

جامعة سعد دحلب البليدة

كلية الآداب و العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

رسالة الدكتوراه

التخصص: علم الاجتماع

سوء التغذية لدى الطفل الجزائري الأقل من عامين
دراسة سوسيلوجية مقارنة للنمط التغذوي للأم الريفية و الحضرية
دراسة ميدانية لولاية البليدة

من طرف

موساوي سامية

أمام اللجنة المشكلة من:

درواش رابح	أستاذ التعليم العالي،	جامعة سعد دحلب البليدة	رئيسا
مقراني الهاشمي	أستاذ التعليم العالي،	جامعة الجزائر	عضوا مناقشا
بوسعادة رشيد	أستاذ محاضر(أ)،	جامعة الجزائر	عضوا مناقشا
بدروني محمد	أستاذ محاضر(أ)،	جامعة سعد دحلب البليدة	عضوا مناقشا
سايجي عبد الحق	أستاذ محاضر(أ)،	المدرسة الوطنية للإدارة الجزائر	عضوا مناقشا
كشاد رابح	أستاذ التعليم العالي،	المدرسة العليا للتجارة الجزائر	مشرفا

البليدة، مارس 2012

ملخص

أولى المجلس العربي للطفولة و التنمية إهتماما بالغا بقضية المعلومات بإعتبارها حجر الأساس في كل العمليات التي تدفع بعجلة التنمية قدما.

وحيثما جاء التفكير في إصدار تقرير إحصائي سنوي، كان الهدف هو أن يكون للمجلس الإسهام الحقيقي و الفعلي في تقديم صورة واقعية للطفل العربي من خلال مجموعة من الأرقام و الإحصاءات و البيانات المتعلقة بالطفل، و المرتكزة على قواعد بيانات إحصائية من مختلف المجالات، و يكون أيضا نقطة الانطلاق لرؤية مستقبلية نحو تنمية الطفولة العربية.

سنحاول خلال رسالتنا تقديم الإطار المنهجي للدراسة من خلال إبراز اهتماماتنا و أهدافنا حول تأثير سوء التغذية الطفل في المجتمع الجزائري، و هذا بطرح مجموعة من التساؤلات الخاصة بالنمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية من جهة، ودراسة تأثير الخلفية الثقافية للامهات الريفيات و الحضريات على تغذية أطفالهن من جهة أخرى.

ونوضح طريقة استخراج عينة البحث و هذا في كل من الوحدات الصحية الأربعة لولاية البلدية، كما نعتمد على أهم المعطيات التي تساعدنا للمقارنة السوسيلوجية مع تحديد المفاهيم، و أخيرا نركز في هذه الرسالة على تحليل العلاقة بين الأم الريفية و الحضرية وسوء تغذية الطفل الأقل من عامين في ولاية البلدية لسنة 2007، بدراسة مقارنة لتأثير الثقافة الأسرية الريفية/الحضرية في نمط تغذية الطفل.

Résumé

L'objectif du conseil arabe de l'enfance et du développement sur la réflexion pour la publication d'un rapport statistique annuel était la participation réelle et active dans la présentation d'une image véridique de l'enfant arabe et ce à travers un ensemble de chiffres, de statistiques et de données relatifs à ce dernier, centré sur des données statistiques des différents secteurs, et considéré comme point de départ pour une vision future vers le développement de l'enfance arabe.

On essaye à travers notre thèse de donner le cadre méthodologique afin de démontrer nos préoccupations et nos buts sur l'effet de la nutrition de l'enfant dans la société algérienne et cela de poser un ensemble de questions, autour de mode alimentaire de l'enfant selon l'environnement de la famille rural et citadine d'un côté, et l'étude de l'influence de la succession culturelle des mères rurales et citadines sur l'alimentation de leurs enfants d'un autre côté.

Nous montrerons la façon d'établir un échantillon d'étude dans les quatre secteurs sanitaires de la wilaya de Blida ainsi que l'étayage sur les importantes données, afin de limiter les concepts qui vont nous aider dans notre étude sociologique comparative, en dernier on se basera dans cette thèse sur l'analyse de la relation entre mère rural et citadine et la malnutrition de l'enfant moins de deux ans de la wilaya de Blida de l'année 2007, par une étude comparative de l'influence culturelle familial rural, citadine dans le monde nutritif de l'enfant.

شكر

أحمد الله وأشكره، على أن وفقني في إنجاز هذا العمل المتواضع و أتوجه بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف كشاد رابح على نصائحه الفنية و متابعتة لمراحل هذا البحث خطوة بخطوة و لم يبخل علينا بنصائحه و انتقاداته البناءة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الكرام أمقران، معتوق، رتيمي، بلحسين، بدروني، سعدي، ميلاس، اللذين لم يبخلوا علي بتقديم التشجيع و النصح من أجل إتمام هذا البحث.

و أشكر جميع من ساهم من قريب أو بعيد في إعداد هذا البحث.

قائمة الجداول

الرقم	الصفحة
01	عدد الأطفال الذين يستقبلون للتطعيم في كل من الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2006
02	العينة المدروسة بالنسبة 10% في الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2006
03	انتشار نقص الأغذية المزمن في الدول النامية من خلال الفترات 1990 إلى 2010
04	أعداد الأطفال ناقصي الوزن دون الخامسة، وتوزيعهم على الدول المختلفة، بالملايين
05	نسب الأطفال المعرضين لنقص الوزن عند الولادة في الدول النامية لسنة 1990 و1999
06	المستويات والمخاطر كبيرة للأسر التي تستهلك ملح الطعام اليود (%)
07	عدد السكان المعرضين لسوء التغذية حسب العناصر الغذائية الدقيقة
08	معدلات وفيات الأفراد الذين تجاوزوا 65 سنة بسبب الأمراض (1990-2010)
09	مجموع السكان المشمولين بالتغطية في العالم (بالمليون)
10	توزيع نسب الرعاية الصحية للأمهات حسب الدول النامية
11	نسب الأطفال الرضع و علاقاتهم مع المميزات السوسيو-اقتصادي
12	تقديرات النحافة، التأخر في الطول ونقص في الوزن لدى الأطفال الأقل من 24 شهرا حسب الإرضاع
13	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مدة الإرضاع الطبيعي
14	دراسة العلاقة بين مدة الرضاعة - تأخر في النمو حسب المميزات السوسيو- اقتصادي
15	مؤشر حق الطفل في الإكوادور و المكسيك: قياس الأطفال الأقل من عامين حسب الصحة و التعليم
16	توزيع الأمهات حسب أول إرضاع طبيعي للطفل
17	اللحظة التمهيد للرضاعة الطبيعية عند الأمهات
18	المتطلبات الغذائية الأخرى غير الرضاعة الطبيعية
19	نسب الأمهات اللواتي يتبعهن زيادة العصائد
20	نسب الأمهات اللواتي يقدمن العصائد الغنية حسب العمر التمهيدي للطفل

121	نسب الأمهات اللواتي يقدمن الفواكه حسب العمر التمهيدي للطفل	21
121	نسب الأمهات اللواتي يتبعن تنظيف الفواكه	22
122	نسب سوء التغذية البروتين الطاقوي حسب توزيع المناطق	23
124	سوء التغذية عند الأطفال من الأصل الفرنسي و المغربي	24
125	مقارنة القيم المتوسطة عند الأطفال من الأصل الفرنسي و المغربي	25
129	نسب تواجد البروتين عند المواليد الجدد	26
133	توزيع كميات القيم المتغيرة بالنسبة إلى تأخر في الطول	27
139	ترجيح تأخر النمو و الوزن عند الطفل	28
139	ترجيح تأخر النمو و الوزن حسب المناطق	29
140	نسب الأطفال لديهم معدل $RTT > 160 \text{ gm/l}$ حسب المناطق	30
140	الترجيح حالة الإلتهاب حسب عمر الطفل	31
142	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة 1990-1994	32
143	معدل وفيات الرضع خلال سنة 1995	33
145	معدل وفيات الأطفال خلال سنة 1995	34
147	نسبة تطعيم الأطفال ضد جميع الأمراض 1990 - 1994	35
148	معدل وفيات الأمهات أثناء الحمل 1990 - 1994	36
150	نسب الولادات تحت إشراف صحي مختص خلال سنة 1995	37
152	السكان حسب المياه النقية و خدمات الصرف الصحي 1990-1996	38
153	نسب الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2,5 كغ 1990 - 1994	39
154	نسب النساء اللواتي يرضعن أطفالهن 1990-1994	40
156	الأطفال المعرضين لسوء التغذية 1990-1994	41
158	الإستهلاك الفردي للسعرات الحرارية 1996	42
159	عدد الإناث في سن الإنجاب	43
161	نسب الأطفال الأقل من عامين الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة في بعض الدول العربية	44
163	نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن حسب العمر والدولة	45 ₁
163	نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة حسب العمر والدولة	45 ₂
164	نسب الأطفال الذين يعانون من النحافة حسب العمر والدولة	45 ₃

166	نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب المستوى التعليمي للأمم والدولة	46
167	نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب نوعية أرضية المسكن والدولة	47
167	نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود المطبخ	48
168	نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود شبكة المياه	49
169	نسب الأطفال حسب طريقة التخلص من القمامة والدولة	50
171	معدلات وفيات الأطفال والرضع في أربع دول عربية	51
173	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب MDG و EDG	52
175	الأطفال حسب نقص الوزن MDG و EDG	53
176	الأطفال حسب النحافة المتوسطة MDG و EDG	54
178	الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب مكان الإقامة 2001	55
178	الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب الوسط السكاني 2001	56
179	الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب نوعية المسكن 2001	57
180	الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب متوسط عدد الأفراد بكل حجرة 2001	58
181	الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب المياه الصالحة للشرب 2001	59
181	سوء تغذية الأطفال حسب تواجد شبكة الصرف الصحي 2001	60
183	سوء تغذية الأطفال حسب عمر الأم 2001	61
184	سوء تغذية الأطفال حسب الخصوبة 2001	62
184	سوء تغذية الأطفال حسب استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة 2001	63
185	سوء تغذية الأطفال حسب متابعة الأم عند آخر حمل لها 2001	64
186	سوء تغذية الأطفال حسب المكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير 2001	65
186	سوء تغذية الأطفال حسب متابعة الأم للرعاية خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع 2001	66
187	سوء تغذية الأطفال حسب متابعة الأم لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته 2001	67
188	سوء تغذية الأطفال حسب استعمال الأم للتلقيح ضد التيتانوس 2001	68
188	سوء تغذية الأطفال حسب معرفة الأم بأمراض الجهاز التنفسي 2001	69

190	سوء تغذية الأطفال حسب الجنس 2001	70
191	سوء تغذية الأطفال حسب عمر الطفل بالأشهر 2001	71
193	نموذج سوء تغذية الأطفال حسب مؤشر نقص الوزن 2001	72
196	الأطفال الرضع حسب مميزات الأم خلال سنة 2002	73
197	الأطفال الباقيين حسب الرضاعة الفعلية وعمر 2002	74
198	عدد مرات الرضاعة الطبيعية للأطفال حسب مميزات المسح 2002	75
199	الرضاعة الطبيعية حسب المتغيرات السوسيو-اقتصادية للأم 2002	76
201	قصر في قامة الأطفال حسب المتغيرات السوسيو-اقتصادية 2002	77
202	الأطفال المعرضين للنحافة حسب المتغيرات السوسيو-اقتصادية 2002	78
203	نقص وزن الأطفال حسب المتغيرات السوسيو-اقتصادية 2002	79
205	عدد الأطفال في كل من الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2006.	80
206	عدد الأطفال بنسبة 10% في الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2007.	81
206	العينة المصححة من الأخطاء في الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2007.	82
208	حدة سوء التغذية بالتركيز على تقدير مؤشرات سوء التغذية	83
220	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع المسكن	84
222	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوعية أرضية المسكن	85
223	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مكان تواجد المطبخ	86
224	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مصدر المياه الصالحة للشرب	87
226	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الصرف الصحي	88
229	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع الأسرة	89
231	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع عمل رب الأسرة	90
233	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب دخل الأسرة	91
236	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب بعد المسافة عن أهل الزوج ¹	92
237	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب بعد المسافة عن أهل الزوجة ²	92
238	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة	93
242	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب عمر الأم	94
244	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مدة الزواج	95
246	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب عدد الأطفال	96

249	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مكان ولادة الأم	97
252	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب المستوى التعليمي للأم	98
254	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع عمل الأم	99
257	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي	100
259	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب تذكر الأم تغذيتها في الصغر	101
260	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب ميل الأم للطب الحديث أو الشعبي	102
263	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب تتبع الأم النصح فيما يخص تغذية طفلها	103
265	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب خبرة الأم في علاج طفلها	104
268	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب عمر الطفل	105
269	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التفضيل بين الجنسين	106
271	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب علاج الطفل من الإسهال	107
273	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب طريقة الإرضاع الإصطناعي للطفل	108
276	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب إستعمال الأم زيت الزيتون لطفلها	109 ¹
278	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب إستعمال الأم عشبة الكمون لطفلها	109 ²
279	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب إستعمال الأم عشبة اللوزة لطفلها	109 ³
281	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب أول رضاعة طبيعية للطفل	110
283	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مدة الرضاعة الطبيعية للطفل	111
286	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب إيقاف الأم الإرضاع الطبيعي لطفلها	112
288	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الرضاعة الغالبة	113
290	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الرضاعة التكميلية	114
292	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر(1-4 أشهر	115
294	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر(4-6 أشهر	116
296	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر(6-7 أشهر	117
297	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر(7-9 أشهر	118 ¹

- 298 2118 نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (10-11 أشهر)
- 299 3118 نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (12-18 أشهر)
- 305 119 نموذج سوء التغذية الأطفال الأقل من عامين حسب مؤشر قصر القامة 95%

فهرس الأشكال

الرقم	الصفحة
01	تقديرات عدد السكان، ناقصي التغذية بصورة مزمنة في الدول النامية خلال الفترة 1999-2000
02	عدد الأطفال ناقصي الوزن في كل دول العالم
03	نسب إنتشار نقص الوزن بين الأطفال في كل دول العالم
04	معدلات وفيات الرضع في كل دول العالم
05	معدل الوفيات بين الأطفال الأقل من خمس سنوات(إحتمالات الوفاة قبل سن الخامسة) خلال سنة 2001
06	النسبة المئوية للتغيرات في معدلات الوفيات نتيجة المرض
07	متوسط معدل الوفيات حسب السن
08	نسب النساء اللواتي وضعن أطفالا عند سن 15 أو 49 سنة خلال الفترة(1990-1999)
09	نسب لا مساواة في التعليم بين الجنسين
10	مخاطر نقص في الوزن: المقارنة بين الأطفال الأغنياء و الفقراء
11	نسب الأطفال المعرضين للوفاة
12	تلقيح الأطفال ضد الحصبة
13	تسجيل المواليد في الدول النامية
14	الزواج المبكر* في الدول النامية
15	نسب وفيات الأمومة عبر العالم خلال سنة 1990
16	نسب وفيات الأمهات المتبوعة بالإجهاض غير قانون عبر العالم
17	نسب وفيات الأمومة حسب السبب خلال سنة 1990
18	النموذج المبسط لسوء التغذية في دولة الفيليبين
19	التفصيل في النموذج السبب (A)
20	النموذج التصوري لسوء تغذية الطفل في دولة الفيليبين

110	أهداف OMD لسنة 2005	21
111	أهداف الألفية الإنمائي (OMD)	22
111	إنخفاض في نسب وفيات الأطفال عبر العالم	23
112	نسب الأطفال الذين لا يستفيدون من برنامج الألفية الإنمائي(OMD)	24
113	نسب الأطفال المعرضين لسوء التغذية عبر العالم	25
114	نسب الأطفال المحرومين في الدول العالم	26
115	ارتفاع في نسب وفيات الأطفال بسبب النزاع المسلح عبر العالم	27
126	توزيع مجموع العينات حسب معدل TTR Tranthyretine و الحالة الالتهاب والإصابة بالعدوى	28
129	نسب تركيز Tranthyretine (TTR) بين الأم والمولود الجديد	29
138	نسب توزيع المؤشرات الأنتروبومترية حسب NCHS	30
162	نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة حسب جنس والدولة	31
164	نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب طول الفترة بين الولادات والدولة	32
165	نسب الأطفال الذين يعانون من النحافة حسب مكان الإقامة والدولة	33
169	نسب الأطفال حسب تواجد المرحاض الصحي	34
170	نسب الأطفال المعرضين لقصر حسب الإصابة بالإسهال	35
182	سوء التغذية للأطفال حسب خصائص الأسرة والمسكن 2001	36
189	سوء تغذية الأطفال حسب خصائص الأم و سلوكها الحضري 2001	37
191	سوء تغذية الأطفال حسب خصائص الطفل 2001	38
205	عدد الوحدات الصحية الموجودة في ولاية البلدية 2006	39
209	مراقبة نمو الطفل (الطول بالنسبة للعمر)	40
216	نموذج Moseley .W.H	41
217	سوء التغذية لدى الطفل الأقل من عامين	42

الفهرس

	ملخص
	شكر
	قائمة الجداول و الأشكال
	الفهرس
14	مقدمة.....
15	1. الإطار المنهجي للدراسة.....
15	1.1. أهمية الموضوع.....
15	2.1. أهداف الدراسة.....
15	3.1. الإشكالية.....
17	4.1. الفرضيات.....
18	5.1. المعاينة و حجم العينة.....
18	1.5.1. معاينة ذات الدرجتين.....
19	2.5.1. مجالات الدراسة.....
20	6.1. مصادر المعطيات.....
20	1.6.1. المصادر الرئيسية.....
20	2.6.1. المصادر الثانوية.....
20	3.6.1. المناهج.....
21	7.1. تحديد المفاهيم.....
21	1.7.1. المحددات المباشرة لسوء تغذية الطفل.....
22	2.7.1. المحددات الغير مباشرة لسوء تغذية الطفل.....
24	8.1. صعوبات الدراسة.....
25	2. الدراسات السابقة لتطور سوء التغذية عبر العالم.....
25	1.2. تقدير عدد المصابين بنقص التغذية المزمن.....
25	1.1.2. إمدادات الأغذية والطاقة.....
27	2.1.2. النقص المزمن في أغذية الطاقة.....
29	3.1.2. سوء التغذية المرتبطة بنقص البروتين والطاقة.....
32	4.1.2. وفيات الرضع و الأطفال.....
33	5.1.2. مؤشر كتلة الجسم (Indice poids).....
35	6.1.2. نقص العناصر الغذائية الدقيقة.....
39	7.1.2. الأمراض المرتبطة بالنظام الغذائي.....
42	2.2. العوامل المؤثرة في الحالة التغذوية.....
42	1.2.2. الأغذية و التغذية (Alimentation et Nutrition).....
48	2.2.2. الصحة و التغذية.....
52	3.2.2. النظام الغذائي وأساليب العيش.....
53	4.2.2. الرعاية الصحية وإمكانية الحصول عليه.....

56	.....5.2.2 الرعاية والتغذية
62	.....6.2.2 التغذية على مستوى المجتمع
63	.....7.2.2 نظم الضمان الاجتماعي
64	.....3.2 السياسات الإنمائية والتغذية
64	.....1.3.2 النمو الإقتصادي و السياسات الإقتصادية الشاملة و التغذية
67	.....2.3.2 السياسات الصحية و التغذية
70	.....3.3.2 السياسات البيئية و التغذية
73	.....4.3.2 السياسات السكانية و التوسع العمراني
77	.....3 عوامل و أسباب سوء التغذية في الدول النامية
77	.....1.3 سوء التغذية حسب المناطق الريفية و الحضرية
78	.....2.3 التفاوت في تغذية الطفل بين الحياة و الوفاة
81	.....3.3 غياب الوثائق الرسمية للحالة المدنية للطفل
82	.....4.3 سوء التغذية و الفقر الإقتصادي
83	.....5.3 إتجاهات و مستويات سوء تغذية الأم على رعايتها الصحية
83	.....1.5.3 الزواج المبكر عند الأم
84	.....2.5.3 نقص الرعاية الصحية للأم
89	.....6.3 العنف الممارس على الأم
89	.....1.6.3 العنف الأسري
90	.....2.6.3 برنامج الملتنقى الدولي حول السكان و التنظيم الأسري
93	.....3.6.3 الفقر و الصحة الأم
94	.....7.3 التقديرات المنهجية لتغذية الطفل الأقل من عامين في الفيليبين
94	.....1.7.3 التعريف بالإطار المنهجي للدراسة
95	.....2.7.3 الطرق و التقنيات المتبعة في الدراسة
100	.....8.3 تجربة تشجيع الرضاعة الطبيعية للأم في دولة الكونغو
100	.....1.8.3 أهمية الرضاعة الطبيعية في تغذية الطفل
108	.....4 مستويات و مسببات سوء تغذية الطفل في الدول النامية
108	.....1.4 دراسة الوضع التغذوي للطفل عبر العالم
109	.....1.1.4 تصريح الأمين العام للأمم المتحدة «كوفي عنان»
109	.....2.1.4 الإلتزامات إتجاه الأطفال
110	.....3.1.4 برنامج الألفية و الأطفال
116	.....4.1.4 التوصيات الواسعة لبرنامج رعاية الطفل في دولة المكسيك
117	.....2.4 نماذج سوء تغذية الطفل في الدول النامية
117	.....1.2.4 نموذج سوء تغذية الطفل في دولة الكاميرون
123	.....2.2.4 تقييم تجارب الدول الفرنسية و المغرب العربي من سوء تغذية الطفل
127	.....3.2.4 أهمية تغذية الأم حسب الدراسة الفرنسية
131	.....4.2.4 تجربة ترجيح سوء تغذية الطفل حسب دولة الكونغو
135	.....5.2.4 تجربة ترجيح سوء تغذية الطفل حسب دولة الموزنيق
141	.....5 سوء تغذية الطفل الأقل من عامين في الدول العربية
141	.....1.5 مجالات الرعاية الصحية للأم و الطفل
141	.....1.1.5 معدل وفيات الرضع و الأطفال
146	.....2.1.5 التطعيم ضد الأمراض في مرحلة الطفولة
148	.....3.1.5 الحالة الصحية للأمهات

151	.....2.5. الأمن الصحي للطفل
151	.....1.2.5. توفير الماء النقي للسكان
151	.....2.2.5. الصرف الصحي
152	.....3.5. نظام تغذية الأطفال
153	.....1.3.5. وزن الطفل عند الولادة
154	.....2.3.5. الرضاعة الطبيعية
156	.....3.3.5. سوء تغذية الأطفال
157	.....4.3.5. الإستهلاك اليومي للفرد من السعرات الحرارية
159	.....4.5. الإناث في سن الإنجاب
160	.....5.5. الحالة التغذوية للأطفال في الدول العربية
160	.....1.5.5. الحالة التغذوية للأطفال حسب المسح حول صحة الأم و الطفل
172	.....6. أهم المسوح الخاصة بسوء التغذية لدى الطفل الأقل من عامين في الجزائر
172	.....1.6. المسحان الوطنيان لصحة الأم و الطفل خلال فترة 1995 و 2000
172	.....1.1.6. التعريف بالمسحان
173	.....2.1.6. مقارنة سوء تغذية الطفل لكلا المسحان
	.....3.1.6. نموذج سوء تغذية الطفل حسب المسح الوطني لصحة الأم و الطفل خلال الفترة 2000 و 2001
177	.....2.6. المسح الوطني حول صحة الأسرة خلال سنة 2002
195	.....1.2.6. الرضاعة الطبيعية للطفل الأقل من عامين
200	.....2.2.6. الحالة التغذوية عند الأطفال الأقل من عامين
204	.....7. الإطار المنهجي للدراسة الميدانية
204	.....1.7. مجالات الدراسة
204	.....1.1.7. المجال الزمني
205	.....2.1.7. المجال المكاني
205	.....2.7. عينة البحث
210	.....3.7. إستخدام المنهج المسح الإجتماعي للدراسة
210	.....1.3.7. الإستمارة الخاصة بالخصائص العامة للأم و الأسرة
211	.....2.3.7. إستمارة المحيط البيئي لأسرة المبحوثة
211	.....3.3.7. إستمارة خاصة بمؤشرات سوء تغذية الطفل و النمط التغذوي للأم
211	.....4.3.7. إستمارة خاصة بالخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم الريفية و الحضرية
211	.....4.7. المنهج المقارن
212	.....5.7. المنهج المونوغرافي
212	.....6.7. المنهج الإحصائي
212	.....1.6.7. التحليل الوصفي
213	.....2.6.7. التحليل التفسيري
215	.....3.6.7. تطبيق نموذج Mosley.W.H
216	.....4.6.7. التعريف بالدراسة
219	.....8. خصائص النمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية
219	.....1.8. نوع المسكن
221	.....2.8. أرضية المسكن
223	.....3.8. المطبخ
224	.....4.8. مصدر المياه الصالحة للشرب

226	.....5.8.الصرف الصحي
228	.....9.تحليل مقارن لتأثير الأعراض السوسيوديمغرافية على نمط تغذية الطفل
228	.....1.9.نوع الأسرة
231	.....2.9.نوع عمل رب الأسرة
233	.....3.9.دخل الأسرة
236	.....4.9.بعد المسافة عن أهل الزوجة و الزوج
238	.....5.9.متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة
241	.....10.تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية و الحضرية على تغذية ابنها
241	.....1.10.عمر الأم
243	.....2.10.مدة الزواج
246	.....3.10.عدد الأطفال
249	.....4.10.مكان الولادة
251	.....5.10.المستوى التعليمي للأم
254	.....6.10.نوع عمل الأم
256	.....7.10.تغذية الأم خلال فترة الإرضاع الطبيعي لطفلها
258	.....8.10.تذكر الأم تغذية أمها
260	.....9.10.ميل الأم للطب الحديث أو الشعبي
262	.....10.10.تتبع الأم الرعاية الصحية
264	.....11.10.خبرة الأم في علاج طفلها
267	.....11.عرض لنمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية
267	.....1.11.عمر الطفل
269	.....2.11.التمييز بين الجنسين
271	.....3.11.الإصابة بالإسهال
273	.....4.11.الإرضاع الإصطناعي للطفل
275	.....5.11.إستعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها
275	.....1.5.11.إستعمال زيت الزيتون
277	.....2.5.11.إستعمال عشبة الكمون(Cumin)
279	.....3.5.11.عشبة اللوزة (Tisane)
280	.....6.11.الرضاعة الطبيعية
283	.....1.6.11.مدة الرضاعة الطبيعية للطفل
285	.....2.6.11.إيقاف الرضاعة الطبيعية للطفل
288	.....3.6.11.الرضاعة الغالبة
289	.....4.6.11.الرضاعة التكميلية
291	.....7.11.التنوع الغذائي لدى الطفل الأقل من عامين
292	.....1.7.11.التنوع الغذائي للطفل بين العمر (1-4) أشهر
293	.....2.7.11.التنوع الغذائي بين العمر (4-6) أشهر
295	.....3.7.11.التنوع الغذائي للطفل بين العمر (6-7) أشهر
297	.....4.7.11.التنوع الغذائي للطفل بين 8-18 شهر
304	.....12.تحليل تصوري لمنهجية الدراسة و مناقشة النتائج النهائية
304	.....1.12.نموذج سوء التغذية لدى الطفل الأقل من عامين حسب مؤشر قصر القامة
305	.....1.1.12.خصائص النمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية

306	.....تحليل مقارنة لتأثير الأعراض السوسيوديمغرافية على نمط تغذية الطفل
312	.....تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية و الحضرية على تغذية إبنها
324	.....عرض لنمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية
334	.....مناقشة النتائج النهائية
362	.....خاتمة
363	.....الملاحق
374	.....قائمة المراجع

مقدمة

حسب الأمانة العامة للمجلس العربي للطفولة والتنمية لسنة 2005، و هي تقدم هذا التقرير الإحصائي السابع، و رغبة منها في تطويره و إثرائه دائما، تنادي جميع الجهات المسؤولة عن الطفل العربي بتقديم مزيد من التعاون و التنسيق المستمر لمد المجلس بكل البيانات اللازمة.

و يضم تقارير حول السكان، الإقتصاد، التعليم والصحة، الثقافة، و لمالهذه المجالات من إرتباط و علاقات تؤثر في شرح الظواهر المتعلقة بالطفولة و مسبباتها و تشخيصاتها، حتى يمكن تحليلها في حزم متكاملة من الحلول و الإقتراحات بغرض تنمية الطفولة في الوطن العربي.

و لتقرب أكثر إلى الحالة التغذوية للأطفال الأقل من عامين في الجزائر، سوف نعتمد في دراستنا على المقاييس الأنتروبومترية لسوء تغذية الطفل الأقل من عامين، باعتبارها المؤشرات الأكثر وضوحا لسوء التغذية الحاد والمزمن.

فهو مركب يعكس كلا من نقص التغذية في الماضي و الحاضر. و تستخدم هذه المقياس عادة، في عيادات الأطفال لتتبع النمو، كما تتأثر بالتغيرات الموسمية. و في هذه الدراسة سوف نحاول إبراز أهم العوامل المؤثرة في تغذية الطفل، من العوامل الثقافية و الإقتصادية و التربوية و الديمغرافية وغيرها.

الفصل 1 الإطار المنهجي للدراسة.

1.1. أهمية الموضوع

مما لا شك فيه أن الموضوع المختار له أهمية قصوى سواء من الناحية العلمية حيث أن الدراسة تساعد على فهم الظاهرة من النواحي التي مازالت لم تتلق بعد العناية الكافية، أو من الناحية العملية بحيث يمكن الكشف عن أسباب الظاهرة و محاولة تفسيرها سوسولوجيا. لذا تتمثل أسباب إختيار هذا الموضوع فيما يلي:

- الأهمية العلمية و العملية للموضوع المقترح، نظرا للمكانة الهامة التي يحتاجها على المستوى المعرفي خاصة البحوث العلمية سواء في المؤسسات الجامعية أو المخابر و مراكز الدراسات.
- الإهتمام الخاص بكل موضوعية، لصلته بالجوانب الصحية والتغذوية في المجال الديمغرافي و بالدراسات السوسولوجية للظواهر التغذوية.
- محاولة التعمق أكثر في ما تم دراسته، على مستوى الماجستير و إبراز الجانب السوسولوجي و الثقافي لظاهرة تعتبر من إهتمامات المختصين في التغذية و الصحة.

2.1. أهداف الدراسة

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- إبراز الجانب السوسولوجي للظاهرة المدروسة من خلال المقاربة التي سوف نعتمدها.
- توضيح تأثير الخلفية والثقافية للأم و الأسرة بواسطة تغذية الطفل الأقل من عامين، و بالتالي إدراج العناصر السوسيوثقافية في التحليل.
- محاولة بناء سوسولوجي، للظاهرة المقترحة مدرجين العوامل الكمية/الكيفية في التحليل.

3.1. الإشكالية

تشهد مختلف المجتمعات إهتماما كبيرا و متزايدا بظاهرة سوء التغذية، بحيث أكدت الدراسة التي تضمنتها اليونيسيف لعام 2005 [1]ص103، أنه بالرغم من ضرورة الأمن الغذائي، إلا أنه

ليس كافيا وحده لمواجهة نقص التغذية، و هذا ما يثبتته الكثيرون من الأطفال، الذين يعانون من نقص التغذية، أو النحافة في بيئات آمنة غذائيا، علما أن نقص التغذية ينتج عن مجموعة من العوامل المرتبطة، منها الغذاء غير الصحي، و ممارسات الرعاية غير الملائمة و الصرف الصحي غير الكافي، و المرض و قلة سبل الوصول إلى الخدمات الصحية، و قلة المعرفة بفوائد الرضاعة الطبيعية الخالصة، و ممارسات التغذية التكميلية و دور المغذيات الصغيرة.

أما الإسهال الذي ينتج غالبا من ضعف مرافق الصرف الصحي و رداءة الممارسات الصحية العامة، التي تعتبر أحد العوامل الهامة التي تساهم في نقص التغذية عند الأطفال الأقل من عامين.

إن تحليل مختلف الدراسات الخاصة بهذه الظاهرة يبرز تداخل العناصر و العوامل المؤدية لها، فيما لاشك فيه أن هناك عوامل ظاهرة و بارزة تخص الجوانب الصحية، إضافة إلى الفقر و تدني المستوى المعيشي. لذا نلاحظ أن هناك إختلاف في فهم المقاربة الخاصة بهذه الظاهرة بحيث، يتفق المختصون في التغذية على ضرورة تطوير الموارد الفردية و الإجتماعية للأم، إضافة إلى الموارد المرتبطة بالمجتمع المحلي. أما الإقتصاديون، يرون أن نمو السكان يمكن أن يحدث بسرعة و يتجاوز الإنتاج و بالتالي يؤدي إلى نقص في توفر الأغذية لأفراد المجتمع، إضافة إلى المقاربات الأخرى الخاصة بالجوانب الصحية و الطبية. غير أن فئة الأطفال الأقل من عامين، هي الفئة الأكثر عرضة لسوء التغذية باعتبارها الفترة الحساسة لنمو الطفل من الجانب الصحي و التغذوي و تطور قدراته العقلية و الذهنية و الجسدية مما سيترك أثارا عميقة على مختلف مراحل حياته.

و هذا ما أفادته نتائج دراسات لسوء التغذية في السنوات [2]ص21. ففي 1975، 28% من الأطفال الأقل من خمس سنوات يعانون من سوء التغذية، وفي 1987، إنخفضت هذه النسبة إلى 11,2% و إلى 9,2% في 1992. هذا الإنخفاض يرجع إلى نجاح البرامج الصحية المسطرة من قبل الحكومة في الجزائر و الرامية إلى تحسين المستوى الصحي للأطفال، مع مجموعة من التوصيات الوزارية، و تدريب العاملين بوزارة الصحة و إتباع توصيات منظمة الأمم المتحدة و اليونيسيف فيما يخص صحة الأم و الطفل. كما نحاول مقارنة مستوى سوء التغذية في الجزائر ببعض الدول النامية، و هذا بإبراز التفاوت الواضح في نسب إنتشار سوء التغذية بالمؤشرات المختلفة.

لذا تعتبر هذه الدراسة محاولة لأخذ موقف نظري و منهجي جديد في الدراسات لسوء التغذية عند الطفل الأقل من عامين، بإدراج الجانب السوسيلوجي المقارن للنمط التغذوي للأم الريفية و

الحضرية لولاية البليدة. أين سنحاول تقديم صورة لأوضاع الأم و أنشطتها في الريف والحضر إتجاه تغذية طفلها.

وإذا ما لخصنا الموقف السابق فنلاحظ نقص الدراسات السوسولوجية الخاصة لسوء التغذية عند الأطفال الأقل من عامين، وأن الموقف الحقيقي للأم و ما تؤديه من أنشطة لم يظهر في الدراسات العلمية و لا في التعدادات الرسمية. وعلى ضوء هذا الموقف يصبح من الضروري إجراء دراسات مكثفة عن الأم و تغذية طفلها لا نعتمد إعتقادا كاملا على البيانات المسحية و إنما نعتمد أيضا على المقابلات المعمقة مع ربوات البيوت و معايشة حياتهم اليومية بتفاصيلها الدقيقة و هو ما تهدف دراستنا إلى تحقيقه. و نحاول في دراستنا السوسولوجية المقارنة للنمط الغذائي للأم الريفية و الحضرية من خلال الكشف عن الخصائص التالية، المحيط البيئي للأسرة و الخلفية الثقافية للأم و كذا النمط الغذائي للطفل.

و من خلال مشكلة الدراسة نقترح التساؤل الرئيسي الآتي:

ما هي أهم المحددات و العوامل السوسولوجية، الديمغرافية، و الثقافية لسوء التغذية لدى الطفل الجزائري و ما هي إنعكاساتها على صحة الأم؟

و كما يتضمن السؤال الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هي أهم محددات سوء تغذية الأطفال الأقل من عامين؟
- ما هي مميزات النمط التغذوي للأم الريفية و كيف ينعكس ذلك على تغذية أبنها؟
- إلى أي مدى تؤثر الخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم على تغذية أبنها؟
- هل تلعب الثقافة الأسرية دورا في تحديد نمط تغذية الأم الريفية لأبنها؟
- هل لنمط تغذية الأسرة الريفية لأبنها نفس مميزات و خصائص الأسرة الحضرية؟
- هل يمكن تحديد النمطية الريفية و الحضرية لتغذية الطفل من خلال محيطه البيئي؟
- هل للنمط التغذوي للأم و الأسرة الريفية نفس التأثير على تغذية الطفل مقارنة بالأم و الأسرة الحضرية؟

- إلى أي مدى يمكن من خلال هذه الدراسة إقتراح تصور منهجي خاص بسوسولوجية التغذية؟

4.1. الفرضيات

للإجابة على التساؤلات السابقة يمكن إقتراح الفرضيات التالية:

هناك علاقة مباشرة بين مختلف المحددات الخاصة بسوء تغذية الأطفال الأقل من عامين و صحة الأم.

و نستخرج من الفرض الرئيسي الفرضيات الفرعية الآتية:

- تحليل محددات سوء تغذية الطفل الأقل من عامين يمكن من إبراز العناصر الحقيقية المؤثرة في الظاهرة.

- تعتبر الخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم محددًا رئيسيًا لخصائص و نوعية تغذية ابنه.

- تفاعل ثقافة الأسرة الريفية مع محيطها السوسولوجي يمكن من تحديد مستويات الاختلاف مع الأسرة الحضرية من خلال خصائص النمط التغذوي لكل منها.

- خصائص نمط تغذية الطفل في الأسرة الريفية و الحضرية تنعكس على نمط الرعاية الصحية له.

- التحليل المقارن لنمط تغذية الأم الريفية و الحضرية من خلال النمط الأسري لهما يمكن من وضع نمطية محددة لتغذية الطفل.

5.1. المعاينة و حجم العينة

أجريت هذه الدراسة في أربع وحدات صحية لولاية البليدة، و التي تتوزع إلى وحدتين من الريف (وبوعرفة وأولاد عيش) و وحدتين من الحضر (حي19جوان و حي الموز).

1.5.1. معاينة ذات الدرجتين

الدرجة الأولى: سحب مكان أو إجراء المسح في الوحدات الصحية. و التي تتوزع إلى وحدتين من الريف (وبوعرفة وأولاد عيش) و وحدتين من الحضر (حي19جوان و حي الموز) و هذا كما يوضحه الجدول رقم 01.

الدرجة الثانية: سحب عينة من الأمهات بطريقة عشوائية بنفس النسبة بين المجالين (ريفي، حضري) إنطلاقًا من متغيرات المراقبة (الطفل الأقل من عامين، الأم، الأسرة). بنسبة 10%.

الدرجة الثالثة: المعاينة في المكان بالنسبة لاختيار وحدات السحب (المنهج المونوغرافي و فيه ندرس المحيط البيئي للأم).

و منه يمكن عرض الجدولين التاليين لعينة البحث:

جدول رقم 01: عدد الأطفال الذين يستقبلون للتطعيم في كل من الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2006[3]ص23.

المصدر رقم 01: التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة 2006، وزارة الصحة و السكان، 23، 2006.

الوحدات الصحية	عدد الأطفال الأقل من عامين
المناطق الحضرية	
حي الموز	1084
19 جوان	1159
المناطق الريفية	
بوعرفة	797
أولاد عيش	2343
المجموع (N)	5383

جدول رقم 02: العينة المدروسة من الأطفال بنسبة 10% في الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2006[4]ص23.

المصدر رقم 02: التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة 2006، وزارة الصحة و السكان، 23، 2006.

الوحدات الصحية	عدد الأطفال الأقل من عامين
المناطق الحضرية	
حي الموز	108
19 جوان	116
المناطق الريفية	
بوعرفة	80
أولاد عيش	234
المجموع (N)	538

كما تتطلب هذه الدراسة بيانات تفصيلية عن التطور البدني للأطفال الذين يمكن أن يمدونا بمؤشر مقبول للحالة التغذوية. و لهذا جمعت البيانات عن الطول و الوزن و العمر من جميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين و تحسب ثلاثة مقاييس أنتروبومترية الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية.

- 1- مؤشر قصر القامة: و هو مقياس نقص الطول بالنسبة للعمر (HAZ).
- 2- مؤشر النحافة: و هو مقياس الوزن بالنسبة للطول (WHZ).
- 3- مؤشر نقص الوزن: و هو مقياس نقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ).

2.5.1. مجالات الدراسة

1.2.5.1. المجال الزمني

لقد أخذت عينة من 538 للأطفال الأقل من عامين لولاية البليدة، بحيث تم تحديد الفترة الزمنية بين 1 جوان إلى 31 أوت من سنة 2007. أي في فترة الصيف أين تكثر فيها الأمراض التي تؤثر على سوء تغذية الطفل.

1.2.5.1. المجال المكاني

تم إختيارنا لأربع وحدات رئيسية لولاية البليدة، التي تستقبل عدد أكبر من الأطفال القادمين من الريف و الحضر من أجل التطعيم كما هو موضح سابقا.

6.1. مصادر المعطيات

سنعتمد في هذه الدراسة على مصادر إحصائية لتحليل متعدد العوامل لظاهرة سوء التغذية عند الأطفال، من خلال إدراج عدة عوامل مؤثرة في الظاهرة سواء تلك المترتبة (من عوامل ديمغرافية و صحية) أو الخلفية المرتبطة بثقافة الأم و الأسرة معا. كما تندرج الدراسة في سياق النسق التفاعلي من خلال مقارنة سوء تغذية الطفل في المحيط الداخلي للأسرة كنسق و كذا تفاعل هذا النسق مع المحيط الخارجي (ريف/حضر).

1.6.1. المصادر الرئيسية

فهي خاصة بالمسح الاجتماعي الذي سيتم إنجازه من خلال عينة البحث الخاصة بالأم الريفية و الحضرية من خلال استمارة خاصة (بالأسرة و الطفل الأقل من عامين و الأم) إضافة إلى الدراسة المونوغرافية لمحيط تلك الأسر.

2.6.1. المصادر الثانوية

وتتمثل في الإحصائيات التي أنجزت فيما يخص سوء تغذية الطفل الأقل من عامين من بينها، المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل خلال فترة (1995-2001) و كذا المسح حول الأسرة خلال سنة 2003.

3.6.1. المناهج

نظرا لتداخل و تشابك مختلف العناصر المؤثرة في الظاهرة فإن المناهج المعتمدة لهذه الدراسة

هي:

1.3.6.1. المنهج المقارن

يستعمل هذا المنهج، للمقارنة بين العوامل المؤثرة في تغذية الطفل الأقل من عامين في الأسر الريفية مقارنة بالأسر الحضرية للأم الريفية و الحضرية، خلال الفترات المكونة للمجال الزمني للدراسة.

2.3.6.1. المنهج المونوغرافي

يسمح هذا المنهج بتحديد دراسة وصفية دقيقة للمناطق التي سوف يتم اختيار العينة الدراسة بين الريف و الحضر طبقا للمقارنة المعتمدة.

3.3.6.1. المنهج الإحصائي

هو مجموعة من الطرق و الأساليب و الوسائل، التي تهدف إلى جمع و تصنيف و تبويب و عرض و وصف و تحليل المعطيات بالاعتماد على برنامج SPSS، لاستخراج النتائج و المؤشرات من خلال البيانات الإحصائية (معالجة إحصائية).

4.3.6.1. المسح الإجتماعي

سنعتمد في هذا المنهج على عينة من الأسر الريفية و الحضرية التي تم إختيارها، كما نهدف إلى دراسة الفوارق في مستوى سوء التغذية بين كل من الأسرة الحضرية و الريفية، و كذا أهمية تأثير الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل الأقل من عامين على حالته التغذوية، و بالتالي بنيته الجسدية و مقاومته للأمراض خاصة المعدية منها.

7.1. تحديد المفاهيم

1.7.1. المحددات المباشرة لسوء تغذية الطفل

لقد عرف R. Martorell محددات سوء تغذية الطفل كما يلي: "فإن سوء التغذية الخفيف يكون له تأثير محدود على الحركة الجسدية و للطفل، بينما يتضاعف تأثير سوء التغذية المتوسط على الحركة و النمو، كما يؤدي إلى ظهور بعض الظواهر المرضية و النحافة. و يشتد تأثير سوء التغذية عندما تقوى درجته و يصبح لها تأثير كبير على الحركة الجسدية و النمو و يزيد ظهور الظواهر المرضية" [5]ص54.

كما يعرف P. Martyr: "الرضاعة تقوي الميكانيزمات الوقاية ضد الأمراض من بينها الإسهال، غير أن مدة الرضاعة تختلف لأسباب و عوامل متعلقة بالعادات و التقاليد" [6]ص19-3.

