوليتها اتجاه أفراد اسرتها يجعلها تعزف عن الرضاعة الطبيعية وتتجه نحو الرضاعة الاصطناعية وهو ما وجدناه عند بعضهن حقيقة، لكن الواقع بين أن الأمهات العاملات قادرات على إرضاع أطفالهن لأنهن دائماً يحاولن التوفيق بين الأسرة والعمل خاصة إذا تعلق الأمر بالطفل فهو مسؤولية عظيمة، فافتقاد الأم للطفل والعكس خلال فترة العمل يفرض عليها تعويضه لإدراكها التام بأنه محتاج لحنانها وهذا الأخير لا يكون إلا باقترابه منها والتصاقه بصدرها هذا من جهة، من جهة أخرى هناك أمهات يستعملن طريقة شفط الحليب وتخزينه في زجاجات ويقدم للطفل خلال فترة غيابهن من طرف من يشرف على رعايته وبذلك تكون قد حافظت على ممارستها للرضاعة الثديية وتزويد طفلها بالمواد الغذائية التي لا يستطيع الحصول عليها من أي طعام آخر، كما أن الطفل له حق الإرضاع وبالتالي تحصل الأم على ساعات الإرضاع فتذهب للبيت لترضعه ثم تعود للعمل وبالتالي تمكنت من الموازنة بين عملها ونمو طفلها وتغذيته حسب المطلوب فبالرغم من قدرتها على التعويض بالحليب الاصطناعي إلا أنها تصر على دعم طفلها بحنانها فهي على دراية تامة بما تشير إليه الدراسات والأبحاث حول فوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأم والطفل معاً.

<sup>1</sup> - نعمة مصطفى رقبان، مرجع سابق، ص 170.

جدول رقم (97): علاقة الوضعية المهنية للأم بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل.

| المجموع |     | وجبة غذائية ناقصة |     | وجبة غذائية صحية كاملة |     | نوع الوجبة المقدمة<br>الوضعية المهنية للأم |
|---------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|--------------------------------------------|
|         |     | %                 | ك   | %                      | ك   |                                            |
| 100     | 165 | 18.2              | 30  | 81.8                   | 135 | عاملة                                      |
| 100     | 135 | 53.3              | 72  | 46.7                   | 63  | ماكثة بالبيت                               |
| 100     | 300 | 34                | 102 | 66                     | 198 | المجموع                                    |

يبين الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تقدمن لأطفالهن وجبات غذائية صحية كاملة بنسبة 66%، مقابل 34% تقدمن وجبات غذائية ناقصة. وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأم لمعرفة مدى تأثيره على الوجبة الغذائية المقدمة للطفل، وجدنا أن الأمهات العاملات يقدمن وجبات صحية كاملة بنسبة 81.8%، مقابل 18.2% تقدمن وجبات ناقصة.

في حين بلغت نسبة الأمهات الماكثات بالبيت اللواتي تقدمن وجبات غذائية ناقصة لأطفالهن 53.3%، مقابل 46.7% تقدمن وجبات غذائية صحية كاملة.

إن الوجبة الغذائي الكاملة هي الوجبة التي تحتوي على جميع العناصر الأساسية التي يحتاجها الجسم وتساهم في بناء الخلايا والأنسجة وتكوين العظام، فالطفل لا يجب الاستهانة به في الطعام وجعله يتناول الوجبات الغذائية البسيطة التي يتناولها أفراد العائلة، فيكفيه المرض والدواء اللذان أنهما جسمه الصغير، فالأمهات العاملات خرجن للعمل لا لشيء سوى للاهتمام بأطفالهن صحياً وبدنياً وجعلهم يتناولون دائماً الأفضل لذلك وجدناهم يحرصون على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة كما أنهم على دراية بأثر الأطعمة المعلبة والجاهزة على صحة أطفالهم، فدخلها ساهم في الحرص على الاهتمام الأكثر بالجانب التغذوي لأطفالهم،

وحتى الماكثات بالبيت منهن متعلمات تدركن أهمية التغذية الجيدة والوجبة الكاملة المتنوعة في المقابل الأغلبية لا تحرص عليها لجهلهن أو لوضعهن المعيشي الذي يحول دون ذلك.

## 2 -تأثير الوضعية المهنية للأب على الرعاية الصحية للأطفال

جدول رقم (98): علاقة الوضعية المهنية للأب بدرجة التعرض للنوبة

| المجموع |     | نادرا |     | كثيرا |     | درجة التعرض للنوبة<br>الوضعية المهنية للأب |
|---------|-----|-------|-----|-------|-----|--------------------------------------------|
| %       | ك   | %     | ك   | %     | ك   |                                            |
| 100     | 180 | 26.7  | 48  | 73.3  | 132 | عامل                                       |
| 100     | 60  | 75    | 45  | 25    | 15  | متقاعد                                     |
| 100     | 60  | 15    | 09  | 85    | 51  | بطل                                        |
| 100     | 300 | 34    | 102 | 66    | 198 | المجموع                                    |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الآباء الذين يتعرض أطفالهم للنوبة كثيرا بنسبة 66%، مقابل 34% يتعرضون أطفالهم لها نادرا.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأب لمعرفة مدى تأثيره على درجة التعرض للنوبة، تبين أن الآباء البطالون والعاملون يتعرض أطفالهم للنوبة كثيرا بنسبة 85% و 73.3% مقابل 15% و 26.7% يتعرض أطفالهم للنوبة نادرا على التوالي.

في حين الآباء المتقاعدون أطفالهم يتعرضون لها نادرا بنسبة 75% مقابل 25% يتعرضون لها كثيرا.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 58.913 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 20.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للأب ودرجة التعرض للنوبة. أما معامل كرامر فوجدناه 0.44 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.



يتعرض الطفل للنوبة بشكل متكرر إما لقلة الرعاية والاهتمام به وبكل ما يحيط به من مثيرات من شأنها أن تحدث تهيجا في القصابات الهوائية للأطفال المرضى وإحداث تغيرات عديدة على ملامح الوجه والجسم وبالتالي إحداث النوبة الربوية، أو لاهتمام الزائد عن اللزوم والخوف الشديد عليه ما ينعكس سلبا على الحالة الصحية للأطفال، فالأب العامل والبطال في انشغال دائم عن البيت والأطفال فالأول بوظيفته التي تقلل من حق الطفل مع والده في المرح والترفيه عن النفس وجعله ينسى ويخرج من الحالة التي يعيشها فالحالة النفسية لها الأثر إما سلبا وإما إيجابا على المرض والخروج للعب في الأماكن التي تقل فيها العوامل التي تؤثر على مرضه واختيار اللعبة التي تريحه مثلا، أما الثاني فهو دائم البحث عن العمل فمسؤوليته اتجاه أفراد أسرته وطفله المريض الذي يحتاج للعديد من الحقوق المفقودة تجعله متجاهلا دون قصد لطفله وهذا يؤثر سلبا على صحته.

جدول رقم (99): علاقة الوضعية المهنية للأب بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال دوائه الخاص |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة<br>الوضعية المهنية للأب |
|---------|-----|------|----|---------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------------------------------|
|         |     |      |    |                     |     |                       |     |                                                |
| %       | ك   | %    | ك  | %                   | ك   | %                     | ك   |                                                |
| 100     | 180 | 20.6 | 37 | 42.2                | 76  | 37.2                  | 67  | عامل                                           |
| 100     | 60  | 10   | 06 | 28.3                | 17  | 61.7                  | 37  | متقاعد                                         |
| 100     | 60  | 08.3 | 05 | 45                  | 27  | 46.7                  | 28  | بطال                                           |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                  | 120 | 44                    | 132 | المجموع                                        |

يبين الجدول أعلاه أن الاتجاه العام له يتجه نحو التصرف بالتوجه المباشر للطبيب عند التعرض للنوبة بنسبة 44% مقابل 40% يتصرفون باستعمال أدوية خاصة و 16% يتصرفون باستعمال أشياء أخرى. وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للاب لمعرفة مدى تأثيره

على كيفية التصرف مع النوبة وجدنا أن الآباء المتقاعدون والبطالون يتصرفون عند حدوث النوبة لأطفالهم بتلقي العلاج في الساعات الأولى بنسبة 61.7% و 46.7% على التوالي مقابل 10% و 8.3% يتصرفون باستعمال أشياء أخرى.

في حين نجد الآباء العاملون يتصرفون باستعمال أدوية الطفل الخاصة بنسبة 42.2% مقابل 37.2% بتلقي العلاج في الساعات الأولى.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 14.760 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 9.60 دليل على وجود فروق جوهرية وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للـب وكيفية التصرف مع النوبة.

من القراءة الإحصائية للجدول يمكن القول بأن الأب العامل بالرغم من أنه المسؤول الأول على أطفاله وأفراد أسرته إلا أنه في الكثير من الأحيان يكون غائبا عن البيت نتيجة انشغاله بعمله أو مسافرا لوظيفة تم تكليفه بها عند تعرض طفله للنوبة ما يدفع به للتأخر عن تلقي طفله للعلاج الآني وتتخذ الأم موقفها باستعمال الدواء الذي تعود الطفل على استعماله خاصة إذا كان لا يسمح لها بالخروج أو لديها أطفال لا تجد من يرعاهم أثناء غيابها عن البيت.

بينما الأب البطال والأب المتقاعد بمجرد التعرض للنوبة يتم التصرف بالتفكير في العلاج الفوري باعتبار المرض خطير والمضاعفات أخطر والآثار التي تظهر على الطفل تدعو للخوف والقلق، بالرغم من وجود آباء بطلون يتم تأخيرهم لمدة يوم عن العلاج إما لغيابهم عن البيت نتيجة البحث عن عمل وإما لصعوبة الوصول إلى مكان العلاج لانعدام الوسيلة المستعملة للنقل أو المادية التي تؤمن العلاج والدواء.

جدول رقم (100): علاقة الوضعية المهنية للأب بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي

العلاج

| المجموع |     | يومان فأكثر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     | الوضعية المهنية للأب               |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   |                                    |
| 100     | 180 | 28.9        | 52 | 19.4     | 35 | 51.7              | 93  | عامل                               |
| 100     | 60  | 08.3        | 05 | 15       | 09 | 76.7              | 46  | متقاعد                             |
| 100     | 60  | 20          | 12 | 26.7     | 16 | 53.3              | 32  | بطل                                |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن الاتجاه العام له يتجه تقلي العلاج في الساعات الأولى من حدوث النوبة بنسبة 57%، مقابل 23% الانتظار لمدة يومين فأكثر و 20% لمدة يوم واحد. وبإدخال متغير الوضعية المهنية للأب لمعرفة مدى تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة، تبين أن الآباء المتقاعدون والعاملون والبطالون يتوجهون بأطفالهم في الساعات الأولى من حدوث النوبة بالنسب التالية على التوالي: 76.7% و 53.3% و 51.7%، مقابل 15% و 19.4% و 26.7% يتأخرون ليوم واحد، و 8.3% و 28.9% و 20% لمدة يومين فأكثر.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت ب 15.783 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت ب 12 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للاب والمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج.

من القراءة الإحصائية يمكن القول بأن الأب العامل يبقى المسؤول الأول على علاج أطفاله مشاركة مع الأم، ولمسؤوليته يرى من واجبه ضرورة التوجه المباشر بالطفل المريض لتلقي

العلاج في الساعات الأولى من تعرضه للنوبة إما بإشراف منه وإما يسند ذلك للزوجة أو أحد يقوم بمرافقتها إذا كان لا يسمح لها بالخروج بمفردها أو لجل مساعدتها في حمل طفلها والقيام بالإجراءات اللازمة في العلاج.

بينما الأب المتقاعد والبطال لا شيء يمنعهما من حمل الطفل والتوجه به للطبيب سوى البحث عن عمل بالنسبة للبطال أو القيام بعمل إضافي لكسر الروتين اليومي للمتقاعد، فالأب البطال يرى بأن الظروف المعيشية قست عليهم وخاصة على المريض فلا يجب أن يقسو على طفله بجعله دون علاج بالرغم من امتلاكه للدوية المعتاد استعمالها فالخشية من الأسوأ تدفع إلى العلاج المبكر.

جدول رقم (101): علاقة الوضعية المهنية للأب بالمتابعة الطبية للمرض.

| المجموع |     | لا   |     | نعم  |     | المتابعة الطبية<br>للمرض |
|---------|-----|------|-----|------|-----|--------------------------|
|         |     |      |     |      |     | الوضعية<br>المهنية للأب  |
| %       | ك   | %    | ك   | %    | ك   |                          |
| 100     | 180 | 26.7 | 48  | 73.3 | 132 | عامل                     |
| 100     | 60  | 75   | 45  | 25   | 15  | متقاعد                   |
| 100     | 60  | 15   | 09  | 85   | 51  | بطال                     |
| 100     | 300 | 34   | 102 | 66   | 198 | المجموع                  |

يبين الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الآباء الذين يقومون بالمتابعة الطبية للمرض بنسبة 66%، مقابل 34% لا يقومون بها.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للاب لمعرفة تأثيره على المتابعة الطبية للمرض، وجدنا أن الآباء العاملون والبطالون يحرصون ويقومون بالمتابعة الطبية للمرض بنسبة 85% و 73.3% على التوالي، مقابل 15% و 26.7% لا يقومون بها.

في حين نجد الآباء المتقاعدون عن العمل لا يقومون بالمتابعة الطبية بنسبة 75%، مقابل 25% يقومون بها.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 58.913 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 20.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للأب والمتابعة الطبية. ولقد قمنا بحساب معامل كرامر فوجدناه 0.44 وهو يعبر عن وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

إن نمو الطفل يسير وفق مبادئ وخصائص معينة يجب مراعاتها عند تعاملنا معه، هذه الخصائص تميز كل مراحل عمر الطفل، ونظرا لأهمية كل مرحلة في حياة الطفل لا بد من متابعة ورعاية صحية وطبية لأخذ الإجراءات اللازمة في الوقت المناسب.

فالوعي بأهمية المتابعة الطبية لمرض الربو والفحص المستمر يؤديان إلى التحسن والاستقرار الصحي تدريجيا حيث يقوم الطبيب بإعطاء نصائح وقائية تشمل تجنب الأسباب والعوامل المحرصة مع التصرف في الجرعات المحددة للعلاج حسب درجة استقرار حالة الطفل، فالآباء العاملون لديهم دخل ولو أحيانا بسيط إلا أنه يساهم في طلب العلاج للوصول إلى التحسن، بينما الآباء البطالون رغم وضعيتهم الاقتصادية لإحساسهم بالمسؤولية الكبرى فعجزهم عن الحصول على وظيفة دائمة رغم المجهودات المبذولة لكي يعيش أبناءهم أفضل مما عاشوا عليه هم سابقا فلا بد أن لا يجعلوا هذا الجاني يؤثر على علاج أطفالهم فكيفهم الحرمان المادي والمعاناة من المرض، حيث أنهم يتلقون مساعدات في بعض الأحيان من أهل الخير سواء في دفع تكاليف العلاج أو الدواء أو المواد الغذائية في انتظار الفرج.

جدول رقم (102): علاقة الوضعية المهنية للأب بالطبيب المفضل للعلاج.

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل للعلاج |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|----------------------|
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  | الوضعية المهنية للأب |
| 100     | 180 | 83.9     | 151 | 16.1     | 29 | عامل                 |
| 100     | 60  | 58.3     | 35  | 41.7     | 25 | متقاعد               |
| 100     | 60  | 95       | 57  | 05       | 03 | يطال                 |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع              |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو تفضيل العلاج عند الطبيب الخاص بنسبة 81%، مقابل 19% عند الطبيب الخاص.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأب لمعرفة تأثيره على الطبيب المفضل للعلاج وجدنا أن الآباء البطالين والعاملون والمتقاعدون يفضلون علاج أطفالهم عند الطبيب الخاص بالنسب التالية على التوالي: 95% و 83.9% و 58.3%، مقابل 05% و 16.1% و 41.7% يفضلون الطبيب العام.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 28.648 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 11.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للأب والطبيب المفضل للعلاج.

من القراءة الإحصائية يمكن القول بأن الوعي إما نتيجة العلم أو حملات التوعية والتحسيس عبر وسائل الإعلام والمراكز والهيئات المختصة ساهم إلى حد كبير في البحث عن الطبيب الخاص للعلاج لكونه الوحيد الذي بإمكانه فهم الغموض الذي يحير الأولياء فيما يتعلق بأسباب المرض وآثار العلاج الطويل على صحة أبنائهم وهل في إمكانية الوصول إلى الشفاء منه،

فالعلاقة بين الطبيب الخاص ومريضه يزرع الراحة النفسية للمعني ولأسرته ناهيك عن الجهد المبذول للوصول إلى النتيجة بالبحث الطويل في المرض ودرجة تطوره من خلال إجراءات يتخذها، فصار الآباء يبحثون عن النتيجة والاستقرار النفسي والصحي لمرضاهم .

جدول رقم (103): علاقة الوضعية المهنية للأب بنوع العلاج المفضل للطفل.

| نوع العلاج المفضل<br>الوضعية<br>المهنية للأب |  | علاج حديث |      | علاج تقليدي |      | المجموع |     |
|----------------------------------------------|--|-----------|------|-------------|------|---------|-----|
|                                              |  | ك         | %    | ك           | %    | ك       | %   |
| عامل                                         |  | 139       | 77.2 | 41          | 22.8 | 180     | 100 |
| متقاعد                                       |  | 33        | 55   | 27          | 45   | 60      | 100 |
| بطل                                          |  | 56        | 93.3 | 04          | 06.7 | 60      | 100 |
| المجموع                                      |  | 228       | 76   | 72          | 24   | 300     | 100 |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو تفضيل العلاج الحديث بنسبة 76% مقابل 24% يفضلون العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأب لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل وجدنا أن الآباء البطالين والعاملون والمتقاعدون يفضلون العلاج الحديث بالنسب التالية على التوالي: 93.3% و 77.2% و 55% مقابل 6.7% و 22.8% و 45% يفضلون العلاج التقليدي على التوالي.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 24.537 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 14.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين المتغيرين.

إن الاعتماد على العلاج الحديث والطب الرسمي راجع إلى خطورة المرض الذي يعاني منه أطفالهم، وكما سلف ذكره أن مرض الربو يحتل المرتبة الأولى بين الأمراض الأخرى وهو مرض مزمن يستدعي العلاج الرسمي والفوري باعتبار الطفل صغيراً وكذا الأعراض والنوبات الخطيرة الناجمة عنه، فالطب الرسمي يعتمد على وسائل وأدوية خاصة تساعد الطفل على التخفيف من حدة المرض في الوقت المناسب مع إعطاء وصفات علاجية مناسبة وخاصة مثل البخاخات التي تعتبر ضرورية ويجب استعمالها والمداومة عليها خاصة عند ظهور النوبة، فبالرغم من أن هذا النوع من العلاج مكلفاً إلا أنه يتم الإقبال عليه وهذا راجع لطبيعة المرض. واعتبار هذا النوع من العلاج هو المطلوب لكونه قائم على علم ومعرفة وبحث مستمر، فليس المهم هو تهدئة الطفل من مرضه ولكن الأهم هو استئصال المرض وتخليص الطفل من الألم، وبالرغم من المدة التي قد يستغرقها هذا العلاج والتكاليف التي قد تتطلب لذلك لكنه في المقابل علاج يعتمد على إعطاء مواعيد متكررة لإجراء الفحوصات، الأمر الذي يسمح بمتابعة درجة تطور المرض، وهم يعتبرون الأمر واجب عليهم.

جدول رقم (104): علاقة الوضعية المهنية للأب بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| المجموع |     | مختلطة |    | اصطناعية |    | طبيعية |     | نوع الرضاعة          |
|---------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|----------------------|
|         |     |        |    |          |    |        |     | الوضعية المهنية للأب |
| %       | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   |                      |
| 100     | 180 | 28.9   | 52 | 19.4     | 35 | 51.7   | 93  | عامل                 |
| 100     | 60  | 08.3   | 05 | 15       | 09 | 76.7   | 46  | متقاعد               |
| 100     | 60  | 20     | 12 | 26.7     | 16 | 53.3   | 32  | بطل                  |
| 100     | 300 | 23     | 69 | 20       | 60 | 57     | 171 | المجموع              |

يبين الجدول الذي بين أيدينا أن اتجاهه العام يتجه نحو الاعتماد على الرضاعة الطبيعية بنسبة 57%، مقابل 23% مختلطة و20% اصطناعية.



وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأب لمعرفة تأثيره على نوع الرضاعة المقدمة للطفل، تبين أن الآباء المتقاعدين والبطالين والعاملون يحرصون على الرضاعة الطبيعية بالنسب التالية على التوالي: 76.7% و 51.7% و 53.3%.

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت ب 15.783 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت ب 12 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للأب بنوع الرضاعة المقدمة للطفل. إن حليب الأم هو الغذاء المثالي ولا بديل عنه لفائدته العظيمة خاصة على صحة الطفل، لذلك نجد الآباء يحرصون على ضرورة التغذية الطبيعية، كما أنه معقم وخال من الميكروبات والجراثيم وغير مكلف خاصة في ظل الظروف الاقتصادية وانخفاض المستوى المعيشي للعديد من الأسر التي وقفت حاجزا أمام اقتناء علبة الحليب في حالة عدم استفادة الطفل بالحليب الطبيعي الكافي لقلته، كما أن الحرص على الرضاعة الطبيعية نشأ من التجربة التي استفاد منها الآباء من امهاتهم.

لتبقى الموافقة على الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة كحل فرض نفسه لإنقاذ الأطفال من الضياع بسبب جفاف الحليب أو عدم الإحساس بالشبع لقلته أو إصابة الأمهات بأمراض منعتهم من الرضاعة.

جدول رقم (105): علاقة الوضعية المهنية للأب بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل

| المجموع |     | وجبة غذائية ناقصة |     | وجبة غذائية صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية المقدمة لطفل الوضعية المهنية للأب |
|---------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|-------------------------------------------------------|
|         |     | %                 | ك   | %                      | ك   |                                                       |
| 100     | 180 | 26.7              | 48  | 73.3                   | 132 | عامل                                                  |
| 100     | 60  | 75                | 45  | 25                     | 15  | متقاعد                                                |
| 100     | 60  | 15                | 09  | 85                     | 51  | بطل                                                   |
| 100     | 300 | 34                | 102 | 66                     | 198 | المجموع                                               |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الحرص على تقديم الوجبة الغذائية الصحية الكاملة، مقابل 34% يقدمون وجبات غذائية ناقصة.

وبإدخالنا لمتغير الوضعية المهنية للأب لمعرفة مدى تأثيره على نوع الوجبات الغذائية المقدمة، تبين أن الآباء البطالين والعاملون يحرصون على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة، بنسبة 85% و 73.3% على التوالي مقابل 15% و 26.7% يقدمون الوجبات الغذائية الناقصة. في حين الآباء المتقاعدون يقدمون الوجبات الغذائية الناقصة بنسبة 75% مقابل 25% يقدمون الوجبات الغذائية الكاملة.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 58.913 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 20.40 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين، وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين الوضعية المهنية للأب ونوع الوجبة الغذائية المقدمة.

أما معامل كرامر فوجدناه بعد حسابنا له مساويا لـ 0.44 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

من القراءة الإحصائية يتضح أن الآباء العاملون والبطالون هم أكثر حرصا على تغذية أطفالهم تغذية جيدة من المتقاعدون ذلك أن الجانب المادي يلعب دورا فعالا في تلبية حاجات أفراد الأسرة لاسيما الأطفال لأنهم يحتاجون إلى غذاء متنوع يشتمل على جميع العناصر الغذائية إضافة إلى أن هذه الشريحة التي نحن بصدد التحدث عنها فئة مريضة بمعنى ضرورة الحرص على اختيار نوع الأطعمة المقدمة وبوجود المال يساعد على الاختيار والإحضار بسهولة لتبقى مهمة الأم في الطهي وتقديم ما يجب تقديمه وفق وجبات غذائية متنوعة ومنظمة لأن الطفل المصاب بمرض الربو لا يجب أن يتناول أطعمة حارة أو فواكه حامضة لأنها تعتبر من العناصر المهيجة لأزمة الربو.

إذن يلعب الغذاء دورا مهما في حياة كل فرد وخاصة الطفل باعتباره يمر بمرحلة تكوين العظام والخلايا ونموها نموها صحيا سليما وهي مرحلة مهمة يجدر الانتباه إليها، لأن سوء التغذية ونقص العناصر الغذائية التي تبني الجسم مثل البروتينات والحديد والكالسيوم والفيتامينات قد تعطل النمو الجسمي والعقلي، حيث دلت الأبحاث العلمية على ارتباط التغذية بالنمو العقلي وخاصة في مرحلة الطفولة الأولى.

يشير سنيه النقاش عثمان إلى أن بعض الدراسات البيولوجية قد دلت على أن جسم الإنسان يحتاج إلى أطعمة مختلفة لنموه نموها جيدا سليما وقيامه بوظائفه على الوجه الأحسن، هذه الدراسات تؤكد على ضرورة تواجد العناصر الأساسية الضرورية في الطعام نوعا وكما، كما تلح على لزوم توافر الواجبات المتوازنة المحتوية على مختلف المواد الغذائية التي تحتاج أجهزة الجسم لأداء مهامها<sup>1</sup> وهو ما تم التطرق إليه في الجانب النظري.

---

<sup>1</sup> - عبد الرحمن الوافي، مرجع سابق، ص 34.

ليبقى الآباء المتقاعدون بالرغم من معرفتهم وإدراكهم التام بأهمية الغذاء المتنوع والغني بالعناصر الغذائية المختلفة لجسم الطفل إلا أن وضعيتهم الاقتصادية (مبلغ التقاعد ضعيف) تحول دون ذلك ويبقى الأهم عدم إحساس الطفل بالجوع.

### خلاصة الفصل:

يعتبر المركز الاجتماعي كارتفاع المستوى التعليمي والوضعية المهنية من العوامل التي تساهم في الحفاظ على صحة الفرد وعليه فقد توصلنا إلى النتائج التالية لكوننا اعتمدنا عليه كمؤشر لمعرفة تأثيره على الرعاية الصحية للأطفال إلى النتائج التالية:

ارتفاع المستوى التعليمي للأم يجعل الطفل أكثر عرضة للنوبة لانشغالها الدائم عنه بسبب العمل مما يجعل من ينوب عنها في رعايته يجهل للعديد من الأمور المتعلقة بالمرض وبالتالي تؤثر على الطفل وسجلت أعلى نسبة عند الجامعيات بـ 82.1%، كما أن المستوى التعليمي للأم يتحكم في كيفية التصرف مع النوبة أي انخفاضه يؤدي إلى التوجه المباشر للطبيب عند حدوث النوبة نتيجة الخوف من المضاعفات وأعلى نسبة سجلت عند الأميات بـ 54.5%، ويتلقى الطفل علاجه في الساعات الأولى من تعرضه للنوبة مهما اختلف المستوى التعليمي إلا أننا سجلنا أعلى نسبة عند الأميات بـ 72.7%، بينما المتابعة الطبية يتم الحرص عليها بارتفاع المستوى التعليمي للأم فأعلى نسبة سجلت عند ذوات المستوى الجامعي بـ 82.1%، لكن مهما اختلف المستوى التعليمي للأمهات إلا وتفضلن العلاج عند الطبيب الخاص، إلا أن العلاج الحديث يزيد الإقبال عليه بارتفاع المستوى التعليمي فأعلى نسبة سجلت عند الجامعيات بـ 87.2%، لكن الرضاعة الطبيعية ترتفع بانخفاض المستوى التعليمي وسجلت أدناها عند الجامعيات بـ 59% وأعلىها عند الأميات بـ 72.7% خبرتهن وتوفر الوقت الكافي لممارستها، وبذلك يقمن بتمديد مدة الإرضاع إلى أكثر من 6 أشهر وقد وجدنا الأمهات ذوات المستوى الابتدائي أكثر تمديدا بنسبة 27.3% إلا أن الحرص على الوجبة الغذائية الصحية الكاملة ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي وسجلت أعلى نسبة عند الجامعيات بـ 82.1%.

ولأن دور الأب مهم في الرعاية الصحية للأطفال أبينا إلا أن نتطرق إلى معرفة مدى تأثير مستواه التعليمي على الرعاية الصحية للطفل، حيث وجدنا أن الآباء رغم انخفاض مستواهم التعليمي إلا أنهم يتصرفون بالتوجه المباشر للطبيب عند تعرض أطفالهم للنوبة لشعورهم

بالمسؤولية خاصة عند ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 64.3% وبالتالي يلجؤون للطبيب في الساعات الأولى.

كما يتم الحرص على المتابعة الطبية وهي ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي حيث سجلت أعلاها عند الجامعيين بـ 87.5% كما يفضلون العلاج عند الطبيب الخاص والعلاج التقليدي وترتفع نسب الإقبال عليهما بارتفاع المستوى التعليمي، كما يحرصون على الرضاعة الطبيعية ويحثون زوجاتهم عليها لكن الحرص أكثر يرتفع بانخفاض المستوى التعليمي بنسبة 71.4% عند ذوي المستوى الابتدائي، إلا أن على الوجبات الغذائية الصحية الكاملة ترتفع نسبها بارتفاع المستوى التعليمي لهم خاصة عند الجامعيين بنسبة 87.5%.

كما تتأثر الرعاية الصحية بالوضعية المهنية للأم فالأمهات العاملات يتعرض أطفالهن كثيرا للنوبة لغيابهن الدائم بنسبة 81.8% ما يجعلهن يتأخرن عن العلاج أثناء حدوث النوبة على غرار الماكثات بالبيت باستعمال أدوية خاصة بـ 43.6%، لكنهن يحرصن على المتابعة الطبية للمرض بنسبة 81.8%

لكن مهما اختلفت الوضعية المهنية إلا وكان اللجوء إلى الطبيب الخاص للعلاج وبالتالي تفضلن العلاج الحديث خاصة عند العاملات بـ 83.6%، ورغم انشغالهن الدائم إلا أنهن تعتمدن على الرضاعة الطبيعية لأطفالهن بنسبة 58.2% وتحرصن على الوجبات الغذائية الصحية الكاملة بنسبة 81.8%.

كما للوضعية المهنية للأب تأثير على الرعاية الصحية للأطفال فالآباء العاملون الغائبون عن البيت والبطالون أطفالهم يتعرضون للنوبة كثيرا لانشغالهم الدائم عنهم بالعمل أو بالبحث عنه بنسبة 73.3% و 85% على التوالي وبالتالي يؤثر على تصرفهم عند تعرض أطفالهم للنوبة ما يسمح باستعمال أدوية خاصة بدل التوجه المباشر للطبيب، لكنهم أشد حرصا على المتابعة الطبية بنسبة 85% للبطالين و 73.3% للعمال، كما يفضلون العلاج عند الطبيب الخاص لأسباب ذكرت سابقا، كما يفضلون العلاج الحديث، والحرص على الرضاعة الطبيعية كانت

مهما اختلفت الوضعية المهنية لهم لفائدتها العظيمة على صحة الأم والطفل معا كما أنها اقتصادية، وبما أنهم المسؤولون عن شراء المواد الغذائية فهم يحرصون على الوجبات الغذائية الصحية الكاملة خاصة الآباء البطالين بنسبة 85%.