حسب هذا التعريف، بالنسبة لهذا المتغير لرضاعة الطفل الأقل من عامين، تتفق المبحوثات بأنهن لا يفرقن بين الذكور و الإناث في فترة الرضاعة الطبيعية، كما لم يظهر في إستجابتهن ما يشير إلى وجود فروق في مدة الرضاعة بالنسبة لجميع الأطفال الأحياء ذكورا و إناثا.

و تتراوح مدة الرضاعة عادة للطفل الأقل من عامين بالمناطق الريفية ما بين 20 و 23 شهرا، و تقل هذه المدة عن معدلاتها لدى عدد قليل من الأطفال، فلم تكن الرضاعة بالنسبة لهم رضاعة طبيعية و إنما كانت رضاعة اصطناعية، و حصل جزء منهم على رضاعة طبيعية من نساء أخريات (جيران أو أقارب)، و يرجع ذلك إلى إنقطاع لبن الثدي من أمهاتهم. و تزيد مدة الرضاعة بين قلة من الأطفال بسبب مرضهم أو ضعفهم أو فقدانهم الرغبة في الطعام. أما عن مدة الرضاعة الطبيعية في المناطق الحضرية فتقل عنها في الريف، فنجدها تتراوح ما بين (10-15) شهرا. و قد أوضحت الإستجابات وجود الإختلافات بين كل من المناطق الريفية و المناطق الحضرية، إلا أن الإختلاف الأساسي تم كشفه بين المنطقة الريفية و الحضرية. وتشير البيانات إلى عدم وجود إختلاف جوهري بين الذكور و الإناث من الأطفال الرضع رضاعة طبيعية.

و حسب رأي موظفة المشاريع في اليونيسف (التغذية في حالات الطوارئ) الدكتورة مارياتا تولفانين، يزداد سوء التغذية بشكل حاد، ويؤدي بحياة معظم الأشخاص أثناء فترات الطوارئ، ولا يموت معظم الأطفال بسبب النزاعات أو الكوارث الطبيعية بحد ذاتها، بل يموتون بسبب نقص في المواد الغذائية، والإفتقار إلى المياه المأمونة، وعدم كفاية الرعاية الصحية، وسوء أحوال المرافق الصحية والنظافة الشخصية. وتقع الغالبية العظمى من الأطفال ضحية لأمراض الحصبة والإسهال وإلتهابات الجهاز التنفسي وسوء التغذية الحاد. ومن الممكن أن يحدث نقص في المغذيات الدقيقة بسهولة. ويحدث ذلك بسبب فقدان سبل العيش والمحاصيل الغذائية؛ وإنقطاع الإمدادات الغذائية؛ مما يؤدي إلى سوء إمتصاص المغذيات وفقدانها، وإنتشار الأمراض المعدية، وفقدان الشهية بينما تزداد الحاجة إلى المغذيات الدقيقة للمساعدة على مكافحة الأمراض.

2.7.1. المحددات الغير مباشرة لسوء تغذية الطفل

المحيط:" و هو نظام ديناميكي يتרכب من العوامل الطبيعية و الإنسانية، بحيث تكون هذه المعلومات في تفاعل متبادل ثابت و متغير في الزمن و المكان و ذلك حسب الثقافات"[7]ص37 و تم

ربط مفهوم المحيط في دراستنا هذه بمدى توفر المسكن(نوعية المسكن، أرضية المسكن، تواجد المطبخ، توفر المياه الصالحة للشرب، الصرف الصحي) على الشروط الصحية.

أكد H. Alderman: "يؤثر تعليم المرأة على الوضع التغذوي للطفل من عدة جهات، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما تحسن إنتاج الصحة داخل الأسرة، ومن ثم تغذية الطفل" [8] ص 137-95. من هنا فإن المستوى التعليمي للأم و سوء التغذية للطفل الأقل من عامين، تختلف باختلاف درجة التحضر و التنمية في كل منطقة، كما تختلف باختلاف الوضع الاجتماعي. فبالنسبة لدرجة التحضر و التنمية نجد أنه كلما كانت المنطقة أكثر تحضرا و أكثر تنمية كلما تطورت فيها «ثقافة التعليم».

لقد كشفت الدراسة المعمقة، على أن عمر الأم له دخل في سوء التغذية لدى الطفل الأقل من عامين، حيث نجد أن سيدات يتزوجن في سن يتراوح بين (20-25) سنة، و بالمقارنة بين سن الزواج و عدد الأطفال الذين تنجبهم يتضح أن الإنجاب يتم على فترات منتظمة تتراوح ما بين سنتين و ثلاث سنوات، ويعتبر عدد الأولاد كبيرا مقارنة بسن الأم. وبهذا فإن هذا المتغير يؤثر و يتأثر بالعديد من معدلات المواليد و الخصوبة.

كما تعتبر مدة الزواج من السمات الاجتماعية و الثقافية المميزة لكل من المرأة الريفية والحضرية، بحيث أن الزواج المبكر يعمل على إطالة الفترة التي يمكن أن تنجب فيها المرأة. فكلما كان الزوج مبكرا كلما استطاعت المرأة أن تنجب أكبر عدد ممكن من الأطفال. فمن المعروف أن هناك علامة إيجابية بين الزواج المبكر للإناث و بين ارتفاع معدلات الخصوبة. ومن المعروف أيضا أن الرغبة في كثرة الإنجاب سمة من السمات المميزة للمجتمعات الريفية (و خاصة في القرى و المناطق الريفية التقليدية التي تفضل زواج البنات في سن مبكرة بدل من إتاحة فرص التعليم أمامهن). فكثرة الإنجاب من الأمور المستحبة في القرى الإعتبارات اقتصادية تتعلق بالحاجة إلى الأيدي العاملة، و إعتبارات دينية تتعلق بالموقف المعارض لتنظيم الأسرة.

وأما الطب الشعبي وهو مجموعة المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصيلة التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تُستخدم، سواء أمكن تفسيرها أو لا، للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها. عكس الطب الحديث الذي يشير إلى المعارف والمهارات والممارسات القائمة

على النظريات و خبرات علمية والتي تُستخدم للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها. وأخيرا مصطلح "الطب البديل" أو "الطب التكميلي"، يشير إلى مجموعة من ممارسات الرعاية الصحية التي لا تدخل ضمن التقاليد ولا تندرج ضمن نظام الرعاية الصحية الرئيسي، بل يجمع بين الطب الشعبي و الطب الحديث و وفق معايير و أسس علمية حديثة.

8.1. صعوبات الدراسة

تتمثل صعوبات الدراسة فيما يلي:

- نقص الإهتمام بمؤشرات سوء التغذية للأطفال في الوحدات الصحية لولاية البليدة.
- هناك مشكل عند قياس سوء التغذية الطفل، بحيث أن الوحدات الصحية تهتم فقط بتطعيم الطفل و لا توفر البيانات الخاصة بذلك.

الفصل 2

الدراسات السابقة لتطور سوء التغذية عبر العالم.

يعتبر عدم الإكتفاء الغذائي الذاتي من أهم أسباب سوء التغذية، بالإضافة إلى ذلك العدوى وتفشي الطفيليات و العوامل المتصلة بأساليب العيش كثيرا، و التي تؤدي بدورها إلى عدم التوازن الغذائي و نقص في متحصلاته، و ذلك يؤثر سلبا على الجسم، إذ ينقص في ميزانه و هذا يؤدي إلى عدم نموه، و احتمال إصابته بأمراض عديدة مثل الأنيميا (فقر الدم) و أنواع أخرى مثل عدم القدرة على التعلم، وهبوط مستويات النشاط و القدرة على العمل، و زيادة الحساسية لأمراض أخرى، والعمى، و إلى العديد من الأمراض المزمنة.

1.2. تقدير عدد المصابين بنقص التغذية المزمن

1.1.2. إمدادات الأغذية والطاقة

يعد مؤشر التغذية والطاقة من بين المؤشرات شائعة الاستخدام في تقدير الأوضاع الإجمالية للغذاء والتغذية، ويتمثل تقدير متوسط الطاقة المتاحة يوميا لإستهلاك الفرد من مجموع الإمدادات الغذائية التي يحصل عليها خلال فترة معينة، إذ تنشر منظمة الأغذية والزراعة (FAO) الأرقام الخاصة بهذا المتوسط [9]ص6-83، بناء على أرقام الموازنات الغذائية التي تتابع مع إمدادات الأغذية، والتي تستخدم داخل بلدان مختلفة و لكن ينبغي استخدام الأرقام الخاصة بإمدادات الطاقة والأغذية بحذر شديد، وهذا لكونها مؤشرات للكفاية النسبية للإمدادات الغذائية الإجمالية، ذلك لأنها لا تبين الاستهلاك الفعلي، كما أنها لا تظهر الفوارق في توزيع الإمدادات المتاحة. وبالنظر إلى الفوارق الموجودة في توزيع الكميات التي تفقد أو تصدر على مستوى متاجر التجزئة أو المنازل، بحيث يكون نصيب الفرد من الإمدادات الغذائية المتوفرة أكبر من مستوى الإحتياجات الفسيولوجية، و مع هذه التخفيضات تعد بيانات الإمدادات من أغذية الطاقة ذات فائدة كبيرة، وذلك في تبيان الإتجاهات السائدة في إمدادات الغذاء والطاقة، و هذا على المستويات القطرية والإقليمية.

فطبقا لتقديرات منظمة الأغذية و الزراعة، إزداد متوسط نصيب الفرد من الإمدادات الغذائية في البلدان النامية خلال الثمانينات، وينطبق ذلك بوجه عام على البلدان ذات الدخل المنخفض بإستثناء الصين التي شهد مستوى توافر الإمدادات الغذائية فيها زيادة كبيرة خلال الثمانينات، غير أنه لم يتحقق أي تقدم في البلدان الأقل نموا خلال السنوات [10]ص36-68-78. و تشير التقديرات إلى أن 18 مليون نسمة تقريبا قد تضرروا وأصبحوا في حاجة عاجلة لمساعدات طارئة، خلال الشهر الباقي من عام 1996، إذ كانت مناطق عديدة تعتمد عادة على بعض الصادرات من الزمبابوي، و جمهورية جنوب إفريقيا، ولكن هذين الأخيرين أصبحا في حاجة إلى إستيراد كميات هائلة من الأغذية في العام الحالي.

و لقد تعرضت بعض الدول إلى نقص في كمية الأمطار من بين هذه الدول، أثيوبيا وكينيا، والصومال و أوغندا، وتشير بعض التقارير إلى حدوث نقص حاد في كمية الغذاء في جميع هذه البلدان مما يهدد بحدوث مجاعة في منطقة القرن الإفريقي ما لم تبذل جهود هامة للإغاثة، كما أن النزاعات الأهلية في أثيوبيا و الصومال و السودان ساعدت في إحداث الضرر بإنتاج الأغذية في هذه البلدان، حيث أدى هذا بنزوح السكان و قدوم اللاجئين وأدى أيضا إلى عرقلة الجهود التي بذلت لإغاثة الأفراد الأشد تضررا. وعلى الرغم من تدني مستوى الإمدادات الغذائية المتوفرة في عدة بلدان أثناء الثمانينات، يلاحظ أن نسبة 60% تقريبا من سكان العالم كانوا يعيشون في نهاية ذلك العقد، في البلدان التي يبلغ فيها نصيب الفرد في السرعات الحرارية المتاحة أكثر من 2 600 سعر حراري يوميا، و يمكن استخدام مثل هذه السرعات الحرارية لإبراز التفاوت في إمدادات الأغذية المتاحة من بلد إلى آخر.

ففي عامي 1989-1990 كان هناك 41 بلد ناميا (يزيد عدد السكان كل منها عن مليون نسمة) يزيد نصيب الفرد فيها عن 2 600 سعر حراري، بينما 15 بلدا يزيد نصيب الفرد فيها عن 3 000 سعر حراري، أما بالنسبة للبلدان المتقدمة، فلم يكن هناك سوى ثلاثة بلدان يقل فيها نصيب الفرد 3 000 سعر حراري [11]ص23. ومع إستمرار سوء التغذية في بلدان توجد لديها إمدادات إجمالية كافية من الغذاء، فإن من البديهي أن يترتب على عدم كفاية الإمدادات الغذائية المزيد من انتشار المشاكل و ذلك بمعدلات أعلى من ذي قبل، ففي خلال الفترة بين 1988 و 1990، كان هناك ما يقرب من 11 بلد يقل فيها نصيب الفرد من السرعات الحرارية، و لامفر من إنتشار الجوع وسوء التغذية بين أعداد كبيرة من السكان البالغ عددهم 123 مليون الذين يقيمون في البلدان التي تردت فيها الحالة الغذائية إلى هذا المستوى الحرج [12]ص347-331.

إن التقديرات الإجمالية للإمدادات الغذائية المتوفرة على المستويات العالمية لا يمكن أن تعكس بدقة مستوى الاستهلاك الأسري من الغذاء [13]ص21، فعلى مستوى الأسرة يتوقف الإستهلاك على قدرة الأسرة على إنتاج الغذاء أو الحصول عليه، التي تتوقف بدورها على مستوى الدخل وتوزيعها وعلى وفرة الغذاء من حيث النوعية و القدرة على اقتناؤه، أما على مستوى الفرد فإن الميول والممارسات الخاصة بالرعاية وتقييم مدى سلامة التغذية، تمثل أيضا عوامل مهمة في تحديد متحصلات الفرد من الغذاء.

2.1.2. النقص المزمن في أغذية الطاقة

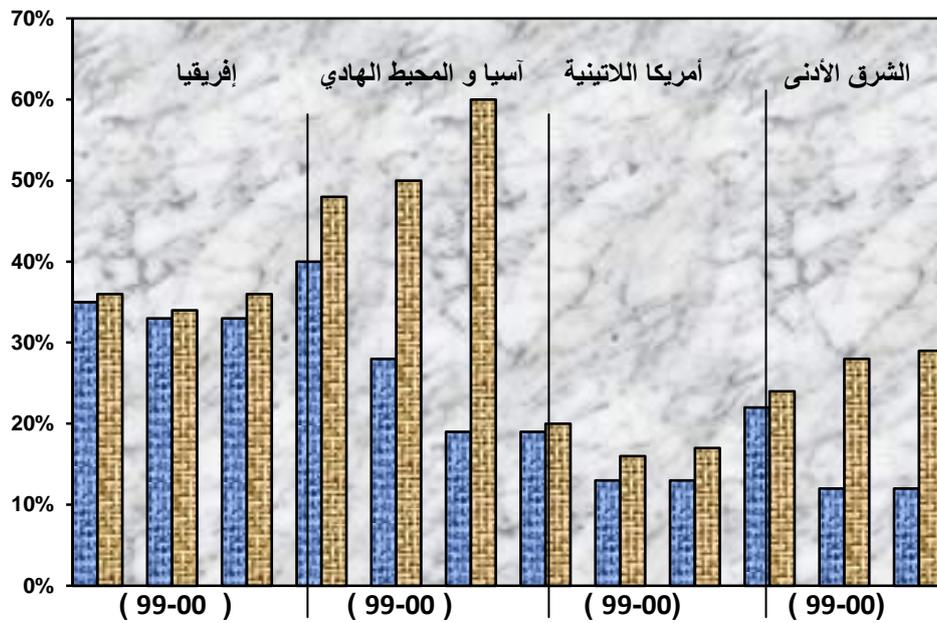
نظرا للاعتبارات التي تحد من إمكانية استعمال أرقام الإمدادات الإجمالية، في تقييم مدى صلاحية الغذاء، فقد وضعت منظمة الأغذية والزراعة منهجية لتقدير عدد ونسبة السكان الذين لا يحصلون خلال فترة سنة واحدة على قدر من الغذاء يكفي لسد إحتياجاتهم من الطاقة، ويمكن إعتبار بعد ذلك أن هذه النسبة من السكان تعاني من نقص مزمن في التغذية، و هذا ما يظهره الجدول التالي:

الجدول رقم 03: إنتشار نقص الأغذية المزمن في الدول النامية من خلال الفترة (1990-2010)
[14]ص9.

المصدر رقم 3: FAO، التغذية والتنمية - تقدير العالمي- المؤتمر الدولي المعني بالتغذية، 1992.

الأقاليم	الفترة	مجموع السكان بالملايين	النسبة %	الذين يعانون من نقص الأغذية بالملايين
أفريقيا	1990 1991	288	35	101
	1999 2001	384	33	128
	2008 2010	505	33	168
آسيا والمحيط الهادي	//	2311	28	645
		2731	19	528
		357	13	47
أمريكا اللاتينية والكاريبي	//	433	13	59
		210	12	24
		269	12	31
الشرق الأدنى	//	3262	26	844
		3938	20	786
		1880	40	751

يلاحظ أنه حدث تناقص مستمر خلال العشرين سنة الماضية في نسبة السكان المصابين بنقص التغذية المزمن، إذ بلغ أعدادهم المطلقة 786 مليون نسمة خلال (2008 و2010)، مقابل 941 مليون نسمة بين (1990 و1991)، فيمثل هذا انخفاضاً في نسبة السكان الذين يعانون من نقص التغذية المزمن من (36 إلى 20%) في هذه البلدان. غير أن هذا التحسن العام لم يتم توزيعه بالتساوي في كل بلد من البلدان النامية، ففي إفريقيا ظلت نسبة السكان الذين يعانون من نقص التغذية المزمن دون تغيير تقريباً منذ السبعينات، ولما كان معدل النمو السكاني في الأقاليم يقارب 3% سنوياً، فقد إزداد عدد المصابين بشكل ملحوظ نتيجة نقص التغذية، و إرتفع من 101 مليون نسمة في (1990 و1991) إلى 128 مليون نسمة في (1999 و2001)، ثم إلى 168 مليون نسمة في (2008 و2010). وفي حين تعد إفريقيا الإقليم الذي عرف أعلى نسبة من السكان المصابين بنقص التغذية 33%، أما العدد الأكبر من المصابين بنقص التغذية المزمن فيبلغ عددهم 528 مليون نسمة، يعيشون في أقاليم آسيا والمحيط الهادي، ولاسيما في جنوب آسيا كما هو مبين(1):



1

المصدر رقم 04:FAO، التغذية والتنمية - تقدير العالمي - المؤتمر الدولي المعني بالتغذية، منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية، 20، 1992.

شكل رقم 01: تقديرات عدد السكان، ناقصي التغذية بصورة مزمنة في الدول النامية، خلال الفترة (1999-2000) [15] ص9.

وقد تأخر معدل تحسن التوفر الغذائي في كل من أمريكا اللاتينية والكاريبي والشرق الأدنى خلال الثمانينات، فرغم أن النسبة كانت بالفعل منخفضة إلى حد ما (12 إلى 13%)، أدى النمو السكاني في الإقليمين في الواقع إلى تزايد العدد التقديري للأشخاص الذين يعانون من نقص مزمن في التغذية،

أما في إقليم آسيا والمحيط الهادي فقد حدث تحسن مستمر خلال السنوات العشرين الماضية وتناقص نسبة السكان المتأثرين بنقص التغذية خلال تلك الفترة من (40 إلى 19%).

3.1.2. سوء التغذية المرتبطة بنقص البروتين والطاقة

يرتبط سوء التغذية بنقص البروتين والطاقة الذي يعطي إضطرابا في النمو أو تأخره بين الأطفال، كما يستخدم تعبير آخر مثل قصور النمو أو أعراض النقص المتعددة بين الرضع، ويطلق تعبير الهزال العام على بعض الأشكال الإكلينيكية المتطرفة لسوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة، ومن بين الأسباب المباشرة لهذا النوع من سوء التغذية (الهزال) نجد قلة المتحصلات الغذائية عن الحد الكافي والإصابة بالأمراض المعدية، وتبلغ الإصابة بهذا النوع أشدها بين الرضع والأطفال الصغار نظرا لارتفاع إحتياجاتهم من الطاقة والبروتين بالقياس إلى وزن الجسم وأيضا حساسياتهم الخاصة بالعدوى.

فالمقاييس الأنثروبومترية لا توفر أساسا كافيا للتقييم وإلتخاذ الإجراءات المناسبة على المستوى المحلي، فهي لا تكشف عن الفوارق بين المناطق الجغرافية أو المجموعات الإجتماعية الإقتصادية فيما يتعلق بالوضع التغذوي، وليست هذه العوامل مسؤولة عن سوء التغذية المرتبطة بنقص البروتين والطاقة والتدابير الواجب إتخاذها لحل مشكلة، لكنها توضح بعض الإتجاهات العامة الممكن إتخاذها لتقييم تأثير البرامج القطرية الواسعة والتخطيط لوضع التدابير الملائمة.

وثمة دلائل كثيرة تؤكد على تدهور الحالة التغذوية أثناء موسم الجوع، أي فترات العجز في الغذاء [16]ص9، ففي هذه الفترات يفقد النساء جزءا من وزنه وينجبن أطفالا ناقصي الوزن، كما أن معدلات المرض والوفيات تصل إلى ذروتها وتقل إنتاجية العمال وتدني الحالة الصحية، وفي المناطق الاستوائية يلاحظ أن انتشار الأمراض المعدية يبلغ ذروته أثناء موسم الشتاء أي الفترة التي تسبق عادة حصاد المحاصيل الجديدة. كما نجد أن هناك حالة طارئة متمثلة في الكوارث الطبيعية مثل الجفاف والفيضانات و إنتشار الآفات الزراعية، والإنسان بسلوكه مسؤولا جزئيا عن أسباب وعواقب المخاطر التي تنشأ في كثير من الحالات وأخطر المشكلات التغذوية تنجم عن الحروب و الإضطرابات الأهلية، وتمثل الوقاية من المجاعات والتخفيف من وطأة الآثار المباشرة وطويلة الأمد للطوارئ الغذائية من أهم التحديات التغذوية التي تواجه العالم اليوم.

تشير التحليلات الحديثة لمنظمة التغذية والزراعة (FAO) ومنظمة الصحة العالمية (OMS) إلى حدوث إنخفاض في مدى إنتشار نقص الوزن بين الأطفال، إذ من خلال تجميع الأرقام الخاصة بإفريقيا وآسيا والشرق الأدنى والأمريكيتين، تبين أن نسبة الأطفال ناقصي الوزن قد إنخفضت من

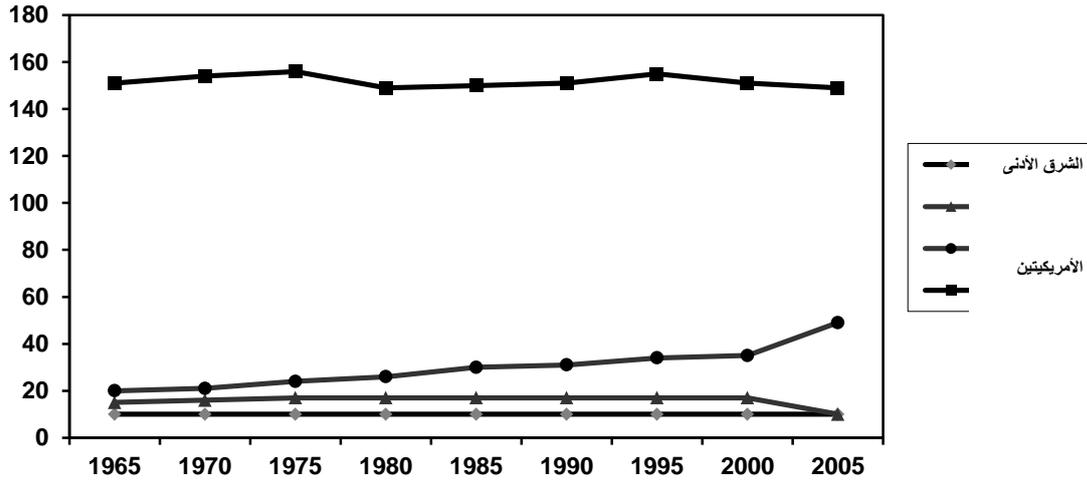
47,5 % في 1995 إلى 40,8 % في 2000، مع توقع حدوث إنخفاضاً جديداً ليصل إلى 3 % بحلول عام 2005، مما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم 04: أعداد الأطفال ناقصي الوزن دون الخامسة وتوزيعهم على الدول المختلفة بالملايين [17] ص 13-14.

المصدر رقم 05: التغذية والتنمية . تقدير العالمي، المؤتمر الدولي المعني بالتغذية، 1992.

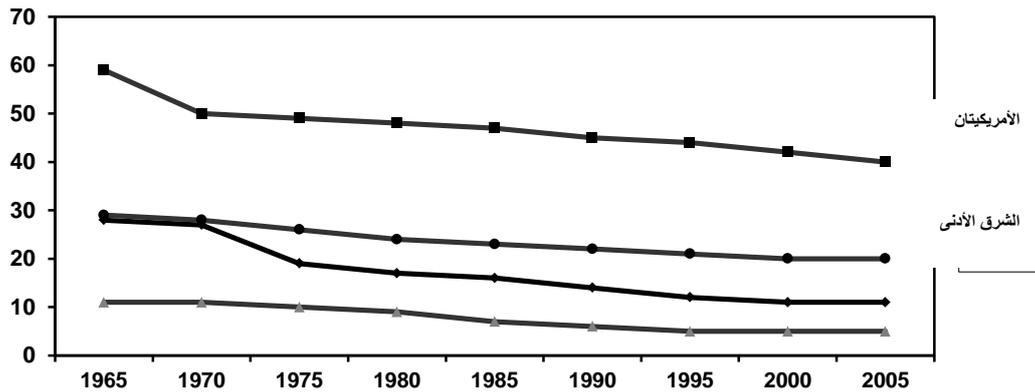
الأقاليم	عدد ناقصي الوزن			ناقصي الوزن %		
	1995	1990	2005	1995	1990	2005
إفريقيا	26	24	22	19,7	27,4	36,5
أمريكتين	12	9	8	7,8	6,8	6,2
آسيا	49	44	41	163,1	154,7	149,3
الشرق الأدنى (غرب آسيا)	22	15	12	2,9	2,9	3,1
متوسط النسبة المئوية / مجموع العدد	47,5	40,8	37,8	193,2	191,9	195,2

نظراً لكثرة عدد المواليد أثناء هذه الفترة فإن العدد المطلق للأطفال ناقصي الوزن ظل ثابتاً نسبياً عند 195,2 تقريباً من متوسط النسب المئوية على المجموع العدد في سنة 2005، ونظراً لعدم توفر البيانات عن كل البلدان فإن العدد الفعلي للأطفال كان أكثر من ذلك. وقد بلغ عدد الأطفال ناقصي الوزن في آسيا سنة 2000 نحو 100 مليون أي 44 % من مجموع الأطفال، أما في إفريقيا فوصل العدد سنة 1995 إلى 20 مليون من الأطفال ناقصي الوزن، وقد ازداد هذا الرقم إلى أكثر من 27 مليون في 2000 ويتوقع أن يزداد إلى 36 مليون نسمة بحلول 2005، لكن حدث إنخفاض طفيف في نسبتهم المئوية إذ إنخفضت من 26% إلى 24% بين 1979 و1990. وفي الأمريكيتين، إنخفضت هذه الفئة من 8 ملايين في عام 1995 إلى 2,8 مليون في 2000 ونسبتهم المئوية إنخفضت من 12 % إلى 9%، وفي الشرق الأدنى من 22% إلى 15%، فإن عددهم الفعلي ظل في حدود 2,9 مليون لمدة خمسة عشر عاماً (1995-2000)، ويظهر تحليل اتجاهات نقص التغذية من عام 1995 إلى 2005. إن هناك تفاوتاً كبيراً في معدل إنتشار نقص الوزن بين الأطفال، وقد قامت منظمة الصحة العالمية بتحليل بيانات التغذية لـ 19 بلداً تم إختيارها على أساس استقصاء بين منطقتين على الأقل تفصل بينهما أربع سنوات أو أكثر، فلو حظ إنخفاض النسبة المئوية للأطفال ناقصي الوزن والذين يعانون من قصر القامة في جميع البلدان بمعدل 3 % تقريباً ومن قصر القامة 2 %، كما هو موضح في الشكلان الآتيان (2) و(3):



2

المصدر رقم 06: Reutlinger, and Slows, M., «Malnutrition and Poverty : Magnitude and Policy Options», World Bank Staff Occasionnels Papiers NO. 23, Washington DC.
شكل رقم 02: عدد الأطفال ناقصي الوزن في كل دول العالم [18] ص 23.



3

المصدر رقم 07: Reutlinger, and Slows, M., «Malnutrition and Poverty : Magnitude and Policy Options», World Bank Staff Occasionnels Papiers NO. 23, Washington DC.
شكل رقم 03: نسب إنتشار نقص الوزن بين الأطفال في كل دول العالم [19] ص 23.

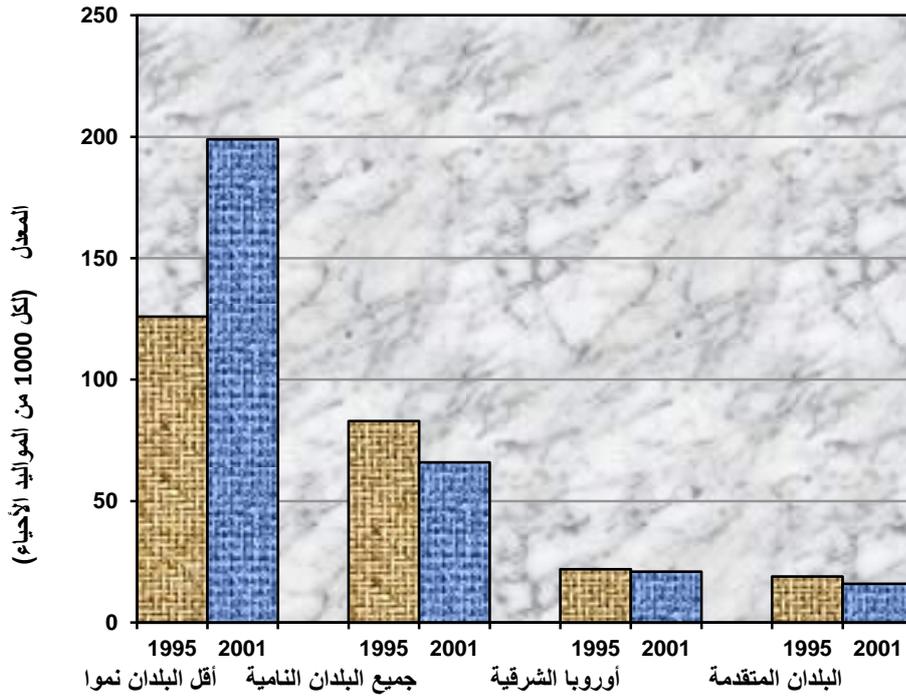
وما يمكن تحليله من الشككين أن هناك إنخفاض سريع راجع إلى الإتجاهات التالية:

- 1- إنخفاض وفيات الرضع والأطفال بمعدلات سريعة.
- 2- إرتفاع النسبة المئوية للأسر التي تستطيع الحصول على مرافق صحية في الحضر.
- 3- إنخفاض معدلات الأمية بين الذكور والإناث وزيادة مقدار السرعات الحرارية والبروتينات المتاحة للفرد.
- 4- إتساع نطاق حملات التحصين، كما لوحظ إقتران زيادة معدلات النمو السكاني والكثافة السكانية بإرتفاع معدلات الإصابة بقصر القامة.

4.1.2. وفيات الرضع و الأطفال

إن تدني الحالة الصحية للرضع الصغار و إصابتهم بالعدوى، مع وجود عوامل بيئية إجتماعية و إقتصادية أخرى، يمكن أن تؤدي إلى وفاتهم، وتتأثر معدلات وفيات الرضع بالعوامل التغذوية، مثل نقص تغذية الجنين الناجم عن نقص تغذية الأم أو عن الإصابة بالعدوى، و التسمم الدموي للحامل، و إصابة الأم بالأنيميا، و ثمة دلائل متزايدة على أن الحالة التغذوية للأم تؤثر تأثيرا مباشرا على تغذية الرضيع و بقائه على قيد الحياة.

أما في البلدان النامية فتتم عملية الفطام بين سن 6 أشهر و عامين و يبلغ تعرض الطفل لأخطار المرض خلال الفترة ما بين 12 و 23 شهرا، فأتثناء هذه الفترة يتعرض الطفل لكثير من أنواع العدوى الجديدة و يتحصل على قدر أقل من لبن الأم و يكون معرضا لسوء التغذية و الوفاة. و يصعب تجميع البيانات عن الوفيات في هذه المجموعة العمرية لعدم توفر بيانات دقيقة إلا عن طريق المسوح التجريبية الدورية، كما يلي (4):



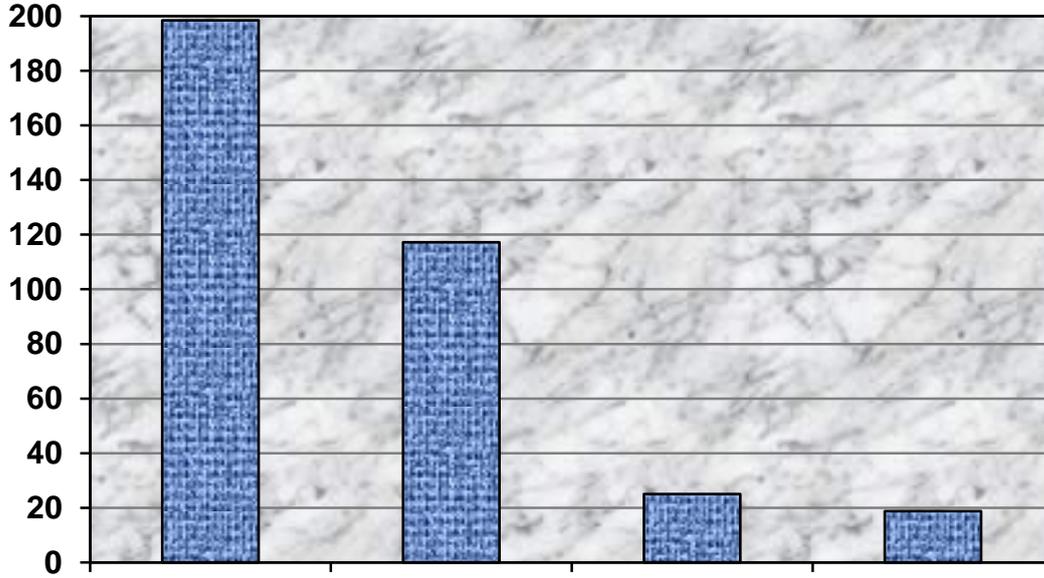
4

المصدر رقم 08: Martorell, R., *Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children*, Americana J. Dis. Child, 2000.

شكل رقم 04: معدلات وفيات بين الرضع في كل دول العالم [20] ص 129.

يلاحظ بوجه عام أن الإحصاءات الخاصة بمعدلات الوفيات بين الأطفال الأقل من خمس سنوات أكثر توفرا من معدلات الوفيات بين 12 و 23 شهرا أو بين 1 إلى 4 سنوات، وقد وجد في البلدان التي تنتشر فيها الأمراض المعدية و الطفيلية بدرجة عالية ما يقارب نصف الوفيات قبل سن الخامسة

وثالث تحدث بعد اكتمال السنة الأولى من عمر الرضيع، وفي البلدان الأقل نموا نجد نحو 200 رضيع لكل 1000 يولدون أحياء ويموتون قبل سن الخامسة مقابل 20 حالة وفاة لكل 1000 في البلدان المتقدمة، أما البلدان النامية فنجد 120 من كل 1000 مولود حي من معدل وفيات الأطفال دون الخامسة(5).



5

المصدر رقم 09: Martorell, R., Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children, Americana J. Dis. Child, 129:1296-1301, 2000.

شكل رقم 05: معدل الوفيات بين الأطفال الأقل من 5 سنوات خلال سنة 2001 [21] ص 130.

وتدل البيانات الصادرة عن شعبة السكان بالأمم المتحدة حدوث تحسنا عام، بحيث في بلدان جنوبي الصحراء الكبرى إنخفض معدل وفيات الرضع من 165 إلى 121 بالألف بينو 1990 و1993، أما جنوب آسيا إنخفض من 157 إلى 115 حالة وفاة بين الرضع في كل 1000 مولود حي، كما إنخفضت هذه المعدلات في الدول الأخرى إلى أقل من 100 في الألف [22] ص 132.

5.1.2. مؤشر كتلة الجسم (Indice poids)

يستخدم مؤشر كتلة الجسم كمزيج من القياسات في وزن وطول الجسم عند البالغين، مع مقارنتها بمعايير مرجعية مختلفة في تقدير مدى الوزن الزائد أو السمنة، بينما تستعمل هذه القياسات بين الرضع عن مدى تأثر الأطفال بالإصابة عند نقص التغذية، غير أنه يظهر الإهتمام في الفترة الأخيرة

باستخدام مقياس وزن و طول الجسم عند البالغين كمؤشر لنقص التغذية أيضا، و تكشف كثير من الدراسات على مدى ملائمة هذا المزيج من القياسات البدنية لكل من البالغين والأطفال، و هذا في تقدير مدى الإصابة بنقص التغذية داخل مجموعة سكانية معينة.

وتشير البيانات إلى العلاقة بين كتلة الجسم عند البالغين ومتوسط العمر المتوقع للعجز الوظيفي، ويرتبط نقص في الوزن بزيادة المرض، ويلاحظ أن القدرة على تحمل عبء العمل وبذل أقصى الطاقة الممكنة من الأنشطة الزراعية وغيرها تنخفض تدريجيا بإنخفاض هذا الرقم، مما يؤدي إلى انخفاض قياسات الإنتاج الإقتصادي، فالرقم الدليلي ليس مرتبطا بمدى كثافة العمل فحسب بل بتدني نوعيته، كإعاقة الوظيفية الحرجة المرتبطة بإنخفاض رقم الدليلي، تأثيره على الحمل مما يؤدي إلى إنجاب طفل له نقص في الوزن عند الولادة، بالإضافة إلى الولادة قبل إكمال فترة الحمل، وتأخر نمو الجنين داخل الرحم ترتفع إذا كانت الأم نحيفة وفي طور المراهقة.

كما جمعت مؤخرا بيانات لمؤشر نقص الوزن في بعض البلدان، في أمريكا اللاتينية وآسيا وإفريقيا بحيث يعتبر الرقم دليلي الذي يقل عن 18,5 مؤشرا على نقص الوزن، والرقم 18,5 إلى 25 مؤشرا على المدى الطبيعي، والذي يزيد عن 25 على الوزن الزائد، أما ما زاد عن 30 مؤشرا على السمنة. تعتبر أغلبية السكان في الهند دون وزن طبيعي أقل من 18,5 حالة استثنائية، أما في خمسة من ستة بلدان أمريكا اللاتينية نجد معدل انتشار السمنة يتراوح من (22% إلى 45%) و 10% من السكان ناقصي الوزن، أما هايتي فهي حالة إستثنائية بالمقارنة مع أمريكا اللاتينية حيث تبين أن أكثر من ربع سكان ناقصي الوزن.

لقد تم الكشف عن الفوائد من الجمع بين مقاييس لكتلة الجسم عند البالغين والحالة التغذوية للأطفال، بتوجيه الإهتمام نحو التعليم، و التخفيف من إحتتمالات الإصابة بالمرض والحد منها يكون كالاتي:

- تشجيع الرعاية من جانب الوالدين،
- تحسين الإمدادات الغذائية على مستوى الأسرة،
- و ضمان الأمن الغذائي.

كما أن نصف مجموع الولادات في البلدان النامية تتم دون حضور أطباء أو ممرضات (قابلات)، و في حالة غياب الإطارات الصحية المؤهلة، خاصة القابلات، يمكن أن تؤدي الدايات أدوارا مفيدة و ذلك عن طريق مراقبة الوزن أثناء و بعد الحمل للأم و الطفل معا، وهذا ما تظهره القائمة التالية:

جدول رقم05: نسب الأطفال المعرضين لنقص الوزن عند الولادة في بعض البلدان النامية للفترة 1999-1990 [23]ص13.

المصدر رقم10:المسوحات السكانية والصحية، 1999-1990.

البلدان النامية	نسب وزن الأطفال عند الولادة %
تشاد	89
باكستان	88
مصر	84
هايتي	82
النيجر	80

من هنا فإن أسباب نقص الوزن عند ولادة الطفل متشابكة، بحيث نجد الإنخفاض يرجع إلى السرعات الحرارية أو الوزن المكتسب أثناء حمل الأم، ففي البلدان النامية نجد أن هذا الإنخفاض راجع إلى نقص وزن و قصر قامة الأم أثناء الحمل، وتعرضها للإصابة بالمرض بسبب إهمالها لرعايتها الصحية.

6.1.2. نقص العناصر الغذائية الدقيقة

1.6.1.2. الإضطرابات الناجمة عن نقص اليود

قبل فترة لا تزيد عن عقدين من الزمن كان نقص اليود يعتبر إحدى المشكلات العالمية الكبرى، حيث كان يلحق الضرر بالنمو والتطور العقلي لأعداد كبيرة من الأطفال وتعطيل مقاومة أجسامهم للعدوى، مما يرفع من وفيات الأطفال إذ يؤدي بدوره إلى تعطيل وظيفة الإنجاب، مما يزيد من معدلات الإجهاض، و ولادة المولود ميتا أو توجد به تشوهات خلقية وغيرها من التأثيرات، بعد معالجة ملح الطعام باليود فقد أصبحت الحماية من نقص اليود متوفرة لحوالي 70% من سكان العالم، وهناك أكثر من 90% من سكان منها 29 بلدا يستخدمون ملحا مضافا إليه اليود بدرجة كافية، و يوجد 36 بلدا آخر تتوفر الحماية لنصف السكان على الأقل. أما في الجزائر، أثبت المسح حول صحة الأم و الطفل لسنة 2000، أن 68,5% من الأسر تستعمل ملح اليود بتفاوت جغرافي

هام[24]ص10. نتيجة لذلك، أمكن تجنب ملايين الناس النتائج الأكثر وضوحاً لنقص اليود، مثل تورم الغدة الدرقية. كما تم إنقاذ مجتمعات بكاملها من العواقب الاقتصادية والاجتماعية الخطيرة، بما في ذلك التدهور العام لقدرات سكانها العقلية.

جدول رقم06: المستويات والمخاطر الكبيرة للأسر التي تستهلك ملح الطعام اليود حسب دول العالم (%)[25]ص15.

المصدر رقم 11: اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

الدول	إستهلاك الأسر لليود	الدول	إستهلاك الأسر لليود	الدول	إستهلاك الأسر لليود
أوكرانيا	4	السنغال	9	بوركينا فاسوا	23
كوريا الديمقراطية	5	أنغولا	10	غانا	28
كمبوديا	7	العراق	10	فجي	31
غامبيا	9	الفلبين	15	سري لانكا	47
مالي	9	تركيا	18	تايلاند	50
موريتانيا	3	باكستان	19		

وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي تحقق، مازال 50% أو أقل من المستهلكين في 34 بلداً يبلغ مجموع سكانها حوالي مليار نسمة يستخدمون ملح اليود، وتشمل هذه البلدان غالبية بلدان أوروبا الوسطى والشرقية. حيث إنخفضت وتيرة التقدم في السنوات الأخيرة، كما تشمل باكستان والفلبين وتركيا، التي تتوفر لديها موارد أكبر، لكن سجلها أقل شأنًا من سجلات بلدان عديدة أخرى وفي 14 بلداً من هذه البلدان الأربعة والثلاثين، تتدنى نسبة ملح اليود إلى 10%، كما أن نقص اليود يزيد من معدلات الإجهاض، وولادة المولود ميتا والعيوب الخلقية.

2.6.1.2. نقص الفيتامين أ

هناك 190 مليون طفل على الأقل يعيشون في مناطق لا تتوفر فيها الأغذية، التي تحتوي بدورها على فيتامين أ بقدر كاف، إذ منهم 40 مليون طفل يعانون من نقص هذا الفيتامين وبينهم 13 مليون طفل ظهرت عليهم بالفعل أعراض ضعف البصر، و يصاب بالعمى الجزئي أو الكلي كل عام ما بين ربع مليون ونصف مليون طفل، ويموت ثلث هذا العدد ببضعة أشهر من أصابتهم بالعمى، وهناك عشرون مليون مهددون بنقص العمى الليلي ومرض الجفاف الملتحقة بسبب نقص فيتامين أ

العدوى الذين يتوزعون في 37 بلدا نصفها في أفريقيا وجنوب آسيا، ويساهم هذا النقص في إضعاف النمو البدني وتعطيل مقاومة الجسم للعدوى، مما يؤدي إلى وفيات الأطفال الصغار [26]ص25.

3.6.1.2. نقص الحديد

يعتبر الحديد عنصرا هاما للصحة، ليس فقط لنمو الجسم لكن أيضا في زيادة حجم الدموي، فخلال الحمل تظهر أهمية الحاجة إلى الحديد في تطور الجنين من خلال ملاحق أنسجته و أيضا في زيادة حجم الدموي للأم و الذي يتطلب 1,5مغ في اليوم، و خلال الرضاعة، المرأة تفقد حوالي 2مغ من الحديد في لتر من الحليب و التي تعوض بشكل غير كافي، على الأقل خلال 6 أشهر الأولى و في 15 شهر من الرضاعة لغياب القواعد الصحيحة.

جدول رقم 07: عدد السكان المعرضين لسوء التغذية بسبب نقص العناصر الغذائية [27]ص65-81.
المصدر رقم 12: Keller, W.D. and Kraut, H.A., Works and Nutrition, in World Review of Nutrition and Dietetics, Bourne G.H. (ed). Vol.3, 2001.

نقص الحديد أو الأنيميا	نقص الفيتامين أ للأطفال الأقل من عامين		الأقاليم حسب تقسيم OMS
	مصابون	مهودون	
	(بالملايين)		
2,6	1,3	18	إفريقيا
94	0,1	2	أمريكا
212	10,0	138	جنوب شرق آسيا
27	-	-	أوروبا
149	1,0	13	شرق المتوسط البحر
1058	1,4	19	غرب المحيط الهادي
2150	13,8	190	المجموع

يصيب نقص اليود أكثر من 200 مليون فرد في جميع بلدان العالم، والفئات الأكثر تعرضا هم النساء والأطفال، ويتمركزون في أفريقيا وجنوب آسيا، وتفتقر الإصابة بالأنيميا بين الرضع والأطفال بتأخر نمو الجسم وتطور القدرات الإدراكية، وضعف المقاومة للعدوى يصاب البالغين بالإرهاق و تدني القدرة على العمل، كما يعرقل بصورة خطيرة الوظائف التناسلية، وتعرضهن للنزيف والأمراض المعدية قبل وبعد وأثناء الوضع، وتمثل هذه الحالات 20% من وفيات الأمهات، بالإضافة إلى تأخر نمو الجنين داخل الرحم، وقلة الوزن عند الولادة مع زيادة معدلات الوفاة أثناء الولادة.

4.6.1.2. نقص الفيتامين ب

يصيب النقص الحاد و المزمن للفيتامين ب البالغين والرضع على حد سواء، نجده عند الأفراد الذين يتكون غذائهم من الأرز المصقول بدرجة عالية، ويتسبب نقص بعض العناصر الغذائية في الإصابة بالبري بري ونجده في آسيا، كما تظهر أعراضه على القلب والجهاز العصبي.

5.6.1.2. نقص النياسين

يتسبب في الإصابة بالبلاجرا التي تتمثل أعراضها المعروفة في الإسهال والتهاب الجلد والعتة، و يحدث لدى الأفراد الذين يعتمد غذائهم على الذرة الرفيعة، ونجدهم بين التجمعات السكانية في المناطق النائية في آسيا وأفريقيا وبين اللاجئين.

6.6.1.2. نقص الفيتامين ج

يصيب نقص الفيتامين ج البالغين و الأطفال و حتى الرضع، و كذلك اللاجئين و المشردين الذين يعتمدون على حصص غذائية وغيرهم، ممن لا تتيح له فرصة استهلاك الفاكهة والخضراوات الطازجة نتيجة للجفاف الشديد في اغلب الأحيان، ومن مظاهر الإصابة نزيف اللثة، النزيف الداخلي خاصة تحت السم حاق ولأنيميا.

7.6.1.2. نقص الفيتامين د

لا يزال الكساح يمثل مشكلة في المجتمعات، والتي لا تحتوي غذاؤها على كميات كافية من الفيتامين د، والتي لا تتعرض بالقدر الكافي لأشعة الشمس التي نجدها في مرحلة الطفولة المبكرة، و التي تنتشر في إفريقيا والشرق الأوسط، وجنوب وشرق آسيا.

8.6.1.2. نقص الفلوريد

تفتقر التربة والمياه في عدة مناطق في معظم البلدان إلى الفلوريد، فهو ضروري لنمو الأسنان بصورة سليمة لمقاومة التسوس، وتدني مستويات الفلوريد في مياه الشرب يزيد من احتمالات الإصابة بتسوس الأسنان، والإفراط لدى هذه المادة يعطي تبقع الأسنان ويؤدي إلى تشوهات في الهيكل العظمي.

9.6.1.2. الزنك والسلينيوم

إن نقص الزنك يزيد من تأخر النمو و احتمالات الإصابة بالإسهال بين الأفراد الذين يعانون من نقص التغذية، ويعرقل عمل الجهاز المناعي، ويقترن نقص السيل يوم الإصابة بمرض كيشان

يصيب عضلات القلب، وخصوصا الأطفال والنساء، و «كاشين - بك» يصيب المفاصل عند الأطفال، نجده أكثر في الصين وآسيا الوسطى و في الاتحاد السوفياتي سابقا.

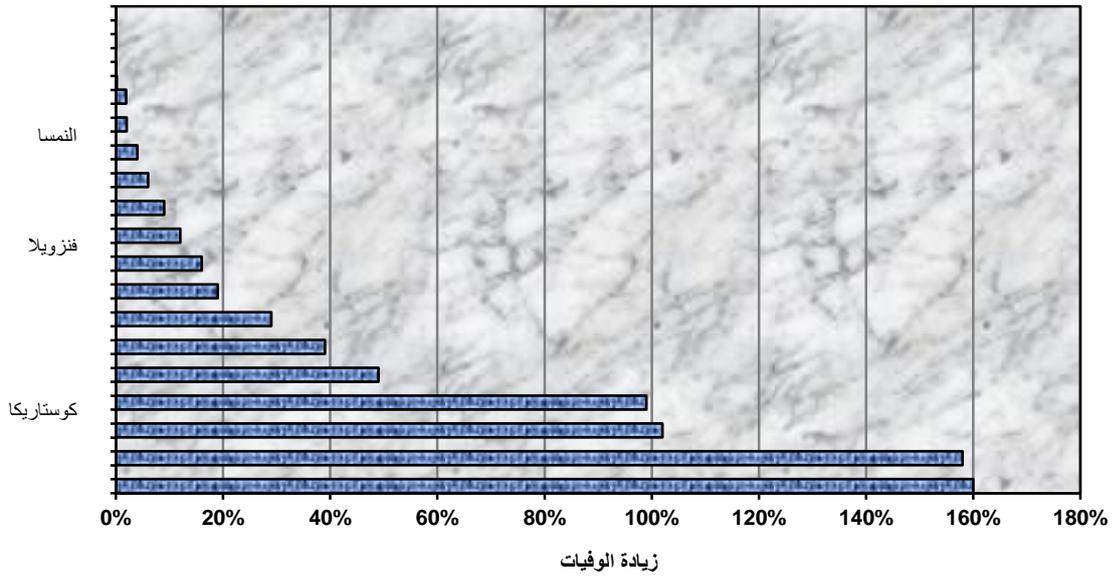
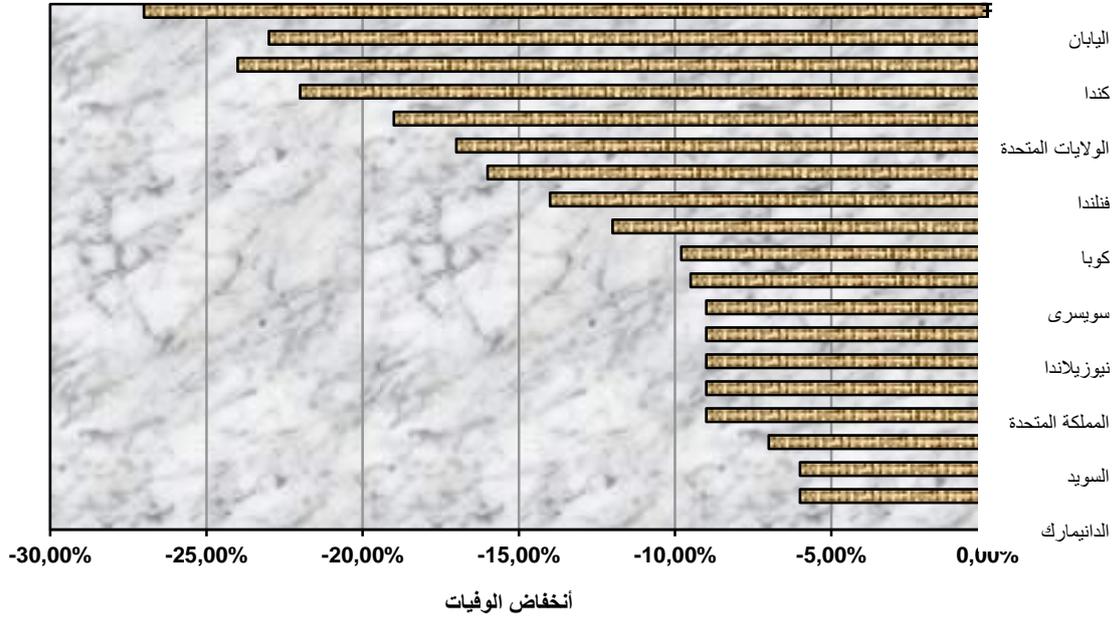
7.1.2. الأمراض المرتبطة بالنظام الغذائي

أدت التغيرات الاجتماعية والإقتصادية الواسعة بما في ذلك سرعة التوسع العمراني وتطور الخدمات الصحية في كل من البلدان النامية والمتقدمة، إلى تحول كبير في مجال الصحة والتغذية في السنوات الأخيرة. وأدى هذا إلى تغيرات كبيرة في أنماط الإصابة بالأمراض حيث أصبح من الواضح في بعض قطاعات المجتمع في البلدان النامية، خاصة الفئات المحرومة إجتماعيا وإقتصاديا إلى تزايد مثل هذا المرض.

خلال الأربعين سنة الماضية، وخاصة في البلدان المتقدمة، إرتبطت بعض الأمراض غير السارية المزمنة إرتباطا وثيقا بالنظام الغذائي، كالجهد الانفعالي، قلة النشاط الجسماني، والتدخين. وقد وجد أن دور النظام الغذائي له أهمية خاصة في حدوث أمراض مثل، السمنة وأمراض القلب والأوعية وإرتفاع ضغط الدم و تسوس الأسنان و السرطان، أمراض المعدة والأمعاء والكبد، بحيث تمثل هذه الحالات أكثر من 70% من الوفيات في البلدان المتقدمة، وقد تبين منذ عشرات السنين أن الزيادة في تلك الاضطرابات ترتبط بالإسراف في متحصلات الجسم من الطاقة ولاسيما على شكل دهون، وأدى الوعي بهذه الحقائق في بعض البلدان إلى بذل جهود تعليمية لتشجيع السكان للتقليل من إستهلاكهم من تلك المكونات الغذائية، مما أدى إلى إنخفاض في معدلات إنتشار هذه الحالات في بعض البلدان المتقدمة، بينما ما زالت بعض البلدان الأخرى تعاني من هذا الإرتفاع. ولهذا حاولت منظمة الصحة العالمية في (1991 / 1992)، أن تحدد العوامل المسؤولة عن تلك الإتجاهات، بإستعراض إتجاهات الوفيات من الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء في 42 بلدا معنيا بالدراسة، ومن بين 42 بلدا نجد 26 منهم يندرج في فئة البلدان المتقدمة و16 بلد من البلدان النامية.

إن الإنجازات المحققة أدت إلى إنخفاض في معدلات إنتشار الأمراض غير السارية المرتبطة بالغذاء، و ذلك مع وجود النسبة المئوية للتخير في معدلات إنتشار المرض بين (1990-1999) والفترة (1995-1999) في 42 بلدا، وذلك بين السكان من سن 65 سنة فأكثر، و قد إنخفض معدل إنتشار المرض في 21 بلدا من بينها 16 بلدا متقدما و5 بلدان نامية، غير أن الإنخفاض كان

ضئلا في البلدان النامية بإستثناء كوبا، وقد حدث إنخفاض ملحوظ في المعدلات في كوبا التي تتميز ببذل جهود ضخمة في مجال الصحة العامة و الإحصاءات الصحية(6).



6

المصدر رقم 13: Martorell, R., *Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children*, American J. Dis. Child, 2000.

شكل رقم 06: النسبة المئوية للتغيرات في معدلات الوفيات نتيجة المرض [28] ص 129

نلاحظ أن هناك زيادة في إنتشار هذه الأمراض في 21 بلدا من بينها 10 بلدان متقدمة و 11 بلدا ناميا، ومن بين تلك البلدان المتقدمة أربعة بلدان في أوروبا الغربية، ولكن الزيادة كانت أقل من

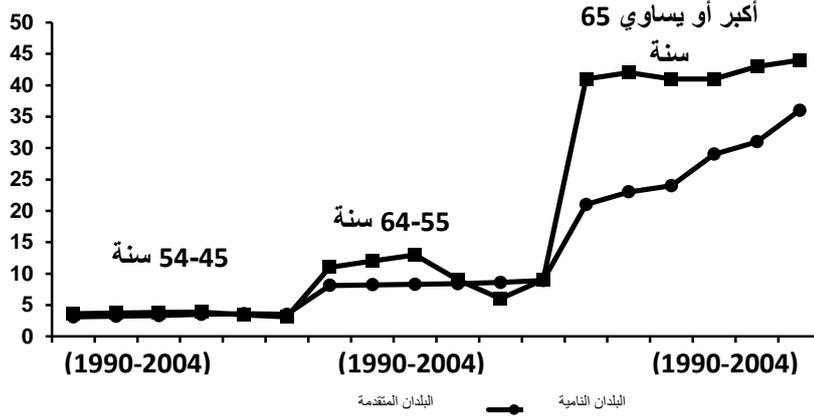
5% ومن ثم فإنها لا تعتبر ذات دلالة إحصائية، ولم تحدث زيادة كبيرة إلا في بلدان أوروبا الشرقية، وفي البلدان النامية حيث كانت معدلات الزيادة أكبر من معدلات الإنخفاض في البلدان المتقدمة، أما التغيرات المئوية في عدد المؤشرات المتعلقة بالبلدان، مع تقسيمها إلى مجموعتين تشهد إما تناقصاً أو تزايداً في الوفيات من تلك الأمراض.

جدول رقم 08: معدلات وفيات للأفراد الذين تجاوزوا 65 سنة بسبب الأمراض (1990-2010) [29]ص45.

المصدر رقم 14: James, W.P.T., Body Mass Index: An Objective Measure for the Deficiency in Adults. Rowley Research Institut, Aberdeen, Estimation of Chronic Energy 2002

المؤشرات	البلدان التي شهدت تناقص في معدلات الوفيات للذين تجاوزوا 65 سنة	البلدان التي شهدت تزايداً في معدلات الوفيات للذين تجاوزوا 65 سنة
	سبب الأمراض المزمنة (%)	
احتمالات الوفاة قبل اكتمال السنة الأولى من العمر	63,7-	63,2 -
متوسط العمر المرتقب عند الولادة	8,2 +	11,2+
التوسع الحضري	17,5+ p< 0,02	38,6+ p<0,02
الناتج القومي الإجمالي	445,3+	446,5+
عدد السرعات الحرارية	8,9 + p<0,02	18,2+ p<0,02
البروتين (غ / يوما)	10,4+ p<0,02	21,3+ p<0,02
الدهون (غ / يوما)	23,5 + p<0,02	46,2+ p<0,02

وكانت اتجاهات متشابهة في هاتين المجموعتين فيما يخص احتمالات وفيات الرضع قبل إكمال السنة الأولى من عمره ومتوسط العمر المرتقب، وكذلك نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، ويلاحظ أن هناك عاملين أساسيين و رئيسيين اللذين يتفاوتان بين مجموعتين هما، درجة التوسع الحضري ومدى توفر الغذاء، ويرجع هذا العامل الغذائي الرئيسي مؤثراً في نسبة السرعات الحرارية المستمدة من الدهون. كما يمكن توضيح اتجاهات الوفيات حسب المجموعات العمرية من (7).



7

المصدر رقم 15: Spur, G., «Physical Activity, Nutritional Status and Physical Work Capacity in Relation to Agricultural Productivity, in Energy Intake and Activity », New York 2001.

شكل رقم 07: متوسط معدل الوفيات حسب السن [30] ص 15.

نلاحظ عدم حدوث تغييرات هامة في معدلات الوفيات الخاصة بالبلدان المتقدمة و النامية للفئة العمرية الأولى بين (54-45) سنة، بينما عرفت الفئة العمرية الثانية (64-55) سنة إنخفاضا في معدلات الوفيات بنسبة 9% في البلدان النامية، بينما 11% لدى البلدان المتقدمة، وأما الفئة العمرية الثالثة أكثر من 65 سنة لم يحدث تغير للبلدان المتقدمة، بينما لوحظ زيادة كبيرة لدى البلدان النامية 37%.

2.2. العوامل المؤثرة في الحالة التغذوية

1.2.2. الأغذية و التغذية (Alimentation et Nutrition)

1.1.2.2. إستهلاك الأغذية

تتأثر الحالة التغذوية بمحتوى الأغذية المستهلكة من العناصر الغذائية، مقارنة بإحتياجات الفرد التي تتوقف على السن و الجنس، ومستوى النشاط البدني والحالة الصحية و إلى مدى إستخدام الجسم للعناصر الغذائية، و يلاحظ أيضا بوجه خاص أن الأمراض المعدية تؤثر في المتحصل الغذائي و العناصر المغذية. و الواقع إن العلاقة التآزرية بين قلة المتحصل الغذائي و الأمراض المعدية لهما من القوة إلى حد يصعب معه تقدير دور كل منها على حدة، وتعتبر الوجبات الغذائية كافية إذ كانت

تتوفر على القدر الكافي من: الطاقة، البروتين، والدهون والكربوهيدرات، والعناصر الغذائية الضرورية، بما في ذلك الألياف الغذائية، وهذا لسد إحتياجات الجسم على نحو متوازن ومنوع ومقبول طبقاً لتقاليد المجتمع [31]ص5.

و يحتمل الإصابة بنقص بعض المغذيات، إذا كانت حصيلة الفرد من الغذاء أقل من الحد المناسب، وعلى العكس من ذلك، قد تنشأ مشكلات أخرى متعلقة بالتغذية إذا كانت حصيلة الفرد من الغذاء أكثر من الحد المناسب، ويحتاج الجسم إلى تحصيل كميات كافية من العناصر الغذائية لتوفير الطاقة اللازمة لعمليات الأيض* والنشاط، والتصدي للأمراض والنمو، و تزداد الإحتياجات من العناصر المغذية، بما في ذلك الطاقة والبروتين، في حالات الحمل والإرضاع، وقد كان هناك حتى وقت قريب في السبعينات إعتقاد شائع بأن نقص البروتين هو السبب الرئيسي في سوء التغذية، و بذلت جهود كبيرة لزيادة الإستهلاك من الأغذية الغنية بالبروتين، كما كان ثمة تركيز في كثير من الأحيان على تشجيع إستهلاك البروتين «عالي الجودة» المستمد من مصادر حيوانية.

وقد أصبح واضحاً أن الوجبات الغذائية التي تقوم على الحبوب المدعمة بالبقول تحتوي على أنماط من الأحماض الأمينية التي توفر مستوى كافي من البروتين، و ذلك بإفتراض أن الفرد يستهلك كميات كافية من الطعام لسد إحتياجاته اليومية من الطاقة، و الواقع أن مشكلة نقص الطاقة أخطر شأناً من نقص البروتين لدى المجموعات السكانية التي تعاني من سوء التغذية بين الأطفال بسبب عدم كفاية متحصلاتهم الغذائية. و حيث أن الرضع و الأطفال الصغار لا يستهلكون سوى حجم محدود من الغذاء كل مرة، فإن ثراء محتويات طعامهم من العناصر الغذائية و الطاقة لها أهمية خاصة، و حتى في حالة وجود مقادير وفيرة من الطعام، تعتبر الرضاعة أكثر الوسائل فعالية إقتصادياً لسد الإحتياجات الغذائية للأطفال الصغار، و لا يحتاج الطفل الطبيعي خلال 4-6 أشهر الأولى من حياته إلى أي غذاء أو سائل غير لبن الأم، بل أنه لا يحتاج إلى الماء، لسد إحتياجاتهم التغذوية. و من مزايا الكبرى للبن الأم، التي يمكن أن تكون لها تأثيرات هامة بالنسبة للحالة التغذوية للرضيع، أنه يحمي الطفل من العدوى [32]ص299-320.

وفي حالات كثيرة تؤدي المتحصلات الغذائية المفرطة و غير المتوازنة؛ إلى زيادة مخاطر الإصابة بعدد من الأمراض الرئيسية المزمنة غير السارية المرتبطة بالغذاء، و منها أمراض الشريان التاجي، و إرتفاع ضغط الدم، و السكتة القلبية، و السكر، و بعض أنواع السرطان، و بالإضافة إلى ذلك تتفاقم مشكلات المتحصلات المفرطة و غير المتوازنة بسبب عدة عوامل أخرى

مثل تعاطي الكحول و استهلاك التبغ، و الإجهاد، و قلة مستوى النشاط البدني نتيجة لتغير أساليب العيش، و لاسيما في المناطق الحضرية، كما أن الإستعداد الوراثي يعد من العوامل المهمة، حيث يختلف الأفراد في مدى حساسيتهم للآثار السلبية لمختلف العوامل، وكثيرا ما يستهلك الأفراد في فترة الإنتقال من أساليب العيش في الريف إلى أساليب العيش الأكثر تحضرا، من وجبات غذائية تتسم عادة بارتفاع محتواها من البروتين والدهون والكربوهيدرات المكررة، و قلة محتواها من الكربوهيدرات المعقدة ومن الألياف الغذائية، و كثيرا ما تتواكب هذه الإتجاهات في إستهلاك الغذاء مع زيادة فرص الحصول على أغذية أكثر تنوعا في المناطق الحضرية وتوفر تلك الأغذية.

و يلاحظ بوجه عام أن إستهلاك الفواكه و الخضر المختلفة واللحوم والأسماك و منتجات الألبان و الزيوت النباتية و السكر و الحبوب المكررة يكون أكثر بوجه عام في المناطق الحضرية، على حين ينخفض إستهلاك الدرنات و الحبوب الكاملة و الخشنة و البقول و القطن في تلك المناطق، غير أن الفقراء من سكان المناطق الريفية كثيرا ما لا يستطيعون تحمل أثمان الطائفة الواسعة من الأغذية المتاحة للبيع، و يضطرون إلى الإعتماد على عدد محدود من الأغذية ذات الأسعار الزهيدة.

2.1.2.2. توفر الأغذية وفرص الحصول عليها

يعتبر توفر الأغذية الأساسية على المستوى الوطني و على مستوى الأسرة حجر الزاوية في الرفاهية التغذوية، لذلك يعد تعزيز قاعدة الإنتاج الغذائي شرطا لازما لتحسين التغذية في معظم البلدان التي تعرف عجزا غذائيا، وفضلا عن ذلك توفر الزراعة بما في ذلك صيد الأسماك و الغابات والصناعات الريفية المرتبطة بها، مداخل للفقراء وهم عادة من أشد الفئات تعرضا للأخطار من الناحية التغذوية، و من بين المشكلات الأكثر إلحاحا التي ينبغي التصدي لها [33]ص29.

إن الحاجة إلى زيادة الإنتاج والرفع من مستويات المعيشة للمنتجين الصغار والمحرومين من حيث التربة و المناخ و الإقامة في المناطق النائية؛ و الحاجة إلى أن تضمن للمنتجين عائدا تمكنهم من الأخذ بتكنولوجيات تزيد من الإنتاجية وتحقق الاستخدام الأمثل لليد العاملة؛ والحاجة إلى تقديم دعم كافي للزراعة في ميزانيات التنمية التي تكون بأعباء ثقيلة، و لا سبيل إلى إيجاد حلول دائمة للمشكلات التغذوية إلا عن طريق الجهود المبذولة للحد من الفوارق الاجتماعية و تخفيف وطأة الفقر.

إن المشكلات التغذوية لا ترتبط فقط بالحجم الكلي للإمدادات الغذائية، فكثيرا ما تكمن المشكلة في عدم توفر لدى الفقراء للقدرة الشرائية اللازمة للحصول على حاجتهم من الغذاء. وهكذا لتوفير مستويات كافية من الأغذية المأمونة، و التي تكون فيها القيمة الغذائية مقابلة لإحتياجات السكان، يتعين في الوقت نفسه توفير فرص كافية كي تحصل كل أسرة على حاجاتها من تلك الإمدادات، ويعني مفهوم الأمن الغذائي الأسري أنه يتعين أن تتاح لكل أسرة الإمكانات المادية والاقتصادية، للحصول على أغذية كافية من حيث كمياتها و نوعيتها ومدى سلامتها، و يتوقف هذا بدوره على إمكانية حصول الأسرة على الموارد المختلفة، حتى تضمن تغذية كافية دون أن تتعرض لخطر فقدان فرص الحصول على تلك الموارد، مما يساعد على تحسين التغذية زيادة الإنتاج الغذائي بغرض الاستهلاك الشخصي، أو كمصدر للدخل أو المساعدة على تثبيت الأسعار.

وفي البلدان النامية أين يعيش فيها ما يقرب ثلثي السكان في المناطق الريفية، يعتبر إنتاج المحاصيل و الإنتاج الحيواني و السمكي من المصادر المباشرة للغذاء، و لتوفير المداخل اللازمة لشراء الطعام، و تكاد تكون كل المجتمعات المحلية في العالم، مهما كانت نائية تعتمد إلى حد كبير على الأسواق، و من ثم فإن نسب التبادل التجاري وفعالية نظم التسويق، ووجود أسعار عادلة للمنتجين والمستهلكين و حالة الأسرة كمشترية، و تعد كلها من العوامل الهامة المحددة للحالة التغذوية.

ويعد العمال الزراعيون و أسرهم الذين يحصلون على الغذاء من أجورهم التي تتسم في أكثر الأحيان بعدم الانتظام وعدم الإستقرار، من أكثر الناس تعرضا لخطر إنعدام الأمن الغذائي، وفي البلدان التي لم تنفذ فيها الإصلاحات الزراعية اللازمة يشكل المستأجرون للمزارع الصغيرة فئة أخرى من الفئات المعرضة بشدة للأخطار، و في المناطق الحضرية التي يشتري فيها الأفراد معظم حاجتهم من الغذاء يتعرض الفقراء لمخاطر تقلبات أسعار الأغذية و تغير ظروف الإستخدام و مستويات مداخلهم، و يرتبط تحسين مستوى تغذية الأسر الفقيرة إرتباطا وثيقا بزيادة مداخلها و ممتلكاتها، غير أن الفقر لا يعني فقط انخفاض المداخل و قلة الممتلكات مما يؤدي إلى تدني مستويات الإستهلاك، بل يتمثل أيضا في انخفاض مستويات التعليم و سوء حالة المساكن و ظروف الصحة العامة [34]ص203-235. و تتوقف درجة تحويل الدخل الإضافي إلى تحسين إستهلاك الأغذية و الرعاية الأسرية في الأمد القصير، على المستوى الحالي للدخل و التعليم، و خاصة بالنسبة للأمد، و كذلك على السمات الإجتماعية و الثقافية

للجماعة السكانية، مما قد يؤثر على إتخاذ القرارات، وعندما يكون للأمم قدر من السيطرة على ميزانية الأسرة، فإن الأطفال يحصلون على قدر أكبر من المزايا، كذلك تؤثر موسمية الإنتاج في البلدان النامية على فرص الحصول على الغذاء من حيث أنها تؤدي إلى خلق الإمدادات الغذائية و تدفق الدخل النقدي على الأسر، من بيع المحاصيل أو من أجور العمل الزراعي، ومن حيث فترات الذروة بالنسبة للعمل الزراعي و من ثم استهلاك الطاقة و أسعار الأغذية.

و تتأثر فرص الحصول على الغذاء في المناطق الريفية بتركيبية المحاصيل بما في ذلك المحاصيل الأساسية و الثانوية و النقدية. و هذه الأخيرة حسب البحوث التي أجريت تبين أن لها تأثير إيجابي على التغذية من حيث زيادة دخل المنتجين الريفيين و هذا ما يساعدهم على شراء الغذاء عند الضرورة، بالإضافة إلى زيادة التدفقات النقدية لكن عدم إنتظامها مع وجود مخاطر التسويق و الإنتاج و إنخفاض نوعية الأراضي المستخدمة للزراعة قد تكون سلبية على التغذية.

وعموما تعتبر النساء والأطفال المجموعة الأكثر تعرضا لسوء التغذية بنسبة تتراوح بين 20% إلى 50%، وهذا ما نجده في بنغلاداش الريفية، أين سجلت الوفيات المبكرة فيها عند الإناث أكبر منها عند الذكور، بالإضافة إلى أن الأم تلعب دورا قطعيا في تغذية الطفل خصوصا في الأشهر الأولى من حياته حيث لا يمكن الإستغناء عن حليب الأم [35]ص13. كما أن عمل الأم خارج المنزل يمكن أن يكون له تأثيرا على الوفيات عند الأطفال وهذا ما أوضحه Taylor في دراسته ببنجاب الريفية والهند، بأن التدخلات الطبية والتغذوية لم يكن لها جدوى في تحسين صحة الأطفال، وهذا راجع لإنهماك و إرتكاز الأم في مهمات أخرى غير رعاية الطفل خصوصا خلال مواسم الحصاد، في الفترات أين تكون فيها الحرارة مرتفعة، سجلت غامبيا علاقة بين النشاط الموسمي للأمم في سوء التغذية والإسهال والوفيات.

غير أن العلاقة بين مشاركة الأم في الأشغال و وفيات الأطفال هي الأكثر تعقيدا، فالعلاقة ليست فقط الوقت المسخر للعناية بالطفل لكن كذلك الدخل، حيث أوضح Kumar في مثاله المتعلق بالهند، بأن الوقت المتزايد للمرأة التي تقضيه في العمل خارج المنزل له وزنه السلبي في تغذية الطفل، لكن الدخل الضعيف له تأثير مباشر في إستمرار حياة الأطفال عند السن المبكر، لكن له تأثير سلبي على الوضعية التغذوية للجنين، أي أن هذا المشكل له حدين: أحدهما له تأثير طويل المدى والآخر هو أكثر ظرفية. إن نسبة المولودين الجدد الذين يزنون أقل من 2500غ ترتفع بحوالي 5% في الدول المتقدمة، وتذهب من 15% إلى 30% في الدول النامية. غير أن

في غواتيمالا الريفية، التي فيها العناية الطبية الجيدة التي كانت مخصصة للبحث، فالوفيات كانت مرتفعة 4 مرات لدى الرضع ذوي الوزن 2500غ عند الولادة، مقارنة بالأطفال الأكثر ثقلًا والمولودين في نفس المقاطعة، ونفهم بسهولة التدخلات المباشرة من طرف الخدمات الصحية الأولية (SSP= système de santé primaire) برنامج الصحة الأولية بطريقة المنهجية.

3.1.2.2. جودة الأغذية وسلامتها

إن التدابير السليمة لمراقبة الأغذية تساعد على الحد من خسائرها، ويساعد على تطوير النظم الغذائية الصحية، و فضلًا عن ذلك يؤدي التأكد من جودة الأغذية و سلامتها إلى تشجيع التجارة العالمية في الأغذية، كما يؤدي إلى خلق فرص عمل جديدة وزيادة المداخيل، و كذلك إلى تحسين الحالة الغذائية في نهاية المطاف. إن لمراقبة جودة الأغذية أهميتها بالنسبة لسكان الريف و الحضر على السواء، فالمحافظة على جودة و سلامة الغذاء تتوقف على الضوابط و الإحتياطات التي تطبق على مختلف مراحل سلسلة إنتاج الأغذية، والوقاية من التلوث الميكروبي والكيميائي للأغذية أمر ضروري في كل مكان. وإذا ما تم تصنيع الأغذية بطريقة غير سليمة، فإن ذلك قد يعرض المستهلكين لأنواع شتى من الملوثات، وبالإضافة إلى ذلك ينبغي إعداد الأغذية المصنعة و تعبئتها على نحو يضمن إستفادة للمعايير الأساسية الخاصة بجودة الأغذية وسلامتها[36]ص10.

وهناك أيضا تعبيرًا واسع النطاق، هو القلق من الملوثات التي توجد في البيئة، مثل بقايا المبيدات وغيرها من الكيماويات الزراعية، وبينما لا تزال المستويات التي توجد بها هذه الملوثات في معظم الأغذية تعتبر مأمونة حتى الآن، فإنه يلزم بذل الجهود لضمان جودة وسلامة الأغذية باستمرار، بغية حماية المستهلكين وتشجيع التجارة الدولية. والواقع أن التوعية بأساليب المناولة والتصنيع الصحي لا تقل أهمية في المنزل عنها في صناعة الأغذية. فهناك إحتياطات بسيطة يمكن أن تساهم إلى حد كبير في بقاء الأغذية سليمة في المنزل و في المتاجر الصغيرة وفي أماكن تناول الطعام. ومن الممكن أن يؤدي تدني جودة الأغذية وإنتشار الأمراض التي تنتقل بواسطة الغذاء إلى عواقب إجتماعية و إقتصادية صعبة. وفي بعض الحالات تكون العواقب بالغة الخطورة، لاسيما بالنسبة للبلدان ذات الموارد المحدودة. فالأمراض المنقولة بواسطة الغذاء في حد ذاتها تتسبب في تناقص الدخل و إنتاجية العمل، وتزايد تكاليف الرعاية الطبية. كما أن إشتهار بلد ما بسوء نوعية الأغذية التي ينتجها قد يؤدي إلى تناقص عائداته من التجارة والتصدير ومن السياحة.

2.2.2. الصحة والتغذية

1.2.2.2. سوء التغذية والعدوى والصحة البيئية

لا تزال التغذية الجيدة و الصحة بعيدة المنال عن أغلبية سكان العالم، فتوفر المقادير الكافية من المياه النظيفة، و التدابير الفعالة للصحة البيئية، والممارسات المنزلية التي تلتزم بقواعد النظافة الصحية و مكافحة ناقلات الأمراض و باستخدام الخدمات الصحية، تساهم في تحسين الحالة التغذوية. وعلى العكس من ذلك، فإن زيادة التعرض للمخاطر الصحية تؤدي إلى زيادة احتمالات سوء التغذية، إضافة إلى الأمراض المصاحبة للإسهال، والحصبة من أنواع العدوى الحادة التي تصيب الجهاز التنفسي والدرن. وتعد الملاريا والأميبيا، والبلهارسيا من أهم الأمراض الطفيلية من حيث تأثيرها على التغذية [37]ص74-86.

و تؤدي الأمراض المعدية إلى الإضرار بالحالة التغذوية للأطفال من خلال عدة آليات من بينها: تقليل متحصل الجسم من الغذاء والماء بسبب ضعف الشهية للطعام، وقلة إمتصاص الجسم للأغذية المهضومة وإستفادته منها، زيادة المتطلبات الأيضية (Métabolisme) للجسم ومن ثم زيادة احتياجاته التغذوية، وتبديل المسالك الأيضية. وكذلك من خلال التخفيض العمدي أو الكلي لما يتناوله الفرد من الطعام، وهذا ما أكد عليه Moseley W.H [38]ص128 في نموذج التصوري - بين تأثير الوفاة والأمراض للأطفال- فوضح الدور الهام بين التكامل البيولوجي لسوء التغذية والأمراض المعدية، بحيث نجد الماء والغذاء كعامل معددي عن طريق اليد والفم، فينتج عنها أمراض منها العصارا المعدية و الإسهال وأمراض الأمعاء الغليظة بسبب البكتريا والفيروسات، أما الطفيليات فهي الأكثر إنتشارا.

نستطيع التغلب على هذه الأمراض المعدية بالتنظيف عن طريق الماء، كما يجب على الأم أن تأخذ حذرهما عند تسخين الغذاء قبل تناوله والحفظ الجيد للمياه الصالحة للشرب، وحرص أفراد الأسرة على غسل الأيدي، التي يمكن أن تسبب خطرا كبيرا على الصحة.

وهناك بيانات توضح بشكل خاص التصرفات الإجتماعية تجاه تلوث الماء والغذاء. فنجد في غامبيا مثلا تغذية الأطفال صغار السن يكون في بعض الأحيان دون مراقبة، و يتم تحضير المون من حساء لمدة 8 إلى 9 ساعات بطريقة فوضوية، و الغذاء المتبقي من المساء يحتفظ به للغد [39]ص128. بينما في بنغلاداش نجد تلوث الأغذية في المناطق الريفية التي ترتبط بتكرار

الإسهال المقاس بالعامل المعدي. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية أن نسبة حالات الإسهال الراجعة إلى أمراض منقولة بواسطة الغذاء تصل إلى 70%، وتساهم أطعمة الفطام الملوثة ببكتيريا E.Coli فيما يقرب 25% من حالات الإسهال. و يؤدي الإسهال عادة إلى قلة الشهية للطعام مما يتسبب في إصابة الطفل بسوء التغذية، كما أن بعض العوامل قد تؤدي إلى الإجهاد والوضع قبل اكتمال الجنين. ومن كل هذا يمكن القول أن هناك علاقة مباشرة بين المتغيرات الفصلية وتلوث الأغذية عند الأطفال الأقل سنًا [40] ص 454. كما أن تكرار الإسهال يؤدي إلى سوء التغذية المزمن الناجم عن نقص البروتين والطاقة وإلى الأنيميا ونقص الفيتامين أ، لاسيما بين الأطفال الصغار، مما يتسبب في تعثر النمو وإعاقة الجهاز المناعي و من ثم إلى إضعاف مقاومة الجسم للأمراض المعدية الأخرى.

ويعد الإسهال - الراجع في أكثر الأحيان إلى العدوى المنقولة بواسطة الغذاء- أخطر الأمراض تأثيراً على نمو الرضع، كما تمثل الأمراض المتقلبة بواسطة الغذاء إحدى المشكلات الصحية المهمة بالنسبة للبالغين أيضاً، فالمسنون و الأفراد الذين يعانون من تعطل فعالية الجهاز المناعي (مثل السرطان والإيدز) خاصة لما يسببه من آثار [41] ص 3-19. إن الحرارة المرتفعة تعمل على تكاثر البكتيريا بـ 100 مرة، بسبب الإستعمال السيئ للغذاء، وليس متعلق بالرضاعة، ويصعب في كثير من حالات معرفة ما إذا كان المرض المعدي أو قلة الوجبات الغذائية هو السبب في تأخر النمو عند الأطفال، والواقع أن هاذين العاملين يتآزران معا ويؤدي كل منها إلى تفاقم تأثيرات العامل الآخر. ومن ثم يؤدي إلى ما نسميه بمركب سوء التغذية والعدوى، وقد لا يكون للتأثير المركب للأمراض المعدية وعدم كفاية النظام الغذائي أثناء المرض عواقب خطيرة بالنسبة للأطفال الذين يحصلون على التغذية الجيدة. أما ناقصي الوزن، فإن نوبات العدوى تكون أشد خطراً، ولا بد من كسر مركب سوء التغذية والعدوى إذا أردنا تحسين الحالة التغذوية.

وتعتبر الصحة البيئية والتمويل بالمياه وسلامة الغذاء من العوامل المهمة المحددة للحالة التغذوية والصحية، ويلاحظ أن تلوث مصادر المياه يتوقف على العادات الصحية، مثل وسائل التخلص من الفضلات و النفايات و إن كانت وفرة المياه في حد ذاتها هي العامل الأهم في معظم هذه الحالات. كما يلاحظ أن التمويل بالمياه والمرافق الصحية يقترن بإنخفاض في معدلات الإصابة بأمراض الإسهال وتحسين الحالة الغذائية، وإنخفاض في معدلات وفيات الأطفال، و يتوقف تأثير هذه التحسينات على عوامل أخرى مثل مستويات الدخل و المستوى التعليمي، ومن

مزايا توفر المياه الصالحة للشرب بالقرب من المنازل التقليل من الوقت الذي تقضيه النساء في جلب المياه، وما يبذل من طاقة في سبيل ذلك، رغم أن حوالي مليوني طفل يموتون سنويا بسبب الإسهال وغيره من الأمراض المرتبطة بنوعية المياه، إلا أن العالم ما زال غير قادر على الحصول على المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي الملائمة لمن هم في أمس الحاجة لذلك. فعلى الصعيد العالمي [42]ص45، نجد إرتفاع التغطية بمصادر المياه من 78% عام 1990 إلى 82% عام 1999. كما توفرت سبل الوصول إلى المياه النظيفة لأكثر من 800 مليون شخص، وقد إرتفعت التغطية بالنسبة للصرف الصحي من 54% عام 1990 إلى 59% عام 1999.

إلا أن هذه الزيادة من حيث الأرقام المطلقة، لم تواكب الحاجة إذ أن أكثر من مليون نسمة مازالوا غير قادرين على الوصول إلى مياه الشرب النظيفة، وأكثر من ثلث سكان العالم، لا تتوفر لهم أية وسائل صحية للتخلص من الفضلات البشرية. وفي البلدان النامية الستة عشر الأكثر إكتظاظا بالسكان، حيث يعيش 80% من مجموع سكان العالم لا تزال التغطية بمرافق الصرف الصحي تمثل تحديا يفوق في أهميته تحدي الحصول على المياه، فمثلا في الصين وفي جمهورية الكونغو الشعبية وأثيوبيا و الهند، تتوفر مرافق الصرف الصحي الملائمة لأقل من نصف السكان وحتى مع الإرتفاع في التغطية [43]ص15، كما حدث في البنغلاداش من 37% عام 1990 إلى 53% عام 1999، و باكستان من 34% عام 1990 إلى 59% عام 1999.

ما زالت أعداد كبيرة من السكان معرضة للخطر بسبب النقص في الوسائل الآمنة للتخلص من الفضلات البشرية، بحيث أن هناك مليونين من الأطفال اللذين يموتون سنويا بسبب الإصابة بالإسهال وغيره من الأمراض المرتبطة بنوعية المياه هم أقل من خمس سنوات. كما يعاني ملايين الأطفال من إنتهابات الديدان، التي تنجم عن وجود فضلات جسم الإنسان و النفايات الصلبة في البيئة وتسبب الأنيميا وسوء التغذية، وتؤدي في بعض الأحيان إلى الوفاة.

بالإضافة إلى الأمراض والوفيات، هناك أيضا بؤس الحياة في المجتمعات التي تفتقر إلى المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي الملائمة، وكذلك عبء الوقت اللازم لإحضار المياه، الأمر الذي يؤثر بشكل سلبي على الفتيات، حيث يتم ذلك على حساب تعليمهن وعلى النساء على حساب صحتهن ورعاية أطفالهن.

جدول رقم 09: مجموع السكان المشمولين أي التغطية في العالم [44] ص 15

المصدر رقم 16: اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2000.

الدول	مصدر المياه النظيفة		الدول	مرافق الصرف الصحي
	1999	1990		
بنغلادش	(91)	97	تايلاند	96 (76)
مصر	(94)	95	مصر	94 (87)
إيران	(86)	95	تركيا	92 (88)
الهند	(78)	88	الفلبين	83 (74)
باكستان	(84)	88	إيران	81 (81)
الفلبين	(87)	87	المكسيك	73 (69)
المكسيك	(83)	86	لفيتنام	73 -
البرازيل	(83)	83	البرازيل	72 (63)
تركيا	(78)	82	اندونيسيا	65 (54)
تايلاند	(71)	80	نيجيريا	63 (60)
اندونيسيا	(69)	76	باكستان	59 (34)
الصين	(71)	75	بنغلادش	53 (37)
نيجيريا	(49)	57	الصين	38 (29)
فيتنام	-	56	الهند	31 (21)
كونغو الديمقراطية	-	45	ج كونغو الديمقراطية	20 -
أثيوبيا	(22)	24	أثيوبيا	15 (13)

إن إمكانية الوصول إلى المياه النظيفة تتحسن بشكل عام في مختلف مناطق العالم، ولكن بعض البلدان مازالت متأخرة في هذا الصدد [45] ص 19. ففي جمهورية الكونغو الديمقراطية وأثيوبيا ونيجيريا و الفيتنام على سبيل المثال، نجد أن نسبة الحصول على المياه الصالحة للشرب هي دون 60%. وفي بعض البلدان الأخرى، مثل البنغلاداش، فإن التلوث بالزرنخ يحول المياه المتوفرة والتي يفترض أن تكون نظيفة ومأمونة إلى مياه غير مأمونة إلى درجة تنذر بالخطر.

إن إيصال المياه الصالحة للشرب إلى سكان المناطق الريفية هو من أكبر التحديات، حيث أن 29% من سكان الريف في العالم لا يستطيعون الحصول على المياه النظيفة، و حوالي 64% لا يحصلون على مرافق للصرف الصحي، و في المناطق الحضرية نجد أن معدلات النمو

السكاني العالية تفوق في سرعتها الزيادة في التغطية بالمياه للصرف الصحي، على حد سواء[46]ص41

إن للممارسات الزراعية تأثيرات مهمة على صحة المجتمعات الريفية[47]ص37، بحيث ينبغي الموازنة بين الآثار الضارة التي يحتمل أن تنجم عن الري، ومن بين مزايا زيادة الإمدادات الغذائية والمداخيل التي يمكن أن تحقق عن طريق الري، بالإضافة إلى الاستخدام غير السليم للكيميائيات الزراعية يؤدي إلى الكثير من المخاطر الصحية.