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين

### بمرض الربو

#### تمهيد

1-الفرضية الثالثة: العوامل البيئية وعلاقتها بالرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض

الربو

1-1-اختبار مدى مساهمة مكان الإقامة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض

الربو

1-2-اختبار مدى مساهمة وجود التلوث ونوعه في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين

بمرض الربو

خلاصة الفصل



### تمهيد:

تعرف البيئة بأنها الإطار الذي يعيش فيه الإنسان، ويحصل منه على مقومات حياته من غذاء وكساء ودواء ومأوى، ويمارس فيه علاقاته مع أقرانه من بني البشر<sup>1</sup>. والبيئة يتأثر الإنسان بها ويؤثر فيها، فبقدر ما تكون صحية بقدر ما يتمتع الفرد فيها بصحة جيدة خالية من الأمراض والمشاكل الصحية والعكس، فالعوامل البيئية متعددة وهي سبب من بين الأسباب والعوامل التي تساهم بشكل مباشر إما بالسلب أو الإيجاب خاصة على مريض الربو سواء خارج المنزل أو داخله، وعليه ارتأينا من خلال هذا الفصل اختبار مدى مساهمة بعض العوامل البيئية في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

---

<sup>1</sup> - علي محمد المكاوي: الإنسان والبيئة والصحة، دراسة في علم الاجتماع، جامعة القاهرة، مصر، دون ذكر السنة، ص

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

1-الفرضية الثالثة: اختبار مدى مساهمة مكان الإقامة في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

1-1-اختبار مدى مساهمة مكان الإقامة على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

جدول رقم (106): علاقة مكان الإقامة بدرجة التعرض للنوبة

| المجموع |     | نادرا |     | كثيرا |     | درجة التعرض للنوبة<br>مكان الإقامة |
|---------|-----|-------|-----|-------|-----|------------------------------------|
|         |     |       |     |       |     |                                    |
| %       | ك   | %     | ك   | %     | ك   |                                    |
| 100     | 156 | 17.3  | 27  | 82.7  | 129 | منطقة حضرية                        |
| 100     | 144 | 52.1  | 75  | 47.9  | 69  | منطقة ريفية                        |
| 100     | 300 | 34    | 102 | 66    | 198 | المجموع                            |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو أولئك الأطفال الذين يتعرضون للنوبة كثيرا بنسبة 66%، مقابل 34% يتعرضون لها نادرا.

وبإدخال متغير مكان الإقامة لمعرفة مدى تأثيره على درجة التعرض للنوبة، وجدنا أن أمهات المبحوثين اللواتي صرحن بأنهن يقمن في منطقة حضرية يتعرض أطفالهن للنوبة كثيرا بنسبة 82.7% مقابل 17.3% يتعرضون لها نادرا.

في حين الأمهات اللواتي يقمن في منطقة ريفية صرحن بأن أطفالهن يتعرضون للنوبة نادرا بنسبة 52.1% مقابل 47.9% يتعرضون لها كثيرا.

من القراءة الإحصائية للجدول يمكن القول بأن مكان الإقامة هو من بين العوامل التي تساهم إما بالسلب أو بالإيجاب على مرض الطفل أو بالأحرى التأثير على النوبة، فالمكان أو البيئة التي يعيش فيها الطفل المريض إن كانت تمتاز بالميزات الطبيعية الصحية نجد حالته مستقرة

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

لفتترات طويلة عكس البيئة التي تكثر فيها المهيجات تكون صحة الطفل فيها في اختلال دائم لتأثرها بتلك المهيجات.

فتعرض الأطفال للنوبة كثيرا في المنطقة الحضرية راجع لعدة عوامل منها التلوث على اختلافه الجوي وتراكم القمامات وغيرها من الملوثات إلى جانب الرطوبة العالية التي تميز مساكن أغلب الأسر خاصة في منطقة باب الواد لقربها من البحر ولقدّم أغلب شققها.

فكما جاء في الجانب النظري أن التلوث وخاصة التلوث الجوي دورا هاما في تطوير الحساسية التنفسية كما يساهم في التهاب مخاطية الحنجرة والرئتين ويدفع إلى تفجير نوبات الربو،

كما أن التغيرات الجوية خلال الفصول الأربعة تؤدي لحدوث النوبات حيث أنه عند سؤالنا عن الفصل الذي تتأزم فيه حالة الطفل وجدنا فصلي الشتاء والربيع حسب تصريحات الأمهات بنسبة 52% لعدة اعتبارات فعادة فصل الشتاء يتميز بالبرودة الشديدة والألبسة الصوفي والانتقال من أماكن باردة إلى أماكن دافئة تجعل الأطفال عرضة للأزمات، كما يتميز فصل الربيع بكثرة الأزهار وحبوب اللقاح هذه الجزيئات مؤثرة وعرضة للحساسية كما لا يخلو فص الصيف من شدة الحرارة والرطوبة العالية والغبار المتطاير ما يصعب على المريض التنفس، كما وجدنا أن 48% من الأطفال تتأزم خالتهم الصحية خلال فصلي الربيع والصيف، فالربيع له مميزاته الخاصة التي ذكرت أعلاها لها تأثير مباشر على الصحة وتساهم في تحريض الحساسية لا سيما حساسية الأنف والعينين والقصبات الهوائية، بينما يمتاز فصل الصيف بالحرارة المرتفعة والهواء المعكر بالغبار يجعل التنفس صعبا كما أن أغلب الأسر تستعمل المكيفات الهوائية ما يجعل الطفل عرضة للهواء البارد بعد الحار وبالتالي الاستعداد للأزمة الربوية

بينما تمتاز المناطق الريفية بالهواء النقي الذي يسمح للرئتين بإدخال أكبر قدر من الهواء وبالتالي اتساع القفص الصدري كما تقل الرطوبة، بالرغم من معاناة أغلب الأسر في نفس المنطقة من الغازات والأدخنة ومخلفات المصانع.

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

جدول رقم (107): علاقة مكان الإقامة بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     | مكان الإقامة           |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                        |
| 100     | 156 | 19.2 | 30 | 42.3                  | 66  | 38.5                  | 60  | منطقة حضرية            |
| 100     | 144 | 12.5 | 18 | 37.5                  | 54  | 50                    | 72  | منطقة ريفية            |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن الاتجاه العام له يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن يتصرفن بالتوجه المباشر للطبيب عند تعرض أطفالهن للنوبة بنسبة 44%، مقابل 40% من الأمهات تستعملن أدويته الخاصة و16% أشياء أخرى.

ولقد قمنا بإدخال متغير مكان الإقامة لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة فتبين أن الأمهات المقيمات في مناطق حضرية صرحن بأنهن تتصرفن باستعمال أدوية خاصة بنسبة 42.3%، مقابل 38.5% يتصرفن بالتوجه المباشر للطبيب و19.2% بأشياء أخرى.

في حين الأمهات المقيمات في مناطق ريفية صرحن بأنهن يتوجهن مباشرة للطبيب بنسبة 50% مقابل 37.5% يستعملن أدوية خاصة و12.5%، أشياء أخرى.

إن أزمة الربو تحدث تحت تأثير عوامل عدة تم التطرق إليها في مناسبات عديدة وبذلك تؤثر على المريض وعائلته، مما يتطلب التدخل السريع إما بالتوجه المباشر للطبيب وإما باستعمال الأدوية اللازمة لذلك.

فبالرغم من البعد المكاني عن أماكن الاستشفاء إلا أن الأمهات في المناطق الريفية تسرع لطلب العلاج للاعتبارات التالية: الخوف من زيادة حدة الأزمة في أوقات الليل أو يكون من يحمل الطفل غائب أو صعوبة الوصول لغياب الوسيلة مما يجعل عدم الانتظار أو استعمال

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

أدوية ريثما يتم الوصول إلى المكان المقصود لأن معظم الوافدين إلى مستشفى محمد لمين دباغين بخاصة أو جيلالي بونعامة من ولايات أخرى خارج العاصمة.

أما تصرف الأمهات في المناطق الحضرية باستعمال أدوية خاصة أولاً قبل طلب العلاج رغم القرب من مكان العلاج إلى تكرار الحالة وبالتالي الشعور بالتذمر والملل نتيجة كثرة الانتظار في قاعات العلاج أو عدم القدرة على حمل الطفل لعدم السماح للأم بالخروج بمفردها وانشغال أو غياب الأب أو لارتباط الأم بأبنائها الصغار لعدم وجود من ينوب عليها في حرصهم والسهر على راحتهم مما يؤدي بهن إلى التخفيف من حدة النوبة باستعمال الأدوية في انتظار العلاج.

جدول رقم (108): علاقة مكان الإقامة بالمدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج

| المجموع |     | يومية فأكثر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     | مكان الإقامة                       |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   |                                    |
| 100     | 156 | 28.8        | 45 | 19.2     | 30 | 51.9              | 81  | منطقة حضرية                        |
| 100     | 144 | 16.7        | 24 | 20.8     | 30 | 52.5              | 90  | منطقة ريفية                        |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |

الجدول يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو تصريح الأمهات بأن أطفالهن يتلقون العلاج في الساعات الأولى من حدوث النوبة بنسبة 57%، مقابل 23% ينتظر بهم لمدة يومية فأكثر و 20% لمدة يوم واحد

وبإدخالنا لمتغير مكان الإقامة لمعرفة درجة التأثير على المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج، وجدنا أن الأمهات المقيمات في المناطق الريفية والمناطق الحضرية يتوجهن بأطفالهن في الساعات الأولى وبالتالي حافظن على الاتجاه العام للجدول بالنسب التالية: 52.5%

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

و51.9% على التوالي، مقابل 20.8% و19.2% يستعملن أدوية خاصة و16.7% و28.5% يستعملن أشياء أخرى.

هذه النتائج تدعم ما قلناه من خلال التحليل السابق أن البعد المكاني والخوف من الأزمة ومضاعفاتها بالتأثير السلبي على الطفل والأسرة يجعل ضرورة البحث عن العلاج في الوقت المناسب، فالمناطق الريفية تعاني العزلة وانعدام المصالح الاستشفائية فيها وصعوبة السير في طرقاتها الغير معبدة نهارا فما بالك بالليل، ضف إلى ذلك الساعات المستغرقة في الوصول إلى المكان المقصود، كل ذلك يحتم التصرف وعدم الانتظار...

بينما المناطق الحضرية تتميز بقربها من المصالح الاستشفائية وتوفر وسائل النقل المختلفة ما يسهل الوصول بالمريض لتلقيه العلاج في الوقت المناسب إلا إذا كانت ظروف تمنع ذلك.

**جدول رقم (109): علاقة مكان الإقامة بالطبيب المفضل للعلاج**

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل للعلاج |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|----------------------|
|         |     |          |     |          |    | مكان الإقامة         |
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  |                      |
| 100     | 156 | 94.2     | 147 | 5.8      | 9  | منطقة حضرية          |
| 100     | 144 | 66.7     | 96  | 33.3     | 48 | منطقة ريفية          |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع              |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو تلك الأمهات اللواتي تتوجهن إلى الطبيب الخاص لمعالجة مرض أطفالهن وذلك بنسبة 81% مقابل 19% فقط ممن تتوجهن إلى الطبيب العام.

وبإدخالنا لمتغير مكان الإقامة لمعرفة مدى تأثيره على نوع الطبيب المتوجه إليه توضح أن الأمهات المقيمات في المناطق الحضرية والمناطق الريفية تعالجن أطفالهن عند الطبيب الخاص بنسبة 94.2% و66.7%، مقابل 5.8% و33.3% يقصدن الطبيب العام.

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

ولقد قمنا بحساب كا<sup>2</sup> فوجدناها قدرت بـ 36.967 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5%، بينما كا<sup>2</sup> الجدولية قدرت بـ 27.36%، دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي ترفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين مكان الإقامة والطبيب المفضل للعلاج. من هذا الطرح ومن القراءة الإحصائية للجدول تبين أن الأطفال المصابون بمرض الربو يتم معالجتهم عند طبيب الأطفال ذلك أن الأمهات مدركات بأن الطبيب المختص أكثر دراية بالمرض من غيره فهو يشخص المرض بأكثر دقة وعناية مع حرصه الشديد على نوع العلاج المقدم فهو يراعي درجة تطور المرض وكيفية استعمال الدواء حسب سن الطفل ومدة العلاج. لكن الملاحظ أن المقيّمات داخل المدينة سواء مدينة باب الواد أو مدينة الدويرة أكثر حرصا على العلاج عند طبيب الأطفال 94.2% من غيرهن يعود ذلك إلى أن المدينة يكثر فيها وجود المصالح الطبية بالمقارنة مع خارجها بالإضافة إلى سهولة التنقل ووفرة المواصلات على عكس ذلك في كثير من الأحيان لا تتوفر وسيلة النقل أو حتى الذي يرافق المريض نظرا لانشغال الأمهات بأمور البيت أو عدم السماح لهن بالخروج بمفردهن أو التنقل إلى المدينة مما يجعل 33.3% منهن يتوجهن بأطفالهن إلى الطبيب العام لذات الأسباب أو لاعتبار مادام يحمل لقب طبيب فهو مؤهل للعلاج مهما كان نوع المرض جهلا منهن أن الاختصاص في شيء معين وخاصة المرض أفضل لعدة اعتبارات ذكرناها سابقا.

جدول رقم (110): علاقة مكان الإقامة بنوع العلاج المفضل

| نوع العلاج<br>مكان الإقامة |  | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|----------------------------|--|------|------|--------|------|---------|-----|
|                            |  | ك    | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| منطقة حضرية                |  | 123  | 78.8 | 33     | 21.2 | 156     | 100 |
| منطقة ريفية                |  | 105  | 72.9 | 39     | 27.1 | 144     | 100 |
| المجموع                    |  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو اعتماد الأمهات في علاج مرض الربو لأطفالهن على العلاج الحديث بنسبة 76% مقابل 24% ممن تعتمدن على العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير مكان الإقامة لمعرفة مدى تأثيره على نوع العلاج المفضل وجدنا أن الأمهات المقيمات في المناطق الحضرية والريفية يفضلن العلاج الحديث بالنسب التالية على التوالي 78.8% و 72.9%، مقابل 21.2% و 27.1% من الأمهات تعتمدن على العلاج التقليدي. مرض الربو يصنف ضمن الأمراض المزمنة الخطيرة التي لازالت تهدد حياة الكثيرين لاسيما شريحة الأطفال منهم التي تحتاج إلى علاج دائم هذا الأخير الذي لابد أن يختار بكل دقة وعناية خشية من المضاعفات وتفاديا لحدوثها، فرغم التطور الطبي إلا أن الحد من انتشار هذا النوع من الأمراض والتقليل من حدة الإصابة به لم تصل إلى المستوى المطلوب لأن تشخيصه وعلاجه صعب بالرغم من معرفة عوامله وأسبابه.

لهذه الأسباب يتم الحرص على العلاج الحديث المعتمد على البحث والتنقيب من أهل الاختصاص لأن أي خطأ في العلاج يكلف المريض حياته وهو علاج منتهج سواء عند الأمهات المقيمات في المناطق الحضرية أو الريفية

فالمدينة لا تخلو من التلوث كما ذكرناه سابقا وهو عامل محفز لأزمة الربو ضف إلى ذلك أن مدينة باب الواد تكثر فيها الرطوبة لقربها من البحر ضف إلى ذلك أغلب المساكن تعاني من



### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

مشكل الرطوبة العالي الناتج عن قلة التهوية مما يصعب حياة المريض بشكل خاص وبالتالي ضرورة الحرص على انتقاء العلاج المناسب وهو العلاج الحديث.

في المقابل فإنه بالرغم من خطورة المرض إلا أن 24% من الأمهات تعتمدن في علاج مرض أطفالهن على العلاج التقليدي لأنهن يئسن من العلاج الحديث المكلف الذي أرهق كاهلهن بالطوابير الذي لم يقدم أي نتيجة للمرض في نظرهن فالأفضل البحث عن البديل وتجربة العلاج التقليدي الذي قدم نتيجة عند الكثرات لأن صاحب هذا النوع من العلاج يطلب بتقديم من مرافق المريض بتقديم وصفات وتحاليل تثبت نوع المرض وتطوره قبل تقديم العلاج المناسب لكنهن يجهلن العواقب الوخيمة التي قد تترتب عن سوء اختيار نوع العلاج المقدم لأن هناك أدوية تعمل على تهيج المرض وإحساس المريض بضيق التنفس.