3.2.2. النظام الغذائي وأساليب العيش

إن أساليب العيش الصحية التي تساعد على زيادة إحساس الفرد بالرفاهية يمكن أن تكون سدا واقيا من المرض. وتشمل هذه الأساليب تناول وجبات غذائية متوازنة، إضافة إلى ممارسة الرياضة البدنية بانتظام، و التقليل من الإجهاد، و تجنب إستعمال الكحول و التبغ. ولا يزال التدخين هاجسا صحيا في جميع أنحاء العالم، حيث يرتبط ارتباطا مباشرا بزيادة معدلات الوفيات بسبب السرطان، و بسبب تأثيراته على الحالة التغذوية للجنين.

إن المعطيات التي جمعت مجموعات سكانية شتى في الدراسات الوبائية الحديثة، تؤكد على أهمية النظام الغذائي وأساليب العيش فيما يتعلق بسوء التغذية، وتتجلى العلاقة بين التغيرات في النظام الغذائي وإنخفاض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية، وبين أساليب العيش التي تفتقر بصورة متزايدة إلى الحركة و النشاط، في تبدل الصورة العامة لمعدلات الأمراض والوفيات في الكثير من المناطق التي تتعرض حاليا لتغيرات إجتماعية وإقتصادية سريعة. ومن الأمثلة الواضحة في هذا الصدد، أوروبا الشرقية، حيث تبين في الدراسات التي أجريت مؤخرا انخفاض أمل الحياة عند الولادة في المناطق الأقل تقدما في تلك الدول، حتى وإن كانت معدلات وفيات الأطفال لا تزال في تناقص مستمر[48]ص5.

وعلى الرغم من أن الأمراض غير المعدية المرتبطة بالغذاء توجد أساسا بين التجمعات السكانية، فقد أصبحت تلك الأمراض من الإنشغالات التي تقلق الطبقات الفقيرة والمتوسطة في البلدان الصناعية. كما أنها بدأت تمثل مشكلات في مجال الصحة العامة في الكثير من البلدان النامية، و قد حدث في الكثير منها -البلدان النامية- تحول ملحوظ في مشكلات نقص التغذية، والتحول إلى تلك المشكلات المتعلقة بالإسراف في المحصلات الغذائية وعدم توازنها.

4.2.2. الرعاية الصحية وإمكانية الحصول عليه

ثمة خدمات صحية شتى يمكن أن تحسن من الحالة التغذوية، فالتحصين يساهم في كسر ذلك التحالف الخطير بين سوء التغذية والعدوى، والخدمات العلاجية تقلل من فترات المرض كما أن معالجة الجفاف من شدة أمراض الإسهال ومن عواقبها، والتغذية الكافية أثناء نوبات الإسهال وبعدها تعجل بالشفاء، كما أن الإقتصار على الرضاعة الطبيعية يقلل كثيرا من مخاطر الإصابة بالإسهال ومن شدته، وتأثيره في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضيع، و يمكن عن طريق الرعاية التي تسبق ولادة الطفل في تحسين وزنه عند الولادة. كما نجد أن الأساليب المتبعة في التوليد لها تأثير كبير في بداية عملية الرضاعة الطبيعية وإستقرارها. وقد تمثل البرامج التي تستهدف تكملة النظام الغذائي لفئات معينة بالحديد وفيتامين أ و اليود تدخلات صحية فعالة في هذا الصدد[49]ص11.

و تتوقف الإستفادة من الخدمات الصحية على توفر تلك الخدمات و وجود الأفراد المدربين و البنية الأساسية و الأدوية الضرورية، و على رغبة السكان في الحصول على تلك الخدمات. إن هذه العوامل تتفاعل فيما بينها و تتوقف على ما يحصل عليه المساعدون الصحيين من دعم و مدى قدرتهم على العمل، و مدى رضاهم عن الوظائف التي يشغلونها، و من العوامل التي تؤثر في إستخدام الخدمات الصحية مدى تقبل المجتمع لها، و نوعيتها و فرص الحصول عليها و العلاقة بين القائمين على تقديم الخدمة الصحية و بين المرض.

تؤدي الخدمات الصحية الأولية دورا حيويا في الوقاية من سوء التغذية، وتحسين الحالة التغذوية، فبينما يكون الشاغل الأول للمريض هو الحصول على الخدمات العلاجية على مستوى المركز الصحي القائم في الحي الذي يقطن فيه، يلاحظ أن هناك عناصر أخرى للرعاية الأولية لا بد من توفرها للمحافظة على مستوى تغذوي كاف. وتتمثل هذه العناصر في التنقيف الصحي وتوفير مياه الشرب المأمونة، والخدمات الصحية الأساسية و الرعاية الصحية للأمومة و الطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة، وحمالات التطعيم ومكافحة الأمراض المزمنة، و توفير الأدوية الضرورية. وتعد خدمات رعاية الأمومة و الطفولة المحور الرئيسي للخدمات الصحية المحلية فيما يتعلق بالتغذية.

و يعتبر إنشاء شبكة لخدمات رعاية الأمومة و الطفولة لرصد نمو الأطفال والعمل على تشجيع ذلك الرصد من أهم تدابير الصحة العامة الرامية إلى الوقاية من نقص التغذية. فعندما يتعثر النمو يمكن أن يتم تحديد أسبابه بسرعة، سواء كانت متعلقة بالنظام الغذائي، أو متصلة بأساليب التغذية، أو بمشكلات إجتماعية إقتصادية معينة، و بعد ذلك تتخذ الإجراءات المناسبة.

و بالنظر إلى الظروف الإقتصادية الحالية التي تواجهها الكثير من البلدان النامية والفقيرة، فإن النطاق الذي تغطيه مثل هذه الخدمات الصحية المحيطة لا يزال محدود جدا، وقد اضطرت الكثير من الحكومات بسبب المعوقات المالية إلى إلغاء الخدمات المنتقلة التي كانت شائعة في الماضي، وقد تؤدي المصاعب الراهنة إلى تدهور نوعية تلك الخدمات، و تعد هذه الظروف من العوامل التي تزيد من مخاطر سوء التغذية.

إن الخدمات الصحية النظامية لا تغطي سوى نسبة محدودة من المجتمعات المحلية، و المحور الذي يدور حول مفهوم الرعاية الصحية الأولية هو مشاركة المجتمعات المحلية في العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الخاصة بها، و تنظيمها لتلك العناصر، و ذلك بدعم من أقرب مركز صحي، و قد إتسع نطاق هذه الرعاية منذ إنعقاد مؤتمر «ألما أتى» [50]ص597 حتى أصبحت تغطي عددا كبيرا من المجتمعات المحلية في معظم البلدان، و أن كان من الضروري أن تصل إلى أعداد أكبر، فكثيرا ما يتم ذلك عن طريق إنشاء لجان صحية قروية و تدريب المساعدين الصحيين في المجتمع. ويعتبر مدى وعي المجتمع المحلي بالقضايا الصحية و قدرته على وضع برنامج صحي على المستوى المحلي، من العوامل المهمة الأخرى التي تحدد الحالة الغذائية، حيث أن كل جوانب الرعاية الصحية يمكن أن يكون لها تأثيرا في التغذية، و من ثم فإن وجود مثل هذه الأنشطة الشعبية تعتبر من العوامل المهمة التي يتوقف عليها مستوى تغذية الأطفال الصغار و الأمهات.

1.4.2.2. التغذية و تنظيم الأسرة

يدرك راسمو السياسات في اندونيسيا، أن إرتفاع مستويات الخصوبة زادت من صعوبات تلبية الطلب على الأرض و فرص العمل والخدمات، ولذا يسعى هذا البلد إلى وضع إستراتيجيات تستهدف إشباع حاجات العدد المتزايد من السكان، و تشجيع تكوين الأسر الصغيرة في أن واحد. و يرى أخصائيو الصحة الأندونيسيون أن تحسين التغذية و تنظيم الأسرة غايتان جوهريتان و متلازمتان لتحسين نوعية الحياة، ففي1990 وصل عدد سكان اندونيسيا إلى 179,322 مليون نسمة ومع أن معدل النمو قد إنخفض بشكل سريع إلى 1,97% في الفترة 1990، فإن إرتفاع عدد الشباب بين سكان اندونيسيا -أكثر من 64 مليون نسمة تقل أعمارهم عن 15 عاما- يشير إلى أن النمو السكاني سيكون سريعا في المستقبل.

لقد حقق البرنامج الأندونيسي لتنظيم الأسرة الذي يشرف عليه مجلس التنسيق الوطني لتنظيم الأسرة، نجاحا ملحوظا في خفض معدلات الخصوبة، عندما شرع في تنفيذ المشروع قبل عشرين عاما، كان المعدل الخام للمواليد 43%، أما الآن فهو تبلغ 28%. و مع أن عوامل إجتماعية كثيرة قد ساهمت في خفض معدل المواليد فإن التعريف بالوسائل الحديثة لمنع الحمل و إستخدامها كان السبب الرئيسي لإنخفاض الخصوبة، وعلى الرغم من تحسن المحاصيل الغذائية و أساليب الرعاية التغذوية للأطفال مازالت أندونيسيا تواجه مشكلات تغذية خطيرة في أربعة مجالات هي، سوء التغذية المرتبط بمتحصلات البروتين و الطاقة، و نقص الفيتامين أ، و الإضطرابات الناجمة عن نقص اليود، و فقر الدم المترتب عن نوعية التغذية.

2.4.2.2. التحسن في المجال الصحي

يعد «مشروع تحسين تغذية الأسرة» [51]ص146-160 من أهم الآليات التي تسعى الحكومة الأندونيسية عن طريقها معالجة مشكلات التغذية. و نظرا للصعوبات التي يصادفها المختصون في خدمة السكان الذين يقدر عددهم 200 مليون نسمة من الأسر المقيمة في المقاطعات الريفية وهذا في جميع أرجاء الأرخبيل، مما جعل أندونيسيا تعتمد على المختصين في مجال تحسين الصحة.

و نجاح برامج التغذية و تنظيم الأسرة مرتبط إلى حد كبير بمدى خبرة المختصين الذين يعملون في مراكز صحية على مستوى المجتمع بإسم بوسياندو. وقد زاد عدد هذه المراكز زيادة سريعة في السنوات الأخيرة إذ بلغ 231,589 مركزا في جميع أنحاء البلد، و يقدم المتطوعون خدمات تغذية شتى مثل تعبئة الإمدادات، بما في ذلك الجرعات التكميلية من الحديد، و كبسولات فيتامين أ، كما يقوم بتسجيل و تبليغ المعلومات لأغراض الرقابة التغذوية، و كذا ترويج شعارات التوعية التغذوية، كما يقوم المختصين أيضا إلى جانب جهودهم الرامية إلى تحسين التغذية بالترويج عبر الرسائل الخاصة لتنظيم الأسرة، مثل المفهوم الأمثل للأسرة (الأسرة السعيدة المزدهرة المؤلفة من الوالدين و ثلاثة أطفال) و الإشهار فيما يتعلق بمنع الحمل، و بما أن هؤلاء المختصين ينتمون إلى المجتمعات المحلية التي يخدمونها وأنهم يملكون معرفة وثيقة بالمنتفعين من خدماتهم، مما يجعل مناقشة المسائل المتعلقة بالتغذية و منع الحمل أقل صعوبة.

3.4.2.2. القيم التقليدية والحياة الحديثة

تسعى الإستراتيجية الأندونيسية إلى الإستفادة من الهياكل و العلاقات الإجتماعية القائمة على تعزيز برامجها، و تحظى السياسة السكانية بتأييد واسع النطاق، إذ يشترك الأزواج في المسؤولية على كل مستويات الحكومة في تنفيذ البرامج، و تبذل جهود نشطة لكسب التأييد من الناحية الدينية و العادات و التقاليد المتوارثة من المجتمع، و تسهل القيم الثقافية التقليدية مثل إقتسام المسؤوليات و تنفيذ البرامج التغذوية والسكانية، وفي الوقت نفسه لا تتردد أندونيسيا في التشجيع على تغيير الممارسات الثقافية عند الضرورة.

ومع أن إتجاهات الإقتصاد الكلي تؤثر حتما في قدرة أي بلد من البلدان في مواجهة مشكلات التغذية، كما تسبب تغيرا ديموغرافيا، فإن خبرة أندونيسيا توضح أن تحسين التغذية وخفض معدلات الخصوبة لا ينتظر حدوث تحولات إجتماعية و إقتصادية واسعة النطاق، والواقع أن الإسقاطات السكانية و المؤشرات التغذوية و الإحصائيات الزراعية قد أقتعت القائمين على التخطيط و رسم السياسات في أندونيسيا بأن هذه لا تتم إلا إذا ما تم الحفاظ على المكاسب التي حققت حتى الآن و ضمان تطوراتها.

5.2.2. الرعاية والتغذية

1.5.2.2. على المستوى الأسرة

تعتبر الرعاية في حد ذاتها عنصرا ضروريا من عناصر التغذية السليمة و الصحة الجيدة، فقد يحدث سوء التغذية حتى لو كانت الأسرة تستطيع الحصول على الطعام بالمقادير و الأنواع الملائمة، و الإستفادة من الخدمات الصحية المناسبة و على الرغم من أن تحسين التغذية يستلزم توفر مداخل كافية و مقادير أكبر من الغذاء و خدمات صحية موسعة، فإن هذا في حد ذاته لا يمكن أن يحقق تحسنا إلا إذا تمكنت الأسرة من الإستفادة من هذه المزايا. و بالإضافة إلى الحاجة إلى تعزيز قدرة الأسرة على رعاية أفرادها، فإن تحسين الحالة التغذوية للفئات المحرومة و الحساسة قد يتوقف أيضا على قدرة المجتمع على مساعدة تلك الفئات و مدى إستعداده لذلك [52]ص203-235.

و يقصد بالرعاية، القيام داخل الأسرة و المجتمع بتوفير الوقت و العناية و الدعم من أجل تلبية الإحتياجات الجسمانية، و العقلية و الاجتماعية للطفل في مرحلة النمو، و لسائر أفراد الأسرة، وهي

التي تؤدي إلى الإستخدام الأمثل للموارد البشرية و الإقتصادية و التنظيمية، و فيما يتعلق بتغذية الأطفال بوجه خاص تتيح الرعاية أفضل إستخدام للموارد الغذائية الأسرية في تغذية الطفل. و هي تعني ضمن الإستخدام الفعال للموارد في حماية الأطفال من العدوى، و رعاية الطفل أثناء فترات المرض، و كذلك مساعدة سائر الأفراد الذين قد لا يتمكنون من الإعتناء بأنفسهم بسبب العجز أو الشيخوخة، و تشمل الرعاية بوجه عام تعزيزا للتطور النفسي للفرد، و هذه الأهداف في حد ذاتها يمكن أن تعود بالنفع على التغذية و الصحة، و من المعلوم أن المؤازرة الوجدانية بما تكفله من إحساس بالأمان، تعد من العوامل المهمة التي تؤثر في تغذية الطفل في المراحل المبكرة و من حياته.

2.5.2.2. أدوار المرأة في مجال التغذية

هناك طرق عديدة تساهم بها المرأة في تحديد الحالة التغذوية لجميع أفراد الأسرة. و في حين إن هذه الإسهامات تكون كبيرة في جميع أنحاء العالم النامي، فإنها تكون حاسمة بوجه خاص في الأسر الريفية والفقيرة والتي تشرف على رعايتها الإناث، وتؤثر النساء على التغذية عن طريق العادات الغذائية التي يتبعنها، فالنساء هن خزان المعارف المتعلقة بالأغذية و التغذية، و التي تتراوح بين معرفة ما يصلح للأكل من المنتجات الحرجية غير الخشبية و المهارات الخاصة بالطبخ، و تتولى النساء المسؤولية الرئيسية عن إطعام الأطفال و تعليمهم أمور التغذية، و تكوين أنماط تناول الطعام، و تعليم الأطفال التقاليد المتصلة بالأغذية.

وتؤثر المرأة أيضا على التغذية عن طريق الرعاية الصحية التي تمنحها وتلقاها، كما تتولى النساء المسؤولية الرئيسية عن رعايتهن للأمومة والطفولة، ويشمل هذا متابعة مراحل الحمل، والتوعية التغذوية أثناء الحمل وتوفير الأغذية والمكملات المغذية، والتوعية الصحية وحضور عملية الولادة، وحماية الرضاعة الطبيعية والوقاية من الأمراض الشائعة ومكافحتها، وكفالة النظافة العامة داخل الأسرة [53]ص14.

تعهد المسؤولون الذين حضروا مؤتمر القمة العالمية من أجل الطفل قبل عشر سنوات بضمن توفير سبل الحصول على الرعاية الصحية لجميع النساء في فترة الأمومة مع حلول العام 2000، ورغم ذلك نجد أن 44 مليون امرأة من نساء العالم النامي مازلن يفتقرن إلى الرعاية قبل الولادة.

جدول رقم 10: توزيع نسب الرعاية الصحية للأمهات حسب الدول النامية [54]ص12.

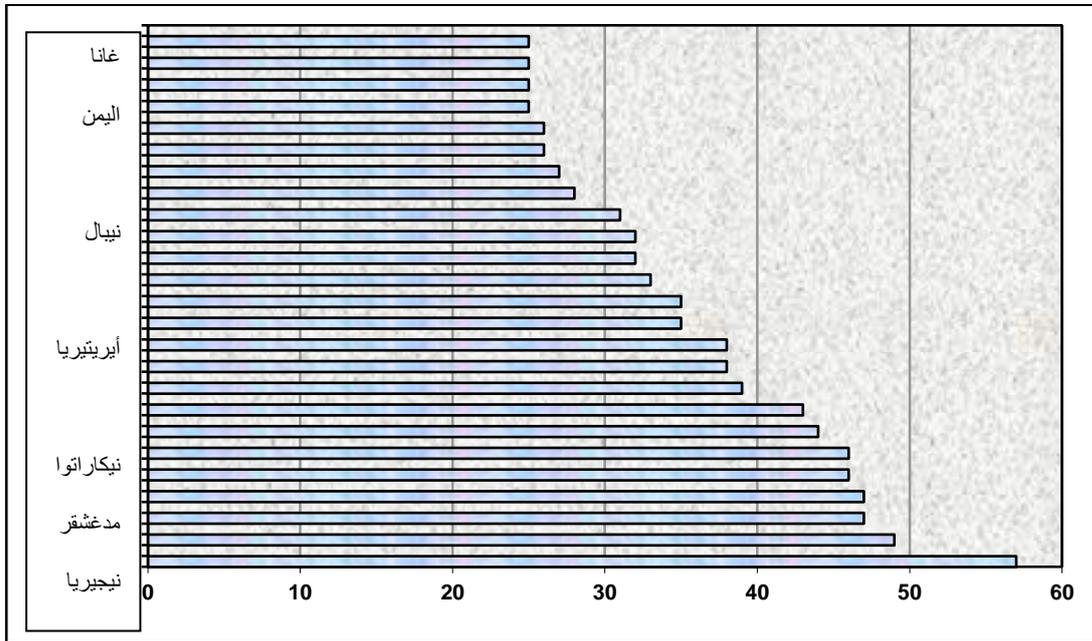
المصدر رقم 17: المسوح السكانية والصحية ، منظمة الصحة العالمية، اليونسيف، (1990-1999).

الدول النامية	نسب الرعاية الصحية للأم
تشاد	23
نيبال	24
مالي	25
بنغلادش	26
باكستان	26
كمبوديا	34
اليمن	34
النيجر	39
المغرب	42
موريتانيا	48
إريتريا	49
الهند	49
تنزانيا	50

و نستخلص من النتائج ما يلي، يتسبب نقص الرعاية المقدمة للأمهات أثناء الحمل وعند الولادة، إلى حد بعيد في وفاة 600 ألف من الأمهات، وحوالي خمسة ملايين رضيع في سنة 1990، أما قبل الولادة مباشرة أو أثناء الولادة أو في الأسبوع الأول من حياتهم (أنظر الملحق 1 و2). و من بين 88 بلدا تتوفر عنها بيانات وهناك 13 بلدا تدعوا أوضاعها إلى البأس. وقد تبين أن أدنى نسب رعاية الأمهات توجد في بنغلادش وتشاد ومالي ونيبال وباكستان، كذلك فقد إحتوت المسوح على أخبار سارة مفادها أن أكثر من 90 % من النساء في 27 بلدا حصلن على الرعاية المتخصصة مرة واحدة على الأقل أثناء فترات حملهن، ومن هذه البلدان كينيا ورواندا وأوغندا وزامبيا [55]ص12.

الرعاية الصحية مع تتبع الطبيب أو الممرضة أو القابلة تسمح بتسهيل عملية تحصين الأمهات، وبتيح للكوادر الصحية الفرصة لمراقبة الحمل والتعرف على التعقيدات والمضاعفات، ويشجع على التغذية الجيدة ومراعاة مبادئ الصحة العامة والراحة الكافية، تتجه معدلات رعاية الأمومة إلى انخفاض الوفيات الأمهات عند الدول التي تعنتي بالمرأة و إلى إرتفاع الوفيات في البلدان التي تكون فيها أوضاع المرأة و مكانتها على ما يرام، وينجم ذلك عن قلة الفرص المتاحة للمرأة في مجال التعليم وشبه حرمانها من الخدمات الاجتماعية، كما أن سكان المناطق الجغرافية الفقيرة النائية يكونون أقل حظا وعددا من سكان المناطق الحضرية من حيث الوصول إلى الخدمات الصحية

المعتادة. بما فيها الرعاية الملائمة للأمهات، أما النسب المئوية الوطنية فلا تفصح عن الصورة بكاملها لأنها تخفي وراءها نسب تفاوت كبير بين المناطق الريفية والحضرية. عندما تصبح الفتاة في سن المراهقة تتعرض صحتها وصحة أطفالها للتهديد، كما أن الحمل المبكر يعني أن الفتيات يفقدن فرصهن في الدراسة، وبالتالي تقل فرصهن في الحصول على وظيفة. و تقدم المخاطر المقترنة بأمومة الشابات اليافعات مثالا واضحا على إنتهاك حقوق الأطفال في الصحة والبقاء لكل من الأم الفتية وطفلها. إن أطفال الأمهات اليافعات أكثر تعرضا لأن يولدوا دون الوزن الطبيعي، ومن ثم الوفاة خلال الأشهر الأولى من حياتهم، مقارنة بالأطفال الذين تنجبهم أمهات أكبر سنا، إذا ما تعدى هؤلاء الأطفال الشهر الأول وهم أحياء، فإنهم يبقون أكثر عرضة لإحتمال الوفاة قبل بلوغ الخامسة من أعمارهم[56]ص17. أما بالنسبة للأمهات الصغيرات السن، فتزداد مخاطر وفاتهن أثناء الولادة، فإحتمالات وفيات الأمهات اللواتي أعمارهن فوق الخامسة عشر أثناء الوضع تعادل ضعف إحتمالات وفيات الأمهات اللاتي في العشرينات، بينما تزداد مخاطر وفيات الأمهات دون سن الخامسة عشر خمسة أضعاف. كما أن النشاط الجنسي المبكر يزيد عدوى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز)⁽⁸⁾ [57]ص19.



8

المصدر رقم 18: اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق وشمال إفريقيا، ص17، 2000.

شكل رقم 08: نسب النساء اللواتي في سن الإنجاب عند 15 و 49 سنة خلال الفترة (1999-1990) [58]ص19.

تظهر البيانات المأخوذة من 54 بلدا في سنتي 1990 و1999، أن أكثر من امرأة واحدة من بين كل عشر نساء في بنغلادش وتشاد و غينيا وموريتانيا ونيجيريا، تضع مولودها الأول وهي دون سن الخامسة عشرة، أما في موريتانيا فترتفع النسبة بدرجة أكبر من غيرها حيث تضع حوالي ربع النساء مولود الأول قبل بلوغهن الخامسة عشرة، وأكثر من نصفهن قبل أن يبلغن سن الثامنة عشر، وفي عشرين بلدا آخر نجد أن أكثر من ربع النساء يرزقن بمولودهن الأول قبل أن يبلغن الثامنة عشر، و من الطبيعي أن تلد النساء اللواتي يبدأن في الإنجاب خلال فترة المراهقة عددا من الأطفال أكثر من غيرهن خلال سنوات إنجابهن، مما يعرضهن إلى أخطار أكثر. وفي تشاد وساحل العاج، تمثل 10% أو أكثر من الفتيات أمهات مع بلوغهن الخامسة عشرة يبلغ معدل الإنجاب 6 أطفال لكل امرأة واحدة أو ضعف معدل الخصوبة في العالم النامي:

وكما نشير إلى أعمال [59]ص122-123 W.H.Mosely، فيما يخص دور المرأة، بحيث تطرق إلى العوامل الأساسية التي تؤثر على حياة الطفل منها:

عوامل الخصوبة، عمر الأم عند الإنجاب والفترة الإنجابية وعدد الأطفال المنجبين يؤثران بشكل هام على وفيات الأطفال، حيث ترتفع الوفيات عندما يكون عمر الأم أقل من 18 سنة أو أكثر من 35 سنة، وعندما يكون عدد الأطفال المنجبين أكثر من أربعة أو عندما تكون فترة بين الولادات قصيرة أقل من عام، وكما ينتج خطورة من كثرة الإنجاب عند النساء اللاتي يبدأن الإنجاب في سن مبكر بحيث أن المقاييس البيولوجية لا تظهر بوضوح لكن عواملها الخطيرة تظهر في الولادة المبكرة، ما يعرف بالخدج(7 أشهر للحمل) وضعف الوزن عند ولادتهم، لدى الدول المتقدمة والنامية و يزداد الخطر بشكل أسوأ، حيث ينخفض الوزن عند الولادة إلى أقل من 2500 غ تحصلنا على 100% من الأطفال أقل من 1000 غ، نفس الشيء بالنسبة لعمر الأم المرتفع فعدد التشوهات الخلقية قبل الولادة مرتفعة و كذا عند النساء الأصغر والأكبر سنا، لهن خطورة التعرض للوفاة خاصة أثناء التوليد التي هي أكثر ارتفاعا.

إن من بين الأسباب السوسيو- اقتصادية التي لها تأثير على وفيات الرضع المرتبط بالمتغيرات الوسيطة منها :

سن الزواج، سن عند أول زواج تناسلي، العدد المرغوب للأطفال، تنظيم الولادات، المعرفة بوسائل وطرق منع الحمل، رعاية الأمومة، وطرق الرضاعة وغيرها. الترويج بموانع الحمل الحديثة يمكن أن يكون له أثر على وفيات الأقل عمرا، إذا كانت مستعملة بشكل مكثف و مست

خاصة النساء عند عمر الإنجاب المبكر أو المتأخر، وفي الواقع نجد في عدة دول (الولايات المتحدة، شيلي، تايلنديا) نسبة جوهرية يمثلون 13% و33%، من نقص الوفيات عند الرضع، مع تغيرات في البنية العمرية للسكان وعدد الأطفال المولودين.

وتعتبر الرضاعة الطبيعية من أول أنشطة الرعاية وأكثرها تأثيرا. فهي تكفل للرضيع في أن واحد الحصول على الغذاء و الحماية من العدوى، و الرعاية المقترنة بالحنان. و بالنسبة للأم، تعني الرضاعة الطبيعية تقوية الصلة بينها و بين طفلها. كما أنها في حالة عدم تناول الطفل لأي غذاء أو سائل غير لبن الأم، تساعد على حماية الأم من التعرض للحمل مرة أخرى في الأشهر الستة الأولى بعد الوضع. كما أن المباشرة بين الولادات تؤدي بدورها إلى حماية الحالة الصحية و التغذوية للأم و لسائر أفراد الأسرة. وتأتي بعد ذلك المرحلة الحرجة التالية، وهي مرحلة الفطام. عندما يتراوح عمر الطفل ستة أشهر و أربعة وعشرين شهرا، يتعرض الرضيع لأشد الأخطار التغذوية التي تتخذ شكل تلوث الغذاء، وقلة كثافة ما يحصلون عليه من طاقة، وتباعد فترات تناول الغذاء، وفقدان الطفل للأمان الذي كان يجده في حضن أمه، مما قد يؤدي إلى سوء التغذية بل إلى الوفاة في بعض الحالات. كما أن صعوبة الحياة في المناطق الريفية والحضرية الفقيرة قد تؤدي إلى قلة الإتصال بين الأم والطفل بعد الفطام، وتؤثر معارف القائم بالرعاية و حوافزه تأثيرا مباشرا على طبيعة الإستجابة لإحتياجات الأطفال.

وثمة علاقة إيجابية بين المستوى التعليمي للأم في حد ذاته [60]ص45، بغض النظر عن دخل الأسرة، و بين تحسن الحالة التغذوية للأطفال و إنخفاض معدل الوفيات بين الرضع. وتتجلى آثار المستوى التعليمي للأم على صحة الطفل من خلال إدارتها لموارد الأسرة على نحو أفضل وإستخدامها لخدمات الرعاية الصحية، وتناقص معدلات الخصوبة، وإتباع أنماط سلوكية أكثر تركيزا على تقديم الرعاية للأطفال، ومع إرتفاع المستوى التعليمي تتمتع المرأة بقدر كاف من المساهمة في دخل الأسرة من غذاء وغير ذلك من الإحتياجات المهمة بالنسبة لصحة الأطفال ورفاهيتهم.

ومن الطرق الرئيسية التي تسهم بها المرأة في التغذية نجد الدور الذي تؤديه بوصفها عاملة، بما يزيد على 50% من قوة العمل المستخدمة في إنتاج المحاصيل النقدية، ويؤدي نسبة تصل إلى 80% من العمل المكرس لإنتاج المحاصيل الغذائية اللازمة للإستهلاك المحلي. و تقوم المرأة بتقديم الجزء أو الكل من الدخل الذي تحققه للأسرة، ويندرج ما يقرب 42% من النساء اللاتي تزيد

أعمارهن عن 15 سنة في قوة العمل المأجور. كما تقوم النساء بالقسط الأعظم من النشاط في القطاع الإقتصادي غير النظامي، وتساهم بنسبة كبيرة في دخل الأسرة اللازم لشراء الأغذية وإستمرار الرفاهية التغذوية. ويمثل تخصيص الطعام داخل البيت إحدى القضايا المهمة ذات الصلة المباشرة بإمكانيات الحصول على الطعام و الرعاية، وقد جرت العادة في بعض المجتمعات على أن يحصل عدد معين من أفراد الأسرة على طعام أكثر مما يحصل عليه غيرهم، و ذلك مقارنة باحتياجاتهم التغذوية. من ذلك ما أظهرته البحوث في بعض البلدان من محاباة للذكور على حساب الإناث.

وهناك عوامل أسرية و سكنية مرتبطة بسوء التغذية بين الأطفال، مثل طبيعة المسكن و الإمداد بالمياه، و ترتيب الطفل بين إخوته من حيث تاريخ الميلاد، و سن الأم، و سن الفطام، ووجود أو غياب إخوة آخرين. وقد يؤدي تكرار الولادات إلى فقدان المخزون التغذوي للمرأة ففي حالة إستهلاك الأم لمتحصلات غذائية محدودة يستجيب جسمها لإحتياجات الجنين أولاً [61]ص862-860 كما أن وجود عدد كبير من الأطفال الصغار أين تكون له تأثيرات سلبية على هؤلاء الأطفال، و ذلك بغض النظر عن العوامل الإجتماعية و الإقتصادية الأخرى.

6.2.2. التغذية على مستوى المجتمع

إن المجتمعات تمارس تأثيراتها المهمة على التغذية، فالحالة التغذوية هي حصيلة نسيج معقد من العوامل الإجتماعية والإقتصادية والسكانية والبيئية ومن أهم مقومات هذا البقاء التغذوية الكافية و يتعين على كثير من المجتمعات، خاصة في البلدان النامية، أن تتلاءم مع بيئة طبيعية وإقتصادية شديدة القسوة. وتتوقف قدرتها على العيش في تلك البيئة جزئياً على مواردها الطبيعية التي قد تكون أقل بكثير مما يكفي لسد إحتياجاتها، فمثلاً قد تكون إحدى القرى قد أنشئت لأسباب تاريخية على أرض غير ملائمة للزراعة أو تعرضت لدرجة عالية من التعرية، أو تقع في مناطق تنفث فيها عوامل ممرضة أو ناقلات للأمراض، و يعتمد بقاء المجتمع على قدرته على التغلب على هذه المعوقات من خلال موارده الذاتية أو عن طريق مساعدات من الحكومة و موارد خارجية أخرى [62]ص79.

وقد تكون البيئة الإقتصادية هي أيضاً حافلة بتحديات مماثلة. فالقرى المعزولة مثلاً تجد صعوبة في منافسة القرى التي تقع في المناطق الأقرب إلى أحد الأسواق، وربما يتعين عليها أن تقبل

تخفيض أسعار بعض منتجاتها الأولية، و تتوقف قدرة المجتمع على التصدي لمثل هذه التحديات على بنيته و تنظيمه و قدرات قادته، و إستعدادهم للتعاون معا و خدمة مصالح المجتمع ككل. و عادة ما يوجد نوع من الحكومة الرسمية أو غير الرسمية للقرية في شكل مجلس أو غير ذلك من التنظيمات، و لمدى ملاءمة مثل هذا الهيكل و ما يحصل عليه من تشجيع و دعم من أقرب مركز تابع للحكومة تأثير مهم على قدرة المجتمع على التعامل مع بنيته و مع مشاكله الداخلية.

كما أن للتنظيم الاجتماعي و القدرات القيادية أثر مهم على الحالة التغذوية للمجتمع. من ذلك مثلا أن القادة النشطين يمكنهم تنظيم بعض الأنشطة الجماعية اللازمة لصيانة طرق القرية و جسورها، ويمكن لجماعات المزارعين تسهيل الإتصالات التجارية مع العالم الخارجي حتى يتسنى تسويق منتجاتهم و الحصول على الخدمات الحكومية، و في حالة توفر قدر كافي من الوعي التغذوي و الصحي و الإجتماعي، فإنه يمكن الحصول على مجتمع له تنظيم جيد، بحيث يحدد الأفراد الذين لا يحصلون على تغذية كافية و معرفة الأسر التي تعاني من المشكلات التشرذ و الحرمان التغذوي.

7.2.2. نظم الضمان الاجتماعي

توجد آليات لتوفير الرعاية بطريقة أكثر إنظاما، فمثلا تقدم الحكومات أو المنظمات غير الحكومية الرعاية من خلال نظم الضمان الاجتماعي، و بوجه عام تقام هذه النظم على مستوى الحكومات الوطنية، و هي أكثر إنتشارا في المناطق الحضرية وتمر عملية توفير الرعاية في شكل إستجابة منظمة إجتماعيا للإحتياجات التغذوية بمرحلة إنتقالية في الوقت الحاضر، ذلك أن الهياكل التقليدية لتوفير الرعاية داخل الأسر و المجتمعات أصبحت بشكل تدريجي مع تحديث المجتمعات و إنتقال السكان إلى المناطق الحضرية، و ينطبق هذا الوجه الخاص على نظام الأسرة الممتدة.

و قد يؤدي ذلك إلى تكوين مجموعات سكانية تفتقر إلى الرعاية، ما لم تتدخل الحكومات أو غيرها من المؤسسات لمساعدة تلك الفئات و تعمل المنظمات الطوعية في كثير من البلدان على سد هذه الثغرات في هياكل التوفير الرعاية، و توفر الدولة الضمان الاجتماعي للمحافظة على المستويات الدنيا للدخل في عدد من البلدان، و تختلف أشكال الضمان الاجتماعي للمحافظة على بالتغذية في البلدان المتقدمة و النامية، فهناك عدد من البلدان النامية التي تدعم أسعار السلع الغذائية التي يشتريها المستهلكون لاسيما بالنسبة لسكان الحضر مما يساعد على زيادة متحصلات الفقراء من السعرات الحرارية. و تقام في بعض البلدان برامج لإطعام الأمهات و الرضع و تلاميذ المدارس، و تطبيق بعض أشكال الضمان الاجتماعي (مثلا التأمين الطبي و التأمين ضد العجز و مدفوعات

البطالة) في بعض البلدان النامية ولكن مثل هذه الأشكال نادرة و تقتصر على قطاع العمالة النظامي، و معظم البلدان النامية لا تتوفر لها الموارد اللازمة لإقامة نظام رسمي للضمان الاجتماعي إلا بعد أن يصل فيها مستوى الدخل إلى المستويات المتوسطة [63]ص12.

و في كل البلدان المتقدمة و النامية يلاحظ أن المسنين يكونون معزولين إجتماعيا إلى حد ما، وفي بعض البلدان توجد برامج خاصة مثل برامج توزيع السلع الغذائية والوجبات الغذائية. لتوفير الرعاية لتلك الفئات المعرضة للخطر، و على نفس الوقت يمكن إعتبار البرامج التي تخدم بعض الفئات الأخرى مثل المعوقين من أشكال الرعاية. و بالإضافة إلى ذلك تلتزم الوكالات الدولية في حالة عبور اللاجئين للحدود الدولية بحماية حالتهم المعيشية، و تصبح الموارد التي توفرها تلك الوكالات في شكل أغذية و سلع أخرى جزءا من الإستراتيجية للرعاية.

3.2. السياسات الإنمائية والتغذية

1.3.2. النمو الإقتصادي و السياسات الإقتصادية الشاملة و التغذية

يقاس النمو الإقتصادي عادة تبعا لنصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي، لكن المقياس الإجمالي للناتج القومي يتعرض للإنتقاد نظرا لأنه لا يشمل بعض السمات الخاصة للتدفقات الداخلية التي تحدد إلى درجة بعيدة، إلى أي مدى يمكن لإجمالي الإنتاج القومي أن يعكس على نحو دقيق ما يحظى به الأفراد من رعاية إجتماعية داخل البلد المعني. و بوجه خاص، فإن نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي يحجب قضية التوزيع كما يلي:

- الدخل القومي يعطي نتائج متباينة للغاية للرعاية الإجتماعية،

- و يتوزع بشكل متكافئ نسبيا، فيما بين المواطنين عنه في حالة قصره على بعض الفئات وحدها دون غيرها.

ومن ثم فقد إقترح مقياس آخر وهو الرقم الدليل للتنمية البشرية والذي يشمل نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي و معدل العمر المرتقب، و الإلمام بالقراءة و الكتابة. غير أن هذا المقياس يحتاج إلى مزيد من التنقيح و البلورة لكن هناك بعض الإستثناءات لها علاقة وثيقة و متماسكة بين نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي و مؤشرات الرعاية الإجتماعية، و على سبيل المثال فإن معدلات الوفيات الأقل من خمس سنوات تنخفض تبعا لإرتفاع نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي، بالإضافة إلى تأثيره القوي في الفئات ذات الدخل المنخفض ويتضاءل حسب زيادة مستوى

الدخل. و يمكن أن يساهم بطرق عديدة في تحسين المستوى المعيشي والرعاية الاجتماعية للأفراد، وبالتالي على المستوى التغذوي. إذ أن مع زيادة الدخل الحقيقي يتصاعد الطلب على السلع و الخدمات، وتزيد فرص العمل المتاحة مما يكفل للمزيد من السكان إمكانية تلبية احتياجاتهم من الأغذية والرعاية الصحية، والمسكن المأمون والصحي.

لكن الضرورة تقتضي وجود سياسات حكومية محددة تضمن وصول المنافع المستمدة من النمو إلى الفقراء والفئات المعرضة. عندما تبدو مؤشرات الرعاية الاجتماعية في بلد ما متردية كثيراً بالمقارنة مع معظم البلدان التي تتميز بذات المستوى، فإن نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي يمكن القول بأن نموها غير موجه، وهي البلدان التي تتميز بالتوزيع غير المتكافئ إلى حد بعيد للدخل القومي المرتفع نسبياً، ويكون الإنفاق الحكومي على القطاع الاجتماعي فيها منخفض نسبياً. وفي المقابل هناك بلدان تتميز بالمؤشرات للرعاية الاجتماعية أفضل مما قد تنبئ به مستويات إجمالي الناتج القومي، وهي البلدان التي إلتزمت فيها الحكومة إلتزاماً قوياً لتوفير الإحتياجات الأساسية مثلاً(التكاليف المرتفعة من الأغذية والرعاية الصحية الأولية) كما ركزت بلدان أخرى على تشجيع النمو الإقتصادي المقترن بالعدالة سعياً إلى ضمان قدر أكبر من التوزيع المتكافئ للدخل، والمزيد من الإستثمار في تنمية الموارد والمهارات البشرية[64]ص69-86.

وبدون نمو إقتصادي مستمر، يكون تأثير إعادة توزيع الدخل و المواد محدوداً عادة من زاوية ضمان التحسن المستمر و طویل الأجل في الرعاية الاجتماعية للمواطنين، و من ثم فهناك حافز قوي للتأييد وهذا بالتركيز على العدالة من النمو كجزء لا يتجزأ من إستراتيجية التنمية. ولقد أثبتت التجربة أنه لا يوجد تناقص بين العدالة و النمو الإقتصادي بل أن الجمع بينهما يحقق أفضل النتائج. وثمة عدد من الخيارات المتاحة للحكومات لتحقيق النمو المقترن بالعدالة لضمان النهوض بالمستويات التغذوية، و يمكن لإستراتيجيات التنمية أن تقضي على تأثيرات مختلفة على فئات السكان المختلفة، فقد تستفيد منها بعض الفئات بينما تحرم منها فئات أخرى. و المسألة الأهم هي ضمان تحقيق زيادة ملموسة في الدخل الفعلي للفقراء و الفئات المعرضة عند تحقيق النمو. والسياسات الإقتصادية الشاملة أي السياسات النقدية، والمالية وأسعار الصرف، والأجور والأسعار والتجارة الخارجية، تقدم نموذجاً هاماً لكيفية تأثير القرارات المتعلقة بالسياسات على الأوضاع التغذوية لفئات السكان المختلفة، ومن ذلك على سبيل المثال فإن السياسات الإقتصادية الشاملة يمكن أن تحدث تأثيراً معاكساً على التغذية، إذا تحيزت ضد قطاع الأغذية والزراعة على الأخص في المناطق الريفية التي تفتقر لنقص في الخدمات الصحية والتعليمية والدعم الموجه للأغذية وغيرها[65]ص687-693، وقد تنشأ هذه

التأثيرات المعاكسة بوجه خاص في كثير من البلدان النامية التي تشهد تنفيذ برامج التكيف الهيكلي، والتي كثيرا ما إنطوت على إلغاء دعم الأغذية وتخفيض الخدمات الصحية الحكومية بغية تخفيض العجز في الميزانيات، وتحقيق التوازن الإقتصادي بين العرض والطلب. كما قد تظهر التأثيرات التغذوية من خلال تأثير برامج التعديل الهيكلي في النمو الإقتصادي، والعمالة وتوزيع الدخل. و في معظم الحالات، فإن العبء الأكبر المترتب على التعديل الهيكلي يقع على عاتق الفقراء والفئات المعرضة من وجه التغذية [66]ص6.

والقضية ليست قضية ما إذا كان التكيف ضروري أم لا إذ أن الفقراء والفئات المعرضة هم الذين سيظلون على المدى الطويل يقاسون، بل تزيد معاناتهم إذا إستمر الإختلال في الإقتصاد الكلي. فالسؤال هو كيف يمكن تصميم برامج إعادة الهيكلة وترتيب مراحلها أو إقترانها ببرامج «شبكات أمان»، بشكل يحقق إجراءات لسياسات التوازن في الإقتصاد الكلي والنمو الإقتصادي، مع حماية الفقراء والفئات المعرضة في نفس الوقت.

ولقد إتبع عموما منهجان في هذا الصدد، و إن كانت هناك سمة مشتركة تجمع بينهما تتمثل في ضرورة تحديد الفئات المعرضة من وجهة التغذية وتلبية إحتياجاتها ضمن إطار عملية التكيف و يركز على ما يلي: [67]ص45

المنهاج الأول: على الجوانب الإجتماعية، هادفا على وجه التحديد، إلى تخفيف وطأة التأثيرات المعاكسة لعملية التكيف على الفقراء، وهو ينطوي على إختيار سياسات إقتصادية تقل فيها التأثيرات الضخمة على المدى المتوسط، وتدعم عملية توزيع الموارد بقدر أكبر من العدالة فيما بين القطاعين الإنتاجي والإجتماعي، مع زيادة الكفاءات في كليهما وتعزيز عملية توجيه التدخلات والإعانات ورصد مستويات المعيشية والأوضاع الصحية و التغذوية للفقراء.

المنهاج الثاني: يركز على مبدأ إنشاء برامج تعويضية بغرض المساعدة في تخفيف وطأة التأثيرات السلبية على الفقراء عند حدوثها، وهي عادة ما تشمل على برامج التغذية التكميلية، وتخفيف حدة زيادة الأسعار أو تخفيض الإعانات والتوسع في الرعاية الصحية و الزيادة في الدخل.