جدول رقم (111): علاقة مكان الإقامة بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| المجموع |     | مختلطة |    | اصطناعية |    | طبيعية |     | نوع الرضاعة<br>المقدمة للطفل |
|---------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|------------------------------|
|         |     |        |    |          |    |        |     | مكان الإقامة                 |
| %       | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   |                              |
| 100     | 156 | 28.8   | 45 | 19.2     | 30 | 51.9   | 81  | منطقة حضرية                  |
| 100     | 144 | 16.7   | 24 | 20.8     | 30 | 62.5   | 90  | منطقة ريفية                  |
| 100     | 300 | 23     | 69 | 20       | 60 | 57     | 171 | المجموع                      |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو اعتماد الأمهات على الرضاعة الطبيعية في تغذية أطفالهن بنسبة 57%، مقابل 23% اعتمدن على الرضاعة المختلطة و20% على الرضاعة الاصطناعية.

ولقد أدخلنا متغير مكان الإقامة لمعرفة تأثيره على نوع الرضاعة المقدمة للطفل، فوجدنا أن الأمهات المقيمت في المناطق الريفية والحضرية يعتمدن على الرضاعة الطبيعية بنسبة

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

62.5% و 51.9%، مقابل 16.5% و 28.8% يعتمدن على الرضاعة المختلطة و 20.8% و 19.2% يعتمدن على الرضاعة الاصطناعية.

ما يبدو واضحاً من خلال الجدول الحرص على تقديم الرضاعة الطبيعية من طرف الأمهات وبالأخص في المناطق الريفية، فالمعروف عندهم الاعتماد على ما هو طبيعي في كل شيء نتيجة الخبرة والعادات والتقاليد المتوارثة رغم ما تقوم به المرأة الريفية من أعباء، ليبقى لجوئها للبديل في الحالات المستعصية التي تحول دون القدرة على الرضاعة الطبيعية فتدخل الحليب الاصطناعي كحليب الحيوانات أو الحليب المعلب.

والوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية وفائدتها العظيمة وغلاء المعيشة جعل من أمهات المدن الاعتماد على الرضاعة الطبيعية إلا في حالات المرض أو قلة الحليب الطبيعي أو الانشغال بسبب العمل يتم اللجوء إلى البديل.

جدول رقم (112): علاقة مكان الإقامة بنوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل

| المجموع |     | وجبة غذائية ناقصة |     | وجبة غذائية صحية كاملة |     | نوع الوجبة الغذائية المقدمة |
|---------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|-----------------------------|
|         |     |                   |     |                        |     | مكان الإقامة                |
| %       | ك   | %                 | ك   | %                      | ك   |                             |
| 100     | 156 | 17.3              | 27  | 82.7                   | 129 | منطقة حضرية                 |
| 100     | 144 | 52.1              | 75  | 47.9                   | 69  | منطقة ريفية                 |
| 100     | 300 | 34                | 102 | 66                     | 198 | المجموع                     |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو حرص الأمهات على تقديم الوجبة الغذائية الصحية الكاملة لأطفالهن بنسبة 66% مقابل 34% ممن تقدمن الوجبة الغذائية الناقصة.

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

وبإدخال متغير مكان الإقامة لمعرفة مدى تأثيره على نوع الوجبة الغذائية المقدمة للطفل المريض بالربو وجدنا أن الأمهات المقيمات في المناطق الحضرية يقدمن الوجبات الغذائية الصحية الكاملة بنسبة 82.7% مقابل 17.3% ممن تقدمن الوجبات الغذائية الناقصة. في حين الأمهات المقيمات في المناطق الريفية يقدمن الوجبات الغذائية الناقصة بنسبة 52.1% مقابل 47.9% يقدمن الوجبات الغذائية الكاملة.

مما لا شك فيه إن هناك مأكولات لا يجب أن يتناولها مريض الربو وضرورة الابتعاد عنها ويجب على الأم أن تكون على دراية تامة لأنها تساهم في التهيج والإصابة بالآزيز والسعال الشديد المصحوب بالبلغم رغم استعمال الدواء الخاص بالمرض فالفاواكه الحامضة والمأكولات الحارة والمشروبات الباردة وغيرها من شأنها أن تزيد من شدة المرض لذلك يجب أن يكون طعام الطفل المريض دائما تحت المراقبة لتفادي العواقب.

وعليه ومن خلال القراءة الإحصائية يتبين أن الحرص على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة يكون عند الأمهات المقيمات في المناطق الحضرية أكثر من المقيمات في المناطق الريفية فبحكم الوضع في المدينة وأغلب الأطفال مكان لعبهم البيت لأن الشارع لا يصلح لأنه يعرضهم لأخطار عديدة كالأمراض ورفقاء السوء وحوادث المواصلات وعمليات الاختطاف بالتالي بقاء الطفل إلى جانب الأم يجعلها حريصة على ما تقدمه له ضف إلى ذلك كونه مريض فهي تشفق عليه وتحاول تقديم ما يفيد جسمه الذي نخره المرض عكس الطفل الذي يقيم في الريف فهو يلهو في المساحات الخضراء أو أماكن بعيدة عن خطر حوادث المواصلات بالتالي تعود وتعودت الأم على أخذه إما لقطعة خبز أو فاكهة أو غيرها يجعله ينسى الوجبات الغذائية.

## الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

### 1-2- اختبار مدى مساهمة وجود التلوث ونوعه في تقديم الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو.

- تأثير مدى وجود التلوث ونوعه على الرعاية الصحية للأطفال.

جدول رقم (113): علاقة وجود التلوث بدرجة التعرض للنوبة

| المجموع |     | نادرا |     | كثيرا |     | درجة التعرض للنوبة |
|---------|-----|-------|-----|-------|-----|--------------------|
|         |     |       |     |       |     | مدى وجود التلوث    |
| %       | ك   | %     | ك   | %     | ك   | نعم                |
| 100     | 171 | 31.6  | 54  | 68.4  | 117 | لا                 |
| 100     | 129 | 37.2  | 48  | 62.8  | 81  | المجموع            |
| 100     | 300 | 34    | 102 | 66    | 198 |                    |

الجدول يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأن أطفالهن يتعرض للنوبة كثيرا بنسبة 66%، مقابل 34% يتعرضون لها نادرا.

وبإدخالنا لمتغير مدى وجود التلوث في المحيط السكني تبين أن الأمهات اللواتي صرحن بوجود التلوث وعدم وجوده يتعرض أطفالهن للنوبة كثيرا بنسبة 68.4% و 62.8%، مقابل 31.6% و 37.2% يتعرض أطفالهن لها نادرا.

يعتبر التلوث من بين اهم المسببات الرئيسية لأزمة الربو، فالتلوث بأنواعه يؤثر على المجاري التنفسية للمريض مما يؤدي به لصعوبة التنفس، فتلوث الهواء نتيجة حرق القمامات أو انتشار الغازات الكيماوية للمصانع وكذا تراكم القمامات أمام المساكن تبعث رائحة كريهة يستنشقها المريض ما يؤدي إلى تعكير صفو حياته وتعرضه للنوبات المتكررة رغم المواظبة على استعمال الأدوية، كما أن الضغوطات النفسية والانفعالات تجعل الطفل أكثر عرضة للنوبة وغيرها من العوامل.

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

كما أن الرطوبة العالية التي تتميز بها أغلب المساكن والتي تأتي في الدرجة الأولى حسب النتائج التي توصلنا إليها من خلال تصريحات الأمهات والتي تمثل نسبة 51% من النسبة الإجمالية للتلوث بشتى أنواعه تساهم بشكل مباشر في تعرض الطفل إلى أزمات متكررة وتكون في الغالب حادة تتطلب التدخل السريع، كما تعاني الأسر الجزائرية من تسرب لقنوات الصرف الصحي خاصة لذوي المساكن القصديرية والفوضوية ما يؤدي إلى انتشار الأمراض والأوبئة وزيادة حدة المرض.

بينما يتعرض الأطفال للنوبة رغم غياب التلوث تحت تأثير عوامل أخرى كانتشار الغبار في المنزل نتيجة عدم تعريض الأفرشة للشمس أو لانعدام التهوية لأن أغلب المساكن لا تحتوي على منافذ تجعل الهواء يتجدد، ما يجعل الطفل أكثر عرضة لأزمة الربو فمريض الربو بحاجة إلى ظروف أحسن تجعل حالته الصحية مستقرة نوعا ما، كما أن التعرض لنزلات البرد وكذا الضغوط النفسية من شأنها أن تؤثر سلبا على صحة الطفل.

كما يؤثر وجود الحيوانات داخل المنزل وهي سبب للحساسية والتعرض للنوبة وهي بذلك مساهمة في التلوث فأغلب الأسر تحب تربية الحيوانات كالعصافير حيث لا يكاد منزل يخلو منها والقطط والكلاب سواء تستعمل للحراسة أو الصغيرة منها للتسلية بها إلى جانب الأرنب والدواجن فكل هذه الأنواع تساهم في وجود الحساسية حيث صرحت 132 أم من أصل 600 بوجود حيوانات بالمنزل، 144 أم صرحن بأن أطفالهن لديهم حساسية اتجاه هذه الحيوانات.

جدول رقم (114): علاقة وجود التلوث بكيفية التصرف مع النوبة

| المجموع |     | أخرى |    | استعمال أدويته الخاصة |     | التوجه المباشر للطبيب |     | كيفية التصرف مع النوبة |
|---------|-----|------|----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|------------------------|
|         |     |      |    |                       |     |                       |     | مدى وجود التلوث        |
| %       | ك   | %    | ك  | %                     | ك   | %                     | ك   |                        |
| 100     | 171 | 12.3 | 21 | 28.1                  | 48  | 59.6                  | 102 | نعم                    |
| 100     | 129 | 20.9 | 27 | 55.8                  | 72  | 23.3                  | 30  | لا                     |
| 100     | 300 | 16   | 48 | 40                    | 120 | 44                    | 132 | المجموع                |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو توجه الأمهات بأطفالهن مباشرة للطبيب أثناء تعرضهم للنوبة وذلك بنسبة 44%، مقابل 40% يستعملن أدوية خاصة و 16% تستعملن أشياء أخرى. ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 39.721 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية فقدت بـ 20.64 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين مدى وجود التلوث وكيفية التصرف مع النوبة وبإدخالنا لمتغير مدى وجود التلوث لمعرفة تأثيره على كيفية التصرف مع النوبة، تبين أن الأمهات اللواتي صرحن بوجود التلوث يتوجهن مباشرة للطبيب بنسبة 59.6% مقابل 28.1% تستعملن أدوية خاصة و 12.3% أشياء أخرى.

في حين الأمهات اللواتي صرحن بعدم وجود التلوث تتصرفن باستعمال أدوية خاصة بنسبة 55.8% مقابل 23.3% تتوجهن مباشرة للطبيب و 20.9% تستعملن أشياء أخرى. وجود التلوث ومعاناة الأسر والمرضى منه مشكل من المشاكل التي تؤثر على الصحة، فالتعرض للنوبة تحت تأثير أنواعه المختلفة يزيد من حدتها فتتأزم حالته الصحية وبالتالي لا حل سوى حمل الطفل وتقديم الإسعافات له عند الطبيب، لأن التلوث مع النوبة يؤدي إلى

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

الاختناق وإصابة المريض بمضاعفات أخرى من شأنها أن تؤدي به للوفاة إذا لم تتخذ الإجراءات اللازمة في الوقت المناسب.

لكن حدوث النوبة تحت تأثير عوامل أخرى في غياب التلوث قد يسهم الدواء في تهدئتها والعودة بالمريض إلى حالة الاستقرار وإلا يتم علاجه عند الطبيب في حالة زيادة حدتها.

**جدول رقم (115): علاقة وجود التلوث بالمدة بين حدوث النوبة وطلب العلاج .**

| المجموع |     | يومية فأكتر |    | يوم واحد |    | في الساعات الأولى |     | المدة بين حدوث النوبة وتلقي العلاج |
|---------|-----|-------------|----|----------|----|-------------------|-----|------------------------------------|
|         |     |             |    |          |    |                   |     | مدى وجود التلوث                    |
| %       | ك   | %           | ك  | %        | ك  | %                 | ك   |                                    |
| 100     | 171 | 21.1        | 36 | 26.3     | 45 | 52.6              | 90  | نعم                                |
| 100     | 129 | 25.6        | 33 | 11.6     | 15 | 62.8              | 81  | لا                                 |
| 100     | 300 | 23          | 69 | 20       | 60 | 57                | 171 | المجموع                            |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو الأمهات اللواتي صرحن بأنهن تتوجهن في الساعات الأولى للطبيب عند حدوث النوبة لأطفالهن بنسبة 57%، مقابل 23% تنتظرن لمدة يومية فأكتر و 20% ليوم واحد.

ولقد أدخلنا متغير مدى وجود التلوث لمعرفة درجة تأثيره فوجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بعدم وجود التلوث ووجوده يأخذن أطفالهن في الساعات الأولى من تعرضهم للنوبة وذلك بنسبة 62.8% و 52.6% على التوالي مقابل 25.6% و 21.1% ينتظرن لمدة يومية فأكتر.

طلب العلاج عند حدوث النوبة مباشرة يعود للخوف من شدتها وخطورتها وآثارها على المريض فصعوبة التنفس والشعور بالاختناق يتطلب التدخل السريع من أهل الاختصاص خاصة في وجود المسبب الرئيسي لها وهو التلوث، فالنوبة بحد ذاتها خطيرة ولها آثار على صحة الطفل

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

فما بال الزيادة على ذلك العيش في وسط مستنقع من الروائح الكريهة والفطريات والأدخنة وغيرها والتي تصعب التنفس براحة فهي تعمل على منع وصول الهواء الذي يحتاجه المريض إلى رئتيه ما يجعله يعاني يوميا.

كما أن وجود مسببات أخرى تم ذكرها في مناسبات عديدة على غرار الرطوبة في غياب التلوث تؤدي إلى زيادة حدة النوبة فيتخوف الأولياء ويتخذون موقف حمل أطفالهم للمصالح الاستشفائية لتقديم العلاج المناسب، فطبيعة المرض والمعروف على نوباته أنها خطيرة إذا لم تتخذ الإجراءات العلاجية اللازمة في الوقت المناسب تجعل ضرورة عدم ترك الطفل مدة تفوق الساعات الأولى من تعرضه لها.

**جدول رقم (116): علاقة مدى وجود التلوث بمدى الحرص على المتابعة الطبية للمرض.**

| الحرص على المتابعة الطبية |  | نعم |      | لا  |      | المجموع |     |
|---------------------------|--|-----|------|-----|------|---------|-----|
|                           |  |     |      |     |      |         |     |
| مدى وجود التلوث           |  | ك   | %    | ك   | %    | ك       | %   |
| نعم                       |  | 117 | 68.4 | 54  | 31.6 | 171     | 100 |
| لا                        |  | 81  | 62.8 | 48  | 37.2 | 129     | 100 |
| المجموع                   |  | 198 | 66   | 102 | 34   | 300     | 100 |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو حرص الأمهات على المتابعة الطبية لمرض أطفالهن بنسبة 66% مقابل 34% ممن لا تحرصن على ذلك.

وبإدخال متغير مدى وجود تلوث في المكان المقيم فيه تبين أن الأمهات اللواتي صرحن بوجود التلوث وعدم وجوده يحرصن على المتابعة الطبية لأطفالهن وذلك بنسبة 68.4% و 62.8% على التوالي، مقابل 31.6% و 37.2% لا يحرصن عليها.



### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

المتابعة الطبية للمرض ضرورية فهي تسمح بالكشف المبكر للمرض وتطوره والقيام بالفحوصات الدورية التي تساهم في الحد من تطور المرض.

بالعودة إلى القراءة الإحصائية للجدول يتبين أن أغلب الأمهات تحرصن على المتابعة الطبية لمرض أطفالهن سواء في وجود التلوث أو غيابه خشية منهن على صحة وحياة أطفالهن لأن مرض الربو مرض مزمن إن لم يتم الحرص على علاجه ووضع المصاب به تحت المراقبة الطبية الدورية المستمرة فإن حالته الصحية تسوء ويصعب أحيانا تشخيصها. خاصة في ظل وجود المهيجات التي تعمل بصفة دورية على التأثير بعدم استقرار الحالة الصحية، هذه المهيجات التي ينصح عادة بمحاولة الابتعاد عنها وتقاديتها قدر المستطاع.

لأن أغلب الأطفال كان مرضهم وراثي انتقل إليهم عبر الأجيال ولم تعرف أمهاتهم سبب ظهور المرض إلا بعد زيارات عديدة للطبيب، فالمراقبة الطبية ضرورية في حياة المريض.

#### جدول رقم (117): علاقة مدى وجود التلوث بالطبيب المفضل للعلاج

| المجموع |     | طبيب خاص |     | طبيب عام |    | الطبيب المفضل للعلاج |
|---------|-----|----------|-----|----------|----|----------------------|
|         |     |          |     |          |    | وجود التلوث          |
| %       | ك   | %        | ك   | %        | ك  |                      |
| 100     | 171 | 84.2     | 144 | 15.8     | 27 | نعم                  |
| 100     | 129 | 76.7     | 99  | 23.3     | 30 | لا                   |
| 100     | 300 | 81       | 243 | 19       | 57 | المجموع              |

إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو تفضيل الأمهات للعلاج عند الطبيب الخاص وذلك بنسبة

81% مقابل 19% تفضلن العلاج عند الطبيب العام..

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

وبإدخال متغير مدى وجود تلوث في المكان الذي يقيم فيه الأطفال المرضى تبين أن الأمهات اللواتي صرحن بوجود التلوث وعدم وجوده تفضلن العلاج عند الطبيب الخاص بنسبة 84.2% و 76.7%، مقابل 15.8% و 23.3% تفضلن الطبيب العام.

يعتبر التلوث عامل من العوامل التي تساهم في انتشار وإصابة الأطفال بالحساسية والربو وزيادة حدتها والمساهمة في ظهور أزماته.

سواء كان التلوث ناتج عن كثرة النفايات وانتشار دخان السيارات كما هو معروف في المدن ويعاني منه سكانها ومرضاها أو الناتج عن انتشار الفضلات الحيوانية وحتى البني آدمية نتيجة انعدام قنوات الصرف الصحي عند الكثيرين وكذا دخان المصانع نتيجة انتشارها خارج المدن وما ينجر عنها من ظهور أمراض وزيادة حدتها على غرار مرض الربو والحساسية.

هذه الأسباب وغيرها تساهم في ضرورة الحرص على عرض الحالة المرضية للطفل عند طبيب خاص (الأطفال) فهو السبيل في نظر 84.2% من الأمهات اللواتي تعاني من التلوث بأنواعه لأن المختص يدرك عوامل إثارة المرض وزيادة حدته والتلوث من العوامل التي يوصي المختصون بالابتعاد عنه لأن المرض يتأثر بدرجة كبيرة بالبيئة المحيطة، هذا لم يمنع الكثيرات من علاج أطفالهن عند طبيب خاص رغم غياب التلوث في المكان الذي تقمن فيه حسب تصريحهن لإمامهن بالمرض أسبابه وعامله وطرق الوقاية منه.

يبقى اللجوء إلى الطبيب العام في الحالات التي يصعب الوصول إلى الطبيب الخاص أو التخيير الناتج عن انتهاج نفس المهنة باعتباره درس وبحث ووصل للعلاج والتشخيص.

جدول رقم (118): علاقة مدى وجود التلوث بنوع العلاج المفضل

| نوع العلاج المفضل |  | حديث |      | تقليدي |      | المجموع |     |
|-------------------|--|------|------|--------|------|---------|-----|
|                   |  | ك    | %    | ك      | %    | ك       | %   |
| وجود التلوث       |  |      |      |        |      |         |     |
| نعم               |  | 120  | 70.2 | 51     | 29.8 | 171     | 100 |
| لا                |  | 108  | 83.7 | 21     | 16.3 | 129     | 100 |
| المجموع           |  | 228  | 76   | 72     | 24   | 300     | 100 |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو الاعتماد على العلاج الحديث بنسبة 76% مقابل 24% على العلاج التقليدي.

وبإدخالنا لمتغير مدى وجود التلوث في المكان المقيم فيه وجدنا أن 83.7% و 70.2% من الأمهات تفضلن العلاج الحديث وصرحن بوجود التلوث وعدم وجوده مقابل 16.3% و 29.8% تفضلن العلاج التقليدي على التوالي.

من هذا الطرح والقراءة الإحصائية يتوضح أن المرض هو الذي يفرض نوع العلاج المقدم وليس التلوث ولو أن هذا الأخير مسؤول عن زيادة حدته فالطب الحديث بكل كوادره قادر على اكتشاف المرض وبواكره وتشخيصه في الوقت المناسب بالقيام بالفحوصات والإشعاعات والإجراءات في الوقت المناسب فهو علاج يعتمد على التعمق في المرض وليس قائم على العلاج السطحي مثلما تجهله الكثيرات ممن تعتمدن على العلاج التقليدي القائم على بعض المسكنات ولو أنها أدوية لا يستهان بها خاصة التي جاءت في الطب النبوي لكن يبقى الربو من الأمراض التي لا يجب الاستهانة به أو التقليل من خطورته فالطب عجز عن السيطرة عليه وهو في تزايد مستمر فكيف للبديل أن يسيطر عليه ويعالجه في مدة قصيرة بالرغم من اعتماد الأمهات على هذا النوع من العلاج.

جدول رقم (119): علاقة مدى وجود التلوث بنوع الرضاعة المقدمة للطفل.

| المجموع |     | مختلطة |    | اصطناعية |    | طبيعية |     | نوع الرضاعة المقدمة للطفل |
|---------|-----|--------|----|----------|----|--------|-----|---------------------------|
|         |     |        |    |          |    |        |     | مدى وجود التلوث           |
| %       | ك   | %      | ك  | %        | ك  | %      | ك   |                           |
| 100     | 171 | 21.1   | 36 | 26.3     | 45 | 52.6   | 90  | نعم                       |
| 100     | 129 | 25.6   | 33 | 11.6     | 15 | 62.8   | 81  | لا                        |
| 100     | 300 | 23     | 69 | 20       | 60 | 57     | 171 | المجموع                   |

الجدول الذي بين أيدينا يبين أن اتجاهه العام يتجه نحو اعتماد الأمهات على الرضاعة الطبيعية بنسبة 57% مقابل 23% اعتمدن على الرضاعة المختلطة و 20% الرضاعة الاصطناعية.

ولقد أدخلنا متغير مدى وجود التلوث لمعرفة درجة تأثيره على نوع الرضاعة المقدمة للطفل فوجدنا أن الأمهات اللواتي صرحن بعدم وجود التلوث ووجوده يعتمدن على الرضاعة الطبيعية بنسبة 62.8% و 52.6% على التوالي.

الرضاعة الطبيعية أحسن غذاء يمكن أن يقدم للطفل على الإطلاق هذا ما أنشدت كل الأمهات فالإدراك التام بأهمية حليب الأم على صحة الطفل جعل منهن أمهات حريصات على ذلك لأنها تعتبر المناعة والحصن الفعال لجميع الأمراض التي يمكن أن يتعرض لها الطفل خاصة في ظل ما يتعرض له من عوامل أثرت على صحته وزادت من حدة مرضه على غرار التلوث الذي نحن بصدد الحديث عنه.

كما أن التجربة والمستوى المعيشي لأغلب الأسر يفرض هذا النوع من الغذاء إلا في الحالات التعجيزية التي تمنع الأطفال من الاستفادة من حليب أمهاتهم

جدول رقم (120): علاقة مدى وجود التلوث بمكان لعب الطفل

| المجموع |     | في الحي |     | في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب |     | مكان لعب الطفل وجود التلوث |
|---------|-----|---------|-----|-------------------------------------|-----|----------------------------|
|         |     |         |     |                                     |     |                            |
| %       | ك   | %       | ك   | %                                   | ك   |                            |
| 100     | 171 | 29.8    | 51  | 70.2                                | 120 | نعم                        |
| 100     | 129 | 81.4    | 105 | 18.6                                | 24  | لا                         |
| 100     | 300 | 52      | 156 | 48                                  | 144 | المجموع                    |

الاتجاه العام للجدول يتجه نحو تصريح الأمهات بأن أطفالهن يلعبون في الحي بنسبة 52% مقابل 48% من الأمهات أطفالهن يلعبون في البيت أو الأماكن المخصصة للعب.

وقمنا بإدخال متغير مدى وجود التلوث لمعرفة تأثيره على مكان لعب الطفل، فوجدنا ان الأمهات اللواتي صرحن بعدم وجود تلوث أطفالهن يلعبون في الحي بنسبة 81.4%، مقابل 18.6% أطفالهن يلعبون في البيت والأماكن المخصصة للعب.

في حين الأمهات اللواتي صرحن بوجود التلوث أطفالهن يلعبون في البيت أو الأماكن المخصصة للعب بنسبة 70.2% مقابل 29.8% أطفالهن يلعبون في الحي.

إن وجود التلوث في المكان المقيم فيه يجعل الأمهات يتحفظن بعدم ترك أطفالهن يلعبون في الحي لتقادي التأثير السلبي على المرض، فالخارج في أصله مليء بالأمراض والميكروبات فما بالك بوجود التلوث زيادة على ذلك.

فالمعاناة من المرض وأزماته من طرف المريض بحد ذاته وأسرته يجعل الحرص على اختيار مكان اللعب بالرغم من أن الطفل لا يعرف مصلحته لو تتركه يلعب في الخارج فهو يتشهى

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

لذلك، لكن من هو مسؤول عنه من واجبه تأمين الظروف الصحية لتفادي الأزمات والتخفيف من حدتها للوصول إلى الشفاء.

ولقد قمنا بحساب  $\chi^2$  فوجدناها قدرت بـ 78.348 عند درجة حرية 1 ومستوى دلالة 5%، بينما  $\chi^2$  الجدولية قدرت بـ 61.92 دليل على وجود فروق جوهرية بين المتغيرين وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقول إن هناك علاقة بين مكان لعب الأطفال ومدى وجود التلوث. أما عن مقدار العلاقة فلقد قمنا بحساب معامل كرامر فوجدناه مساويا لـ 0.51 دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين.

وحاولنا معرفة علاقة متغير الجنس بمكان لعب الطفل فوجدنا أن 60.4% من الإناث تفضل أمهاتهن اللعب داخل البيت أو في الأماكن المخصصة للعب وهي نفس النسبة للذكور الذين يلعبون في الحي وهذا يدل على أن الجنس الذكري معروف عليه الاصطحاب كثيرا خارجا سواء من طرف الأب أو أحد أفراد العائلة عكس الأنثى ما يجعله أكثر عرضة للعوامل المثيرة للمرض ومضاعفاته (أكثر التفاصيل انظر جدول رقم 4 ملحق 2).

### خلاصة الفصل:

تعتبر العوامل البيئية من العوامل التي تؤثر على صحة الفرد، فمكان الإقامة ووجود تلوث ونوعه في المكان المقيم فيه من عدمه مثلاً يحدد المستوى الصحي للأفراد، وعليه بعد الاختبار للفرضية توصلنا إلى النتائج التالية:

بالنسبة لمؤشر مكان الإقامة، تبين أنه مهما كانت حضرية أو ريفية فإن درجة التعرض للنوبة تكون كثيراً باختلاف الأسباب إلا أننا سجلنا أعلى نسبة في المنطقة الحضرية بـ 82.7% لكثرة انتشار وسائل النقل والاحتفاظ السكاني وغيرها من العوامل المؤثرة، كما يتم التصرف مع النوبة عند حدوثها بالتوجه المباشر للطبيب بالنسبة للأمهات المقيمات في المناطق الريفية بنسبة 50% لأسباب ذكرت سابقاً، أما عن المدة في تلقي العلاج فمهما اختلفت مكان الإقامة إلا وكان بالتوجه للطبيب في الساعات الأولى وأعلى نسبة سجلت في المنطقة الريفية بنسبة 52.5%

أما عن الطبيب المفضل للعلاج، فالأسر تفضل العلاج عند الطبيب الخاص لخطورة المرض على اختلاف مكان الإقامة، وهي بذلك تفضل العلاج الحديث القائم على الفحوصات الدقيقة والتحليل الطبية خاصة بالنسبة للمقيمين في المنطقة الحضرية بنسبة 78.8%.

أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فقد تبين أن الأمهات حريصات على الرضاعة الطبيعية سواء في الحضر أو في الريف لفائدتها الصحية أكثرهن حرصاً في الريف بنسبة 62.5%، أما عن الوجبة الغذائية المقدمة للطفل تبين أن الأمهات في المناطق الحضرية أكثر حرصاً على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة بنسبة 82.7%.

أما عن مدى تأثير وجود التلوث من عدمه على درجة التعرض للنوبة فقد وجدنا أن هذه الأخيرة يتعرض لها الأطفال بوجود التلوث بنسبة 68.4% وبمعامل أخرى، أما عن كيفية التصرف مع النوبة فقد تبين أيضاً أنه بوجود التلوث يتم التوجه المباشر للطبيب بنسبة 59.6% مقابل استعمال أدوية في غيابه، أما عن المدة المستغرقة في تلقي العلاج فكانت في الساعات الأولى

### الفصل الثالث: تأثير العوامل البيئية على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

---

بوجود التلوث وبعده نظرا لخطورة المرض، كما أن المتابعة الطبية للمرض تحرص عليها الأمهات بوجود التلوث وبغيابه لخطورة المرض والوصول إلى التحسن التدريجي للمريض ومعرفة درجة تطوره، وتفضلن العلاج عند الطبيب الخاص خاصة لمن صرحت بوجود التلوث بنسبة 84.2% وتفضلن العلاج الحديث خاصة لمن صرحت بعدم وجود التلوث بنسبة 83.7%، أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فقد وجدنا أنه يتم الاعتماد على الرضاعة الطبيعية بوجود التلوث وبعده وجوده، وأيضا تحرصن على اختيار مكان لعب أطفالهن حيث أن اللواتي تعاني من التلوث أطفالهن يلعبن في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب بنسبة 70.2% تجنباً للتعرض لمسببات النوبة.



## الاستنتاج العام:

لقد تمكنا من خلال تحليل مجموع معطيات الدراسة الميدانية من التحقق من فرضيات البحث والوصول إلى الأهداف المرجوة، فعينة بحثنا المتكونة من 300 طفل مصاب بالربو وينتمون إلى الفئة العمرية 0-15 سنة، تختلف خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية وحتى البيئية، فهذا الاختلاف ساعد على إثراء موضوع البحث.

ومن خلال اختبار فرضيات الدراسة، تبين لنا أن المستوى المعيشي للأسرة كالدخل الأسري المرتفع وامتلاك مسكن صحي يمثل لشروط الصحية من بين أهم العوامل التي تساهم في الرفع من المستوى الصحي والتمتع بحياة صحية جيدة.

فبانخفاض الدخل الشهري الأسري يكون التوجه المباشر للطبيب وهذا نتيجة الخوف من المرض ومضاعفاته، أما عن المدة بين حدوثها وتلقي العلاج ترتفع بانخفاض الدخل حيث سجلت أعلى نسبة عند الأسر بدون دخل 76.2%، كما أن المتابعة الطبية للمرض ترتفع بارتفاع الدخل الأسري وسجلت أعلاها عند الأسر ذات دخل يفوق 39000 دينار بنسبة 100%، كما أن الإقبال على الطبيب الخاص يتناسب طرديا مع الدخل الشهري الأسري، ويفضلون بذلك العلاج الحديث بنسبة 76% ويزيد الإقبال عليه بارتفاع الدخل أيضا حيث سجلت أعلى نسبة الإقبال عليه عند الأسر التي يزيد دخلها عن 39000 دج بنسبة 93.3% وهذا راجع لطبيعة المرض، كما يزيد الإقبال على الرضاعة الطبيعية بانخفاض الدخل الشهري فأعلاها سجلت عند الأسر بدون دخل بنسبة 76.02%، وأن أغب الأمهات تحرصن على تقديم الوجبات الغذائية الصحية وترتفع نسبة الحرص بارتفاع الدخل الأسري.