لكن البرامج التعويضية عادة ما تكون باهظة التكاليف وتحتاج إلى دعم إضافي من الجهات المتبرعة، وثمة إحتمال في معظم حالات التعديل أن يؤدي تركيز الإهتمام على الإحتياجات التغذوية للفقراء إلى إجراء تعديلات هامة في السياسات ينتظر لها أن تساهم في توفير الرعاية الإجتماعية لهذه الفئات، وفي ظل المساعي المبذولة، لسبيل الإستقرار الإقتصادي والتكيف الهيكلي و الإصلاحات الإقتصادية الجارية في الكثير من البلدان النامية وبلدان وسط وشرق أوروبا، فإن هناك قلق بالغ

لإتجاه التأثيرات التي سببتها هذه السياسات على التغذية وخاصة إزاء تأثيراتها السلبية المتوقعة على الصحة والتغذية [68]ص56 من تجربة التحول من نظام التخطيط الاقتصادي المركزي إلى نظام السوق المفتوح، إذ شهدت معظم بلدان وسط وشرق أوروبا لتحرير الأسعار وإلغاء الدعم أو تخفيضه بشكل جذري والانتماء على الأسس التجارية، وفي معظم هذه البلدان ترافقت عملية الإصلاح مع ارتفاع نسبي في مستويات إستهلاك الأغذية ولقد حدث بعض الإنخفاض في هذا الإستهلاك، والذي تترتب عليه تأثيرات معاكسة بالنسبة لبعض الفئات المعرضة، وإن لم تظهر بعد أي بوادر على حدوث حالات نقص واسعة النطاق. كذلك تراجعت المشتريات من العناصر غير الغذائية للإستهلاك، في حين شهد البلد الأول الذي سبق في تطبيق هذه العملية وهو بولندا، العودة إلى المستويات السابقة لإستهلاك الأغذية، كما كانت هناك ضغوط بالغة على المدى القصير من أجل زيادة وإسترجاع الأغذية. ومن المنتظر أن تؤدي التوقعات المتزايدة لتوفر الإمدادات الواسعة من المنتجات، و إلى تكثيف هذه العملية مع نجاح هذه الإقتصاديات في التغلب على الصدمات قصيرة الأجل التي تعرضت لها.

2.3.2. السياسات الصحية و التغذية

السياسات الصحية هي مجموعة المبادئ التي تسعى الحكومات من طريقها إلى تنظيم أنظمة صحية، مما يكفل تلبية الإحتياجات الصحية للسكان، والنهوض بأوضاعهم المادية والعقلية، والإجتماعية على النحو السليم. ويمكن لهذه السياسات أن تحدث تأثيرات واسعة النطاق على الأوضاع التغذوية. وتمثل الرعاية الصحية الأولية الإستراتيجية المتبعة في جميع أرجاء العالم، لضمان الصحة للكل. و تنفيذ هذه الإستراتيجية تكون بدرجات متفاوتة في بلدان مختلفة و ذلك بإختلاف الأنشطة التغذوية لمجتمعات هذه البلدان حسب طريقة القيام بها و دعمها عن طريق النظم الصحية في المقاطعات، و تعبئة و رصد الموارد الإضافية لها. ولا بد من أن تكون الأنشطة التغذوية جزءا أساسيا من الرعاية الصحية الأولية لكن الجوانب التغذوية للرعاية الصحية الأولية كثيرا ما تكون في الواقع قاصرة للغاية، فبعض التدابير البسيطة مثل معالجة العدوى، و التحصين، و مكافحة، الإصابات بالإسهال، و تعثر النمو، و الإصابة المبكرة بسوء التغذية، نفسه كثيرا ما كانت غير كافية، و خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، التي تتميز بضعف البنيات الأساسية الصحية. كما أن الخدمات الصحية الفرعية و المركزية في غالبية البلدان تساهم بدور فعال في النهوض بالتغذية، من خلال شتى الخدمات و أنشطة المجتمعات المحلية [69]ص50.

و يركز الإتجاه الحالي، على دمج الأنشطة التغذوية في الأنشطة الصحية الجارية على المستوى المحلي، بما في ذلك المستشفيات و المراكز الصحية و المجتمعات، وكذلك على إدراج التغذية في أنشطة التنمية الريفية الشاملة حسب الخطط الموضوعة لها. ومن الممكن أن تؤثر السياسات الصحية على التغذية، من خلال تأثيراتها على البيئة الإجتماعية والثقافية. إلا أن تحسن الأوضاع الصحية ينطوي على متغيرات سلوكية وتحقق هذا الإنجاز من خلال شتى عمليات الاتصالات إجتماعية بما فيها التوعية الصحية و التغذوية، والتعليم النظامي، وتبادل المعلومات والترويج. وتستهدف أشكال الإتصالات المذكورة عامة السكان، وخاصة المستهلكين والمرضى والفئات المهددة بالأخطار والقطاع الصحي وغيره من القطاعات الحكومية الأخرى المعنية بالصحة والتغذية، والقطاع الخاص بما فيه صناعة الأغذية والمنظمات غير الحكومية. والإتصالات الملائمة تؤدي إلى تعميق الوعي بالمشكلات التغذوية ويمكن لهذه الإتصالات، أن تؤدي إلى بروز سلوك ملائم بقدر أكبر من جانب الأفراد وإتخاذ التدابير المناسبة من جانب المؤسسات لتخفيف وطأة حالات نقص التغذية، والإفراط فيها على حد سواء [70]ص19. وتعد مكافحة الأمراض السارية من المجالات الهامة الأخرى لتأثيرات سياسات وبرامج صحية، إذ أن حصر الأمراض المعدية يساهم إلى حد كبير في تعزيز الإتجاهات الحالية للنهوض بالأوضاع التغذوية في معظم البلدان النامية.

كما تهدف السياسات الصحية إلى المساهمة في الإرتقاء بالبيئة المادية مثل شبكات المياه والنظافة العامة وسلامة الأغذية والمساكن. وينطوي ضمان سلامة البيئة على التشريعات الملائمة، التي تعالج مسائل تنقية شبكات مياه الشرب، ونوعية الأغذية، وجميع هذه التدابير لها منافعها التغذوية [71]ص21. ويمكن للسياسات الصحية أن تطلع بدور مؤثر للغاية في الأوضاع الديمغرافية. ولقد تبنت معظم البلدان، سياسات البرامج المتكاملة لتنظيم الأسرة ورعاية الأمومة، والطفولة، بهدف ضمان المبادئ ما بين فترات الحمل من أجل الوقاية الصحية، للأمهات والرضع، بما في ذلك أحوالهم التغذوية، ومن الجوانب الهامة للسياسات الصحية زوال أسباب عدم التكافؤ في الأوضاع الصحية و التغذوية والتفاوت في إمكانيات الوصول إلى الخدمات الصحية و التغذوية. ومن الجوانب الهامة للسياسات الصحية لإزالة أسباب عدم التكافؤ في الأوضاع الصحية و التغذوية، والتفاوت في إمكانيات الوصول إلى الخدمات الصحية و التغذوية، ويعرض التقرير المقدم لجمعية الصحة العالمية في 1992 [72]ص23، الخطوط العريضة لما أحرز من تقدم صوب تحقيق التكافؤ، من خلال تبني السياسات والإستراتيجيات والأهداف التي تكفل إزالة أسباب عدم التكافؤ بين فئات السكان. و تشمل هذه الفئات معظم سكان المناطق الريفية، وسكان الأحياء الفقيرة في المدن، والنساء الحوامل، وبعض

الفئات الخاصة المعرضة لذلك مثل الرحل و المهاجرين و النازحين، و اللاجئين، و سكان المناطق النائية. وجميع هذه الفئات يتهددها سوء التغذية، وبالتالي فإن توجيه السياسات والبرامج الصحية بغرض الوصول إليهم بالقرار بأن يحمي مستوى أوضاعهم التغذوية، و تعزيزها إلى حد كبير. ونظرا للضعف النسبي لحالة الأمهات الصحية، و للدور الهام الذي تؤديه النساء في رعاية الأسرة في البلدان النامية. و بهذا فإن وضع السياسات قوية تعزز الخدمات الصحية المقدمة للأمهات، و من بين خدمات تنظيم الأسرة الذي له تأثير مهم على تغذية الأسرة و المجتمع بأكمله.

ويعتبر نقص الموارد من جوانب القصور التي تعاني منها النظم الصحية و عناصرها التغذوية. فجميع البلدان النامية تقريبا كان لا بد لها من تطبيق تدابير التكيف الهيكلي الذي أدى عموما إلى تخفيض اعتماد في الميزانية المخصصة للقطاع الصحي. و في حين أن تمويل المجتمعات المحلية للأنشطة الصحية قد بلغ مرحلة مقدمة للغاية، كما تشهد بذلك مبادرة باماكو في إفريقيا، وما زالت تغطية أنشطة الرعاية الصحية الأولية و نوعيتها دون مستوى الحاجة إليها بكثير.

كما أن عدم كفاية الموارد البشرية والمختصين فيها تحد من الأعمال الصحية، و التغذوية التي تنبثق عن السياسات الصحة، ففي بعض البلدان يقتصر وجود العاملين الحاصلين على التدريب في مجال التغذية على مستوى المقاطعة، وكثيرا ما يكون تدريبهم غير كاف لتمكينهم من العمل بفعالية على التخطيط، و تنفيذ التدابير اللازمة للتغلب على المشكلات التغذوية، وهناك فوارق في درجات تطبيق سياسات وبرامج تنمية الموارد البشرية التي تركز بوجه محدد على المهام التي ينتظر تطلع بها العاملون في هذا المضمار، وهذه السياسات و البرامج تشكل عاملا هاما في تحديد قدرة النظام الصحي على الإستجابة للتحديات التغذوية، و يحتاج الأمر إلى تعزيز القدرات اللازمة لإدارة الأعمال المرتبطة بالتغذية على مستوى المقاطعات.

ويمكن تحقيق التوعية التغذوية على أفضل وجه، من خلال إتباع مناهج تكاملي فيما يتعلق بدعم الصحة بأعمال المجتمعات، و ربما كان مناهج حل المشكلات القائم على تحليل المشكلات التغذوية للمجتمع المعني أو المشكلات المرتبطة بتنفيذ التدابير الرامية إلى تحسين الأوضاع التغذوية، هو أفضل طريقة لمعالجة مسألة التدريب التغذوي و البحوث التطبيقية. و ذلك بالتعاون الفعال في بعض البلدان بدعم مشترك لمختلف القطاعات للنهوض بالتغذية لا تحذف الأقسام الجامعية، والمنظمات غير الحكومية أو الدولية و بين القطاع الصحي في الأعمال الرامية إلى تعزيز الأوضاع التغذوية.

كما أن القدرة على توليد هذا التعاون، أو الإستمرار فيه تظل في معظم الأوقات ضعيفة حتى في الحالات التي يكون فيها هذا التعاون جزءا من السياسات الصحية.

إن الإلتزام السياسي ضروريا فيما يتعلق بوضع السياسات الصحية، فإنه كثيرا ما يكون في ظل كافة المعوقات القائمة غير كاف لأن يؤدي إلى عمل فعال، فالأهمية النسبية للقطاع الصحي وأثره في إطار ميزانية الدولة هي غالبا منخفضة كما قد تكون الموارد المالية نادرة، وموزعة بشكل غير متكافئ والتكيف الهيكلي الذي يركز بشكل كبير على التمويل الذاتي ومشاركة المجتمع المحلي أدى إلى تخفيض الأموال المتاحة للقطاع الصحي في الكثير من البلدان، ويشعر العاملون في الخدمات الصحية الفرعية بأنهم لا يحصلون على إهتمام كاف من جانب السلطات المركزية، وخاصة عندما تحول الموارد الشحيحة لدعم الخدمات المتقدمة بقدر أكبر من المناطق الحضرية وفي إطار النظم الصحية فإن التغذية تحظى في غالب الأحيان بأولوية منخفضة للغاية فيما يتصل بأنشطتها، كما توضع الوحدات التغذوية في مستويات منخفضة من سلم الأولويات دون توفير الموارد البشرية والمالية الكافية لها للعمل بفعالية [73]ص62-69.

وفي جميع البلدان فإن النجاح في تنفيذ السياسات الصحية الهادفة إلى تعزيز الأوضاع التغذوية، ويقتضي توفر التصميم السياسي، والموارد البشرية، والمالية الكافية. ومن المعوقات المعهودة التي تحول دون قيام القطاع الصحي بمبادرات فعالة بقدر أكبر في المجال التغذوي، يعود إلى عدم تحديد الأهداف بشكل واضح، والقصور في صياغة الإستراتيجيات، و فقر في رصد لتقييم الأولويات التي ينبغي أن تكون لتعزيز القدرات الإدارية في القطاع الصحي، وخاصة في الجوانب المرتبطة بتصميم وتنفيذ الأنشطة التغذوية في جميع المستويات. وثمة حاجة إلى دمج الأهداف التغذوية في السياسات الصحية بصورة صريحة بقدر أكبر، فمن المؤكد أن تستعرض الأدوار المؤسسية على المستوى المركزي و المحيط الفرعي معا، و التحديد الأفضل لعمليات إتخاذ القرارات و الأعمال المطلوبة (بما فيها العلاقات مع القطاعات الأخرى) و تعزز من فعالية السياسات الصحية القائمة المرتبطة بالتغذية.

3.3.2. السياسات البيئية والتغذية

يلزم أن تتصدى السياسات البيئية للأسباب الرئيسية للتغيرات البيئية، التي تؤثر على الصحة والأغذية والتغذية، فالآثار الناجمة عن التغيرات البيئية موضع إهتمام مشترك ومن بين أسبابها العديدة [74]ص82

الإفراط في استخدام الكلوروفلوروكربون، و إنتشار إستخدام المواد الكيماوية الخطرة، والإفتقار إلى الكفاءة في إحراق الأنواع المختلفة من الوقود، وتراكم النفايات السامة، وسوء إستخدام التكنولوجيا، أو أساليب الإنتاج الزراعي، والتصحر والإفراط في الصيد وترجع هذه الأسباب إلى غياب الوعي الكاف لدى واضعي السياسات بالتكاليف المباشرة وطويلة الأجل المترتبة على إساءة إدارة الموارد الطبيعية، وإخفاق الأسواق في إستيعاب تلك التكاليف وعلى وجود تعريف قاصر لحقوق الملكية أو لإنهيار هذه الحقوق، و لإفتقار سبل الحصول على الموارد الكافية أو على فرص العمل البديلة.

وتتوقف الصحة البشرية في نهاية المطاف على قدرة المجتمع على التحكم في التفاعل بين الأنشطة البشرية، و البيئية المادية والبيولوجية بطرق تصون، وتعزز الصحة دون أن تهدد سلامة النظم الطبيعية التي تعتمد عليها البيئة المادية و البيولوجية، وتمارس البيئة المادية تأثيرا كبيرا على الصحة البشرية لا من خلال التربة والهواء والماء والمناخ فحسب، وإنما أيضا من خلال تفاعلها مع نوع النباتات والحيوانات الموجودة ونمط توزيعها.

وتؤثر البيئة البيولوجية، تأثيرا كبيرا على الإمدادات الغذائية وعلى مستودعات أمراض كثيرة وآليات إنتقالها. وتشمل العوامل البيئية الضارة بالصحة والعوامل البيولوجية الضارة (الفيروسات، البكتيريا، الفطريات المسببة للعفن، الطفيليات) وناقلاتها ومستودعاتها، والعوامل الفيزيائية والكيميائية الموجودة في البيئة بمعزل عن الأنشطة البشرية التي يمكن أن تضر بالصحة مثل النوايات المشعة الموجودة في الطبيعة، والضوء فوق البنفسجي، أو بنقصها النسبي مثل اليود، و السليوم، بالإضافة إلى الجسيمات الناتجة عن حرق الوقود وعن النفايات الغازية والسائلة والصلبة التي تولدها الصناعة وعن النفايات المشعة، كما يمكن لتدخل الإنسان أو الأعمال التي يقوم بها أن تزيد من هذا الأثر أو تقلل منه.

و بمقدور التدخل البشري أن يقلل أو يزيد من آثار هذه العوامل. وتلحق الضغوط السكانية في كثير من بلدان العالم النامي، إلى جانب الكفاح اليومي الذي يخوضه الفقراء في سبيل الحصول على الحاجات المعيشية الأساسية، تشكل ضرا هائلا بالموارد الطبيعية التي يعتمد عليها في إستمرار الحياة. وتتناول السياسات البيئية قضايا من تدهور التربة، والتعرية والتصحر، والإفراط في الرعي والتوسع العمراني ونوعية الهواء والمياه والأغذية. فكل عام يستأصل ما لا يقل عن 11 مليون هكتار من الغابات الاستوائية في جهد يائس لإيجاد حيز للزراعة، أو الرعي أو الحصول على

الوقود اللازم للطهي والتدفئة كذلك فإن الأراضي الصالحة للزراعة بسبب تدهور التربة يعد ظاهرة منتشرة على نطاق واسع، وتوضح الدراسات التي أجرتها المنظمة أن مساحة الأراضي الصالحة للزراعة التي تفقد كل عام تتراوح بين خمسة وسبعة ملايين هكتار يوجد معظمها في العالم النامي [75]ص66.

و تتمثل الأسباب الرئيسية لتدهور التربة في تعريتها بفعل عوامل متصلة بالمياه، والرياح، وفي تزايد الملوحة وتعرضها للفيضانات وتواجه المناطق القاحلة وشبه القاحلة خطر التصحر المستمر. وتبين أن 80% من المراعي في إفريقيا والشرق الأدنى تواجه خطرا يندرج بين الاعتدال والشدة للتحويل إلى أراضي غير صالحة للزراعة. وللتدهور البيئي الذي يفضي إلى تضائل المخزون من الحطب - الذي يشكل مصدر الطاقة الرئيسية المستخدمة في الطهي في معظم البلدان النامية- تأثيرات عميقة ومباشرة على حالة التغذية، ففي المناطق التي ينذر فيها خشب الحطب، لا يجرى عادة إعداد الطعام إعدادا كافيا و بالتالي فإنه يؤكل و هو مطه طهيا جزئيا. ويتعين على النساء في المناطق الريفية أن تقطعن مسافات طويلة لجمع الحطب، مما يفرض أعباء إضافية كبيرة على وقتهن و طاقتهن. و قد أوضحت دراسة أجريت في نيبال أن الوقت الذي تقضيه الأمهات في جمع الحطب يشكل عاملا رئيسيا يحدد الحالة التغذوية للأطفال. و تظهر مخاطر عدم إكمال الطهي على الصحة و الحالة التغذوية ظهورا ساطعا في حالة عدد من الأغذية الأساسية الهامة، التي يجب أن تطهى جيدا حتى يكون إستهلاكها مأمونا أو حتى يتسنى الحد من خطر العدوى [76]ص114.

يعد فهم آلية إتخاذ القرارات على صعيد الأسرة شرطا مسبقا أساسيا لصياغة الإستراتيجيات و السياسات، لأن فقراء الريف هم الذين يحددون في أحيان كثيرة نتيجة الأعمال الحكومية الرامية إلى تشجيع التنمية القابلة للإستمرار، وذلك عن طريق ما يتخذونه من قرارات بشأن تخصيص الموارد و الممارسات الإنتاجية و الإستهلاك. ويواجه فقراء الريف عددا من الخيارات الصعبة في كفاحهم اليومي في سبل البقاء. و تنطوي إستراتيجيات البقاء التي يتبعونها على كثير من الأعمال التي تؤثر على الموارد البيئية: مثل التربة و الكتلة الحيوانية والخشبية، والمراعي، والمياه. و بعض من تلك الخيارات يؤدي إلى أنشطة قابلة للإستمرار في حين أن بعضها الآخر لا يفضي إلى ذلك و كثيرا ما لا يجد فقراء الريف أمامهم خيارا سوى الإفراط، في إستغلال الموارد الطبيعية في سبيل البقاء، فكفالة الأمن اليومي أمر يحظى لديهم بالأولوية على الإنشغال بالمستقبل بل لأن الوفاء بحاجات الأمن الغذائي المباشرة تتجاوز هي بذاتها قدرة كثير من فقراء الريف. و بالتالي يحدث تدهور كبير في

الموارد الطبيعية لإضطرار فقراء الريف للجوء إلى الممارسات الزراعية، و الرعاية التي تسبب تدهور البيئة [77]ص20-14.

تعميق الوعي لدى الأفراد و المنظمات و الحكومات بأدوارهم و مسؤولياتهم فيما يتعلق بالصحة و البيئة، و يقتضي تحقيق الأهداف الصحية و التغذوية أن يعيش الناس في بيئة مواتية، للتطور البدني و الذهني، و الإجتماعي الصحي. و في المناطق الريفية تشجع البيئة، وخاصة في ظروف المناخ الإستوائي، إنتشار كثير من الأمراض مثل الأمراض التي تسبب أشكالا كثيرة من الإسهال، و العدوى التنفسية و الأمراض المعدية لدى الأطفال و الملاريا و الديدان المعوية، و داء الكلب [78]ص3-23. كما يتسبب التوسع العمراني خاصة حيثما وجد هذا النقص شديد في الموارد، و التهديدات الكثيرة للصحة نتيجة إنتشار النفايات المنزلية و المنتجات الصناعية السامة. أما حيثما تكون الموارد المالية كافية فيمكن تصميم المباني، و المرافق على نحو يتيح تقليل المخاطر إلى أدنى حد، مما يخفف بدرجة كبيرة من أخطار الأمراض المتنقلة عن طريق الأغذية و المياه و الغائط و من مشكلات صحية أخرى كثيرة. و يقتضي الأمر إصدار تشريعات خاصة بالصحة و الأغذية تأمينا يصون جميع جوانب الصحة البيئية، و أهم من هذا إنشاء آليات محددة تكفل تنفيذ هذه التشريعات و تضمن الإمتثال لها.

4.3.2. السياسات السكانية و التوسع العمراني

تهدف معظم السياسات السكانية التي تتناول الخصوبة إلى خفض مستوياتها. و يتحقق الإنخفاض العام في مستوى الخصوبة عن طريق خفض عدد الأطفال الذين تنجبهم كل امرأة إلى جانب زيادة فترات المباشرة بينهم في حالات كثيرة، و لكنتا الظاهرتين أثر إيجابي على الحالة التغذوية للأطفال و الأمهات. و فيما يتعلق بحجم الأسرة، فقد لوحظ في مسوح مختلفة، أن الأطفال في الأسر المندرجة ضمن فئة معينة من فئات الدخل القليل يكونون أشد تعرضا لخطر نقص أغذية الطاقة إذا كانوا ينتمون إلى أسر كبيرة [79]ص103.

و الحالة التغذوية للأم تؤثر على قدرتها الفيزيولوجية على الحمل، وبالتالي على خصوبتها، و قد لوحظت هذه العلاقة في مظهرها السلبي أثناء المجاعات، حيث إنخفضت معدلات المواليد إنخفاضا ملحوظا ثم عادت لترتفع إرتفاعا شديدا بعد انقضاء هذه المجاعات، و تظهر هذه العلاقة السلبية أيضا في ظروف أخف وطأة. ففقر الدم و نقص اليود يقترنان بإرتفاع معدلات فقدان الأجنة، و الوفيات قبل

الولادة كما يؤدي نقص التغذية المزمن و نقص الفيتامينات إلى آثار مماثلة. بإضافة إلى التفاعل العام بين الخصوبة والتغذية ولممارسة الرضاعة الطبيعية تأثيرا خاصا، فمدتها بين أربعة وستة أشهر بعد مولد الرضيع يعد أمرا هاما للتغذية، كما أنه يؤثر في عودة الخصوبة إلى الأم مما يساهم في فترات المباشرة بين الولادات. و يحدث هذا بسبب توقف الطمث أثناء الرضاعة الطبيعية التي تثبط الهرمون اللازم للخصوبة، ويكون التأثير أكثر فعالية عندما تستخدم الرضاعة الطبيعية بصورة كلية أو جزئية. وتتيح المتابعة بين فترات الحمل إستمرار الرضاعة الطبيعية، و المباشرة لفترات أطول بين المواليد تؤدي إلى تحسين تغذية الطفل، وأما التقارب الشديد في فترات الحمل سوف يجهد صحة الأم والطفل ويلقي على الأسرة أعباء تتعلق بإستخدام الوقت وإكتساب الرزق، كما تتأثر المباشرة بين فترات الحمل ببقاء الطفل حيا حيث أن وفاته تخلق في بعض المجتمعات ضغوطا فورية لتعويضه بحمل جديد. وسيكتب لبرامج التغذية ورعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة قدر أكبر من النجاح إذا ما ترابطت معا وتكاملت، ففعالية الرضاعة الطبيعية كوسيلة من وسائل منع الحمل تقل بمرور الوقت، وينبغي النظر إليها على أنها وسيلة تكميلية للوسائل الأخرى لتنظيم الأسرة. وينبغي أن تراعي هذه الوسيلة و الأنماط والمعتقدات المتصلة بالرضاعة الطبيعية، بحيث لا تتعارض مع وسائل منع الحمل الأخرى مع لبن الأم، غير أن الرضاعة الطبيعية، وتنظيم الأسرة لا يبحثان معا في معظم الأحيان لأن تنظيم الأسرة يركز على الأم بينما التغذية تركز على الطفل [80]ص56.

وقد زادت نسبة سكان العالم الذين يعيشون في المناطق الحضرية من 39% في 1975 إلى 43% عام 1990، ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى 51% بحلول عام 2000 [81]ص102. و هذه الهجرة الجماعية للسكان تنطوي على آثار جوهرية تتعلق بالتغذية و بفرض الحصول على الأغذية و بالرعاية الصحية الوقائية. وقد أدى التوسع العمراني في البلدان النامية- خلافا للتوسع العمراني في البلدان المتقدمة الذي نجح في إستيعاب قطاعات واسعة من السكان- إلى ضغوط إقتصادية و إجتماعية أجبرت أعدادا كبيرة من السكان على العيش في مساكن رثة و مزدحمة مع صعوبة حصول على فرص الرعاية الصحية و التغذية.

وتترك الظروف الإجتماعية الإقتصادية الناتجة عن التوسع العمراني آثارا إيجابية وسلبية على الحالة التغذوية. فمن الآثار الإيجابية تحسن المتحصلات الغذائية بفضل توفر المزيد من الأغذية، وتنوعها، وتحسن فرص الحصول على الخدمات الصحية والإجتماعية الأخرى، فالوجبات الغذائية أكثر تنوعا في المدن عنها في الأرياف. وخاصة من حيث مكوناتها من الدهون، والمنتجات الحيوانية و الحديد و فيتامين أ، وإن كانت المتحصلات الإجمالية من الطاقة ليست أعلى في الوجبات

الحضرية للضرورة. و يرجع ذلك إلى إخفاق المسوح في مراعاة تزايد إستهلاك الوجبات الخفيفة في المناطق الحضرية، وتفسير أقرب للصحة هو أن إنفاق الطاقة يقل في المناطق الحضرية و من ثم تقل الإحتياجات من الأغذية و الطاقة. وقد أكدت المسوح التي أجريت في السنوات الأخيرة على الصعيد الأسرة في أمريكا اللاتينية و إفريقيا، أظهرت تحسنا في الحالة التغذوية والصحية وإنخفاضا في معدل وفيات الأطفال، وزيادة في طول العمر. كما يفرض التطور الحضاري السريع ضغوطا على الهياكل الأساسية والخدمات الرامية إلى حماية نوعية الأغذية على إنتاجها.

وفي المناطق الحضرية يجرى التفكير بوقف الرضاعة الطبيعية أو بتكتمتها بمصادر أخرى، و في آسيا، تمارس الرضاعة الطبيعية في المناطق الحضرية بقدر أقل عنها في المناطق الريفية، و على الرغم من أن هناك إتجاها إلى إنخفاض اللجوء إلى هذه الرضاعة في الحضر والريف كليهما، فإن التغيرات التي تتمثل في توقيت الفطام متماثلة في المنطقتين [82]ص5-89.

إنخفض عدد النساء اللواتي تواصلن الرضاعة الطبيعية بعد 6 أشهر من الوضع إنخفاضا أشد حدة في المناطق الحضرية في معظم البلدان، ولم يلاحظ إنخفاضات فعلية في إستهلاك الرضاعة الطبيعية بالمناطق الحضرية إلا في الفلبين. وقد لوحظت الإختلافات في أنماط بين الحضر والريف في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، في حين لم تكن الإختلافات ظاهرة بهذه الصورة في كل من إفريقيا والشرق الأدنى.

كما قد يكون للتوسع العمراني آثار سلبية أخرى على التغذية. من ذلك على سبيل المثال أن النمو السريع للسكان الحضر قد يؤدي إلى إنتشار المساكن المؤقتة و عدم كفاية إمدادات المياه و تراكم النفايات البشرية، و القمامة مما يسبب ترديا للحالة الصحية. و حتى عندما يمكن التحكم في هذه الظروف الصحية و المرتبطة بالغذاء، أو بعبارة أخرى تحدث زيادة في الأمراض التي تقترن بأنماط إستهلاك الأغذية، و بأساليب العيش الأكثر إتساما بالركود. ولم ينتفع جميع سكان الحضر بنفس القدر من تزايد في مدى توفر السلع و الخدمات، بل أن عدد من يعانون من الفقر المطلق و النسبي في الحضر، و ترتب على ذلك إنتقال بؤرة الفقر في بعض الأقاليم من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية و شبه الحضرية. ويستلزم إهتماما خاصا لمجموعات محددة من سكان الحضر الذين تكون أوضاعهم أشد تنوعا بالقياس إلى سكان الريف، و على الرغم من أن سوء التغذية يعد في المتوسط أقل إنتشارا في الحضر، فإن حالات سوء التغذية تكون أكثر شدة بين الفقراء في الحضر، و لاسيما بين الأطفال الصغار. و تعتمد الأسر في الحضر إعتادا يكاد يكون تاما على عملية الشراء في الحصول على ما تحتاجه من أغذية، و جزء كبير من هذه الأغذية قد يخضع

لعمليات عداد تجاري لبيع في الشوارع أو الأسواق. وينطبق هذا أحيانا على أغذية الرضع، و يكون فقراء الحضر أكثر حساسية للعوامل الاقتصادية التي تؤثر على أسواق الأغذية التجارية لأنهم ينفقون نسبة عالية من ميزانيتهم على الأغذية و يعتمدون في دخلهم على العمل المأجور، و قد تفتقر الأسر في الحضر إلى شبكة تعاضد إجتماعي متاحة للأسر في الريف و خاصة للمفتقرين إلى المأوى و للأسر التي ترعاها النساء، و عادة ما توجد أسواق الأغذية بعيدة عن مناطق السكن العشوائي التي يعيش فيها الفقراء [83]ص20.

وتتناول السياسات السكانية أحيانا مشكلة توزيع السكان بين الريف و الحضر، و يحدث ذلك بوجه عام بغية التخفيف من معدل النزوح إلى المدن، و الحد بالتالي من الضغط الواقع على البنيات الأساسية و الخدمات الحضرية. و تستند هذه السياسات إلى إستراتيجيات مختلفة تستهدف تضييق الفجوات الإنمائية بين المناطق الحضرية و الريفية. غير أنه لما كانت هذه السياسات تعد بحكم طبيعتها طويلة الأجل و لما كانت لا تتسم بفعالية كبيرة في بعض الأحيان، فمن الصعب البرهنة على أن لها تأثيرا محددًا على الحالة التغذوية سواء لفقراء الريف أو لأقرانه من فقراء الحضر [84]ص52. و من جهة أخرى، يمكن للسياسات الغذائية أن تؤثر بدورها على التوسع العمراني. إذ تولى لدى صياغة السياسات الغذائية العناية لسكان المدن. و من ذلك على سبيل المثال تحديد أسعار الأغذية الأساسية في مستويات منخفضة و دعم هذه الأسعار، و تشجيع تسويق الأغذية لدى سكان الحضر، و يخضع أسعار الأغذية و جودتها لرقابة أفضل في الحضر. و يؤدي هذا إلى ميزة نسبية إضافية لصالح سكان الحضر مقارنة إلى سكان الريف، مما يوجد دافعا إضافيا يشجع فقراء الريف على النزوح إلى الحضر. و يكون هذا الدافع أشد إلحاحا إذا ظلت أسعار الأغذية التي يحصل عليها المنتجون، مرتفعة و بالتالي مداخيل المزارعين منخفضة.

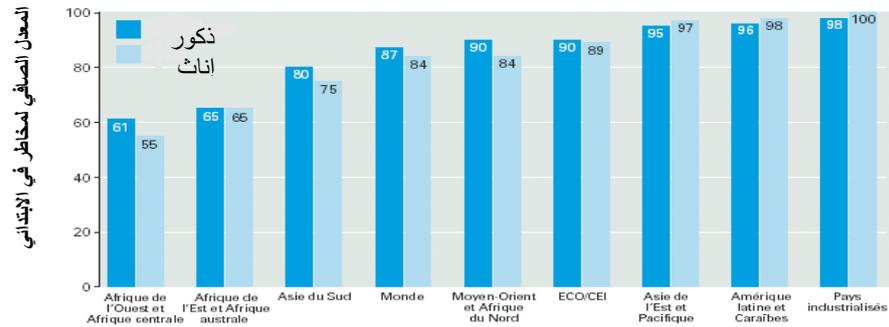
الفصل 3

عوامل و أسباب سوء التغذية في الدول النامية

إن المناطق الريفية هي الأكثر فقرا مقارنة بالمناطق الحضرية، إذ تفتقر لشروط الحياة الصحية و التعليمية حسب المعطيات المتحصل عليها من مختلف البلدان، فالأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات والمتواجدين في المناطق الريفية هم الأكثر عرضة للوفاة (مقارنة بأطفال المناطق الحضرية بالدول السائرة في طريق النمو) و خاصة في البلدان الأقل تطورا، حيث نجد فيها عدة فوارق إجتماعية كإنعدام المساواة بين الفقير والغني مما يؤدي إلى إرتفاع نسبة الوفيات في كل عام عند الأطفال الذين لا تتعدى أعمارهم خمس سنوات بسبب سوء التغذية، الذي يؤدي إلى إضعاف الجهاز المناعي يعود إلى نقص في الفيتامين أ (A) رغم أن طول و وزن الطفل يتناسب مع عمره و بالتالي سوء التغذية يؤدي إلى إضطرابات صحية و نمو غير طبيعي للطفل

1.3. سوء التغذية حسب المناطق الريفية و الحضرية

إن المناطق الريفية عامة هي الأكثر فقرا مقارنة بالمناطق الحضرية، فهي تفتقر لشروط الحياة الصحية و التعليمية حسب المعطيات المحصل عليها من مختلف البلدان⁽⁹⁾.



* Les données reflètent l'année la plus récente disponible pendant la période spécifiée.
Source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Levels, Trends and Determinants of Primary School Participation and Gender Parity, Document de travail, 2005.

9

المصدر رقم 19: Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Levels, Trends and determinants of Primary school Participation and Gender Parity, Document de travail, 2005.

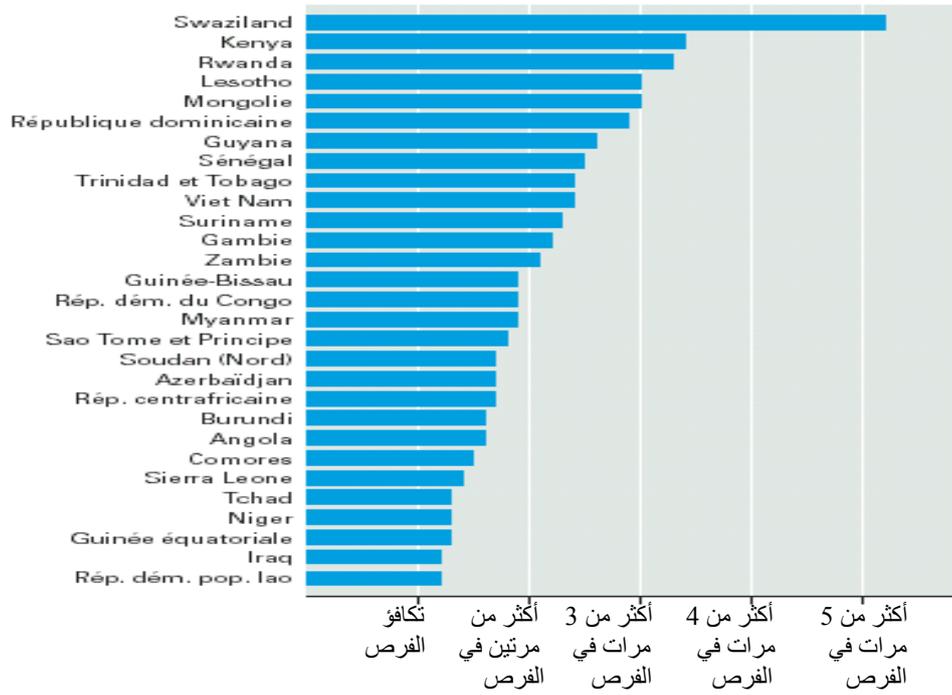
شكل رقم 09: نسب الامساواة في التعليم بين الجنسين [85] ص 25.

توضح النتائج، أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، والمتواجدين بالمناطق الريفية هم الأكثر عرضة للوفاة مقارنة بأطفال المناطق الحضرية في الدول النامية، كما أننا نجد في نفس هذه المناطق الريفية نسبة 30% من أطفال لم يلتحقوا بعد بالمدارس، و أكثر من 80% من أطفال المرحلة الابتدائية خارج مقاعد الدراسة، و من بين العراقيل التي تعيق في التردد أو الإقبال على المدارس هو البعد عن مكان التعليم، و ضعف المستوى التعليمي للأبوين الذين لا يعطون أهمية لتعليم أبنائهم في المرحلة الابتدائية، و كذا نجد فشل الحكومة في جلب أساتذة ذات كفاءة في هذه المناطق الريفية والمعزولة [86]ص19.

وفي بعض المناطق الحضرية وحسب التقسيم الجغرافي. نلاحظ اللامساواة و التي نجدها في معظم بلدان العالم، إذ نجد أكثر من 900 مليون شخص يسكنون بيوت القصديرية [87]ص56-57 تنعدم فيها أبسط متطلبات الحياة كإعدام المياه الصالحة للشرب، و أماكن الصرف الصحي إلى جانب إتساخ مكان المسكن، و بالتالي هذا الحرمان يعتبر مؤشرا لتأثيره الكبير على الأطفال الأقل من خمس سنوات والمحرومة من العيش و التعليم، و يعود أيضا هذا التقسيم إلى بعض العوامل مثل اللغة و التمييز العرقي و البعد الاجتماعي.

2.3. التفاوت في سوء تغذية الطفل بين الحياة والوفاة

قدر عدد الأطفال الأقل من عامين المتوفين لكل عام بمقدار 10,5 مليون، نتيجة لأمراض يمكن تفادي خطورتها عن طريق الوقاية مع تطبيق أهداف OMD ، لتخفيض نسبة وفيات الأطفال إلى ثلثي في سنتي 1990 و 2015 (أنظر الملحق رقم 4). إن مكافحة ضد لا مساواة و التفاوت داخل البلدان يعتبر عامل أساسي لنجاح كل البرامج و السياسات الرامية إلى خفض نسبة وفيات الأطفال. وهذا ما نلاحظه الأشكال (10)(11)(12).



10

المصدر رقم 20: calculs de l'UNICEF basés sur des données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires(DHS) et d'Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS)

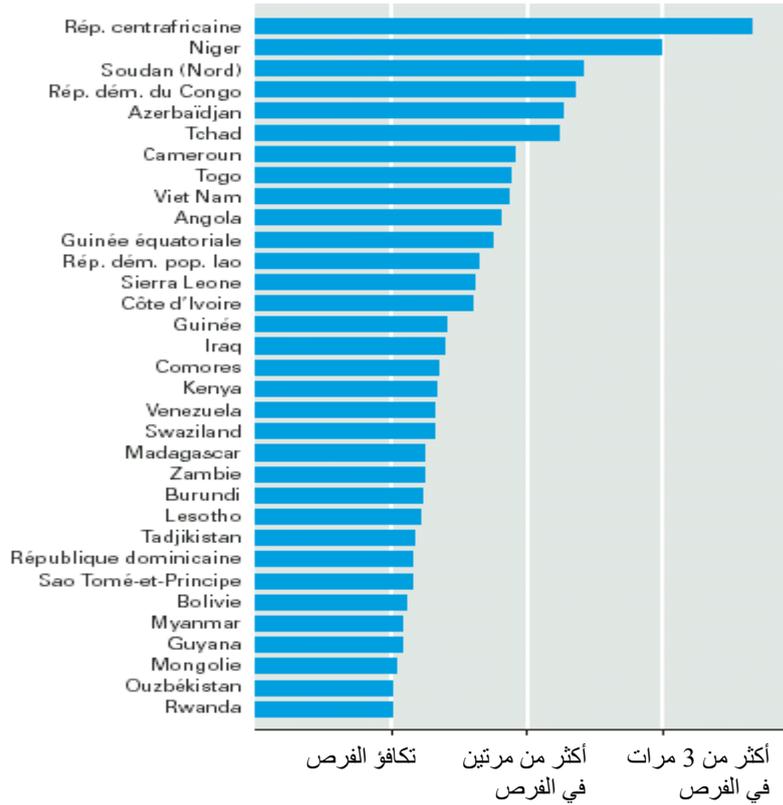
شكل رقم 10: مخاطر نقص الوزن المقارنة بين الأطفال الأغنياء و الفقراء [88]ص8.



11

المصدر رقم 21: calculs de l'UNICEF basés sur des données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires(DHS) et d'Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS)

شكل رقم 11: نسب الأطفال المعرضين للوفاة [89]ص5.



12

المصدر رقم 22: Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et d'Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) basés sur des données provenant de l'UNICEF

شكل رقم 12: تلقيح الأطفال ضد الحصبة [90] ص 10.

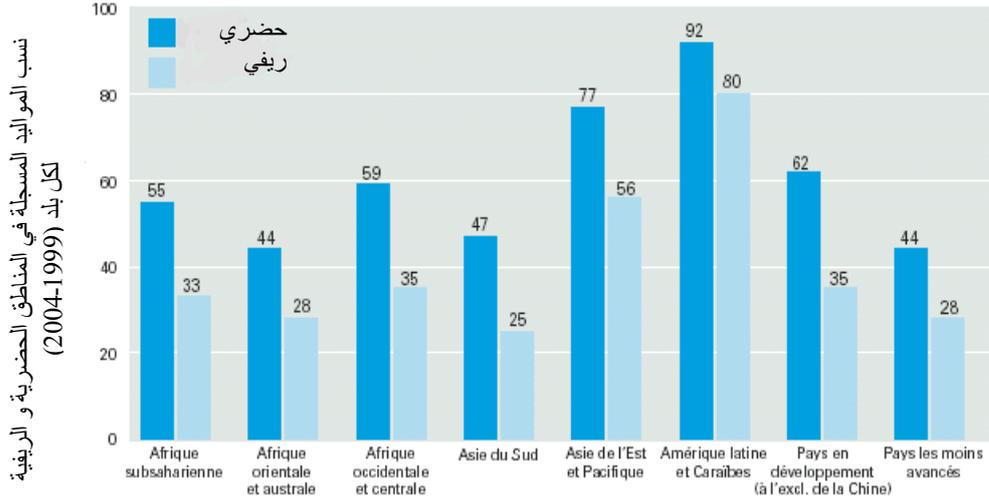
من النتائج توضح ما يلي:

حسب معطيات EDS و MICS ، والتي سمحت بجمع المعلومات حول المسح الأسري الذي ساعدنا على ملاحظ نسبة 20% من الأطفال، يعيشون في مناطق فقيرة أكثر عرضة لخطورة الوفاة في سنواتهم الأولى مقارنة بنسبة الأطفال الأغنياء من مجموع السكان. و هذا ما تسببه اللامساواة بين الفقير والغني في البلدان النامية لذا تبقى نسبة الوفيات مرتفعة أكثر من 5,5 مليون طفل لا تتعدى أعمارهم خمس سنوات يموتون كل عام بسبب سوء التغذية، الذي يؤدي إلى إضعاف النظام المناعي نتيجة نقص في الفيتامين أ (A)، بالرغم من أن الطول ووزن الطفل يتناسب مع عمره، و بالتالي سوء التغذية يؤدي إلى اضطرابات صحية و نمو غير طبيعي للطفل، وإضافة إلى هذه الأمراض هناك أمراض أدت إلى وفاة 2 مليون في كل عام التي قدرت بحوالي 1,4 مليون وفاة لأطفال تقل أعمارهم عن خمس سنوات بالرغم من التقدم الذي سمح بتحسين عمليات التلقيح في العالم، كالحصبة التي

تصيب نسبة 20% من الأطفال في أذربيجان وإفريقيا الوسطى، وتشاد والكونغو، والنيجر وشمال السودان إذ يعتبر أطفال هذه البلدان الأكثر عرضة للحصبة.