أما عن متغير نوع المسكن فقد وجدنا أن أغلب المساكن بها تهوية بنسبة 52%، أما عن علاقته بكيفية التصرف مع النوبة فقد تبين أن الأسر تتخذ مواقف مختلفة تختلف باختلاف نوع المسكن لكنها تحرص جميعها على تلقي العلاج في الساعات الأولى من حدوث النوبة كما تحرصن على المتابعة الطبية لمرض أطفالهم لخطورته بنسبة 66% أعلاها سجلت عند

السكانات في الفيلات بـ 78.6%، وأن نوع المسكن يجعل تفضيل العلاج عند الطبيب الخاص إلا أن جميع الأسر تفضل العلاج الحديث، أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فجميعهن اعتمدن على الرضاعة الطبيعية لوعيهن بأهميتها، كما أن نوع المسكن يتحكم في مكان لعب الطفل.

كما تطرقنا لطبيعة المسكن لمعرفة تأثيره في الرعاية الصحية فوجدنا أن التعرض للنوبات المتكررة تحدث في المساكن الفردية الخاصة والمستأجرة وحتى الجماعية منها، ويتم التوجه المباشر للطبيب عند حدوثها خاصة عند المقيمين في المساكن الفردية المستأجرة لظروف المساكن بنسبة 60%، أما عن المدة بين حدوث النوبة والعلاج فتكون في الساعات الأولى على اختلاف المساكن وهم بذلك يحرصون على المتابعة الطبية للمرض ويفضلون العلاج عند الطبيب الخاص وكذا العلاج الحديث ن كما تحرص الأمهات على الرضاعة الطبيعية لأثرها الصحي كما تحرصن على تقديم وجبات غذائية صحية لأطفالهن، أما عن المكان المخصص للعب وجدنا أن الأمهات في المساكن الجماعية 54.9% والمساكن الفردية الخاصة 53.8% تدفعن بأطفالهن إلى الحي للعب وبالتالي يكونون عرضة للعديد من العوامل البيئية التي تؤثر على حالتهم الصحية.

ويعتبر المركز الاجتماعي كارتفاع المستوى التعليمي والوضعية المهنية من العوامل التي تساهم في الحفاظ على صحة الفرد وعليه فقد توصلنا إلى النتائج التالية لكوننا اعتمدنا عليه كمؤشر لمعرفة تأثيره على الرعاية الصحية للأطفال إلى النتائج التالية:

ارتفاع المستوى التعليمي للأم يجعل الطفل أكثر عرضة للنوبة لانشغالها الدائم عنه بسبب العمل مما يجعل من ينوب عنها في رعايته يجهل للعديد من الأمور المتعلقة بالمرض وبالتالي تؤثر على الطفل، كما أن المستوى التعليمي للأم يتحكم في كيفية التصرف مع النوبة أي انخفاضه يؤدي إلى التوجه المباشر للطبيب عند حدوث النوبة نتيجة الخوف من المضاعفات

إلا أن الطفل يتلقى علاجه في الساعات الأولى من تعرضه للنوبة مهما اختلف المستوى التعليمي إلا أن أعلى نسبة سجلناها عند الأميات بـ 72.7%، بينما المتابعة الطبية يتم الحرص عليها بارتفاع المستوى التعليمي للأم فأعلى نسبة سجلت عند ذوات المستوى الجامعي بـ 82.1%، لكن مهما اختلف المستوى التعليمي للأمهات إلا وتفضلن العلاج عند الطبيب الخاص، إلا أن العلاج الحديث يزيد الإقبال عليه بارتفاع المستوى التعليمي لكن الرضاعة الطبيعية ترتفع بانخفاض المستوى التعليمي وسجلت أدناها عند الجامعيات بـ 59% وأعلاها عند الأميات بـ 72.7% لخبرتهن وتوفر الوقت الكافي لممارستها، وبذلك يقمن بتمديد مدة الإرضاع إلى أكثر من 6 أشهر وقد وجدنا الأمهات ذوات المستوى الابتدائي أكثر تمديدا بنسبة 27.3% إلا أن الحرص على الوجبة الغذائية الصحية الكاملة ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي وسجلت أعلى نسبة عند الجامعيات بـ 82.1%.

ولأن دور الأب مهم في الرعاية الصحية للأطفال إلى جانب الأم، فلقد وجدنا أن الآباء رغم انخفاض مستواهم التعليمي إلا أنهم يتصرفون بالتوجه المباشر للطبيب عند تعرض أطفالهم للنوبة لشعورهم بالمسؤولية خاصة عند ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 64.3% وبالتالي يلجؤون للطبيب في الساعات الأولى.

كما يتم الحرص على المتابعة الطبية وهي ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي حيث سجلت أعلاها عند الجامعيين بـ 87.5% كما يفضلون العلاج عند الطبيب الخاص والعلاج التقليدي وترتفع نسب الإقبال عليهما بارتفاع المستوى التعليمي، كما يحرصون على الرضاعة الطبيعية ويحثون زوجاتهم عليها لكن الحرص أكثر يرتفع بانخفاض المستوى التعليمي، كما توصلنا إلى أن الحرص على الوجبات الغذائية الصحية الكاملة ترتفع نسبها بارتفاع المستوى التعليمي لهم خاصة عند الجامعيين بنسبة 87.5%.

كما تتأثر الرعاية الصحية بالوضعية المهنية للأم فالأمهات العاملات يتعرض أطفالهن كثيرا للنوبة لغيابهن الدائم ما يجعلهن يتأخرن عن العلاج أثناء حدوث النوبة على غرار الماكثات بالبيت باستعمال أدوية خاصة لكنهن يحرصن على المتابعة الطبية للمرض بنسبة 81.8% لكن مهما اختلفت الوضعية المهنية إلا وكان اللجوء إلى الطبيب الخاص للعلاج وبالتالي تفضلن العلاج الحديث، ورغم انشغالهن الدائم إلا أنهن تعتمدن على الرضاعة الطبيعية لأطفالهن بنسبة 58.2% وتحرصن على الوجبات الغذائية الصحية الكاملة بنسبة 81.8%. كما للوضعية المهنية للأب تأثير على الرعاية الصحية للأطفال فالآباء العاملون الغائبون عن البيت والبطالون أطفالهم يتعرضون للنوبة كثيرا لانشغالهم الدائم عنهم بالعمل أو بالبحث عنه وبالتالي يؤثر على تصرفهم عند تعرض أطفالهم للنوبة ما يسمح باستعمال أدوية خاصة بدل التوجه المباشر للطبيب، لكنهم أشد حرصا على المتابعة الطبية، كما يفضلون العلاج عند الطبيب الخاص لأسباب ذكرت سابقا، كما يفضلون العلاج الحديث، والحرص على الرضاعة الطبيعية كانت مهما اختلفت الوضعية المهنية لهم لفائدتها العظيمة على صحة الأم والطفل معا كما أنها اقتصادية، كما أنهم يحرصون على الوجبات الغذائية الصحية الكاملة لأطفالهم. كما تعتبر العوامل البيئية من العوامل التي تؤثر على صحة الفرد، وعليه بعد الاختبار توصلنا إلى النتائج التالية:

بالنسبة لمؤشر مكان الإقامة، تبين أنه مهما كانت حضرية أو ريفية فإن درجة التعرض للنوبة تكون كثيرا باختلاف الأسباب إلا أننا سجلنا أعلى نسبة في المنطقة الحضرية بـ 82.7% لكثرة انتشار التلوث نتيجة كثرة وسائل النقل ومخلفاتها وكذا الاكتظاظ السكاني وغيرها من العوامل المؤثرة، كما يتم التصرف مع النوبة عند حدوثها بالتوجه المباشر للطبيب بالنسبة للأمهات المقيمات في المناطق الريفية، أما عن المدة في تلقي العلاج فمهما اختلفت مكان الإقامة إلا

وكان بالتوجه للطبيب في الساعات الأولى وأعلى نسبة سجلت في المنطقة الريفية بنسبة 52.5%

أما عن الطبيب المفضل للعلاج، فالأسر تفضل العلاج عند الطبيب الخاص لخطورة المرض على اختلاف مكان الإقامة، وهي بذلك تفضل العلاج الحديث القائم على الفحوصات الدقيقة والتحليل الطبية خاصة بالنسبة للمقيمين في المنطقة الحضرية بنسبة 78.8%.

كما تبين أن الأمهات حريصات على ممارسة الرضاعة الطبيعية سواء في الحضر أو في الريف لفائدتها الصحية ولكنهن أكثر حرصا في الريف بنسبة 62.5%، أما عن الوجبة الغذائية المقدمة للطفل تبين أن الأمهات في المناطق الحضرية أكثر حرصا على تقديم الوجبات الغذائية الصحية الكاملة بنسبة 82.7%.

أما عن مدى تأثير وجود التلوث من عدمه على درجة التعرض للنوبة فقد وجدنا أن هذه الأخيرة يتعرض لها الأطفال بوجود التلوث بنسبة 68.4% وبموامل أخرى، أما عن كيفية التصرف مع النوبة فقد تبين أيضا أنه بوجود التلوث يتم التوجه المباشر للطبيب بنسبة 59.6% مقابل استعمال أدوية في غيابه، أما عن المدة المستغرقة في تلقي العلاج فكانت في الساعات الأولى بوجود التلوث وبعدمه نظرا لخطورة المرض، كما أن المتابعة الطبية للمرض تحرص عليها الأمهات بوجود التلوث وبغيابه لخطورة المرض والوصول إلى التحسن التدريجي للمريض ومعرفة درجة تطوره، وتفضلن العلاج عند الطبيب الخاص خاصة لمن صرحت بوجود التلوث بنسبة 84.2% وتفضلن العلاج الحديث خاصة لمن صرحن بعدم وجود التلوث بنسبة، أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل فقد وجدنا أنه يتم الاعتماد على الرضاعة الطبيعية وممارستها بوجود التلوث وبعدم وجوده، وأيضا تحرصن على اختيار مكان لعب أطفالهن حيث أن اللواتي تعاني من التلوث أطفالهن يلعبن في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب بنسبة 70.2% تجنبنا للتعرض لمسببات النوبة.

## خاتمة:

مما لا شك فيه أن مرض الربو يعتبر من الأمراض المزمنة التي تحتاج إلى رعاية واهتمام أكبر خاصة من طرف الهيئات المختصة، وللتكفل بشريحة الأطفال الذين يعتبرون رجال الغد وخاصة من الناحية الصحية التي تستوجب مجهودات في ظل الظروف المعيشية والاقتصادية التي تعرفها الأسر الجزائرية على وجه الخصوص، هذه العوامل التي تجعل من الأسر في بعض الأحيان عاجزة في تخطي عقبات مرض أبنائهم.

فبقدر ما يكون للعوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ملائمة بقدر ما تكون هناك رعاية صحية أسرية جيدة، لذا وجب التطرق لدراسة موضوع الربو عند الأطفال والبحث عن مدى تأثير تلك العوامل السابقة الذكر في تقديم الرعاية الصحية للأطفال ومحاولة إيجاد تفسير لذلك في ظل المرض الذي بات ينخر أجسام كبارنا وصغارنا ويهدد حياتهم.

فالأمل إذن لو كثفت الجهود والدراسات حول هذا الموضوع الحساس وإعطاء اهتمام أكبر لهذه الشريحة التي تعتبر أساس الهرم السكاني وفيها تظهر المجهودات المبذولة من طرف المسؤولين والهيئات المختصة لذلك يجب تكاثف جميع الجهود للرفع من المستوى الصحي لها والوصول إلى بر الأمان والتمتع بحياة مليئة بالصحة والعافية شعارها " طفل اليوم هو رجل الغد".

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

### المراجع باللغة العربية:

#### 1- كتب المنهجية:

1- إحسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي، دار الطليعة، بيروت، 1986، ط2

2- أنجريس موريس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية، تر: بوزيد صحراوي، كمال بوشرف وآخرون، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004-2006، ط02 منقحة

3- بوحوش عمار: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ط2

4- دليو فضيل: أسس البحث وتقنياته في العلوم الاجتماعية 130 سؤال وجواب، قسنطينة، 1997.

5- زايد فهد خليل: أساسيات منهجية البحث في العلوم الإنسانية، الأردن، 2006.

#### 2- المعاجم والقواميس :

6- بدوي أحمد زكي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1978، ط01

7- بدوي أحمد زكي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ( إنجليزي- فرنسي- عربي)، مكتبة لبنان، بيروت، 1986، ط02

8- بن هادية علي: القاموس الجديد للطلاب، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1991، ط01



9- دينكن ميتشل: معجم علم الاجتماع، تر: إحسان محمد الحسن، دار الطليعة للنشر، بيروت

10- سليمان ابراهيم جعفر: تنظيم الأسرة، سلسلة الكتب الثقافية للراشدين (22)، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مطبوعات الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار، تونس، 1991

11- غيث محمد عاطف: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1989، ط02

12- مداس فاروق: قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار منى، الجزائر، 2003

13- هيئة الأمم المتحدة: المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات، تر: عبد المنعم الشافعي وآخرون، دار الكتاب العربي، القاهرة، 1966، ط01

### 3- الكتب النظرية:

14- إحسان محمد الحسن: العائلة والقرابة والزواج، دار الطليعة، بيروت، لبنان، دون ذكر السنة، ط01

15- إعداد لجنة متخصصة: رعاية الطفولة في المجتمع العربي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004.

16- الأغبر محمد ناجح: الأمراض المناعية، منشورات المجمع الثقافي، أبو ظبي الإمارات العربية، 1999، ط01

17- الجولاني فادية عمر: الأسرة العربية تحلل اجتماعي لبناء الأسرة وتغيير اتجاهات الأجيال، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 1998.

- 18- الجوهري محمد، شكري علياء وآخرون: الطفل والتثنية الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994.
- 19- الجوهري عبد الهادي: الأسرة والبيئة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 20- الحسن علي: أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم، بيروت، لبنان، 1982، ط02
- 21- الحميد محمد بن سعد: السكري أسبابه مضاعفاته علاجه، جامعة الملك سعود، الرياض، 2007، ط01
- 22- الخشاب مصطفى: دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1985
- 23- الخشاب سامية مصطفى: النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، دار المعارف، جامعة القاهرة، 1993، ط02
- 24- الخولي سناء: الأسرة والحياة العائلية، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.
- 25- الخولي سناء: الزواج والعلاقات الأسرية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1990
- 26- الصديقي سلوى عثمان: الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، 2004.
- 27 - العناني حنان عبد الحميد: الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط01
- 28- العناني حنان عبد الحميد: برامج طفل ما قبل المدرسة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2003
- 29- الفريج محمد: ارتفاع ضغط الدم، ب: مستشفى فيصل التخصصي، المملكة العربية السعودية، 2010.
- 30- القباني سامي: الحساسية، أنواعها، الوقاية منها، دار الملايين، بيروت، 1997.

- 31- القصير عبد القادر: الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دراسة ميدانية في علم الاجتماع الحضري والأسري، دار النهضة العربية، بيروت، 1999، ط01
- 32- القمش مصطفى، المعاينة خليل وآخرون: مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط01
- 33- قناري هدى محمود: الطفل تنشئته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2005.
- 34- الكاشف علي: التمية الاجتماعية المفاهيم والقضايا، عالم الكتب، القاهرة، دون ذكر السنة.
- 35- المعاينة خليل، القمش مصطفى وآخرون: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط01
- 36- المكاوي علي محمد: الإنسان والبيئة والصحة، دراسة في علم الاجتماع، جامعة القاهرة، مصر، دون ذكر السنة
- 37- النابلسي محمد أحمد: الربو عند الأطفال، دار النهضة العربية، بيروت، 1988.
- 38- الناشف هدى محمود: الأسرة وتربية الطفل، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2007، ط01
- 39- الناقولا جهاد ذياب: دراسة ميدانية عن الآثار الأسرية الناجمة عن خروج المرأة السورية للعمل، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، وزارة الثقافة، دمشق، 2011.
- 40- الهرفي حرب عطا: كل ما تريد أن تعرفه عن الحساسية والربو، الأعراض، الوقاية والعلاج، مكتبة العبيكان، الرياض، ط1
- 41- الهزاع هزاع بن محمد: السمنة والنشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2006.