3.3. غياب الوثائق الرسمية للحالة المدنية للطفل

إن التعريف يعد من الحقوق الرسمية لكل طفل، خاصة من حيث التسجيل عند الولادة وكذا الحق في إكتساب الجنسية وحق الإعتراف والعناية به، ولهذا عقدت إتفاقيات حول حقوق الطفل نجدها بشكل واضح في مادتين 7 و8 و اللتان تبيانان حق الحكومات في تحقيق وتطبيق هذه القوانين، فبدون التعريف و دون تسجيل رسمي للطفل عند الولادة يكون هذا الأخير عرضة لعدة مخاطر كحرمانه من الخدمات الأساسية كالصحة والتأمين الإجتماعي ومن ثم التعليم [91]ص14، كما يظهره الشكل (13).



13

المصدر رقم 23:

Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales.

شكل رقم 13: تسجيل المواليد في الدول النامية [92]ص10.

قدر عدد الأطفال غير المصرح بهم، بمقدار 48 مليون عام 2003 أي 36% من العدد الإجمالي للولادات. إن الإعتراف والتسجيل الرسمي للطفل يعتبر الحقوق الأساسية حسب المادة 7 لإتفاقية حقوق الطفل، فالتسجيل يسمح للطفل بالحصول على شهادة الميلاد التي تعتبر إثبات قانوني يؤكد

على إنتماء فرد من المجتمع، كما تعد بمثابة إثبات وجود علامة تربط الطفل بأجوبة إضافية لكونها تحدد جنسية الطفل عامة [93]ص37، فتسجيل الطفل عند الولادة يعطيه الحق في الاستفادة من خدمات المرافق على المدى الطويل من حياته الطفل كحق العلاج في المستشفى والإلتحاق بالمدرسة، غير أن معظم البلدان تعتمد على ميكانيزمات إدارية في تسجيل المواليد لأن التقديرات الإحصائية تختلف من بلد إلى آخر، و يرجع ذلك إلى نوعية العمل والقدرات الإدارية حسب موافقة المجتمع. لكن و إلى يومنا هذا لم نفهم الهدف من عدم تسجيل المواليد الذي يعتبر خطوة هامة و وسيلة للإعتراف بوجود فرد جديد أضيف في مجتمع ما ومعترف به أمام القانون.

و حسب إحصائيات لسنة 2006 لليونيسيف هناك نسبة 55% من المواليد في كل عام غير مسجلة، بالدول النامية. و نسبة 62% في إفريقيا الشبه الصحراوية، و تبقى في آسيا الجنوبية من أكثر المناطق إرتفاعا بنسبة 70% فأفغانستان بنسبة 7% من المواليد المسجلين لسنة 2004 وأوغندا و تنزانيا اللتان لم تتجاوز نسبتهما 7% سنة 2006 [94]ص220، و يرجع عدم تسجيل الأطفال إلى إهمال أهمية التسجيل عند بعض المجتمعات و الحكومات، و يرجع ذلك إلى معاناة الدولة من المشاكل الإقتصادية و من الحروب، كما أن هناك عائلات لا تستطيع أن تضمن الحياة الصحية الجيدة لأطفالها منذ الولادة إلى أقل من خمس سنوات، وأيضا لا تضمن المكان الصحي لنمو الطفل بشكل سليم و لهذا مازال يعتبر تسجيل الأطفال عبارة عن إجراء بسيط ليس له صلة بالنتيجة الوقائية وتعليم الطفل. ومن العوامل التي تساعد في تسجيل المواليد دون إقصاء وهذا في إطار العمل القانوني المناسب لتسجيل المواليد، مع تدعيم الشؤون الإدارية في الميدان اللوجيستكية (Logistiques) لتسجيل و مساعدة العائلات في التغلب على عوائق من تسديد الرسوم و البعد بين موقع السكن و مكتب البلدية الخاص بالحالة المدنية.

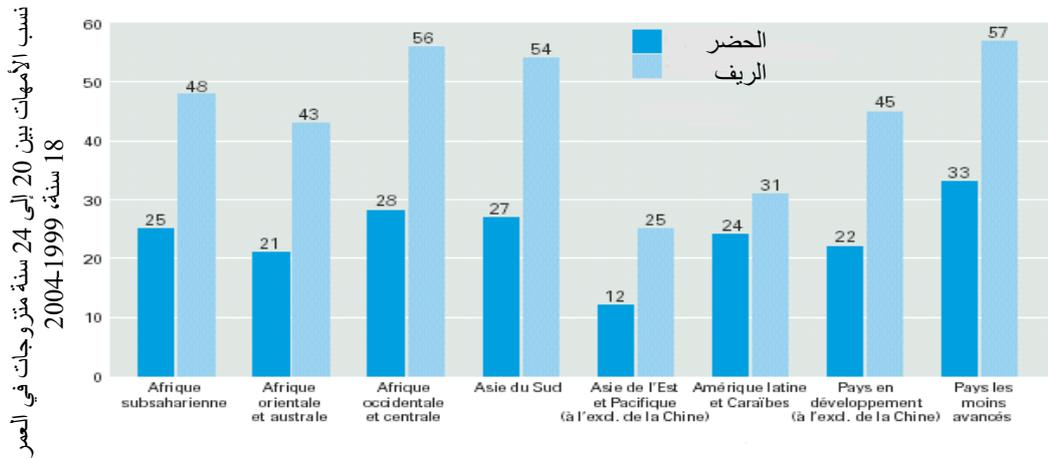
4.3. سوء التغذية و الفقر الإقتصادي

يعد الدخل الفردي القليل من أكبر العوائق المؤثرة على نمو الطفل الذي لا يتعدى عمره خمس سنوات، خاصة عندما يكون العائد أقل من دولارا و هذا من حيث متطلبات الصحية السليمة للطفل، كشرء الطعام و الدواء معا، ومن هنا كان هدف OMD هو تقليص نسبة الفقراء ذوي الدخل الضعيف أقل من دولار إلى نصف النسبة مع حلول عام 2015م.

5.3. اتجاهات و مستويات سوء تغذية الأم على رعايتها الصحية

1.5.3. الزواج المبكر عند الأم

إن بلوغ سن الزواج عند الذكور و الإناث يحتم عليهم الزواج المبكر المرتبط بالعادات و تقاليد المجتمع، لذا يجب على المرأة المتزوجة القيام بدورها من الأعمال المنزلية و تربية الأطفال (أنظر الملحق2)، و لهذا تقع ملايين البنات كل عام في مصيدة «الزواج المبكر» المحددة في الإقتران الشرعي أو المألوف عند بعض الشعوب(14).



14

المصدر رقم 24: Enquêtes démographiques et Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS):24 sanitaires(EDS) et autres enquêtes nationales.

Mariages précoces : pourcentage de femmes âgées de 20à24ans qui étaient mariées ou en * union considérée comme un mariage, avant d'avoir atteint l'âge de 18ans.

شكل رقم 14: الزواج المبكر* في الدول النامية[95]ص22.

حسب تحليل المعطيات التي قامت بها اليونيسيف من خلال دراسة حول المسح الأسري لسنة 2005 لـ 49 بلدا ناميا، نجد أن 48% من المتزوجين في آسيا الجنوبية تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة، وهناك 29 بلد إفريقي مع 8 بلدان من أمريكا اللاتينية و الكرايب بلغت نسبهم 42% و 29% أي تزوجوا قبل سن 18 سنة، أما أعلى نسبة فنجدها بالنيجر حيث تتراوح أعمارهم بين 20 و 24 سنة و تبقى نسبة 7,7% بالنسبة لعدد المتزوجين الذين يقل سنهم عن 18 سنة كما تبقى نسبة 8% في إفريقيا الجنوبية.

و بالتالي إن معظم البنات تزوجن زواجا مبكرا بدون إرادتهن في حين نجد أن البعض تزوجن بإرادتهن دون معرفتهن بالنتائج المترتبة عن هذا الزواج كتهور صحتها و صحة جنينها، حيث تعد فئة الإناث اللواتي تقل أعمارهن عن 15 سنة أكبر فئة معرضة لخطر الوفاة بخمس مرات مقارنة بفئة البنات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 29 سنة [96]ص2، كما تكون الأم التي لا يتعدى عمرها 18 سنة مهددة بخطر وفاة طفلها الرضيع في أيامه الأولى من الحياة بنسبة 60%.

إن العبء الذي تحمله المرأة كبير جدا خاصة لما يتعلق بالصحة الإنجابية، إذ يتضح ذلك من خلال الأوضاع الاجتماعية و الإمكانيات الاقتصادية المزرية التي لا تعطي الصورة الحقيقية لتلك الأوضاع، خاصة مع قلة الدعم والخدمات العلاجية في معظم المجتمعات مقارنة بالزيادة المذهلة في نسب الإنجاب التي يقابلها كما أشرنا سابقا نقص المساعدات و هذا قصد التطبيق. إذ أخذنا بعين الاعتبار التغير الحاسم الذي طرأ على دور الإنجاب من حيث تحديد و تنظيم أوقات الولادة، الذي لا يتحقق غالبا إلا بإستعمال و سائل منع الحمل الحديثة التي تعطي للمرأة إمكانية التحكم في الوقت و تكرار الحمل مع التراجع في منع الحمل. تمثل نسبة النساء اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل بنسبة 15% في سنة 1996، كما حصلنا على نسبة 60% من مجموع الدول النامية و 100% خارج هذه الدول فالإستعمال المتزايد لوسائل منع الحمل أصبح جزءا من الحياة اليومية لأن الروابط بين الرجل والمرأة تعد تركيبة معقدة إنطلاقا من المجتمع بقيمه و عاداته المختلفة. إن السماح للمرأة في إختيار حجم عائلتها و المباحة بين الولادات أمر يتحقق بعد المفاوضة و هذا عن طريق السلطة التي تتخذ قرار الموافقة لأن وسائل منع الحمل الحديثة تعمل على تغيير تركيبة المجتمع بشكل دائم و ملحوظ، وهذا ما يجلب و يدفع بالعديد من الدول إلى المناقشة حول التغذية التي تمس بالخصوص أدوار و حقوق النساء و الرجال فيما يتعلق بالإنجاب.

2.5.3. نقص الرعاية الصحية للأم

1.2.5.3. سوء تغذية الأم

إن سوء التغذية أصبح عبارة عن آفة إجتماعية في العالم، حيث بات من السهل تعرض الطفل من جرائه (سوء التغذية) إلى أمراض قد تؤدي حتما بحياته، حيث نجد 5,9 مليون وفاة في سنة 1990 وأقل من 15,9% من مجموع الأمراض [97]ص45، فأغلب الأشخاص المتوفين نجدهم مقيمين في إفريقيا و آسيا الجنوبية و العديد منهم توفوا في بداية حياتهم، ففي هذه المرحلة يكون الأطفال أكثر عرضة للأمراض هذا ما تظهره خريطة العالم (15).



MONDE 429
Régions plus développées* 27
Régions moins développées** 479

Afrique	878
Afrique orientale	1 051
Afrique centrale	944
Afrique septentrionale	343
Afrique australe	437
Afrique de l'Ouest	1 023
Asie	383
Asie orientale	91
Asie Centre-Sud	562
Asie du Sud-Est	443
Asie occidentale	320

Europe	36
Europe orientale	61
Europe septentrionale	11
Europe méridionale	15
Europe occidentale	17

Amérique latine et Caraïbes	194
Caraïbes	408
Amérique centrale	137
Amérique du Sud	197

Amérique du Nord	11
-------------------------	-----------

Océanie	382
Australie/Nouvelle-Zélande	12
Mélanésie/Micronésie/Polynésie	1 123

Source: Organisation mondiale de la santé, *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*, quatrième éd. (Geneva, à paraître).

* Les régions plus développées comprennent toute l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon.

** Les régions moins développées comprennent toute l'Afrique, l'Asie (sauf le Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, et la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

15

المصدر رقم 25: OMS, Définir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité comme une intervention pratiquée par des personnes ne possédant pas les qualifications nécessaires et/ou dans un environnement ne répondant pas aux normes médicales minimums, Nation Unies, Population et développement, vol. I, 1995

شكل رقم 15: نسب وفيات الأمومة عبر العالم خلال سنة 1990 [98] ص 10.

يعتبر الفقر من الأسباب الرئيسية الخفية عند العديد من الأسر في الإصابة بالأمراض، حيث توضح الأرقام أن النساء هن أكثر عرضة لسوء التغذية، و ما يترتب عن سوء التغذية في الدول النامية بشكل متفاوت هو إصابة العديد من الفتيات بمشاكل صحية في مقتبل أعمارهن (أي في سن صغير) مما يساعد على بروز تدهور صحي مستقبلا كالإصابة بفقر الدم ومخاطر تشنث حدثها فيما بعد في بداية الطمث، ففقر الدم يرجع إلى نقص الحديد أما السبب الثالث والرئيسي المساعد على ظهور مثل هذه الأمراض هو العمر لأن النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 44 سنة هن أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض، كما لا حظنا أن للحروب دور في إزدياد الفقر و بروز عدة أمراض من بينها الأمراض المذكورة سابقا، و التي قدرت بنسبة 4% من مجموع أعباء المرض، فنسبة الإصابة بهذا المرض في الدول المتقدمة قدرت ب 1,5% تقريبا فهي قليلة مقارنة بنسبة حوادث

المروور. و بالتالي سوء التغذية و فقر الدم هما عاملان يؤديان حتما إلى ظهور مشاكل في فترة الحمل و أثناء الولادة، مما يؤدي بهم في معظم الأحيان إلى الوفاة.

2.2.5.3. الإجهاض

إن الإجهاض لا يكون مشروعاً حسب القانون إلا إذا توفرت بعض الشروط في المرأة الموشكة على الإجهاض، وتكون هذه العملية بالخصوص في الشهر التاسع من فترة الحمل، لأن المرأة الحامل تكون صحتها في خطر قد يؤدي إلى وفاتها و بالتالي تكون عملية الإجهاض قانونية التطبيق في معظم البلدان إذا صحبها تبرير مقنع، وخاصة إذا كان أمر التنفيذ من طرف طبيب مختص (طبيب النساء)، و قد قدرت حالات الإجهاض المشروعة في كل العالم بنسبة 96% و 98% من المجتمع العالمي، كما قدرت 25 مليون حالة إجهاض في كل العالم بنسبة 62% من مجموع البلدان، أين تعيش نسبة 75% من سكان العالم الذين يؤمنون بذلك قصد سلامة و حماية صحة المرأة الحامل التي أثبتت مع التبرير حسب القانون بنسبة 89% من الدول المصنعة، و 52% من قبل الدول النامية و التي تؤمن بذلك بهدف المحافظة على الصحة الجسدية للمرأة، لكن ومع هذا نلاحظ أن لكل الدول موقف شخصي أكثر تبايناً. إن عملية الإجهاض المشروعة حسب القانون هي من الإجراءات الطبية الأكثر بساطة على المستوى الصحي، حيث يتم تنفيذها والمصادقة عليها بعد توقيع الأوراق و ذلك من أجل حماية حياة المرأة التي تكون حتما في خطر عندما تفشل كل الطرق في إنقاذها، و هنا تبقى عملية الإجهاض أنجح و أسهل عملية من حيث القانون والطب، و من أهم المخاطر التي تؤدي إلى وفاة المرأة هي: التشوهات الخلقية، تعفن الجنين في المرحلة الأولى من تكوينه و كذا إمكانية وفاة الجنين إثر ارتفاع الضغط الدموي عند المرأة الحامل زائد إمكانية الإصابة بالأمراض الكلوية وغيرها.

ولقد قدرت 20 مليون حالة وفاة في كل عام منها نسبة 80% في الدول النامية [99]ص10، و هذا بسبب إنعدام توفر شروط الحماية، حيث لوحظ بعدد غير منتهي أن هناك عدة نساء يعانون من أمراض معدية لعدم توفر المياه مع غياب النوعية الغذائية، هذا ما يؤدي إلى تشوهات خلقية وغيرها وبالتالي إن وفاة هؤلاء النساء الحوامل يعد خطراً على الصحة العمومية إذ قدر عدد وفيات النساء بمجموع 70.000 حالة وفاة لكل عام لأسباب تنعدم فيها الشروط العملية للإجهاض، وفي هذه الحالة الإجهاض المشروع لا يتضمن الحماية بعد أن لوحظ أن نسبة حالة الإجهاض غير قانونية لأنها

تمارس بأدنى شروط الحماية و هذا لتدخل البيروقراطية(مثل حالة الدول السوفياتية سابقا L'ex-Union Soviétique). و مع هذه الأسباب رفض مسؤولي الصحة تنفيذ عملية الإجهاض[100] ص161.

قد تكون المرأة حاملا وهي لا تعلم أنه يوجد مراكز خاصة تعطي تعليمات عن طرق منع الحمل، و ذلك يرجع إلى نوعية الإتصال التي فشلت في أداء مهمتها كما أنه توجد نساء يأملن في إيقاف الحمل أولا ترغبن في الإنجاب لعدة أسباب، حيث نجد أن معظم الملاحظات أو التقييمات قد قدمت معطيات تمثل عدد النساء في المستشفيات و اللاتي يعانين من مخاطر صحية من جراء عمليات الإجهاض. ففي أمريكا اللاتينية تمارس عملية الإجهاض خارج المستشفيات كالبيت مثلا، فعملية واحدة من هذا النوع على خمسة تؤدي إلى تعقيدات[101]ص164، لأن تطبيق عملية الإجهاض المشروعة لا تكون إلا من قبل الطبيب حفاظا على صحة الأم، وفق شروط تتوفر فيها الحماية و الأمان مع توفر مراكز صحية، و فيما يتعلق بالإنجاب ومعدل الإجهاض في هذه الحالة يكون أقل إرتفاعا، فمن الصعب تقييم عملية الإجهاض وربطها مع الخصوبة(16).



16

المصدر رقم 16: UNAIDS, Organisation mondiale de la santé, The Global Epidemic, 1 December – 28 Novembre 2000.

شكل رقم 16: نسب وفيات الأمهات المتبوعة بالإجهاض غير قانوني عبر العالم[102]ص78.

أوضحت النتائج التي أجريت في 33 بلد، أن عملية الإجهاض كثيرا ما تستعمل للسيطرة على عملية الخصوبة [103]ص42 وعليه إن وسائل منع الحمل و عملية الإجهاض المشروعة تتجاوب مع رغبة الأزواج في تحديد حجم أسرهم، ولكن مع وجود طرق و وسائل منع الحمل؛ بشكل كبير سيؤدي حتما إلى إنخفاض ممارسة عملية الإجهاض لأن الدراسات المماثلة في معظم البلدان سمحت بفهم جيد للتغيرات التي تتعامل فيما بينها [104]ص125. إن أكبر عدد من النساء اللواتي أخضعن لعملية الإجهاض سيستعملون وسائل منع الحمل حتى و إن كان لهن الإختيار، ففي نيجيريا 10% من النساء اللواتي تعرضن لعملية الإجهاض قد دخلوا إلى المستشفى بسبب التعقيدات الصحية الناجمة عن الإجهاض و لهذا هناك 45% من النساء يرغبن في إستعمال وسائل منع الحمل، أما في بوليفيا (Bolivie) هناك 7% فقط من النساء يستعملن طرق منع الحمل و77% من يرغبن في ذلك [105]ص43. خلاصة الإقتراح أن الدور الكبير الذي تلعبه المراكز الصحية في تسهيل مجانية إستعمال وسائل منع الحمل قد يساعد على تراجع نسبة الإجهاض.

3.2.5.3. التدخلات الدولية لحماية الأم من الإجهاض

إن الملتقى الدولي حول السكان و التطور عمل على إيقاف إقتراح عملية الإجهاض، و هذا بالإتفاق في نص 8,25 من برنامج الحركة CIPD، فكل الحكومات و المنظمات الحكومية و غير حكومية يهتمون بتدعيم التعهد بالرعاية الصحية للمرأة، فهي تأخذ بعين الإعتبار الإجهاض المطبق في شروط تنعدم فيها الحماية [106]ص69، لأن أهم مشكلة في الصحة تكون من أولى الأولويات الموافقة على الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه و هذا عن طريق الإجهاض، فهناك نساء لا يرغبن في الحمل لذا يجب إيصال المعلومات الصحيحة لهن بأبسط طريق النصائح و هذا بالتأثير المدرك من خلال وضع كل مقاييس الإجهاض في أحضان الأنظمة الصحية التي تؤكد بإستعمال إجراءات تشريعية. إن عملية الإجهاض يجب أن تطبق في شروط صحية حسنة، لذا يجب على النساء الحوامل أن يكن في إتصال مع مراكز صحية متخصصة قصد معالجة التعقيدات الناتجة عن الإجهاض، و كذا المشاركة في الحد من تجنب عملية الإجهاض المتكررة، و من هنا طالب الملتقى الدولي الرابع حول المرأة جميع الدول بضرورة عزمها على تفحص القوانين التي تنص موافقة الإجهاض غير المشروع، لأنه يعد إعتداء على الحرمات و الحقوق الأساسية خاصة الإجهاض الذي يتم تحت شروط تنعدم فيها وسائل الحماية بناء على العمليات المخصصة لوضع نهاية للحمل غير المرغوب فيه والتي تطبق من طرف أشخاص ليست لديهم الكفاءة المطلوبة و ليس لهم أدنى مقاييس النظافة المتعلقة بالمحيط.

6.3. العنف الممارس على الأم

لقد تطرق الملتقى العالمي [107]ص43 حول حقوق الرجل، والملتقى العالمي الرابع حول المرأة اللذان يمنحان الأولوية إلى ظاهرة العنف الممارس على المرأة فهي أكثر إنتشارا مع أنها مخالفة لحقوق الإنسان. للرجال الحرية التامة في لعب كل الأدوار من أجل محو القيود و العنف الممارس على المرأة.

لذا يجب على السلطات التشريعية والقضاة وأعوان الشرطة و كذا ممثلي المراكز الصحية و التخطيط العائلي، و كذا المعلم والزوج والأب، من أن يشاركوا بقوة في نشر أفكار صحيحة تكون قادرة على إستئصال الأسباب الثقافية ومشاكل المتعمقة الأصل، لذا يجب على هذه التأثيرات أن تأخذ بعين الإعتبار كيفية وضع الأسئلة للرجل لمعرفة نظرة الرجال إلى النساء و هذا من أجل نقص العنف الممارس على المرأة في وقت أصبحت فيه المرأة تعيش ظل الخوف من جراء كثرة العنف الممارس عليها [108]ص91.

1.6.3. العنف الأسري

إن من أكبر المخاطر التي تعيق الحماية الجسمية للمرأة هو العنف العائلي، حيث أثبتت الدراسات الدولية في الولايات المتحدة أن نسبة 21% إلى 30% من النساء ضربن من قبل شركائهن مرة في حياتهن على الأقل، كما أن نصف النسبة قد مورس عليهن الضرب أكثر من 3 مرات في العالم. لقد أثبتت الدراسات أن الرجال الذين يتميزون بالعنف إتجاه زوجاتهم في حدة متزايدة مع الوقت، ففي Colombie كولومبيا حوالي 20% من النساء ضربن و كذلك هناك نساء مورس عليهن الإعتداء اللغوي أكثر من ثلاث مرات في Papouasi-Nouvelle-Guinée. كما أنه يوجد 67% من نساء الريف و 56% من نساء الحضر عرضة لهدف الإعتداء الجسمي. كما توجد نسبة 42% في كينيا قد مورس عليها الإعتداء بالضرب من قبل أزواجها. أما في الشيلي (Chili) هناك حوالي 63% من النساء كن ضحية المعاملة السيئة جسديا و نفسيا و جنسيا.

إن نقص المعطيات حول ظاهرة العنف العائلي لا تسمح لنا بوضع مقارنة تساعدنا في التوضيح أكثر، وخاصة أن هذا النوع من العنف يمارس من قبل الرجل مقارنة بالمرأة و هذا هو الشيء المألوف لدينا، فبعض العوامل وبشكل غير مباشر تساعد على إنتشار العنف العائلي الذي يؤدي حتما إلى ظاهرة الإنتحار التي تتواجد بكثرة في الهند (فيدجي Fidji)، فحوالي 41% من العائلات إستجوبت قد فقدت شخص عزيز في العائلة.

أما في الولايات المتحدة فقد قدرت محاولات الإنتحار عندها بنسبة تقدر ب 1/4 و هي نسبة ناجمة عن العنف العائلي، لكننا نجد أكثرية هذه النسبة عند السود أكثر من البيض، فسيريلاونكا قامت عدة الدراسات في أوساط الثمانينات عن نسبة الإنتحار عند النساء اللواتي تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عام و التي قدرت بخمسة أضعاف مقارنة بنسبة الوفاة الناجمة عن أمراض المعدية 55 مرة أكثر إرتفاعا مقارنة بنسبة الوفاة الناجمة عن الولادة، كما أننا نجد عدة دراسات أخرى في كل من إفريقيا و البيروا التي أوضحت أن هناك علاقة بين العنف العائلي والإنتحار، فالعنف العائلي قد يصل إلى حد الموت ففي بنغلاداش قدرت وفيات النساء المتأثرات بالمعاملة السيئة من قبل أزواجهن بنسبة لا تتعدى 50%، أما في كندا فقد قدرت النسبة ب 62% من النساء اللواتي هن عرضة للإعتداء الجسدي في 1997 تحت وقع التأثير و العنف الأسري في -Papouasi-Nouvelle-Guinée وفي نفس المرحلة هناك حوالي 3/4 نساء هن ضحية للقتل المتعمد والممارس من طرف أزواجهن.

و يبقى الأهم من ذلك أن العنف الأسري ينشأ عامة من الرجل وليس من المرأة، وقد يرجع سبب ذلك إلى متاعب الحياة أو حرمانه من شيء ما أو تعرضه لخيبة أمل [109]ص75، فالدراسات المحققة حول الذكور و الإناث (قبل الإختلافات الناتجة من مشاركة و تصبح مسجلة) أشارت إلى أن الذكور يعانون قليلا من الحرمان لذا هم أكثر إندفاعا و غضبا، و سبب ذلك يرجع إلى ضغط الآباء الذين يفكرون في أخذ القرار مع تمييز بين الأدوار المبنية على الجنس، رغم أهمية إشترك الذكور في إتخاذ القرارات و هذا ما يظهر و بقدر متزايد و واضح في معظم الدراسات التي جئنت بها مختلف الثقافات، التي تطرقت إلى العنف الممارس على المرأة و قد ورد في هذه الدراسات أن هناك حوالي 1/3 من المجتمعات الريفية تعاني من ظاهرة العنف الأسري.

2.6.3. برنامج الملتي الدولي حول السكان و التنظيم الأسري

إن أساس الإختيار الحر و الواضح هو من الشروط الضرورية لنجاح برنامج التخطيط العائلي ففي كل المجتمعات نجد العديد من المقاييس الإقتصادية والإجتماعية للتشجيع، وهذا لتأثير القرارات المأخوذة من طرف الأشخاص بشأن العدد والمباعدة بين أطفالهم، فنتيجة لهذا عملت الحكومات في القرن الأول على إستخدام كل الطرق والمقاييس النوعية لتشجيع مع الإقتناع بالعدل أما للزيادة أو النقصان في معدلات الخصوبة، و بهذا نجد أن معظم التنظيمات لها تأثيرها في تحديد المعدلات رغم كل الحالات وتأثيرها المتعارض مع ما نأمل، فهذه تعد من أهداف السلطات العامة فيما يتعلق بالتخطيط العائلي.

1.2.6.3. الصحة الإنجابية للأم

إن الصحة الإنجابية هي حق للرجل والمرأة، فهناك نقص وتقصير في العلاج الصحي و هذا فيما يخص الإنجاب فله أثرا كبيرا على فئة من الناس، و هذا النقص و التقصير مرتبط بالتمييز الثقافي و الضغوط المطبقة من طرف المجتمع و الأسرة، حيث زاد العدد في فئة النساء عبر العالم و إزداد عدد الوفيات فجعل هذا التمييز و هذه الضغوط في إستحالة تطبيق برنامج و سياسة الصحة الإنجابية و خاصة البلدان النامية[110]ص13.

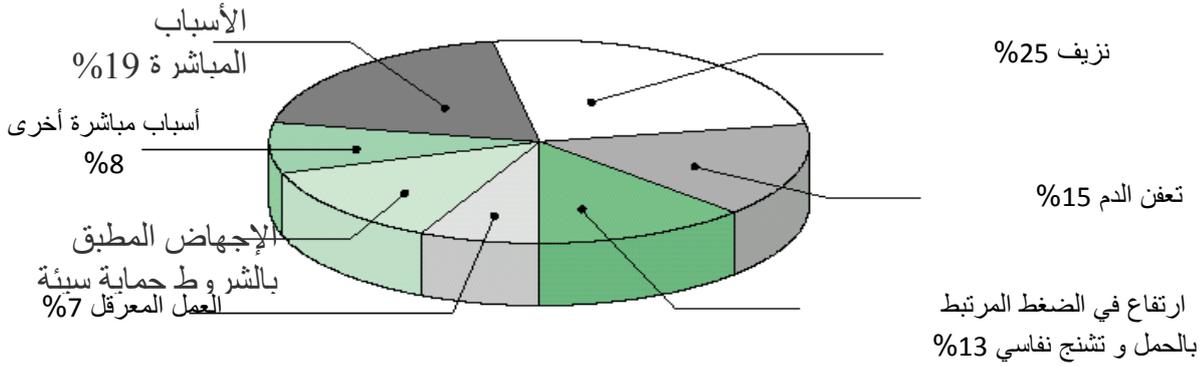
ففي عام 1994م، رأى الملتقى العالمي حول السكان و التطور (CIPD) أن 180 بلدا إعترف بالعمل على التوعية المصالح المعنية حول تطبيق الصحة الإنجابية فهذا هو الهدف المسطر و المحقق نهائيا لسنة 2015، فهذا هو ثالث تقرير حول وضعية حالة السكان في العالم بعد CIPD و FNUAP. فكل النتائج المحققة مع المشاكل يمكن إيجاد حلول لها و ذلك لتطبيق قانون الإنجاب. ولضمان تحقيقها قامت الملتقيات الدولية تضاعف في السنوات الأخيرة حول الموضوع في حق الصحة الإنجابية و التي جيئت بأساسيات فمنها:

- * حق الصحة الإنجابية عامل في الصحة العامة،
- * حق في أخذ القرارات حول الصحة الإنجابية، و أخذ القرار دون الضغط في قضية الزواج و القرار في بناء عائلة مع القرار في الإنجاب مع تطبيق سياسة تباعد الولادات،
- * الحق في المساواة و العدل بين الرجال و النساء، و هذا للسماح بالإختيار الحر بدون قيود و التوضيح في كل ميادين الحياة و بعيدا عن التمييز الجنسي،
- * الحق في الأمان في ميدان الصحة الإنجابية.

فهذه الحقوق مرتبطة ببعض الحقوق الإجتماعية و الإقتصادية والثقافية و التي هي تحت شبكة معقدة من الإتفاقيات الدولية و المحلية من القرارات المتبادلة بين العائلات، و الجماعات، و الدولة.

1.1.2.6.3. تأثير الإنجاب على صحة الأم

في كل عام، هناك 585 000 امرأة يتوفين بعد الولادة أو خلال الولادة و معظمهن تتواجدن في البلدان النامية، حيث يعانون من متاعب الولادة العسيرة كفقر الدم الذي يرجع إلى نقص في الغذاء الكامل أو النزيف أثناء الولادة مع فقر الدم⁽¹⁷⁾.



17

المصدر رقم 17: Organisation mondiale de la santé, Maternal Health and safe Motherhood Programme (Genève) , estimations non publiées, 2005.

شكل رقم 17: نسب وفيات الأمومة حسب السبب خلال سنة 1990 [111] ص 46.

تبين النتائج، إن انخفاض الضغط الدموي و نبضات القلب يؤديان إلى وفاة المرأة، و يؤثران صحيا على الطفل فيشكلون صعوبة له في التنفس... وغيرها من متاعب الولادة، و يمكننا تفاديها ولو بعض منها وهذا بتحسين الظروف الصحية وتكلفة العلاج وخاصة الإهتمام بموضوع الصحة الإنجابية، فأكثر من 585 000 امرأة معرضة للوفاة و هذا بسبب الحمل، و لكل وفاة تحسب على الأقل 13 امرأة معرضة للخطر و أقل حدة لصحتها في أغلبية الدول. فالعلاج المستعجل أكثر سهولة و الأمهات أقل تعرضا للوفاة فتحسب كل وفاة بأكثر من 3000 امرأة تعاني بسبب رداءة العلاج خلال فترة الحمل [112] ص 20، و تمثل حاليا وفيات الأمهات في الدول النامية في إفريقيا 500 مرة أكثر تعرضا للوفاة بسبب الحمل المماثلة في الدول سكوندينافيا.

فالنزيف الدموي و العدوى (حالة إصابة المرضية للأم)، تعتبران من بين الأسباب الرئيسية لوفيات الأمومة، و العمل المعرقل و حالة الإصابة يمثلان على التوالي 6 و 8 من أسباب الوفاة في الدول النامية، و 6% تمثل النسبة الإجمالية للمرض، و أما في الدول المتقدمة تترتب على المرتبتين 12 و 14 فتمثل 2% من إجمالي المرض. إن مشكل الجهاز التناسلي للمرأة و سوء التغذية قد يؤديان إلى الولادة قبل الأوان، و سوء التغذية له تأثير على صحة كل من الأم و الطفل و خصوصا في حالة غياب العلاج المستعجل وخاصة عندما تكون الأم معرضة إلى فقر الدم و بالتالي التعرض بسهولة إلى النزيف الدموي، كما أن نقص في وسائل النقل بسبب بعد المسافة عن المراكز الصحية للتوليد تعرض النساء للخطر وهذا ما نجده في مقاطعة Ananthapur في الهند، فحوالي 70% من الأمهات في المستشفى معرضات إلى المشاكل عند الولادة فمنهن يستعملن الحافلة و 19% في عربة للنقل تجرها الحيوانات.

ومن خلال الدراسة التي أجريت في الصين نجد 15% من وفيات الأمومة المسجلة في طريق ذهابهن إلى المستشفى [113] ص 45، و معظم الرجال يربطون كل إهتماماتهم في مصاريف النقل و ليس لهم أي معرفة بمخاطر الولادة و الحاجة إلى العلاج إلا في الحالات القصوى والمستعجلة فلهم معرفة قليلة حول أهمية التغطية العلاجية قبل الأوان، وبهذا فإن دور مراكز التوليد من أجل صحة النساء هو أفضل حل لإنقاص أعباء الوفاة والمرض، وهذا بالمتابعة و الفحص قبل الولادة بنسبة 10%، بالإضافة إلى وضع نظام سريع و ناجح نحو العلاج الخاص بالتوليد عند الضرورة و ما يتعلق بتقديم الأولويات خاصة لصحة الأم.

في كل عام نلاحظ غياب مصالحي منع الحمل، إذ هناك ما يقارب 200 000 من وفيات الأمهات بسبب حملهن المتزايد و عدم معرفتهن بقواعد تنظيم الأسرة، وهذا من حيث تحديد عدد الأطفال المرغوب فيه والمباعدة بين ولادة و أخرى، فالنساء اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة وأكثر من 35 سنة لهن 5 أطفال، زيادة على ذلك المباعدة بين المواليد بأقل من عامين [114] ص 18. و هذه الفئة من النساء نجدها معرضة للمرض عند آخر حمل و تعاني من الأمراض الحادة و فقر الدم، و عدد كبير منها ليس لديه معلومات للمخاطر التي تتعرض لها و ليس لها المعرفة بالمقاييس في الإختيار الصحيح للتخطيط العائلي مستقبلا.

كما أن نقص مراكز منع الحمل و عجزها لمثل هذه الحالات [115] ص 140-147، بحيث تؤكد بأن 75 مليون بين 165 إلى 175 مليون حمل غير مرغوب، ويمثلون 45 مليون حالة إجهاض و 30 مليون ولادة حية. و بين 120 إلى 150 مليون امرأة ترغب في الحد من الحمل و المباعد بين الولادات والتي لا تجد الوسائل المتوفرة لتحقيق ذلك، و هناك 350 مليون من الأزواج ليس لهم المعرفة بوسائل منع الحمل و لا حتى بوجود هذه المصالح. وفي كل عام، حوالي 70 000 حالة وفاة للنساء بسبب الإجهاض وهذا لعدم توفر الشروط الصحية اللازمة و لا يوجد الرقم المحدد لعدد النساء اللاتي تعرضن للتعفن بعد الإجهاض، و عدد كبير بحوالي 25 مليون حالة إجهاض وممارسة في ظروف سيئة و يمكن تخفيف من حدتها بإستعمال طرق ووسائل منع الحمل.

3.6.3. الفقر والصحة الأم

تتنبأ CIPD ، بأن 350 مليون زوج عبر العالم ليس لهم دخل في تشكيلة مكتملة للطرق الحديثة لتنظيم الأسرة [116] ص 32، فقدر 120 مليون من مجموع النساء المتزوجات عبر العالم يرغبن في المباعدة بين الولادات على الأقل عامين، ولا يستعملن أي طريقة لتنظيم الأسرة.

1.3.6.3. تطبيق سياسة الصحة الإنجابية

إن نسبة الإنجاب في مختلف مناطق العالم يقابلها إرتفاع عدد سكان العالم بـ 81 مليون في كل عام، و في بعض البلدان آسيا الوسطى و إفريقيا الشبه صحراوية، أن نسبة الإنجاب إنخفض بين 1980 و 1985 إلى 1990 و 1995:

- في بنغلاداش 6,2 طفل لكل امرأة إلى 3,4،
- في الهند 4,5 إلى 5,5،
- في باكستان 6,5 إلى 5,5،
- في تركيا 4,1 إلى 2,7،
- في سوريا 7,4 إلى 4,7،
- في كينيا 7,5 إلى 5,4،
- في الساحل العاج 7,4 إلى 5,7.

في مجموع دول إفريقيا نسبة الخصوبة 5,7 طفل لكل امرأة في 1990 و 1995 فهذا الانخفاض يرجع إلى توفير خدمات الصحة الإنجابية. غير أنه تبقى نسبة الإنجاب مرتفعة في المناطق و هذا يرجع إلى القصور في الخدمات الصحية و التعليمية. غير أن نسبة إنخفاض الإنجاب غير مرضية كما أنها تبقى مرتفعة في بعض البلدان وهذا راجع إلى النقص في الدعم و نقص في المصالح المختصة في تنظيم الأسرة، و بالتالي إحتياجات الصحة في ميدان الإنجاب يحتاج إلى تشجيع دائم، حيث معظم النساء يرغبن في تحديد عدد الولادات و التباعد بينها بشكل واسع [117]ص 23.

7.3. التقديرات المنهجية لتغذية الطفل الأقل من عامين في دولة الفلبين

1.7.3. التعريف بالإطار المنهجي للدراسة

يمثل جدول «HIPPOPOC» أدتا للتقدير بحيث يهدف إلى إعداد منهجية للتقييم التغذوي مع تطوير المشاريع التي تكون متشعبة أو معقدة في المناطق الريفية. ولهذا يظهر البحث بالإشتراك مع جامعة Philippines في Los Banos (UPLB) والمعهد الملكي على مدار Amsterdam بإنجاز مشروع BIDANI في Los Banos لسنة 1998 [118]ص 23، بحيث بدأت بفترة تحضير الباحثين على هذا المشروع. بهدف البحث حول تحسين التغذية عند الأطفال الأقل من خمس

سنوات بمتوسط فعال و بتطور مندمج، و التخطيط ينطلق من قاعدة المجتمع، و هذا بالتركيز على العادات و التقاليد التغذوية وتطورها في المقاطعات الريفية[119]ص51.

الجدول HIPPOPOC ما هو إلا تصور، الذي يشير إلى إعطاء صورة واضحة و مبسطة للمشروع والذي ينقسم إلى 4 أقسام:

- 1- Intrants أو (IP)INPUTS: بمعنى كل ما ينحصر من وقت والمبوهين والأدوات والأموال.
- 2- (P) PROCESSUS: تعمل على تقييم النشاطات التي تنحصر على مدى تقدم.
- 3- Extrants أو (OP) OUTPUTS: تمثل الأهداف العملية من التقدم.
- 4- (OC) OUTCOMES: إعادة الأهداف الأكثر بعدا والتي تسمى الآثار، فهي تختلف عن OUTPUTS، و على وجه الخصوص تفوق مسؤوليات المشروع والتي تصبح من OUTCOMES «النهائي» إلى Impact «تأثير».

أما H ليست إلا ذاكرة (Mnémotechnique). و تم إستخدام في هذا المشروع طريقتين الأمريكية(USA) تتمثل في «Logical Framework»[120]ص20، وأما الألماني GTZ [121]ص1-2، وهاتين الطريقتين تشتركان في معرفة التسلسل التدريجي للأهداف و مكان العمليات و أسباب المشاكل التغذوية عند الأطفال الأقل من عامين.

2.7.3. الطرق و التقنيات المتبعة في الدراسة

تقنية البناء لا تتطلب أي معرفة مزيفة فالجدول يجب أن يكون مركبا بالمقاييس الممكنة، من جميع المختصين لتقييم المشروع الأكثر احتمالا للتقدير الخارجي، و يمكن أخذ المثال و النتائج المحققة في «Barangy» لمناطق Bidani التي تهدف إلى رفع الوعي الثقافي في تغذية المجتمع. حيث ذكر نموذج Causal حول أسباب سوء التغذية عند الأطفال الأقل من خمس سنوات في منطقة Los Banos⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمس سنوات

غذاء الطفل

إستعمال الغذاء

المميزات الخاصة بالطفل

الشهية

تكرار الوجبات

غذاء آخر

الرضاعة
والفطام

الجني الحر للأغذية

طبق الأسرة أنظر (A)

حماية الطفل من طبق الأسرة

التحضير الداخلي للأسرة

شراء الأغذية

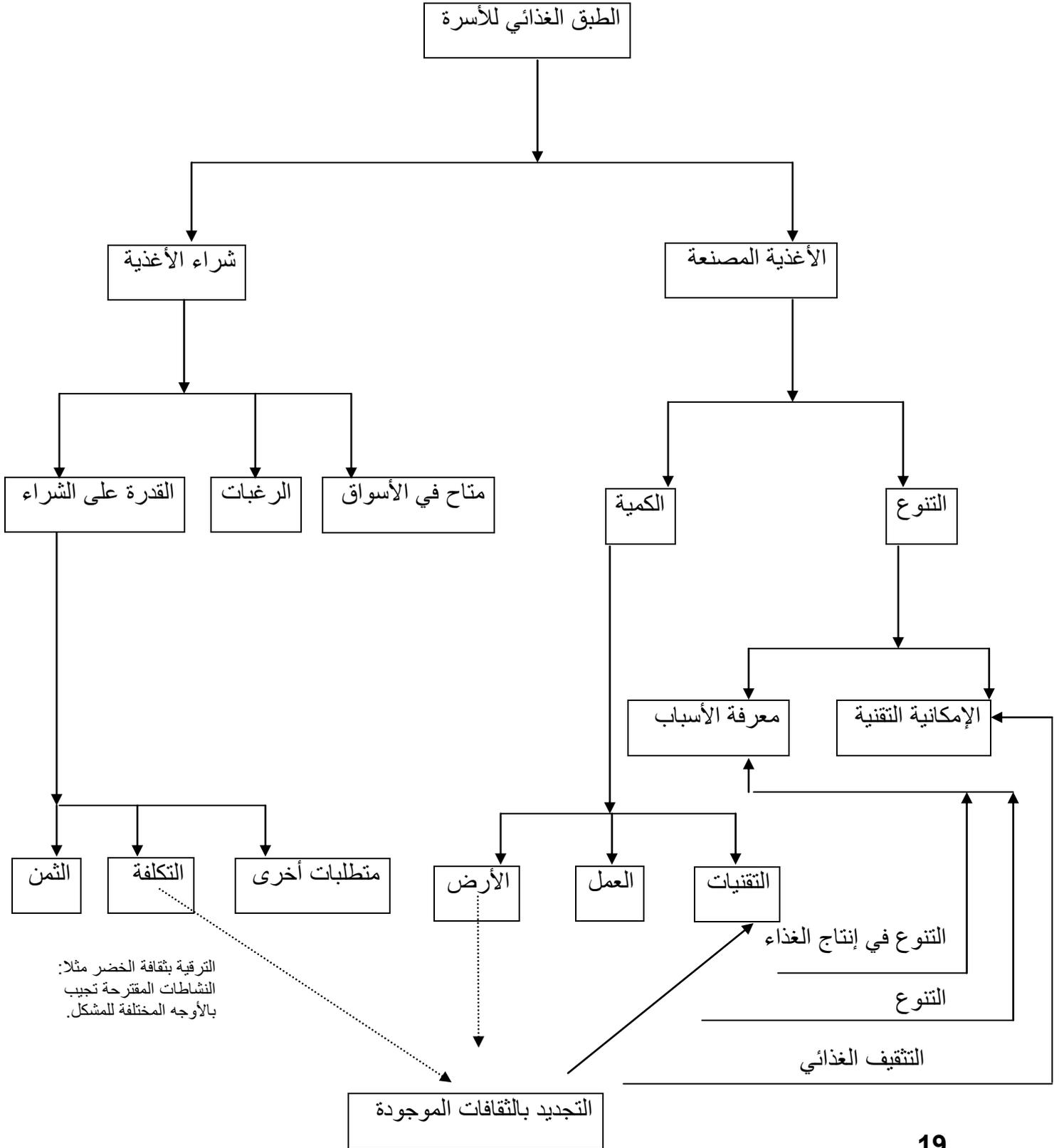
حجم الأسرة

18

المصدر رقم 18:

EUSEBIO J., et Coll. Development of a methodology for selection, formulation, implentation and evaluation of interventions aimed at improving nutrition of the rural poor. Scientific report, 1998-1999, Los Banos, 51pp. mimeo, plus annexes.