- 42- اليحي أمال حسين والمطر منال سليمان: حقائق للحياة، وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التربية، الكويت، 2009.
- 43- بدح أحمد محمد، مزاهرة أيمن سليمان وآخرون: الثقافة الصحية، دار الميسرة، دون ذكر السنة
- 44- بدران زين، مزاهرة أيمن سليمان: رعاية الأم والطفل، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008، ط01
- 45- بدير كريماني: رعاية الطفل من الجنين إلى عامين، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004
- 46- بوادي حسنين المحمدي: حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية والقانون الدولي، دار الفكر الجامعي، 2005، ط01
- 47- بوتقنوشات مصطفى: العائلة الجزائرية (التطور والخصائص الحديثة)، تر: دميري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984
- 48- بيرسي نيلسون: معلومات إلى الوالدين إذا مرض طفلك، مركز المعارف للرعاية الصحية للأطفال في مالمو بالتعاون مع معهد الحماية من العدوى في سكونة السويد، 2012.
- 49- بيومي ابراهيم: الخدمة الاجتماعية ورعاية الأسرة والطفولة، المكتب الجامعي للبحث، مصر، دون ذكر السنة
- 50- بيومي محمد أحمد: أسس وموضوعات علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001
- 51- بيومي محمد أحمد: علم الاجتماع العائلي - دراسة التغيرات في الأسرة العربية-، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، الإسكندرية، 2003.

- 52- تركية بهاء الدين خليل: علم الاجتماع العائلي، الأهالي للطباعة والنشر، دمشق، سورية، 2003، ط01
- 53- حسن صالح عبد المحي محمود: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003
- 54- خليل عمر معن: علم اجتماع الأسرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، بيروت، دون ذكر السنة، ط01
- 55- دياب فوزية: نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة، سلسلة تربية الأطفال في مرحلة الحضانة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1979، ط03
- 56- رزق الله عبد المجيد: طفلك في سنواته الأولى، الدار التونسية للنشر، الجزائر، دون ذكر السنة
- 57 - رشوان حسين عبد الحميد أحمد: دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، 1988، ط02
- 58- رقبان نعمة مصطفى: نمو ورعاية الطفل بين النظرية والتطبيق، مكتبة بستان المعرفة للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2003
- 59- رمضان السيد: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
- 60- رمضان السيد، سلوى عثمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 2004.
- 61- رويحة أمين: ولدي في حالة الصحة والمرض، دار العالم، بيروت، 1974، ط01
- 62- ستودينكن. م: العلم للجميع "صحة الأطفال"، دار مير للطباعة والنشر الاتحاد السوفيتي، 1985، ط3.

- 63- سلامة بهاء الدين: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ط20
- 64- سليمان ابراهيم جعفر: تنظيم الأسرة، سلسلة الكتب الثقافية للراشدين (22)، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مطبوعات الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار، تونس، 1991.
- 65- سيد حسن جابر عوض، الجميلي خيري خليل: الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة، المكتبة الجامعية الأزاريطة، الإسكندرية، 2000.
- 66- شكري علياء: المرأة في الريف والحضر دراسة لحياتها في العمل والأسرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.
- 67- عبد السلام محمد أحمد محمد: التغذية الصحية السليمة، قسم الصحة وعلوم الحركة، كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود، الرياض، دون ذكر السنة
- 68- عبد العزيز مها: مشاكل الطفل الطبية والصحية والتربوية، مؤسسة شباب الجامعة، بيروت، 2005.
- 69- عبدالفتاح كاميليا ابراهيم: سيكولوجية المرأة العاملة، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.
- 70- عبيد مصيقر عبد الرحمن: التغذية الصحية لطلاب المدارس، السلسلة الثقافية لاتحاد التربية البدنية والرياضية، العدد 11، المملكة العربية السعودية، 1424هـ.
- 71- عثمان سعاد وآخرون: الصحة والمرض، وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، جامعة عين الشمس، 1999، ط01.
- 72- عرفات محمود: أمراض الطفولة وكيفية العناية بالأطفال، دار يافا العلمية، بيروت، 2006.

- 73- عوض عباس محمود: المدخل إلى علم نفس النمو-الطفولة-المراهقة-الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الاسكندرية، 1999
- 74- قطامي نايفة: طرق دراسة الطفل، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1998.
- 75- قناري هدى محمود: الطفل تنشئته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية، 2005 76- كامل أحمد سهير، شحاتة سليمان محمد: تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، 2002.
- 77- كردي أحمد السيد: الطب، الصحة، الربو الشعبي، دون ذكر دار النشر، دون ذكر مكان النشر، سبتمبر 2010.
- 78- محمد طارق: أمراض الجهاز التنفسي، اعراض مرض الربو، 2014 دون ذكر دار النشر، دون ذكر مكان النشر
- 79- محمد طارق: تشخيص مرض الربو، دون ذكر دار النشر، دون ذكر مكان النشر، 2015.
- 80- مزاهرة أيمن سليمان: مبادئ صحة الطفل وتغذيته، دار الخليج للنشر، جامعة البلقان التطبيقية، عمان، 2000
- 81- مزاهرة أيمن سليمان، الصفدي عصام محمدي وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ط1
- 82- معريش العربي: لا بديل عن لبن الأم، دار الهدى، الجزائر، دون ذكر السنة
- 83- معريش العربي: خصوصيات مرض الربو لدى الأطفال، دار الهدى للطباعة والنشر، الجزائر، 1998.
- 84- منتدى الجمعيات الدولية للرعاية التنفسية: أمراض الجهاز التنفسي في العالم حقائق اليوم هي بمثابة فرص للغد، المملكة المتحدة، دون ذكر السنة.

85- نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي: طب المجتمع، بالتعاون مع المكتب الإقليمي للشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية، أكاديمية أنترناشيونال، بيروت، لبنان، 2005، ط02.

### 3- المجلات العلمية والموسوعات والتقارير:

86- إحصاءات متحصل عليها من أرشيف قسم طب الأطفال بمستشفى محمد لمين دباغين  
بباب الواد

87- الأمم المتحدة: تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2011، نيويورك، 2011.

88- الديوان الوطني للإحصائيات: حوصلة إحصائية (1962- 2011) حول الصحة،  
الجزائر، دون ذكر السنة

89- السروجي محمود، عبود مصطفى وآخرون: موسوعة الأم والطفل، موسوعة شاملة للأم  
والطفل ما قبل الولادة وحتى البلوغ، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، دون ذكر  
السنة

90- الفقهي عمرو عيسى: موسوعة قانون الطفل الاتفاقيات والمعاهدات والقوانين الصادرة  
بشأنه، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2005.

91- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2000،  
الدورة العلمية التاسعة عشر، منشورات المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الجزائر،  
نوفمبر 2011

92- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية:  
خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، الجزائر، الدورة السابعة 28- 29 أكتوبر 1997.



- 93- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: مشروع تقرير حول: نظرة حول الإقصاء الاجتماعي حالة الأشخاص المسنين والأطفال المحرومة من الأسرة الجزائر، الدورة العامة السابعة عشر، ماي 2001
- 94- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: نحو استراتيجية وطنية للطفولة، الجزائر، 18- 19 فبراير 2007
- 95- اليونسيف بالجزائر: مخطط العمل الوطني للطفولة 2008- 2015، الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، الجزائر، 2008.
- 96- الوكالة المساعدة للطب الوقائي الإدارة العامة للأمراض الغير معدية: المرجع الوطني لتتقيف مرضى داء السكري، وزارة الصحة السعودية، الإصدار الأول، الرياض، 2011.
- 97- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية العربية، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، لبنان، 2009.
- 98- برنامج الأمم المتحدة للبيئة مع منظمة الصحة العالمية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة اللاجئين الفلسطينيين: الإنسان والصحة والبيئة، الدليل الشامل للعاملين في خدمات صحة البيئة، الجزء التاسع، 2004.
- 99- جمعية التنمية الصحية والبيئة: الحالة الصحية في مصر - دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية-، برنامج السياسات والنظم الصحية، مصر، 2005
- 100- حكيم مأمون: "الربو عند الأطفال في اللاذقية"، في: مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، المجلد الأول، دمشق، 2009.
- 101- صندوق الأمم المتحدة للسكان: أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، في: السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، دون ذكر السنة

- 102- طبال لطيفة: الأسرة والروابط الاجتماعية ب: مجلة الروابط الاجتماعية في المجتمع الجزائري، فعاليات الملتقى الوطني الرابع لقسم علم الاجتماع المنعقد يومي 6-7 نوفمبر 2006، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2007-2008.
- 103- عبد الكافي اسماعيل عبد الفتاح: موسوعة نمو وتربية الطفل، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر، 2005.
- 104- عميرة جويذة: عولمة سوء التغذية وأسبابها ب: مجلة الدراسات السكانية الاقتصادية، العدد الثامن، الجزائر، 2008.
- 105- لجنة حقوق الإنسان النيابية: الخطة الوطنية لحقوق الإنسان "الحق في الصحة"، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، 2008.
- 106- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) بالتعاون مع جامعة الأزهر: الأطفال في الإسلام، رعايتهم ونموهم وحمايتهم، دار الشروق، القاهرة، ط 01، 2005.
- 107- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): الإنقاذ بالمعرفة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، دون ذكر السنة
- 108- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): عالم جدير بالأطفال، معا من أجل الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، الأردن، دون ذكر السنة
- 109- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع الأطفال في العالم 1991، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 1991
- 110- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع الأطفال في العالم 2005، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2005.
- 111- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع الأطفال في العالم 2006، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2006.

- 112- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع أطفال العالم 2008، بقاء الأطفال على قيد الحياة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2008
- 113- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع أطفال العالم 2009، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2009.
- 114- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): وضع أطفال العالم 2012 الأطفال في عالم حضري، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2012
- 115- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): واقع الطفل العربي، التقرير الإحصائي السنوي، العدد 8، دار نوبار للطباعة، مصر، 2002.
- 116 - منظمة الصحة العالمية: استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي الشعبي 2014- 2023، جنيف، سويسرا، 2014.
- 117- منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية 2010، جنيف، 2010.
- 118 - منظمة الصحة العالمية: تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، وثيقة إعلامية 3، يوليو 2012.
- 119 - منظمة الصحة العالمية: دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 1995.
- 120 - منظمة الصحة العالمية: الوقاية من الإصابات ومكافحتها، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2008.
- 121 - منظمة الصحة العالمية: التقرير العالمي حول الوقاية من إصابات الأطفال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2009.
- 122 - منظمة الصحة العالمية: واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين، المركز الثقافي للطفولة بالتعاون مع المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدوحة، قطر، 2009.

- 123-وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: الدفتر الصحي، الجزائر
- 124-وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر، 2001
- 125-وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994
- 126-وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2002.
- 127- وزارة الصحة العمومية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف): البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال جوان 1986، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية وحدة الرغبة، الجزائر، 1989.
- 128-وزارة الصحة المملكة العربية السعودية: الدليل الإرشادي للمدارس المشاركة في يوم الصحة العالمي 2013 للوقاية من مرض ارتفاع ضغط الدم، المملكة العربية السعودية، 2013.

#### 4- المواقع الإلكترونية:

- 129- الجمعية المغربية للتواصل الصحي: مرض الربو من التشخيص إلى العلاج عن الموقع: www. Tawasol . ma
- 130- سلوى جبار الشهابي: دائرة الأسرة والمجتمع، 26 جانفي 2015، من موقع [www. shabiba. com](http://www.shabiba.com)
- 131- قادري مايا: المحور اليومي، 26 ديسمبر 2016، الجزائر

132-MSP: synthèse de l'article par site: [https:// www.](https://www.équipeAlgériemonde.com)

équipe Algérie monde. com

133-www. Elkhobar. Com

134 -www. Sehatok. Com

135-[https:// www. Park way cancer centre . com](https://www.Parkwaycancercentre.com)

136 -www. Ennaharoline. Com

137-www. Who. Int

138-[https:// www. Arab 48. Com](https://www.Arab48.com)

139-www. Child clinic. Net

140- 1www. Webteb. Com

#### المراجع باللغة الأجنبية:

#### **A- Ouvrage généraux :**

141- Angers Maurice: initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines ,Ed: casbah ,Alger, 1997

142- louis Hélène Boutin et autre: comprendre et maitriser l'asthme , les presse de l'université laval; canada;1993

143- Michel Andrée: Sociologie de la famille et de Mariage, puf, paris , 1986

#### **B- Dictionnaires :**

144- Damart. A et autre: Nouveau Larousse médicale, librairie Larousse , paris, 1981

**C- Colloques et études et articles :**

145- Abrouk Samira: Epidémiologie du diabète de l'enfant dans la wilaya d'Alger, INSP, 2010

146- Mebtoul Mohamed :Article sur le system de soins algérien- ruptures et errance , el watan , 22-01-2013

**D- Les documents, Les revues et les rapports**

147- CHAOUI FARID et LEGROS MICHEL et Autre: Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, Avril 2012

148- collète Clark: allaitement maternel, copy right édition maison des livres, Alger, 1996

149- INSP et MSP: Programme National de lute contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aigües chez l'enfant de 0-4 ans révolus, rapport annuel Année 2010, Algérie, juin 2011,

150- La revue de santé de la méditerranée orientale: prévalence du surpoids et de l'obésité chez des enfants scolarisée a Tébessa entre 1995 et 2007 , Algérie, vol 19, N7, 2013

151- Médecine Sans Frontière: Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie ,Belgique, 2° version, juillet 1999

- 152- MSP et INSP: Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie , santé mère et enfant, Ed :EDG Alger 2000, Mix 2, Alger,2001
- 153- MSP et ONS: Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 , LEA, rapport préliminaire, Algérie, juin 2004
- 154- MSP et ONS: Enquête national a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006 , Rapport principal, Algérie, Décembre 2008
- 155- MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête national par grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012-2013) , rapport finale , Algérie, 2015
- 156- Ministère de santé, Direction de la prévention: enquête sur la mortalité et la morbidité infantiles en Algérie 1985- 1989 ,rapport de synthèse , Alger , 1989
- 157- MSP: Guide de prise en charge de la diarrhée chez l'enfant, Direction de la prévention , 2000
- 158- Office Nationale des Statistiques: Données statistique d'activité emploi et chômage ,№ 43 ,Alger, 2006
- 159- ONU: rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement , Algérie, juillet 2005

160– Organisation Mondiale de la santé, Institut Nationale de Santé Publique: Rapport annuel sur le morbidité hospitalière par IRA, Alger, 2008

161– Système des nations unies pour le développement pour l'Algérie: Quatrième conférence mondiale sur les femmes, rapport national, Beijing 4– 15 septembre 1995



الملاحق

### استمارة البحث

الموضوع: أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمرض الربو

#### 1-البيانات الشخصية:

- 1-سن الطفل: ☐
- 2-الجنس: 1- ذكر ☐ 2- أنثى ☐
- 3-المستوى التعليمي للأم: 1- أمي ☐ 2- ابتدائي ☐ 3- متوسط ☐
- 4- ثانوي ☐ 5- جامعي ☐
- 4-الوضعية المهنية للأم: 1- عاملة ☐ 2- مأكثة بالبيت ☐
- 5-إذا كان الجواب 1 ما نوع المهنة: .....
- 6-المستوى التعليمي للأب: 1- أمي ☐ 2- ابتدائي ☐ 3- متوسط ☐
- 4- ثانوي ☐ 5- جامعي ☐
- 7-الوضعية المهنية للأب: 1- عامل ☐ 2- متقاعد ☐ 3- بطل ☐
- 8-إذا كان الجواب 1 ما نوع المهنة؟.....

#### 2-الخصائص الاجتماعية والاقتصادية

- 9- قيمة الدخل الشهري للأسرة: 1- بدون دخل ☐ 2- أقل من 18000 دج ☐
- 3- ما بين 18000 - 25000 دج ☐ 4- ما بين 25000 - 32000 دج ☐
- 5- 32000 - 39000 دج ☐ 6- أكثر من 39000 دج ☐
- 10-هل تملكون التجهيزات التالية: 1- وسيلة نقل ☐ 2- تلفاز ☐ 3-راديو ☐
- 4- هوائي مقعر ☐ 5- كمبيوتر ☐ 6- الاتصال بشبكة الإنترنت ☐
- 7- ثلاجة ☐ 8- هاتف ثابت ☐ 9- هاتف نقال ☐ 10- مطبخ آلي ☐
- 11- آلة غسيل ☐ 12- سخان ماء ☐ 13- مكيف هوائي ☐

- 14- التمديد بالمياه الصالحة للشرب ☐ 15- الاتصال بشبكات الصرف الصحي ☐
- 11- نوع المسكن: 1- فيلا ☐ 2- شقة ☐ 3- بيت تقليدي ☐
- 4- بيت قصديري ☐ 5- آخر ☐
- 12- طبيعة المسكن: 1- مسكن جماعي ☐ 2- مسكن فردي ملكية خاصة ☐
- 3- مسكن فردي مستأجر ☐ 4- آخر ☐
- 13- عدد الغرف في المسكن (دون الحمام والمطبخ): ☐
- 14- عدد الأطفال: ☐
- 15- عدد أفراد الأسرة: ☐
- 16- رتبة الطفل المريض: ☐
- 3- الخصائص البيئية:**
- 17- مكان لعب الطفل: 1- في البيت أو في الأماكن المخصصة للعب ☐
- 2- في الحي ☐
- 18- مكان الإقامة: 1- منطقة حضرية ☐ 2- منطقة ريفية ☐
- 19- هل المسكن الذي تقيمون فيه مهوى: 1- نعم ☐ 2- لا ☐
- 20- هل يوجد تلوث في المكان الذي تقيمون فيه: 1- نعم ☐ 2- لا ☐
- 21- إذا كان الجواب نعم: ما نوع التلوث الموجود: 1- تراكم قمادات الأوساخ ☐
- 2- تلوث الهواء الجوي ☐ 3- الرطوبة العالية ☐ 4- تسرب لقنوات الصرف الصحي ☐
- 22- هل توجد حيوانات أليفة في المنزل: 1- نعم ☐ 2- لا ☐
- 23- إذا كان الجواب نعم: فيما تتمثل هذه الحيوانات.....
- 24- هل الطفل لديه حساسية اتجاه هذه الحيوانات: 1- نعم ☐ 2- لا ☐
- 25- في أي فصل تتأزم حالته الصحية: .....
- 26- هل الطفل حساس لغبار المنزل: 1- نعم ☐ 2- لا ☐

- 27- هل تقومين بتهوية غرفته : 1- باستمرار ☐ 2- أحيانا ☐ 3- نادرا ☐
- 28- ما نوع الفراش والغطاء المستعمل للطفل: 1- عادي ☐ 2- مضاد للحساسية ☐

#### 4- الخصائص الصحية:

- 29- هل هناك متابعة طبية للمرض؟: 1- نعم ☐ 2- لا ☐
- 30- نوع الطبيب المفضل للعلاج؟: 1- طبيب عام ☐ 2- طبيب خاص ☐
- 31- لماذا في كل حالة:.....
- 32- ما نوع العلاج المفضل لمرض الطفل؟ : 1- حديث ☐ 2- تقليدي ☐
- 33- ماهي المدة بين المرض وتلقي العلاج؟: 1- في الساعات الأولى ☐ 2- يوم واحد ☐ 3- يومين فأكثر ☐
- 34- إذا كان الجواب (2) و (3) ما أسباب ذلك:.....
- 35- درجة التعرض للنوبة: 1- كثيرا ☐ 2- نادرا ☐
- 36- منذ متى بدأ ظهور المرض (تاريخه)؟:.....
- 37- ما نوع الرضاعة المقدمة للطفل؟: 1- طبيعية ☐ 2- اصطناعية ☐ 3- مختلطة ☐
- 38- إذا كان الجواب (1) أو (2) ماهي مدة الإرضاع (بالأشهر): 1- لا يزال يرضع ☐ 2- أقل من 6 أشهر ☐ 3- أكثر من 6 أشهر ☐
- 39- ما نوع الوجبات الغذائية المقدمة للطفل: 1- وجبات غذائية صحية كاملة ☐ 2- وجبات غذائية ناقصة (نادرا ما تحتوي الوجبة على بروتينات أو مشتقات الحليب الأساسية) ☐
- 40- في رأيكم ماهي العوامل التي تؤثر في الرعاية الصحية

للأطفال.....

.....

## الملحق 2 - الجداول

جدول رقم (01): علاقة نوع الرضاعة المقدمة بسن الطفل

| المجموع |     | 15 - 12 |    | 11 - 8 |    | 7 - 4 |    | 3 - 0 |    | السن<br>نوع الرضاعة |
|---------|-----|---------|----|--------|----|-------|----|-------|----|---------------------|
|         |     | %       | ك  | %      | ك  | %     | ك  | %     | ك  |                     |
| 100     | 171 | 22.8    | 39 | 17.5   | 30 | 31.6  | 54 | 28.1  | 48 | طبيعية              |
| 100     | 60  | 25      | 15 | 45     | 27 | 20    | 12 | 10    | 06 | اصطناعية            |
| 100     | 69  | 26.1    | 18 | 26.1   | 18 | 21.7  | 15 | 26.1  | 18 | مختلطة              |
| 100     | 300 | 24      | 72 | 25     | 75 | 27    | 81 | 24    | 72 | المجموع             |

جدول رقم (02): علاقة نوع الرضاعة المقدمة بجنس الطفل

| المجموع |     | أنثى |     | ذكر  |     | الجنس<br>نوع الرضاعة |
|---------|-----|------|-----|------|-----|----------------------|
|         |     | %    | ك   | %    | ك   |                      |
| 100     | 171 | 43.9 | 75  | 56.1 | 96  | طبيعية               |
| 100     | 60  | 65   | 39  | 35   | 21  | اصطناعية             |
| 100     | 69  | 60.9 | 42  | 39.1 | 27  | مختلطة               |
| 100     | 300 | 52   | 156 | 48   | 144 | المجموع              |

جدول رقم (03): علاقة نوع الرضاعة المقدمة بمكان الإقامة

| المجموع |     | منطقة ريفية |     | منطقة حضرية |     | مكان الإقامة<br>نوع الرضاعة |
|---------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-----------------------------|
|         |     | %           | ك   | %           | ك   |                             |
| 100     | 171 | 52.6        | 90  | 47.4        | 81  | طبيعية                      |
| 100     | 60  | 50          | 30  | 50          | 30  | اصطناعية                    |
| 100     | 69  | 34.8        | 24  | 65.2        | 45  | مختلطة                      |
| 100     | 300 | 48          | 144 | 52          | 156 | المجموع                     |

**جدول رقم (04): علاقة مكان لعب الطفل بالجنس**

| المجموع |     | أنثى |     | ذكر  |     | الجنس<br>مكان اللعب                     |
|---------|-----|------|-----|------|-----|-----------------------------------------|
| %       | ك   | %    | ك   | %    | ك   |                                         |
| 100     | 144 | 60.4 | 87  | 39.6 | 57  | افي البيت أو في الأماكن<br>المخصصة للعب |
| 100     | 156 | 44.2 | 69  | 60.4 | 87  | في الحي                                 |
| 100     | 300 | 52   | 156 | 48   | 144 | المجموع                                 |

# الملحق 3



## Saveurs et textures nouvelles

Recommandations particulières :

A partir de 8 mois



Bien Démarrer pour bien Grandir

Quels sont les progrès de bébé ?

8 MOIS 9<sup>MOIS</sup> 9 MOIS 10<sup>MOIS</sup> 10 MOIS 11<sup>MOIS</sup> 11 MOIS 12<sup>MOIS</sup> 1 AN

|                        |                                            |
|------------------------|--------------------------------------------|
| Quand ?                | S'assoit sans aide et tient sa tête droite |
|                        | Répond à son nom                           |
|                        | Commence à se tenir sans aide              |
| Capacités alimentaires | Avance à quatre pattes                     |
|                        | Montre ses premières dents                 |
|                        | Bouge la langue et mastique des 2 côtés    |
|                        | Peut boire dans un verre                   |

Quels aliments bébé peut-il commencer à manger ?



| Produits laitiers | Céréales infantiles et féculents                                                                                                                                | Légumes cuits                         | Fruits cuits         | Poissons                      | Viandes                                  | Divers                                                            |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| • Lait maternel   | • CERELAC<br>• "Oui aux légumes" et CERELAC<br>• "Mon croquant au miel"<br>• pomme de terre morceaux fondants<br>• riz bien cuit<br>• semoule moyennement cuite | • poivron<br>• asperge<br>• aubergine | • ananas<br>• mangue | • lotte<br>• sole<br>• merlan | • agneau<br>• bœuf<br>• veau<br>• poulet | • persil<br>• thym<br>• jaune d'œuf<br>(1/2 max 1 fois / semaine) |

Quel est le menu conseil de bébé ?

Nestlé  
Bien Démarrer  
pour bien Grandir.

Exemple de menu

|                                       |                                                                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Matin                                 | Lait maternel                                                                                                              |
| Matinée                               | Un repas* de CERELAC « Oui aux légumes » ou « Mon croquant au miel »                                                       |
| Midi                                  | Pâtes ou riz+ légumes et/ou féculents + viande ou poisson ou jaune d'œuf                                                   |
| Après-midi                            | Portion de fromage ou fruit cru très mur                                                                                   |
| Soir                                  | Un repas* de CERELAC « Oui aux légumes » ou « Mon croquant au miel »<br>ou potage de légumes (+beurre) ou soupe de semoule |
| Soirée                                | Lait maternel                                                                                                              |
| * Utiliser des repas à texture hachée |                                                                                                                            |

\* Un repas de CERELAC = 50 gr de CERELAC + 150 ml d'eau







## Nouveaux goûts

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Premières semaines de diversification passées



*Bien Démarrer pour bien Grandir*



Quels sont les progrès de bébé ?

|                        | 6 MOIS                                       | 7 <sup>e</sup> MOIS | 7 MOIS | 8 <sup>e</sup> MOIS | 8 MOIS |
|------------------------|----------------------------------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|
| Quand ?                | S'assoit sur une chaise haute                |                     |        |                     |        |
| Capacités alimentaires | Transfère les objets d'une main à une autre  |                     |        |                     |        |
|                        | Maîtrise bien ses lèvres et sa langue        |                     |        |                     |        |
|                        | Peut maintenir les aliments dans sa bouche   |                     |        |                     |        |
|                        | Bouge les lèvres pour accommoder la cuillère |                     |        |                     |        |

Quels aliments bébé peut-il commencer à manger ?



| Produits laitiers                                               | Céréales infantiles et féculents                                                                                                                                                                             | Légumes cuits                                                                                                                   | Fruits cuits                                                                                                    | Poissons                                                                              | Viandes                                                                                              | Divers                                                        |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lait maternel</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CERELAC "Plein de fruits" et CERELAC "Mmm... le miel"</li> <li>blé (farine) seigle, orge (farine)</li> <li>semoule (fine bien cuite)</li> <li>pâtes mixées</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>poivron</li> <li>oignon</li> <li>chou-fleur</li> <li>tomate (pelée, épépinée)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>fraise</li> <li>framboise</li> <li>orange</li> <li>clémentine</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>lotte</li> <li>sole</li> <li>merlan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>agneau</li> <li>bœuf</li> <li>veau</li> <li>poulet</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>jaune d'œuf</li> </ul> |

Quel est le menu conseil de bébé ?



**Exemple de menu**

|            |                                                                                                      |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Matin      | Lait maternel                                                                                        |
| Matinée    | Un repas* de CERELAC « Mmm... le miel » ou « Plein de fruits »                                       |
| Midi       | Purée (légumes et/ou féculents) + viande ou poisson ou jaune d'œuf                                   |
| Après-midi | Laitage ou compote de fruits                                                                         |
| Soir       | Un repas* de CERELAC « Mmm... le miel » ou « plein de fruits » ou Potage de légumes (+fromage râpée) |
| Soirée     | Lait maternel                                                                                        |

\* Utiliser 2 ou 3 légumes ou fruits par repas de texture mixée  
 \* A ce stade les aliments devront être écrasés

\* Un repas de CERELAC = 50 gr de CERELAC + 150 ml d'eau





**Premiers goûts**

Recommandations particulières :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A partir de 6 mois



**ETAPE 1**



**ETAPE 2**



**ETAPE 3**



**Bien Démarrer pour bien Grandir**

**Quels sont les progrès de bébé ?**

|                               | 6 <sup>e</sup> MOIS                                                                             | 6 MOIS | 7 <sup>e</sup> MOIS | 7 MOIS |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------|--------|
| <b>Quand ?</b>                | S'assoit avec aide                                                                              |        |                     |        |
|                               | Développe progressivement le contrôle de ses muscles et de son système nerveux                  |        |                     |        |
|                               | Joue avec ses orteils et commence à tenir ses pieds                                             |        |                     |        |
| <b>Capacités alimentaires</b> | Aime regarder les choses                                                                        |        |                     |        |
|                               | Habileté à avaler des aliments non liquides                                                     |        |                     |        |
|                               | Bouge la langue en arrière pour avaler                                                          |        |                     |        |
|                               | Montre de l'intérêt à la vue des aliments et est excité quand ils sont en train d'être préparés |        |                     |        |

**Quels aliments bébé peut-il commencer à manger ?**

**ETAPE 1**



**Produits laitiers**

- Lait maternel

**Céréales infantiles et féculents**

- CERELAC, "Ma 1<sup>ère</sup> Céréale Lactée"
- Pomme de terre en purée
- Riz mixé
- Maïs mixé

**Légumes cuits**

- poivron
- courgette
- artichaut
- carotte
- haricot vert
- épinards

**Fruits cuits**

- pomme
- banane
- abricot
- pêche
- poire

**Quel est le menu conseil de bébé ?**

|            |                                                                                      |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Matin      | Lait maternel                                                                        |
| Matinée    | Un repas* de CERELAC « Ma 1 <sup>ère</sup> Céréale Lactée » ou purée de fruits cuits |
| Midi       | Purée de légume                                                                      |
| Après-midi | Lait maternel                                                                        |
| Soir       | Un repas* de CERELAC « Ma 1 <sup>ère</sup> Céréale Lactée » ou purée de fruits       |
| Soirée     | Lait maternel                                                                        |

\* Utiliser 1 fruit ou légume par repas avec une texture lisse

\* Un repas de CERELAC = 50 gr de CERELAC + 150 ml d'eau





## WILAYA D'ALGER

## ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE DRARIA

## CARTE DE VACCINATION

| VACCINATION<br>POUR LA                      |                                          | D A T E | TRANSCRIPTION DU<br>MEDECIN OU DU CENTRE<br>DE VACCINATION |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------|
| Naissance                                   | B.C.G. +<br>polio oral                   |         |                                                            |
| 03 MOIS                                     | DT coq +<br>polio oral                   |         |                                                            |
| 04 MOIS                                     | DT coq +<br>polio oral                   |         |                                                            |
| 05 MOIS                                     | DT coq +<br>polio oral                   |         |                                                            |
| 09 MOIS                                     | Antirougeoleux                           |         |                                                            |
| 18 MOIS                                     | DT coq +<br>polio oral                   |         |                                                            |
| 06 ANS<br>1 <sup>re</sup> année fond.       | DT enfant +<br>polio +<br>antirougeoleux |         |                                                            |
| 11 - 13 ans<br>6 <sup>me</sup> année fond.  | DT adulte +<br>polio oral                |         |                                                            |
| 16 - 18 ans<br>1 <sup>re</sup> année sec.   | DT adulte +<br>polio oral                |         |                                                            |
| TOUS LES<br>10 ANS<br>à partir de<br>18 ans | DT adulte                                |         |                                                            |