شكل رقم 18: نموذج المبسط لسوء التغذية في دولة الفلبين [122] ص 51



19

المصدر رقم 19:

EUSEBIO J., et Coll. Development of a methodology for selection, formulation, implementation and evaluation of interventions aimed at improving nutrition of the rural poor. Scientific report, 1998-1999, Los Banos, 52pp. mimeo, plus annexes.

شكل رقم 19: التفصيل في النموذج السبب (A) [123] ص 52.

الجدول HIPPOPOC يعطي رؤية عامة للعناصر المركبة للمشروع، إضافة إلى الأهداف فهي تقنية سهلة الاتصال بين مختلف الخبراء للتقدير، فهو فريد من نوعه وأحسن نظام وله الفضل في تمييز بين الأهداف العملية والأكثر بعدا، لتأثره بالعوامل المختلطة(20).

OC.	OP.	P.	IP .
FACT. CONF عامل التمييز منتجين الخضرا أكثر عددا	الأسر الذين استعملوا ↓	BIDWS تنظم ملتقى إعلامي حول استعمال ثقافة الخضرا	BIDWS
عامل التمييز	ترقية بالثقافة الخضرا	للأسر الغير منتجة	<u>أدوات تعليمية</u>
	↓		مكان الالتقاء
التنوع في عامل التمييز طبق الأسرة ↓ حمية الطفل في تحسن عامل التمييز ↓ حالة التغذية في تحسن عامل التمييز ↓ زوال في وفيات الأطفال الصغار	يتقربون إلى خبير زراعي ↑	<u>الاتصال بالخبراء</u> <u>الزراعة من أجل</u> توضيح التقنيات، و تقديم البذور و إتباع المشروع.	خبير الزراعة وسائل تنقل بالنسبة للخبير الزراعي الزرع

20

المصدر رقم 20: BEGHIN I., L'approche causale en nutrition. In : Les malnutritions dans les pays du tiers monde. Edition INSERM, série Colloque, 1998.

شكل رقم 20: النموذج التصوري لسوء تغذية الطفل في دولة الفلبين [124] ص 28-615

من خلال المخطط توضح ما يلي:

- من خلال التقييم المسبق للإجراءات، تبدأ بالتناسق بين مختلف النشاطات (العمود الثاني (P)).
فهناك صعوبة في هذه المرحلة و تتمثل في تجنب الخلط بين النشاط والهدف (مثلا: «تنظيم الملتقيات حول فوائد التغذية»، و ليس «ترقية ثقافة التغذية»).

- بعدها تقوم بملأ خانة الأهداف (العمود الثالث (OP))، بمعنى تحديد الأهداف حسب السبب، من هنا نلاحظ أهمية الضبط و التمييز الحسن بين الأهداف العملية و تأثير المسبب. كما يمكن أخذ مثال على ذلك و هو: قياس وفيات الرضع لا تساعد على تقييم الإجراءات بل تركز على التشجيع الثقافي للتغذية، وهناك تأثير العديد من العوامل التي تخلق بين أهداف العمليات و تدخلات و التصادم المحتمل على الوفيات، و بهذا فإن وفيات الرضع تصبح أحسن مؤشر للحالة الوبائية.

و بهذا فإن التخطيط للتقديرات التصورية للمشروع، يمكننا من بناء جدول من خلال العمود الثالثة (OP) بتحديد الأهداف العملية، و التي تساعد على إختيار الإجراءات المناسبة بالنسبة للمشكلة، و بعد ذلك تقوم بتركيب بعدها للعمود P، و مثالنا على ذلك: «رفع في عدد الأسر المنتجة للخضر» و «التصعيد في الإنتاج الزراعي للأسرة»، و أيضا «التنوع في أشكال الزرع»، فهذا يصبح نوع نشاط المشروع كمصدر ضروري الذي يختلف حسب الحالات.

- فتصبح أهداف التصادم تنتقل إلى العمود OC.

- و أما المرحلة الأخيرة تستند على وضع قائمة للمصادر الضرورية و هذا يكون في أول عمود IP.

أي مشروع يحتوي عادة على التسيير بشكل متتابع أو متماثل في الكمية، فعند بناء الجدول HIPPOPOC رأينا أنه يحتوي على تقسيم أكثر مما ينبغي أو العكس بأقل مما ينبغي للنشاطات و هذا يرجع إلى ترتيب غير جيد للمراحل. فمثلا: النشاط المحقق في الأدوات التعليمية بالنسبة للمنتقى «ترقية ثقافة التغذية»، فهل بإمكانها أن تصنع كمشروع HIPPOPOC ؟ فالإجابة الميدانية لهذا السؤال هي تحديد كل تدخل و هذا بالعمل مع وحدة من المجموعة المستهدفة. فأهداف العمليات والأشخاص المسؤولين يؤكدون بالملاحظة بأن نفس الأشخاص في بعض الأحيان يصبحون مسؤولين لنشاطاتهم في الأهداف المجموعة المستهدفة، و لا توجد أي من الصعوبات، في هذه الحالة نميز بين إصدار نظام أكثر اتساعا أين «Outputs» واحدة من مسارها تصبح «Inputs» تابعة لها، فالجدول HIPPOPOC لا يجيب على كل الأسئلة، والتقدير يكتب لكن لا يوضح و لا يترك مكان لتأثيرات غير متوقعة و لا حتى عوامل ممتعة لا يتكلم حول تسيير الفروع أو تماثل ولا يهتم بنوعية التسيير المتفق عليه و لا حتى طريقة الإدراك.

الجدول HIPPOPOC يعطي رؤية عامة للعناصر المركبة للمشروع إضافة إلى الأهداف، له الفضل في التمييز بين الأهداف العملية و التأثير بالعوامل المختلفة، فالتمييز بين OP و OC تعكسان أين تكلفان فرق في التقدير [125]ص25-29. ويحتوي بعدم منح الحتمي للنماذج الديناميكية

و الإحصائيات التي تساعد على إمتحان الفرضيات للتقدير، فالنموذج الديناميكي هو الترابطيين الجدول HIPPOPOC مع نموذج السبب [126]ص136. و بهذا فإن الفوائد العامة لهذا الجدول هي: أن الجدول يستعمل في التدخل للتخطيط في حالة تلغي سوء التغذية.

8.3. تجربة تشجيع الرضاعة الطبيعية للأم في دولة الكونغو

1.8.3. أهمية الرضاعة الطبيعية في تغذية الطفل

إن قيمة التغذية لها معنى ضد الإصابة بالمرض من حيث تنوعه وتأثيره صحيا ونفسيا، وخلال سنوات عديد طرح جدلا فيما يخص القدرة على الإرضاع و هذا لضمان النمو الطبيعي للطفل، بحيث النتائج تؤكد الرابط بين تمديد الرضاعة الطبيعية و سوء التغذية خلال الأشهر الأولى من عمر الطفل، فيرى كل من الباحثين (Victora 1984, Michaelsen 1988) أنه أكثر تكرارا عند الأطفال الذين لهم فطام متأخر و معرضون للإصابة بعدة أمراض.

فالمناقشة كانت متأخرة بعد إصدار تقرير يتضمن إيقاف الرضاعة الطبيعية عند الأطفال المعرضين لسوء التغذية لأكثر من 12 شهرا، ففي هذه المناقشة، نجد أن هناك العديد من التدخلات لباحثين (Tangermannet و Rohde و Waterston و Michaelsen في سنة 1988) [127]ص8-416، يلفتون النظر إلى ضرورة إدراج تحاليل على المستوى السوسيوإقتصادي للأمهات في دراسة العلاقة بين الرضاعة وسوء التغذية، فالسؤال الذي نريد التوصل إليه هو معرفة إذا كانت تمديد الرضاعة الطبيعية و سوء التغذية يتقيدان في الإصطناع عامل ثالث مشترك و هذا العامل هو الفقر، وإنطلاقا من المعطيات حول الدراسة الوطنية للتغذية المحقق في Congo 1999، وتمثلت أهداف الدراسة في [128]ص63:

- التأكد من صدق تمديد الرضاعة الطبيعية و سوء التغذية.
- البحث عن صدق أو نفي بعد ضبط المتغيرات السوسيوإقتصادية مميزة للأطفال والأسر.

فالهدف الأخير لا يمثل إلا أهمية نظرية ما. فقيمة حديث Rohde و Tangermannet فهما يتفقان على تأكيد للوصول إلى غذاء مكمل ومناسب، فالمقاييس المأخوذة تصبح تتماشى حسب المشكل وتمس الفئة الأكثر فقرا أو بالعكس تمر بالعديد من المستويات السوسيوإقتصادية.

1.1.8.3. المنهجية المتبعة لدراسة تغذية الطفل

هي مجموع العينة المحصل عليها من المعاينة العنقودية، إنطلاقاً من قاعدة تعداد 1984، وهذا بإقامة عامل غذائي يحتوي على 2429 طفل بين العمر (0-59) شهراً من المجتمع المرجعي. فالدراسة العرضية لطرق الرضاعة تميل إلى 1587 من الأطفال الأقل من 36 شهراً و الدراسة السابقة فيما يخص عمر الفطام، لا تؤخذ بعين الإعتبار الأطفال عند العمر 24 شهراً و الأكثر أي فعلياً 1081 طفل هم من الأطفال المنحدرين من المناطق الريفية، فهناك 4 مناطق كبرى من دولة تم فصلهم من الدراسة. لأن غذاء المجتمع يتميز بالحمية المركزة عموماً و في الغاية على وتيرة واحدة: «Manioc» الذي يستخرج من جذور الدقيق النشوي وأخرى «الدرنة» متبوعة بالسّمك الأكثر إستهلاكاً و يمثل $\frac{3}{4}$ من مصادر البروتين الحيواني (Delpeuch 1985)، والفواكه هي أقل إستهلاكاً [129]ص7-74.

2.1.8.3. المصادر الإحصائية للدراسة

1.2.1.8.3. المميزات السوسيوإقتصادية

إن محيط الطفل يوضح المستوى التعليمي والنشاط المهني للأُم أو رب الأسرة، أو أي شخص مهتم بالطفل، فهو مؤشر واحد على المستوى الإقتصادي و الذي يشكل 13 قائمة مجهزة جيداً.

2.2.1.8.3. المقاييس الأنثروبومترية

مقاييس الوزن والطول معرفة لتاريخ ولادة الأطفال وتساعد على تمييز الحالة التغذوية، فهناك ثلاث مؤشرات التغذية بحيث يحسب الإنحراف المعياري «d'écarts Types» بمساعدة منطوق Logiciel CASP من CDC، وإستعمال المجتمع كالمراجع NCHS/OMS [130]ص9-788، فالوزن بالنسبة للطول، الطول بالنسبة للعمر، الوزن بالنسبة للعمر يرفقون على التوالي: النحول، التأخر في النمو، نقص الوزن، فهي مخصصة لتوضيح كل المؤشرات الثلاثة بأقل أو يساوي من – ET 2 الانحراف المعياري من متوسط المرجع (OMS, 1986).

3.2.1.8.3. تغذية الطفل

تجتمع المعلومات المتعلقة بالأطفال حسب طريقتين متميزتين: [131]ص62

- تذكير بإستهلاك الغذاء للأطفال على إمتداد 24 ساعة الأخيرة مع الأخذ بعين الإعتبار الرضاعة الطبيعية.

- الدراسة العرضية لنماذج فطام الأطفال مع الأخذ بعين الإعتبار أعمارهم لحظة التوقيف الفعلي للرضاعة.

فمعظم المعلومات لا يمكن الحصول عليها من المبحوثين لحظة الدراسة. حيث تم الكشف فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، أن غياب تسع معطيات عند الأمهات و 183 عند أرباب الأسر، لأن النشاط المهني غير معروف بالنسبة للأمهات وأرباب الأسر الواحدة و هذا من أجل الأخذ بعين الإعتبار تطابق النسب، فالنسب تستقر بشكل فعلي أكبر أو يساوي من 20 ليسوا ممثلين في الجدول.

و المقارنات للتقسيمات الملاحظة تتم حسب إختبار χ^2 وبيرسون «Pearson»، فالدراسة تربط بين فترة الرضاعة وسوء التغذية مع تسوية وجود متغير ثالث ومحقق حسب طريقة Boyd و Doll (Rumeau-Rouquette, 1985).

3.1.8.3. التقييم النهائي لبرنامج تغذية الطفل الأقل من عامين في دولة الكونغوا

1.3.1.8.3. طرق الرضاعة في دولة الكونغوا

إن تقييم الأطفال المعرضين وغير المعرضين للفظام، هي في مقابل مفاهيم مختلفة على المستويات التي تم إختيارها من مميزات تعليمية للأم و نوع نشاط الأم ورب الأسرة، بالإضافة إلى عمر الطفل بالأشهر و حسب التوزيع الجغرافي لمنطقة الكونغوا ، وهذا ما نجده موضحا في الجدول،

جدول رقم 11: نسب الأطفال الرضع وعلاقتهم مع المميزات السوسيوإقتصادية [132] ص 45.

المصدر رقم 21: FAO/OMS, Nutrition et développement – Une évolution d'ensemble conférence

Internationale sur la nutrition, 1992.

عمر الطفل بالأشهر									المميزات السوسيوإقتصادية
35-24			23-18			17-12			
p	(n)	%	p	(n)	%	p	(n)	%	
تفريغ العينة									
NS	127	3,1	NS	66	25,8	NS	65	78,5	المركز الفرعي للجنوب
NS	129	3,9		62	29,0	NS	76	76,3	المناطق الريفية للجنوب
	123	0		56	26,8		63	76,2	المركز الفرعي للشمال
	121	3,3		65	24,6		77	89,6	المناطق الريفية للشمال
جنس الطفل									
**	247	5,6	NS	126	28,8	NS	158	79,5	ذكر
	253	0,7		123	25,1		123	80,3	أنثى
الحالة الزوجية									
-	111	1,4	NS	72	31,5	NS	61	82,4	عازب
	60	0		35	14,7		46	72,6	معاشرة بلا زواج
	268	4,4		119	27,9		136	85,3	إنفصال
	40	0		12			30	75,9	الزواج المدني
	13			9			6		الطلاق
	8			1			1		أرمل
المستوى الإقتصادي									
-	109	5,7	NS	50	36,4	NS	53	81,8	0
	92	2,2		49	24,5		65	80,6	1
	85	1,1		57	30,4		61	80,5	2
	113	0,9		52	24,1		49	78,4	3
	101	1,4		41	21,8		53	73,9	4
المستوى التعليمي للأم									
	191	5,3	*	79	34,8	**	89	90,3	لم تلتحق بالدراسة
b/a+c	141	2,5	b/a	79	25,0		80	78,1	ابتدائي
	163	0,6	b/a+c	88	19,1		110	69,7	متوسط و فوق
المستوى التعليمي لرب الأسرة									
**	164	6,8	SN	101	33,1	SN	81	85,3	لم يلتحق بالدراسة
b/a+c	129	1,8		58	29,1		81	88,8	ابتدائي
	118	0		54	31,0		68	69,6	متوسط و فوق
نشاط الأم									
-	337	3,9		156	34,0	***	177	87,4	مزارعة
	53	1,1		31	19,7		45	69,7	معلمة
	118	0		62	4,6		59	64,0	ليست مزارعة
نشاط رب الأسرة									
**	203	6,3	SN	102	27,4	*	106	86,8	مزارع
	297	0,2		147	26,7		173	74,0	ليس مزارع

*، **، ***، SN: مقارنة توزيعات $p < 0,001$ ، $p^{***} < 0,001$ ، $p < 0,05$ ، $p^{**} < 0,01$ ، $p^* < 0,05$: تمثيل ترتيبات المتغيرات

الموضحة. - : الطول النظري الفعلي لا يساعد على حساب χ^2 .

توضح النتائج ما يلي:

95% من الأطفال يرضعون من الثدي حتى العمر 12 شهرا، وهناك نسب أخرى من 79,6% بين 12 إلى 17 شهرا و 27,1% بين الأعمار 18 إلى 23 شهرا. و بهذا فإن تصرفات الأمهات بشأن الرضاعة تتشابه في 4 طبقات حسب فئة الأعمار المعطاة في الجدول، و بنفس الطريقة لا تسجل أي

إختلاف والموضح في معدلات الرضاعة في عمر أعطيت وفق عمل على المستوى الإقتصادي[133]ص16. لكن التسجيلات في الحقائق خالية في فئة العمر بين 18 و 23 شهرا و هذا الإختلاف بين المستوى 0 (36,4%) والمستوى 4 (21,8%) وفي حدود واضحة (P=0,12).

و بالإضافة إلى عمر الطفل، نلاحظ أنه كلما كان المستوى التعليمي للأم مرتفع كلما كان معدل إرضاع الأطفال ضعيفا، ونسب إرضاع الأطفال يزداد إرتفاعا عند الأمهات الريفيات من بقية الأمهات الحضريات (87,4% بالمقارنة 64,0%) بين العمر 12 إلى 17 شهرا، و المستوى التعليمي لرب الأسرة لا يؤثر على الفطام، و بالنسبة للفطام الأكثر تأخرا يكون إبتداء من 24 شهرا يتناقص عند الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي مرتفع.

2.3.1.8.3. الرضاعة ونقص في البروتين الطاقوي MPE

إن تحليل فئات الأعمار حول تقديرات سوء التغذية لا تظهر في أي إختلاف واضح بين الأطفال الرضع وغير الرضع[134]ص12.

جدول رقم 12: تقديرات النحافة، التأخر في الطول ونقص في الوزن عند الأطفال أقل من 24 شهرا حسب فطامهم أو الإرضاع[135]ص40.

المصدر رقم 22: ROHDE J.H. Letter to the Editor. Lencet, 1999.

عمر الطفل	الرضاعة	التكرارات (n)	< - TE 2 %	A/T < - TE 2 %	A/P < - TE 2 %
05 - 00	ليس فطم فطم	(287) (2)	1,4 -	8,5 -	4,0 -
11 - 06	ليس فطم فطم	(258) (7)	6,2 -	11,4 -	21,5 -
17 - 12	ليس فطم فطم	(226) (55)	13,9 15,0	27,2 24,6	36,0 38,0
23 - 18	ليس فطم فطم	(66) (183)	11,0 10,6	41,4 38,6	31,0 25,1

نلاحظ من النتائج، أن في فئة الأعمار بين (18-23) شهرا هناك إنحراف مهم، يوضح تقدير تأخر في الطول بنسبة 41,4% غير رضع مقارنة ب 38,6% من أطفال رضع.

3.3.1.8.3. قصر القامة حسب مدة الإرضاع الطبيعي للطفل

هناك تأخر في الطول عند الأطفال الأكثر من عامين بنسبة 24,4% تم إرضاعهم ابتداء من عمر 15 شهرا، أما الذين ليس لديهم تأخر في الطول يمثلون 49,1% [136] ص 6.

جدول رقم 13: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مدة الإرضاع الطبيعي [137] ص 45.

المصدر رقم 23:

TANGERMANN R. H., SERDULA M. K., COLEBUNDERS R., HAUCK F. . «Letter to the Editor». Lancet, 1999.

المجموعة	الطول العمر	الطول العمر
التكرار	ET 2 - ≤	< - 2 TE
العمر الفعلي (sd±m)	n= 701	n = 380
عمر الفطام (sd±m)	40,1 ± 14,0	42,2 ± 11,4
مدة الرضاعة الطبيعية	15,6 ± 7,6	16,8 ± 6,8
	%	%
فيما وراء 15 شهرا	49,1	52,4
فيما وراء 18 شهرا	* 23,9	30,6
فيما وراء 21 شهرا	** 15,9	27,1
فيما وراء 24 شهرا	* 3,7	6,8
		** p<0,01 ؛ * p<0,05

النتائج تبين، أن الأطفال المعرضين لقصر في الطول ترتفع بين الأعمار 18 و 21 و 24 شهرا، إضافة إلى 27,2% من الأطفال لهم تأخر في الطول لأنهم يرضعون من الثدي، و ابتداء من العمر 21 شهرا نجد 15,9% من أطفال لهم تأخر في النمو ($p<0,01$). إذن هناك علاقة بين مدة الرضاعة من الثدي و تأخر في الطول.

4.3.1.8.3. الخصائص السوسيوإقتصادية و قصر القامة

هناك علاقة توضيحية بين الأطفال المعرضين لقصر القامة و المتغيرات السوسيوإقتصادية للأسرة. بحيث نلاحظ أن نسب سوء التغذية لها أهمية كبيرة داخل الأسرة، أين نجد إنخفاض في المستوى المعيشي للأسرة ($p<0,001$) بسبب إنحصارها على العمل الزراعي، و كما يلاحظ تراجع في المستوى التعليمي للأسرة بإحتمال ($p<0,05$)، و السؤال الذي يطرح هو هل توجد هناك علاقة بين تقديرات MPE ومدة الرضاعة؟، و يمكن الإجابة على هذا التساؤل من خلال ضبط العوامل السوسيو إقتصادية [138] ص 39.

دراسة العلاقة بعد الضبط

دراسة العلاقة الجزئية [139] ص 10. تساعد على توضيح إستثنائي مأخوذ من المستوى التعليمي لرب الأسرة، فكل العلاقات لها نفس المعنى بالنسبة لكل الترتيبات المختلفة، للمتغيرات المأخوذة و بالنسبة إلى ثلاث قيم تلك المتعلقة بعمر الطفل عند الإرضاع كما هو مبين في الجدول،
جدول رقم 14: دراسة العلاقة بين مدة الرضاعة - تأخر في النمو حسب المميزات سوسيو-

اقتصادي [140] ص 64.

المصدر رقم 24: WHO, . «Use and interpretation of nutritional status». WHO working group. 2001

نسب الأطفال الرضع			الطول بالنسبة للعمر	التكرار	المتغيرات السوسيو-اقتصاد المضبوطة
24 شهرا	21 شهرا	18 شهرا			
المستوى الاقتصادي					
6,6	25,6	32,7	-<2ET	115	0
3,8	17,5	28,2	ET2->	115	
7,2	***27,3	*29,8	-<2ET	265	1 إلى 4
4,3	15,8	23,3	ET2->	586	
*	***	*			توضيح العلاقة بعد الضبط
المستوى التعليمي للأم					
8,8	33,4	35,9	-<2ET	152	لم تلتحق بالتعليم
6,8	24,8	31,0	ET2->	255	
*5,8	***20,6	23,2	-<2ET	126	التعليم الابتدائي
1,5	6,8	16,2	ET2->	201	
5,2	**24,3	30,7	-<2ET	101	التعليم
2,0	11,8	21,4	ET2->	237	ثانوي فأكثر
*	***	*			توضيح العلاقة بعد الضبط
المستوى التعليمي لرب الأسرة					
8,8	**32,4	*35,4	-<2ET	145	لم يلتحق بالتعليم
5,2	19,5	25,5	ET2->	210	
3,0	19,0	21,7	-<2ET	177	التحق بالتعليم
3,9	16,7	26,4	ET2->	366	
-	*	-			توضيح العلاقة بعد الضبط
مهنة الأم					
6,6	**28,7	31,7	-<2ET	310	فلاحة
3,0	19,5	28,5	ET2->	444	
9,8	**20,5	25,4	-<2ET	23	متعلمة
0,0	3,5	12,1	ET2->	79	
5,9	17,3	*23,2	-<2ET	47	مهنة أخرى
0,4	7,4	9,8	ET2->	176	
-	***	NS			توضيح العلاقة بعد الضبط
مهنة رب الأسرة					
8,3	*32,3	35,4	-<2ET	176	فلاح
6,9	22,9	30,2	ET2->	224	
*5,2	***21,8	25,3	-<2ET	203	مهنة أخرى
1,8	10,7	19,7	ET2->	477	
NS	***	NS			توضيح العلاقة بعد الضبط

*، **، ***: مقارنة توزيعات. $p \leq 0,05$, $p^{**} < 0,01$, $p^{***} < 0,001$, $p \text{ SN} > 0,05$.
:- χ^2 الغير المحسوبة من أجل التكرار أو بالعلاقة المخالفة للمعنى. غياب الإشارة إلى المجموعتين من الطول لا تختلف للتوضيح (SN=).

المعطيات تبين أن، نسب الأطفال غير الرضع لها أهمية كبيرة في المجموعة التي لها تأخر في الطول. و هذه العلاقة تظهر أيضا بشكل واضح بالنسبة لأمهات الأطفال اللواتي يعملن. كما تستمر عوامل الضبط على المستوى الإقتصادي للأسرة مهما كان عمر الطفل خلال الإرضاع، أين تتبين بشكل متباطئ إنطلاقا من العمر 21 شهرا، و بهذا فإن المتغيرات السوسيواقتصادية تسمح بإظهار العلاقة بين سوء التغذية و الأسرة [141]ص41.

الفصل 4

مستويات و مسببات سوء التغذية الطفل في الدول النامية

نعتبر سوء التغذية بروتين طاقي (MPE) إحدى أكبر الأمراض الغذائية في العالم، بالنسبة للتطور في القوانين والأنظمة الغذائية للأطفال، و المؤشرات الأنتروبومترية هي الأكثر إستعمالاً. غير أن هذه المؤشرات تنقصها سرعة التأثير بالنسبة للأشكال المعتدلة من MPE وهي الأكثر إستجابة و أيضاً معظم حالاتها الثابتة بيولوجيا خاصة Albumine المصلي تتميز بالرابطة و هي مهمة في نصف الحياة الطويلة. وبالعكس Tranthyretine المصلية هي الأكثر حساسية لمرض نقص التغذية البروتينات و خاصة بروتين الطاقة بنفس الإعتدال. برنامج (GOBI Growth Monitoring, Oral réhydratation, Breast feeding, Immunization)، من UNICEF. و الهدف من هذا البرنامج هو تحسين الحالة الصحية للأطفال الصغار في الدول النامية و تتضمن المراقبة التي تنادي بها OMS و التي تحتوي على الوزن الشهري للأطفال. بما أن bi-يصدر كل ثلاثة أشهر أو كل أربع أشهر للأطفال في عمر 5 سنوات، و هذه التطبيقات تتطلب أموال كبيرة، و تم إقتراح هذا البرنامج بحصر مجموعة من الأطفال التي تعاني من مخاطر سوء التغذية. فتأثير النمو داخل الرحم يؤدي إلى الوفاة قبل الولادة.

1.4. دراسة الوضع التغذوي للطفل عبر العالم

عالجت UNICEF وضعية الأطفال في العالم، حيث تناولت مشاكل محددة: فقدان المناعة المكتسبة، ومرض الإيدز، تعليم البنات والتغذية. فمن خلال مختلف هذه التقارير، حققت UNICEF نتائج مشجعة ومرضية خاصة فيما يخص فئة الأطفال، والتي يجب أن تكون متكاملة لسير البرنامج بشكل جيد، من أجل تحسين وضعية الطفل.

وضع الإتحاد الدولي (La Communauté Internationale) برنامجاً واسعاً خلال هذه السنة قصد تنفيذه و الوصول لعالم أفضل، و ذلك تحت إسم «OMD» الذي يعمل معنى «أهداف الألفية من أجل التقدم» (Les Objectifs du Millénaire pour le Développement)، حيث طرحت UNICEF من خلاله وضعية الأطفال الذين لم يستفيدوا من برنامج التعليم أو التلقيح و

الذين يمكن إنقاذهم من الوفاة بمختلف الطرق و ذلك عن طريق، تشجيع التعليم الإبتدائي لكلا الجنسين والمساواة بينهم و حماية البيئة التي تحويهم. فبرنامج OMD يعمل على تحقيق الأمن والسلام في العالم، إذ أن تحقيق النتائج يكون بالأرقام، فالقضاء على الفقر مثلا لسنة 2015 يجب أن يمس 500 مليون شخص، و نقص المجاعة يجب أن يخص 250 مليون شخص، كما يجب القضاء على وفاة الأطفال المتراوح عددهم 30 مليون طفل و الذين لا يتجاوز عمرهم سن الخامسة.

1.1.4. تصريح الأمين العام للأمم المتحدة «كوفي عنان»

كلمة كوفي عنان: « نحن نحیی الذکری الستین لإنشاء منظمة الأمم المتحدة ONU ، حيث منذ نشأتها قامت بجهود جبارة وأكثر واقعية لكل أطفال العالم، بتوفير الحرية والرفاهية لهم. وقد تأكد قولنا هذه السنة، إذ قامت بإجبار الحكومات على تحمل مسؤولياتها تجاه الفئة المحرومة و المهانة، وبهذا وضع مبدأ OMD الذي يسمح للأطفال بالتمتع بحقوقهم، كالحق في الحياة، الصحة، التعليم، المساواة و الرفاهية، لهذا فباستطاعتنا تحقيق ذلك جميعا، و أنا أعلم و أنتم كذلك تعلمون أنكم قادرين على تحقيق ذلك» [142]ص26-114.

2.1.4. الإلتزامات إتجاه الأطفال

يجب تحقيق برنامج OMD، من أجل الأطفال المحرومين والذين لم يتلقوا العناية والحماية الكاملة: [143]ص9-53

- إن تنظيم التدخلات لها تأثير كبير في إعطاء دفع جديد من أجل تقدم الإنسانية، وإنخفاض نسبة الفقر، خاصة لفئة الأطفال و العائلات المحرومة من أدنى الخدمات الأساسية.

- من أجل نجاح هذه العملية، وضمان فعاليتها، يجب إصدار إجراءات تقوم على مبادئ حفظ حقوق للإنسان. كما يجب أن تكون هذه الإصلاحات أو الإقتراحات أكثر عمقا، حيث يتم إستدراك السلطات المحلية في إطار برامج و قوانين محددة تهتم بالفئة الأكثر حرمانا، و ذلك من خلال وسائل الإعلام و المجتمع المدني حتى يسمح لهؤلاء الأطفال من الإستفادة من برنامج الألفية⁽²¹⁾.

التائج المحققة لسنة 2015	الأهداف
- إنخفاض نسبة نصف من مجموع السكان نوا الدخل الأقل من دولار في اليوم. - إنخفاض نسبة نصف من مجموع السكان الذين يعانون من المجاعة.	1. القضاء على الفقر والمجاعة
- منح جميع البنات والذكور الوسائل للوصول لمرحلة شاملة للتعليم الابتدائي.	2. ضمان التعليم الابتدائي للجميع
- بدءا من سنة 2005 بعد عام 2015، بحق لكلا الجنسين التعليم، وهذا لا يقتصر على المرحلة الابتدائية فقط بل جميع مراحل التعليم.	3. تشجيع المساواة بين الجنسين و إستقلالية المرأة
- تخفيض نسبة ثلثي 2/3 من وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات.	4. تخفيض نسبة وفيات الأطفال.
- تخفيض نسبة 3/4 من وفيات الأمومة.	5. تحسين صحة الأمومة.
، ومرض الإيدز. VIH- الإتجاه الجديد نحو الحد من إنتشار مرض - التحكم في مرض حمى المستنقعات و الأمراض الخطيرة الأخرى.	6. مكافحة مرض الإيدز ومرض VIH.(فقدان المناعة المكتسبة)
- تخفيض نسبة مئوية من نصف السكان غير المستفيدين بماء الشرب. - تحسين حياة 100 مليون من السكان على الأقل إلى غاية 2020. - إدماج السياسات و البرامج من أجل التطور الدائم.	7. تأمين بيئة دائمة
- المواصلة في تطبيق النظام الإقتصادي و النظام المالي الواسع متعدد الجوانب، والنابع من القوانين المرئية و بدون تمييز. و هذا يفرض رهان على حساب حكومة ناجحة من أجل التطور و الكفاح ضد الفقر على المستويات الوطنية و الدولية. - تقديم المساعدات للدول الأقل تطورا. - معالجة مشكل الديون بشكل عام بالنسبة للدول النامية عن طريق وسائل تسمح بجعل المديونية قابلة للإصلاح. - التعاون مع الدول النامية في تطبيق إستراتيجيات تسمح للشباب بالحصول على عمل نافع. - جعل الأدوية في متناول الجميع بسعر مقبول و بسهولة بالنسبة للدول النامية. وجعل الفوائد التكنولوجية الحديثة أكثر وفاقا خاصة في ميدان الإعلام و الإتصال.	8. وضع مكانة عالمية للشراك من أجل التطور.

21

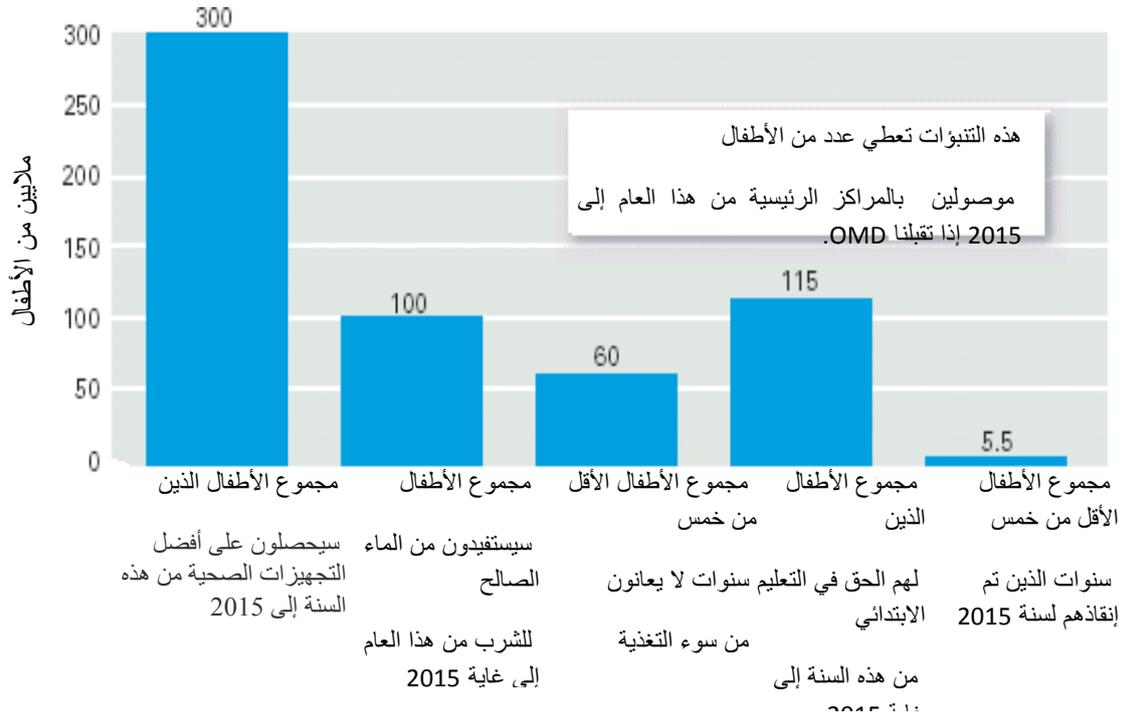
المصدر رقم 25: Premed, K., Banjo, M.S. and Demerara, M., Nutrition, Fertility and Mortality: a review, :25
FAO, Rome, 2002.

شكل رقم 21: أهداف OMD لسنة 2005 [144] ص 56.

3.1.4. برنامج الألفية والأطفال

إن التقرير الذي جيء به حول الألفية هو مرئي و براقماتي، بحيث أن أكثر الفئات المحرومة هي فئة الأطفال الذين يعيشون في عالم يسوده الظلام و الحرمان، لذا يجب أن يستفيدوا خلال

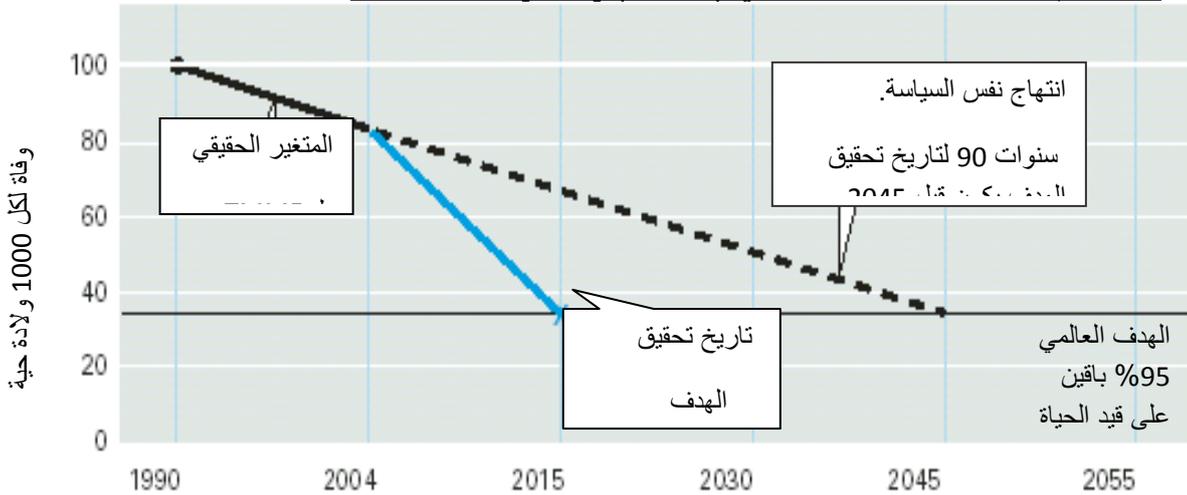
العشرية سنوات الآتية من الحماية والوقاية من الأمراض والتعليم و التغذية الكاملة، كما يجب أن يسود عالمهم السلام، الوئام و الأمن(22)(23)(24).



22

المصدر رقم 26: Projections de l'UNICEF fondées sur les tableaux de statistiques 1 à 10.

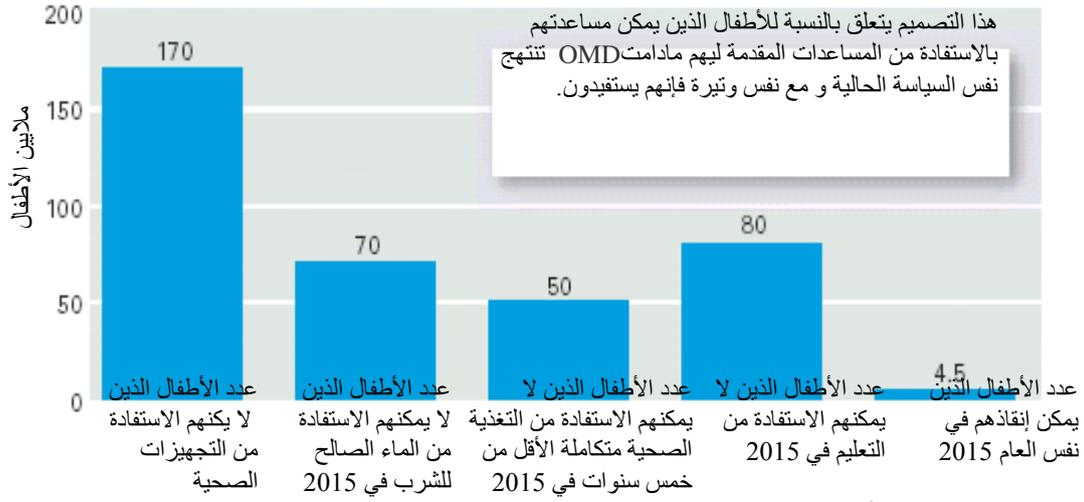
شكل رقم 22: أهداف الألفية الإنمائي (OMD) [145] ص 95-137.



23

المصدر رقم 27: Projections de l'UNICEF fondées sur les tableaux de statistiques 1 à 10.

شكل رقم 23: انخفاض في نسب وفيات الأطفال عبر العالم [146] ص 95-137.



24

المصدر رقم 28: Projections de l'UNICEF fondées sur les tableaux de statistiques 1 à 10.

شكل رقم 24: نسب الأطفال الذين لا يستفيدون من برنامج الألفية الإنمائي (OMD) [147] ص 95-169.

هذه التصميمات تمثل نسبة الأطفال الذين يمكن مساعدتهم من طرف الحكومات وغيرها، إذا كان معدل التقدم، يتبع الوفيات بنسبة 8,7% من وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، و الذي يستمر في الإرتفاع سنة 2015، فإنه كان من المفروض خفضها إلى نسبة 4,5 مليون [148] ص 6. فالأشكال توضح عدم الإستفادة من برنامج OMD، أي عدم نجاحه حيث كان يهدف لإنقاذ الملايين من الأطفال من الموت، و لكن هذا البرنامج لم يتحقق وسيعكس على سلم الأجيال خاصة الأطفال الأقل سناً، فمن بين التأثيرات التي تعمل على عرقلة تطور OMD نجد:

نقص المعاملة والعلاج خلال السنوات الأولى من الحياة، و هذا يعرض الطفل خلال مراحل تطوره (الطفولة، المراهقة، سن الرشد)، بالإضافة إلى سوء التغذية من الناحية الفيزيولوجية و يقلل قدرته على التعلم.

إن الأطفال الذين يمثلون الفئة الأكثر فقرا هم المنتمون إلى الأسر ذات الدخل الضعيف، والعدد المتزايد من الأطفال حيث نجدهم معرضين للخطر في العمل و هذا ما يدفعهم إلى التوقف عن الدراسة، لذا فقد عمد برنامج [149] ص13-14 OMD إلى تقليص نسبة الفقر، و هذا يتضح في كل من OMD1 و OMD8، بحيث OMD1 تهدف إلى تخفيض نسبة الفقر وذلك بالقسمة على اثنين، أما OMD8 تعمل على تلبية متطلبات الدول النامية(25).

العالم	الدول المتقدمة	الدول النامية	الأطفال المعرضين للحرمان
الأحياء			
79	87	155	معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات (لكل 1000 ولادة حية، 2004).
54	59	89	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 ولادة حية، 2004).
التغذية			
26	27	36	نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص في الوزن الحاد أو المعتدل (%، 1996-2004).
31	31	42	نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص في النمو الحاد أو المعتدل (%، 1996-2004).
التلقيح			
78	76	75	نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات يلقحون ضد DTC (%، 2004).
49	46	28	نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات يلقحون ضد Hep B2 (%، 2004).
العلاج الصحي			
^b 54	^b 54	38	نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات يعانون من أمراض الجهاز التنفسي الحاد (%، 1998 - 2004).
^b 33	^b 33	36	نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات يعانون من الإسهال يتلقون العلاج réhydratation orale (1996 - 2004).
التعليم والتساوي بين الجنسين			
79	78	65	نسب التسجيل في التعليم الابتدائي والوصول إلى الطور الخامس (المعطيات الإدارية) (2000 - 2004).
76	76	60	المعدل الصافي للمخالطة في ابتدائية الذكور (1996 - 2004).
72	72	55	المعدل الصافي للمخالطة في ابتدائية الإناث (1996 - 2004).
^b 40	^b 40	21	المعدل الصافي للمخالطة في متوسط الذكور (1996 - 2004).
^b 37	^b 37	19	المعدل الصافي للمخالطة في متوسط الإناث (1996 - 2004).
المعطيات الديمغرافية			
67	65	52	أمل الحياة عند الولادة (سنوات 2004).
49	43	27	نسب السكان (%، 2004).
المرأة			
86	84	71	معدل تعلم القراءة عند الشباب (المرأة، الرجل، 2000 - 2004).
71	71	59	الغطاء العلاجي قبل الولادة (%، 1996 - 2004).
63	59	35	الولادة مع حضور مختصين (%، 1996 - 2004).
74	61	17	تعرض الأمومة للوفيات في حياتهم (2000).
^b ما عدى الصين. المعطيات تعكس السنوات الأكثر حداثة وجاهزة خلال فترة معينة.			

25

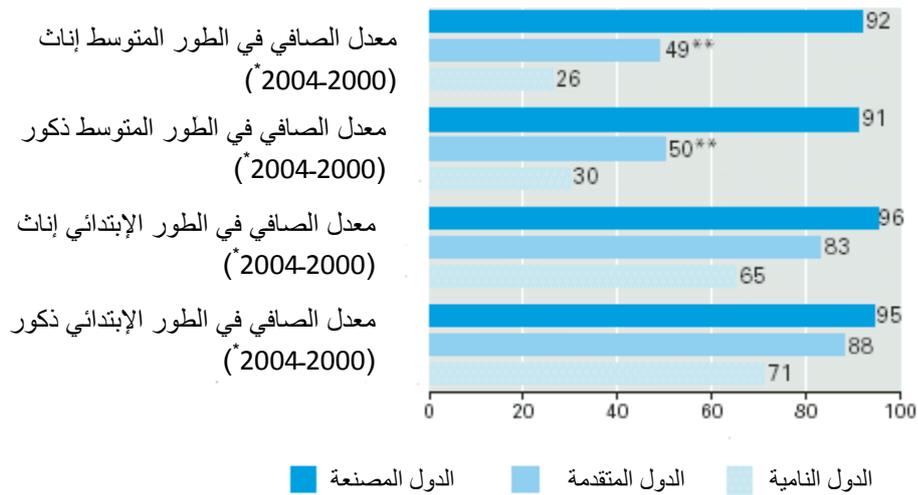
المصدر رقم 29: Akkinson, Lony, Social exclusion, Poverty and unemployment, in exclusion, employment and opportunity, sous la direction de A.B. Centre for analysis of social exclusion, Ionsen School of Economies, CASE paper 4, Landres, janvier 1998, p 13-14.

شكل رقم 25: نسب الأطفال المعرضين لسوء التغذية عبر العالم [150] ص13-14.

النتائج توضح، أن الميل غير المباشر للنمو الإقتصادي تعتبر من الأهداف الأساسية لإستراتيجيات تقليص الفقر. فهي مصدر للعديد من النتائج الإيجابية، خاصة في Asie سنة 1990 [151]ص6. لكن النمو الإقتصادي لوحده غير كافي للقضاء على الفقر. بحيث الأرقام توضح، أن أكثر من مليار طفل يعانون من الحرمان التغذوي، و نقص في المياه الصالحة للشرب والفرق الصحية، في القطاعات الصحية، والمسكن والتعليم [152]ص2. كما نجد أن أطفال الدول النامية لهم قابلية التأثر بسرعة. بحيث يعانون من الحرمان بسبب عدم تدعيمهم لبرنامج OMD. و يلاحظ نقص في المعطيات الإحصائية خصوصا تلك المتعلقة برعاية الأم و الطفل معا.

هناك بيانين OMD تخص الدول الأكثر فقرا وهي:

- 1-وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات،
- 2-عدم الالتحاق بمقاعد الدراسة في الطور الابتدائي⁽²⁶⁾.



26

المصدر رقم 30: Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS).

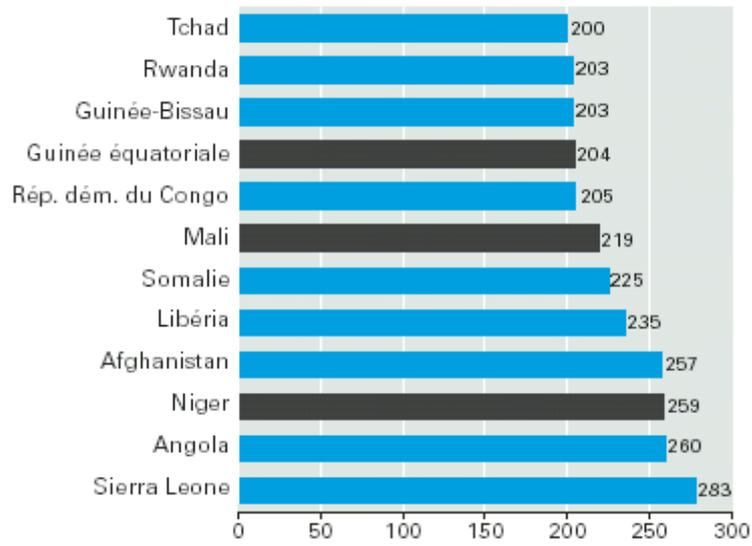
شكل رقم 26: نسب الأطفال المحرومين في دول العالم [153]ص6.

توضح الوقائع أن أطفال الدول النامية؛ تسجل 4,3 مليون طفل -حوالي 1/6- متوفي قبل سن خمس سنوات في سنة 2004 [154]ص15-17. بينما الأطفال الأقل من خمس سنوات في الدول النامية لا يمثلون إلا 20% لكل أشهر من خلال 5 سنوات يعيشون في هذا العالم. بينما في سن التعليم نلاحظ 40% ذكور و 45% إناث لم يلتحقوا بسلك التعليم، و الذين إلتحقوا بالطور الإبتدائي،

أكثر من 1/3 لم يصلوا إلى الطور الخامس و حوالي 80% من مجموع الأطفال لم يلتحقوا بالطور المتوسط[155]ص95-137.

1.3.1.4. خطورة النزاع المسلح على الدولة بالأخص الأطفال

من العوامل الأخرى التي يتعرض لها الطفل نجد النزاع المسلح، بحيث يحرم من طفولته بسبب الترحال والهجرة و الحرمان الأسري[156]ص66-67.(27)



النزاع المسلح لا يوجد نزاع مسلح
وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بالنسبة لـ 1000 ولادة حية. 1999

27

المصدر رقم 31: UNICEF, Division de la population des Nations Unies et Division de statistique des Nations Unies; données sur les conflits armés : Stockholm International Peace Research Institute, SIPRI Yearbook 2005.

شكل رقم 27: نسب وفيات الأطفال بسبب النزاع المسلح عبر العالم [157]ص5.

من خلال ملاحظتنا للنتائج، تبين لنا أنه في أقل من 5 سنوات سجلت 11 إلى 20 دولة معدل مرتفع من الوفيات بسبب النزاع المسلح. وهذا الأخير يحرم الأطفال من طفولتهم أي الحرمان الأسري، كما نجدهم معرضين للتسرب الأسري حتى و هم في حضن أسرهم، كما يمنعون من الحماية في المراكز الصحية، فمثلا في 12 دولة 20% من الأطفال معرضين للوفاة قبل سن الخامسة بسبب النزاع المسلح.

4.1.4. التوصيات الواسعة لبرنامج رعاية الطفل في دولة المكسيك

قامت لجنة مختصة مع مكتب اليونيسيف في المكسيك سنة 2001، بعملية تحسيسية تدعوا مختلف الشرائح الإجتماعية من عمال الأكاديميين ووسائل الإعلام إلى حماية حقوق الطفل و ضمان حقه في البقاء و ذلك بتوفير الصحة و التغذية الملائمة و توفير التعليم خلال حياته كلها.

جدول رقم 15: مؤشر حق الطفل في الإكوادور و المكسيك: قياس الأطفال الأقل من عامين حسب الصحة و التعليم [158] ص 1.

المصدر رقم 32: OMS, Manuel de L'allaitement des Nourrissons et des Jeunes Enfants, 2003.

الأولويات	المحددات	الحقوق
	من 0 إلى 5 سنوات	
العناية الصحية للأم و الطفل قبل و بعد الولادة	نسبة الوفاة الأقل من 5 سنوات نسبة وفاة المرأة الحامل و عند الولادة	الحق في البقاء
تحسين المستوى المعيشي للعائلة من مسكن و مياه،.....	نقص الوزن بالنسبة للعمر	الحق في النمو بشكل صحي و سليم
وضع برامج خاصة بالتغذية الصحية و الكاملة و التربوية	علاقة الوفاة بسوء التغذية	
تشجيع التعود الذهاب إلى المدرسة للتعلم لتحفيز النمو العقلي للطفل و إعطاء الدعم و المعلومات للأبوين.	عدم التعود للذهاب من قبل للدراسة المستوى التعليمي للأم نسبة الأمية بالنسبة للنساء الأكثر من 15 سنة	الحق في النمو الحسي و العقلي بالإضافة إلى التعليم

ملاحظة: هذا الجدول يعكس المحددات الناتجة من المؤشرات في كل من الإكوادور و المكسيك، و يبين حقوق الطفل في مرحلته الأولى 0 إلى 5 سنوات [159] ص 14-15.

يمر الطفل في حياته بثلاث مراحل حددتها المؤشرات كالتالي:

-المرحلة الأولى من 0 إلى 5 سنوات،

-المرحلة الثانية من 6 إلى 12 سنة،

-المرحلة الثالثة مرحلة المراهقة من 13 إلى 18 سنة.

هذه المؤشرات تقيس درجة تطبيق حقوق الطفل التي تكمن في:

حقه في البقاء، حقه في النمو بشكل صحي و حقه في التعليم، كما يعالج العوائق الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية التي تعيق وضعيته الصحية.

هذه المؤشرات تقيس درجة تطبيق حقوق الطفل التي تكمن في:
حقه في البقاء، حقه في النمو بشكل صحي وحقه في التعليم، كما يعالج العوائق الاجتماعية و
الإقتصادية و الثقافية التي تعيق وضعيته الصحية.

فإذا قمنا بجمع عدد كبير من المعلومات في مؤشر واحد، فإنه يعطي لنا صورة واضحة عن
الوضع المدروسة؛ من خلال المعطيات أو المصادر. إذا طبقت هذه المؤشرات على كل المحددات
متبعة في ذلك سلم من 0 إلى 10. بحيث 0 يمثل القيمة الأكثر سوءاً لمؤشرات كل بلد، و 10 تمثل
القيمة الكاملة لتحقيق حقوق الطفل لكل بلد. تشكل المؤشرات في كل من الإكوادور والمكسيك،
وسيلة قياس نجاح محققة عبر مرور الزمن. ففي المكسيك حقوق الطفل في تحسن مستمر، إذ قدر
المؤشر سنة 1998، 4,68 ثم ارتفع سنة 2000 إلى 5,25 في عام 2000 و إلى ، ثم بلغ 5,71
سنة 2003. بينما نجد الإكوادور في طريقها للتحسن، حيث قدر المؤشر بين 2002 و 2003 بـ
3,4. ولتحسين مستوى المؤشرات، تسعى الحكومات ووسائل الإعلام و القطاع الخاص إلى التدخل
السريع من أجل تطبيق برنامج العائلات والدراسة للتفاوت الصحي الموجود بين الأطفال [160] ص
7.

2.4. نماذج سوء تغذية الطفل في الدول النامية

1.2.4. نموذج سوء تغذية الطفل في دولة الكاميرون

خلال بداية السنة من حياة الإنسانية، كان النمو السكان سريعاً جداً حسب (Dupin et
Raimbault, 1978) هذا النمو السريع يجذب كثير من المتطلبات الضرورية منها التغذية والعديد
من الباحثين (Jelliffe 1970, Herberg et coll 1985, Coll et Cameroun 1979)
يصرون على المراحل الدقيقة وخاصة المتمثلة في الفطام و نوع الغذاء عند الأطفال وبالأخص في
الدول النامية، وكل هذه الأخطاء تؤدي حتماً إلى نقطة بداية سوء التغذية.

1.1.2.4. أهداف الدراسة

- (1)- ما هي عمليات الفطام عند المجتمعات أقصى شمال الكاميرون؟
- (2)- الحالة التغذوية للأطفال من 0 إلى 36 شهراً، والنظر إذا كانت هناك علاقة بين عمليات الفطام
و الحالة التغذوية للأطفال.

2.1.2.4. الأدوات والطرق المتبعة في النموذج

1.2.1.2.4. دراسة الأمهات

لمعرفة عمليات الفطام في إحدى المناطق و الدراسة تمثل حوالي 800 أم لديها طفل على الأقل بين العمر 0 و 3 سنوات، وهذه الدراسة تغطي 23 مقاطعة من بينهم 16 قرية تذهب لتلقي البرنامج التعليمي للتغذية بإتباع الإقتراب Marketing الاجتماعي و 7 مقاطعة متبقية تمثل مقاطعة شاهدة. أغلبية الأجناس من مناطق Mafa، والآتية Foubles و Kapsitis في المقاطعة، والدارسون في هذه المقاطعة إعتدوا على التماسك المتبع لمنهجية محددة [161] ص:8:

- 1- إحترام تباعد القائمة من (1 على 2، 1 على 3،.....، 1 على 6)، حسب حجم القرية والعينة المدروسة.
 - 2- إحترام التعليمات المفروضة بالنسبة إلى Bic لإعطاء توجيهات و إنتقال الباحثين إلى الأمهات ثم إستجوابهن على قاعدة الإستبيان المأخوذة في نقاط و المتمثلة كالاتي:
تركيبة الأسرة وإمكانية الحصول على الغذاء، والخبرة بالتطبيق على الأمهات خلال الفطام (أولا الحليب في لحظة أو بداية الرضاعة الطبيعية، ثم اللحظة التمهيديّة للعصائد الغنية، اللحظة التمهيديّة للفواكه، الحساء).
- الطريقة الإحصائية للمقارنة نستعمل χ^2 في المستويات الموضحة كالاتي:
 $p < 0,05$ توضيح خفيف - $p < 0,01$ موضح - $p < 0,001$ أكثر توضيحاً.

2.2.1.2.4. المقاييس الأنثروبومترية

قبل كل شيء مقياس عمر الطفل يتحدد إما إنطلاقاً من شهادة الميلاد أو بطاقات العماد والوزن أو بطاقات التطعيم إن وجدت، وإما إنطلاقاً من رزنامة الزراعة، ونحضر في وقت الدراسة. عدد الأطفال من 0 إلى 3 سنوات تمثل 811. المقاييس الأنثروبومترية للأطفال تم رفعها كما يلي [162] ص:5-7:

- 1- تحديد الوزن: الأطفال تم وزنهم على الميزان بعد نزع الثياب.
- 2- تحديد الطول: يكون على موضع الإمداد عند الأطفال الأقل من عامين، وأفقي للأطفال الأكثر من عامين بمسطرة من خشب مرقمة.

3.1.2.4. النتائج النهائية للدراسة

1.3.1.2.4. خبرة الأم في تطبيق الفطام

أغلبية الأمهات لا يرضعن أطفالهن من الثدي في اليوم الأول بنسبة 78%.

جدول رقم 16: توزيع الأمهات حسب أول إرضاع طبيعي للطفل [163] ص 6-83.

المصدر رقم 33: FAO, Malnutrition: Its Nature, Causes, Magnitude and Policy Implications. Committee on Agriculture, Rome, 1996.

المقاطعة شاهد n= 300	المقاطعة المدروسة n= 509	المجموع n= 809	بداية الإرضاع الطبيعي
23	22	22	نسب اللواتي يرضعن أطفال من الثدي في أول يوم
77	78	78	نسب اللواتي ينتظرن

أغلبية الأمهات لا يرضعن أطفالهن من الثدي لليوم الأول، لأنهن يعتقدن بأن اللبأ (أول لبن بعد الوضع (Colostrum) هي ضارة. ظنا منهن أنه سائل متعفن للونه الذي يميل إلى الأصفر البني الداكن.

جدول رقم 17: اللحظة التمهيد للرضاعة الطبيعية عند الأمهات [164] ص 3.

المصدر رقم 34: OMS, Manuel de L'allaitement des Nourrissons et des Jeunes Enfants, 2003.

المقاطعة شاهدة n= 232	المقاطعة المدروسة n= 397	المجموع n= 629	بداية الإرضاع
84	80	81	اليوم الرابع %
12	17	15	(4 - 7) يوم %
5	3	4	اليوم السابع %

أغلبية الأمهات يقدمن الثدي بدءا من اليوم الرابع.

جدول رقم 18: المتطلبات الغذائية الأخرى غير الرضاعة الطبيعية [165] ص 10.

المصدر رقم 35: CAERON M., HOFVANDER Y. Manuel sure l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants, New York, 1999.

* مياه المطر المحملة إلى الغليان و تركه يذوق. ** حليب المعز أو حليب البقر. *** صنع: عسيدة غنية بذرى mil تكسر بأحجام كبيرة ثم تطهى في الماء خلال ساعة ثم تصفى بالمصفاة حتى تتحصل على سائل.

المقاطعة شاهدة n= 230	المقاطعة المدروسة n= 397	المجموع n= 629	متطلبات غير حليب الأم
89	90	90	* ماء دافئ %
11	11	11	** حليب حيواني %
1	2	2	*** الماء بالميل %
2	3	2	آخر %

2.3.1.2.4. اللحظة التمهيدي للعصائد الغنية بالبروتينات

العصائد الغنية هي عصائد محضرة بالطحين(الدقيق mil) مع إحتوائه على البيض والحليب أو عجين الفول السوداني الغني بالبروتين.

جدول رقم19: نسب الأمهات اللواتي يتبعن زيادة العصائد [166] ص2.

المصدر رقم36: UNICEF, Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, UNICEF, Policy Review, No1, New York, 2003.

العصائد	المجموع n= 625	المقاطعة المدروسة n=393	المقاطعة شاهدة n= 232
تقديم العصائد الغنية %	68	69	68
عدم تقديم العصائد الغنية %	31	31	32

جدول رقم20: نسب الأمهات اللواتي يقدمن العصائد الغنية حسب العمر التمهيدي للطفل [167] ص103.

المصدر رقم37: UNICEF, Guide pour la lutte contre les carences nutritionnelles, à l'usage des personnels de santé. Ministère de santé et de la population, UNICEF, 2000.

العمر التمهيدي للعصائد	المجموع n= 552	المقاطعة المدروسة n= 384	المقاطعة شاهدة n= 204
3 أشهر %	9	10	8
6 أشهر %	51	53	47
9 أشهر %	27	24	32
12 شهرا %	11	10	11
18 شهرا %	1	1	1
24 شهرا %	1	1	0

من بين الأمهات اللواتي تقدمن العصائد الغنية، تمثل 60% بدءا من 6 أشهر، و يلاحظ بأن 40% لا يقدمن هذه العصائد لأطفالهن إلا بعد 8 أشهر (فطام متأخر) [168] ص128.

3.3.1.2.4. اللحظة التمهيدي للفواكه

حوالي 50% من الأمهات لا يقدمن الفواكه لأطفالهن.

جدول رقم 21: نسب الأمهات اللواتي يقدمن الفواكه حسب العمر التمهيدي للطفل [169] ص 5-89.

المصدر رقم 38: FAO, Urbanization, Food Consumption Patterns and Nutrition, Committee on Agriculture, Rome, (COAG/89/5), 2005.

العمر التمهيدي للفواكه	المجموع n= 309	المقاطعة المدروسة n= 202	المقاطعة شاهدة n= 107
6 أشهر %	17	19	15
9 أشهر %	34	34	35
12 شهرا %	36	37	34
18 شهرا %	9	8	11
24 شهرا %	3	3	4

جدول رقم 22: نسب الأمهات اللواتي يتبعن تنظيف الفواكه [170] ص 710.

المصدر رقم 38: HERCBERG S., DUPIN H., et al. Nutrition publique: approche épidémiologique et politique de prévention, Paris, Technique et Documentation Lavoisier, 1997, pp.710.

نظافة الفواكه	المجموع n= 309	المقاطعة المدروسة n=202	المقاطعة شاهدة n= 107
فواكه مغسولة %	53	58	42
عدم غسل الفواكه %	47	42	56

نصف من الأمهات لا ينظفن الفواكه قبل تقديمها لأطفالهن، و يوجد فرق بين المقاطعة المدروسة و المقاطعة الشاهدة.

4.3.1.2.4. تطبيق الفطام

يسبب عدم إرضاع الطفل الرضاعة الطبيعية من اليوم الأول تأخير في النمو، حيث تعتقد الأمهات بأن اللبأ (أول حليب للام بعد الوضع colustrum) ضار، وهذه النتائج تتوافق مع ما نجده في Mebenga (2000) وقت الدراسة الإثنوغرافية، وفي Jelliffe (1999) وفي الدول الأخرى. إن عدم إعطاء حليب الأم للرضيع في أول الأيام من حياته، وقد يؤخر في إصطناع الحليب، فعملية مص الرضيع قد يحفز على إصطناع الحليب (stimulation)، حيث لوحظ بعد الدراسات أن الأمهات تقدمن لأطفالهن ماء دافئ بدل حليب الأم. وهذه الظاهرة الإجتماعية تتواجد في Mebenga (2000)، حيث تبين أن الأم عندما تكون مشغولة، تطلب من أختها أو من قريب بتقديم الماء الدافئ لطفلها عندما يبكي من الجوع، معتقدين بأن «الماء الدافئ» يغذي الطفل، و التمهيديات الغذائية الأخرى ما عدا الحليب تتم بشكل متأخر بحيث 40% من الأمهات لا تقدمن

العصائد الغنية، إلا بعد 9 أشهر بحيث بدءا من 6 أشهر تقدمن حليب الأم لوحده و هذا لا يكفي لتغطية متطلبات الطفل، وهذا حسب King و Coll و بالنسبة Jelliffe (1999) و Coll و Simes (1998) [171] ص36:

كما نجد كل من Coll و Waterlow (1999) و Brock (1997) في الهند [172] ص107، يوضحون بأن الفطام يكون بالأحرى إبتدائي، و بأن فترات النقص في القمح و الفول السوداني و تأخير العصائد الغنية تؤثر على صحة الطفل من حيث الوزن، معنى ذلك أنها لا تكفي حاجياته للطاقة فهي لا تحتوي على بروتينات كافية حسب رأي الباحثين Kinds و Coll [173] 1999 ص78. أغلبية الأمهات 60% لا تقدمن الفواكه لأطفالهن، و اللواتي تقدمن التمهيديات تكون متأخرة حولي عام، لا تعلمن أن الفواكه غنية بالفيتامينات و إمتصاص كل المواد اللازمة للنمو عن طريق الجهاز الهضمي (الأمعاء) تساعد على النمو، و الفواكه التي لا تغسل قبل تقديمها للأطفال تؤدي إلى حالة القصور و العديد من الباحثين Scrimshaw و Coll و Dupin و Coll (1999) [174] ص12، يلفتون النظر إلى وجود تأثير بين الحالة التغذوية و العدوى، حيث يتغذى الطفل في صحن مشترك مع إخوته الأكبر سنا أو التمهيديات التي تقدم في طبق الأسرة، ومنه تكون التغذية بكميات قليلة و غير كافية و إذا أضفنا الفواكه مع طبق مرق (كرة عجينة) فقد يكون كاف و متوازن.

5.3.1.2.4. عمليات الفطام و الحالة الغذائية

(أ) - الحالة الغذائية:

إستعمال نفس المصادر 1999 NCHS و نفس النقد لكل من Coll و Waterlow (1999) اللذان قاما بدراسة وطنية حول طريقة و كيفية التغذية الطفل من 1998.

جدول رقم 23: نسب سوء التغذية للبروتين الطاقوي حسب توزيع المناطق [175] ص11-78.

المصدر رقم 39: WATERLOW, J.C., ASHWORTH, A, GRIFFITHS, M., Faltering in infant Growth in less Developed Countries, IAN CET, ü, pp. 1176-1178, 1999.

سوء التغذية	أقصى الشمال النتائج الحالية	الشمال الدراسي 1999	مجمل الدول الدراسة 1999
MPC المزمّن %	30	21,1	22,1
MPC نقص في الوزن %	31	27,2	21,1
MPC الحاد %	5	1,4	1

النتائج توضح ما يلي:

- سوء التغذية والبروتين الطاقوي: الذي يتمثل في سوء التغذية المزمن MPC: إذا كان الطول بالنسبة إلى العمر أقل من 90% من الطول لمجموعة المصادر.
- نقص في الوزن: إذا كان الوزن بالنسبة إلى العمر أقل من 80% من الوزن لمجموعة المصادر.
- سوء التغذية الحاد MPC: [176] ص 48-102 إذا كان الوزن أقل من 80% من الوزن الطبيعي.

2.2.4. تقييم تجارب الدول الفرنسية و المغرب العربي من سوء تغذية الطفل

سوء التغذية لبروتين طاقة (MPE) تشكل أحد أكبر الأمراض الغذائية في أنحاء العالم، و لتقييم البنية الغذائية للأطفال نجد مؤشرات الأسرة هي الأكثر إستعمالا. و هناك إستعمال بعض المؤشرات البيولوجية كالألبومين Albumine المصلي و ترنستيرين Tranthyrétine المصلي في حالة الإلتهاب. وأيضا بالنسبة للألبومين [177] ص 44-339 Albumine في حالة الإلتهاب. و بالتالي من الضروري دراسة الترجيح للأشكال المعدلة لـ MPE بإستخدام مختلف الإحتمالات التقديرية حسب المناطق، وللمعلومات حول الترجيح MPE بالخصوص عند الأطفال الصغار أول دراسة كانت في باريس سنة 1995 في فصل الصيف، وكانت حول تقدير الحالة الغذائية لمجموعتين من الأطفال ذوي الأجناس المختلفة ذو الأصل الفرنسي و المغربي، وتتراوح أعمارهم من 6 إلى 60 شهرا مع إستعمال المؤشرات الأنتروبوميترية و البيولوجية.

1.2.2.4. المواضيع و الطرق المتبعة

حسب المؤشرات الأنتروبوميترية و البيولوجية لسوء التغذية، قام المركز البيولوجي لمنطقة شمال باريس Clichy حول 192 طفل من جوان إلى نوفمبر 1995 تتراوح أعمارهم بين 6 و 60 شهرا، وقسمت المجموعة إلى مجموعتين:

n=99 و n=93 من أصل مغربي (الجزائر، المغرب، تونس)، حسب المؤشرات الأنتروبوميترية (A)F=T و (T)F=P في الحدة بين 2- و 1- بالنسبة للإنحراف المعياري ET، تبين أنه لا يوجد تأخر في الوزن و الطول، أما بالنسبة للألبومين قدرت الحدة بالمقدار g/35 وهي تبين غياب المشاكل الغذائية، والإختلاف هو أن الأطفال ذو الأصل المغربي و الفرنسي نسبة الألبومين عندهم أقل بمقدار $P < 0,01$ بالنسبة للفرنسيين [178] ص 276 وهذا حسب المؤشرات الأنتروبوميترية و

البيولوجية لسوء التغذية، وهذه العينة المدروسة من المركز البيولوجي (المنطقة شمال لباريس)، والتحليل الصحية لمنطقة Clichy أوضحت أن النمو كان طبيعيا و الحالة الغذائية حسنة.

2.2.2.4. تقييم النتائج النهائية

ترجيح الإشكال المعدل: لـ MPE باستخدام المؤشرات الأنتروبوميترية وهو الأكثر ضعفا بالنسبة لمجموعتين من الأطفال.

جدول رقم 24: سوء التغذية عند الأطفال من الأصل الفرنسي و المغربي [179] ص 64.

المصدر رقم 40: WHO working group. Use and interpretation of nutritional status. WHO, 2001

المؤشر Z-score (مؤشر %)										المجموعة
A)F PB) <85%		T)F P) < -2		A)F T) < -2		T)F P) < -1		A)F T) < -1		
(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
0	0	0	0	0	0	14	14,1	12	12,1	فرنسا n=99
4	4,3	0	0	1	1,1	7	7,5	9	9,7	المغرب n=93

النتائج توضح ما يلي:

12,1% من الأطفال OF و 9,7% من الأطفال OM يمثلون Z-score المؤشر الأكبر من ET -1 أي هناك أطفال لا يمثلون المؤشر A)F=T) أو T)F=P) أكبر من ET -2، ما عدا طفل واحد من أصل مغربي للمؤشر A)F=T).

-حسب المؤشر A)F=PB)، هناك أربع أطفال OM تحت 85% من متوسط المجموع.

من خلال الجدول الموضح، لا نلاحظ إختلافا واضحا بين المجموعتين حسب الجنس بالنسبة إلى كل المؤشرات في المجموعتين، و كذلك ليس هناك إختلاف بين النسب النظرية المنتظرة بالنسبة للمؤشر T)F=P) بالعتبة من ET -1 التي توضح أن الإنخفاض أكثر عند الأطفال OM بمقدار (p<0,05).

والقيم الوسيطة Albumine أكثر إنخفاضا عند الأطفال OM من الفرنسيين بمقدار (p<0,01) ولا نلاحظ إختلاف بالنسبة لـ TTR.

جدول رقم 25: مقارنة القيم المتوسطة عند الأطفال من الأصل الفرنسي و المغربي [180] ص 64.

المصدر رقم 41: OMS. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status, WHO working group, Bull. WHO, 1992.

g/l Tranthyrétine		g/l Albumine		المجموعة
ET	Moy.	ET	Moy	
	(n=99) 0,04 ± 0,19	**	(n=94) 5,1 ± 44,0	فرنسا
	(n=93) 0,04 ± 0,20		(n=78) 3,8 ± 41,8	المغرب

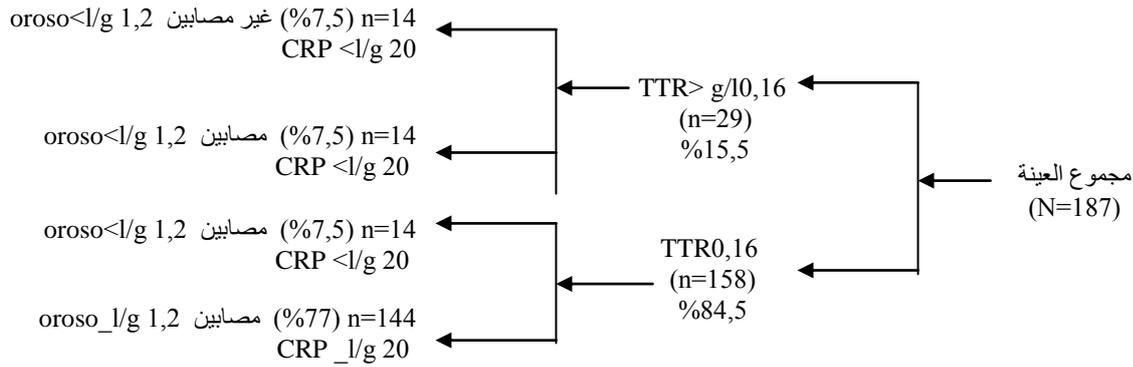
تبيين من النتائج ما يلي:

$P < 0,01$ ** إذا إستعملنا TTR المصلية بالعتبة من 0,16 g/l كالعلامة لترجيح MPE، للمجموعتين هي الأكثر إرتفاعا من النتائج المحصل عليها من المؤشرات الأنتروبوميترية: 17,3% من أطفال OM (12 إلى 89) يمثلون معدل TTR أكبر من 0,16 g/l [181] ص 15-16.

1.2.2.2.4. علاقة الإصابة بالعدوى و ترجيح MPE

توزيع الأطفال حسب قيمة لـ TTR و الإصابة بالعدوى من بين 29 طفل (17 OF و 12 OM) لهم معدل مصلي TTR أقل من 0,16 g/l و بين 14 طفل (9 OF و 5 OM) يمثلون MPE بدون الإصابة بالعدوى أو حالة الإلتهاب (تنضح orosomucoïde -1,2 g/l و -CRP 20 (8,9)، l/gm) و 15 طفل (8 OF و 7 OM) يمثلون الإصابة بالعدوى و سوء التغذية (Infection-MPE).

والتركيز المتوسط لمعدل TTR حوالي 0,20 g/l ولوحظ أن هذه القيم المأخوذة متقاربة حسب السبب بالنسبة للأطفال في نفس الأعمار المقيمين في الدول المصنعة [182] و [183] و [184] ص 29-76. (28)



28

المصدر رقم 42:

INGENBLEEK Y., Définition de l'état nutritionnel et inflammatoire. In : Les malnutritions dans les pays du Tiers Monde , Journées Internationales du GERM. Editions INSERM, Série Colloque, 1999.

شكل رقم 28: توزيع مجموع العينات حسب معدل Tranthyrétine TTR و الحالة الإلتهاب و الإصابة بالعدوى [185]ص 29-76.

في هذه الدول يمكن أن تأخذ الأرقام كمصدر بالنسبة للأطفال بين العمر 6 أشهر إلى 6 سنوات، و في الدائرة التمثيلية لفرنسا بالقرب من Madagascar، نجد قيم المتوسط لـ TTR مماثلة [186]ص 376. و لقد أثبتت الدراسة عند حوالي 384 طفل، أن النتائج التالية 5,8% و 4,8% تمثل المؤشرات (A)F=T و (T)F=P، و هي أقل من الانحراف المعياري ET -2 و 21,7% و من معدل TTR على الأقل من 0,16 g/l، و هذه ليست لها علاقة بالحالة الإلتهابية مقارنة بالنسبة لـ 7,5% من العينة.

و في نفس العمر عند أطفال دول إفريقيا معدل TTR نسبة ضعيفة حتى عند الأطفال الذين و ضعوا كعينة شاهد. و منه الدراسة التي قدمت من طرف كل من الباحثين Delpeuch و Coll في Cameron [187]ص 26-114، عند 810 طفل أعمارهم أقل من 5 سنوات موزعة في مجموعتين:

-مجموعة من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية و مجموعة الثانية كشاهد، و كانت النتائج أن نسبة TTR بين 0,12 و 0,13 l/g و نفس القيم لوحظت عند أطفال الزائير Zaire التي تتراوح

أعمارهم بين 1 و 9 سنوات 0,10 و 0,14 g/l في كلى الدراستين [188]ص80-90، وظاهرة الإلتهاب بالنسب السابقة، حيث تثبت المقاييس الأنتروبوميترية بأن النتائج كانت سليمة وهذا نتيجة غياب الحالة الإلتهابية، و هذه التغيرات في النسب مقارنة مع الدول الغربية ترجع إلى الظروف البيئية حيث وضع العدد 0,16 g/l هو الحد لسوء التغذية [189]ص30-76.

3.2.4. أهمية تغذية الأم حسب الدراسة الفرنسية

يتأثر نمو الجنين داخل الرحم بعوامل قد تؤدي إلى الوفاة قبل الولادة. وهذه أول دراسة على مجموعة من الأطفال الذين يعانون من مشكلة إرتفاع خطر النقص في الوزن عند وضع خاصة الرضع. ومن بين العوامل التي تؤدي إلى مشاكل النمو، مثل النقص في مادة الفولات Folate، وهي الأكثر عرضة للنقص في الطول و الوزن عند الطفل [190]ص296-301.

والهدف من هذه الدراسة هو البحث عن عامل آخر لمخاطر نقص نمو الجنين و هذا النقص مرتبط بالنقص الهولي من الأصل التغذوي بمساعدة العناصر البيوكيميائية التالية:

Albumine (Alb)، Transthyréline (TTR) وسابقا كان يسمى Préalbumine (RBP)، Apo A1 (Apo AI)، Retinol Bindig Protien (TF) و Apo A1 (Apo AI)، أي من هذه البروتينات الأحشاء والتي لا تمثل إلا لوحدة مخصصة ومميزة Albumine .dénitrition، هي الأكثر أقدمية وتشير كيميائيا لسوء التغذية إلى نصف من الحياة البيولوجية الطويلة (20 إلى 15 يوم) وأخذ العزل الغير الصالح بإتباع المتغيرات بالمنتهى القصير.

ويبقى عنصر مفيد في الدراسة العميقة لحالات سوء التغذية (dénitrition)، TF و TTR و RBP بالنظر إلى نصف من حياتهم الأكثر قصرا من (8 إلى 12 ساعة) التي توضح التمدج السريع للحالة التغذوية [191]ص9-641، ومؤخرا أصبح Apo AI يأخذ كإشارة لشروط الحالة التغذوية و كسبب لمعدلاتها سريعة التجديد [192]ص9-641، وكل البروتين تم قياسه عند المرأة الحامل خلال الثلاثة الأشهر الأخيرة من الحمل و بعد الوضع، و يلاحظ أن المواليد الجدد يعانون من نقص في النمو عند الولادة.

1.3.2.4. الأدوات والتقنيات المنهجية للدراسة

تشمل الدراسة على 258 امرأة أي 55% من المهاجرات تم متابعتهم خلال حملهن وولادتهن الأولى بنسبة 45%، وفي هذه المجتمعات 40% تمثلن العرض الافتراضي لنقص في نمو الجنين على تخطيط الصدى (échographies) قبل الولادة، و 30% تعطي ولادات أطفال لهم صلة بنقص في النمو (الوزن عند الولادة أقل من 10% حسب مصادر RumeauRouquettes) [193]ص1-41، في حين تعتمد الأمومة في المستشفى Bicha بفرنسا على التريجيج للنقص في النمو بنسبة 5%.

تم الفصل في هذه الدراسة بين النساء بإضافة مادتين الحديد و الفولات Folates ، يبينان أن هناك تقدم في إصابة الحمل المرضي و النساء بين 18 إلى 44 سنة (سنة $m=28 \pm 5$) اللواتي يترددن إلى العيادات للمتابعة الصحية، تم مراقبتهم من 3 إلى غاية 9 أشهر من الحمل (4 ± 35 أسابيع) وفي 48 ساعة بعد الحمل (2 ± 39 أسبوع)، والدراسة توضح أن 20 امرأة كشاهد لا تمثل خطر في الأعمار من 29 إلى 45 سنة. وبالنسبة للمواليد الجدد والفحص المخبري طبقت خلال 48 ساعة بعد الولادة، ومن غير الممكن الحصول على معلومات في آجال قصيرة.

2.3.2.4. النتائج النهائية للدراسة

تم تحليل البروتين عند 129 امرأة في الثلاث أشهر الأخيرة من الحمل، و 122 امرأة بعد الحمل و 83 مولود جديد. وتم التحقيق في الدراسة على 36 امرأة من مجموع العينات المدروسة، حيث أن 12 امرأة لكل طفل معرض لنقص في النمو و 24 امرأة لكل طفل يتميز بنمو طبيعي.

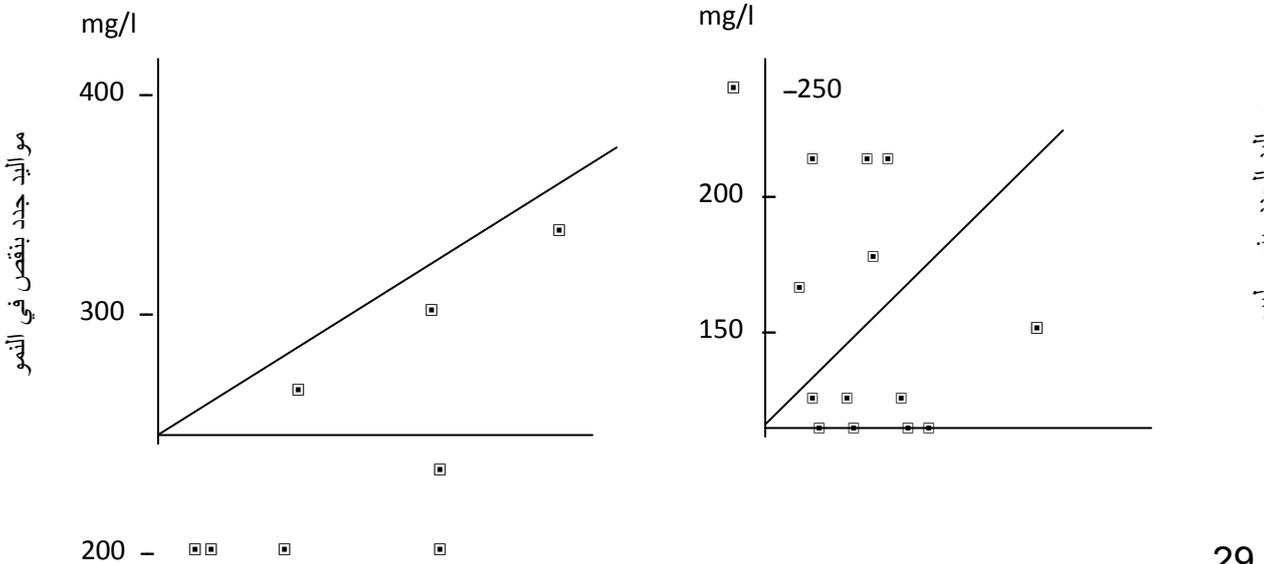
إن التركيز على مختلف البروتينات المحصل عليها خلال الثلاث أشهر من الحمل، لا يظهر إختلافا بين المرأة الحامل لجنين سليم و بين المرأة الحامل لجنين يعاني من نقص في النمو. وبمقارنة قيم Alb، TTR و RBP هي الأكثر إنخفاضا عكس قيم Apo AI أما TF فهي الأكثر ارتفاعا خلال الأسبوع الأخير من مدة الحمل، وهي تترجم بإرتفاع مادة الحديد خلال الحمل. فتركيز البروتين في الأحشاء عند المواليد الجدد الممثل في الجدول، لا يوضح إختلافا بين المواليد الجدد الذين لهم نقص في النمو و الذين لديهم نمو طبيعي.

الجدول رقم 26: نسب تواجد البروتين عند المواليد الجدد [194] ص 14-15.

المصدر رقم 43: Organisation Mondiale de la Santé, Nutrition for Health and Development, Aglobal agenda for combating malnutrition, Progress Report, OMS, France, 2000, p.14-15.

*Apo AI l/g	PRB l/gm	RTT l/gm	Abl l/g	TF l/g	n	المواليد الجدد نقص في النمو
0,20±0,96	10±26	90±180	6,3±38,6	0,8±2,4	33	
0,28±1,02	7±26	77±180	6,2±38,5	0,7±2,4	50	نمو طبيعي

من النتائج نلاحظ، أن المعاييرة Apo AI تم تحقيقها على نسبة صغيرة من المواليد الجدد (نمو طبيعي n=16؛ نقص في النمو n=10). الإرتباط في معدل TTR للأم و مواليد الجدد الذين لهم نقص في الطول (n=12)، هي توضح (p0,86=r<0,001)، هذه المعطيات هي أقل وضوحا عند المواليد الجدد الذين لهم نمو طبيعي (r=28,p0<0,01). بالنسبة إلى للبروتينات الأخرى، Alb و RBP و TF لم يلاحظ إختلاف في المعلومات المتحصل عليها بين أم لمولود حديث له نقص في النمو من جهة وبين أم لمولود حديث له نمو طبيعي من جهة أخرى. هذه المعطيات أخذت على عينة (n=36) التي تظهر بأن تركيز Alb و RBP يوضحان الإرتباط بين الأم و المولود الحديث (Albumine r<0,01 p0,45>r: 0,001 p0,38 RBP)، وبالعكس الإرتباط الغير موضح مع TF (r=0,14).⁽²⁹⁾



29

المصدر رقم 43: IINGENBLEEK Y., VAN DEN HOVE M.F., DURUELLE M., Defferences in the retinol circulating complex between healthy male and female infants, Clin. Chim. Acta, 1999.

شكل رقم 29: نسب تركيز (TTR) Transthyréline بين الأم والمولود الجديد [195] ص 22.

إن المعطيات البسيطة للأنثروبومترية (الوزن، الطول، محيط الجمجمة) غير كافية للطفل الذي يعاني من تأخر في النمو و كان تحت العلاج (renutrition). إن إستعمال التحاليل البيولوجية سمحت لنا بتسهيل دراسة حالة سوء التغذية عند الأطفال. توجد أعمال قليلة إعتمدت على دراسة تركيز البروتينات عند الأطفال حديثي الولادة و مقارنتها مع البالغين و الأطفال بين العمر (2,5-8) سنوات. وهذه العينة تمثلت في أطفال حديثي الولادة الذين يعانون من مشاكل (العدوى وصعوبة التنفس) [196]و[197]ص114.

بين العمر (9-11) سنة. حيث أصبحت TTR تستعمل كقياس بيولوجي يحدد لنا تأخر نمو الطفل [198]و[199]ص6-781، إن نسبة TTR عند أم لا يعاني طفلها الحديث الولادة من تأخر في النمو بمقدار mg/l125 و RBP (mg/l18). لا يجد كل من al و [200] ص Emy10 بالخفض من TTR عند المواليد الجدد الذين لهم نقص في النمو. في الواقع، مهما كانت الإشارات المدروسة (Apo AI،TTR،TF RBP،Alb) لا تظهر الإختلاف الواضح بين مجموعتين لهما نقص في النمو و نمو طبيعي. تركيز على TTR و RBP في بلازما المواليد الجدد واضحتان و مرتبطتان مع مقاييس الأم.

هذه النتائج تؤكد لنا كل من Vahlquist و al [201]ص28، يقترحان إجتيان Transplacentaire للبروتين، فغياب Transferin لكل المواليد الجدد والأم، وهناك من يؤكدون الفرضية القائلة بأن Transferine [202]و[203]ص80 لا تمر عبر حاجز بلازما الجنين، وأن Emyal يفسران قلة TTR الموجود عند المولودين ولادة مبكرة و المواليد الذين لهم نقص في النمو. كنتيجة لتحويل القياس عند الجنين [204]ص30، فإن إرتباط TTR البلازمي للمواليد الجدد مع الأمهات توحى إلى التحسن في نوعية التحويل بين الأم و المولود الجديد، فنوعية التحويل تظهر مستقلة على مستوى التركيز البلازمي عند الأم. دراسة تقارير TTR للأمومة والمواليد الجدد بإمكانها أن تشير إلى نوعية تحويل الأمومة للبلازما.

فخلاصة النتائج لهذه الدراسة لا تسمح بربط الحالة التغذوية للأم مع ولادة طفلها المعرض لنقص في النمو من جهة، ومن جهة أخرى فإن معايرة بروتين dénitrition تجرى في أول يوم من حياة الطفل [205]ص12.

4.2.4. تجربة ترجيح سوء تغذية الطفل حسب دولة الكونغو

1.4.2.4. المنهجية المتبعة للدراسة

برنامج GOBI لمراقبة النمو الطبيعي للطفل بالتعاون مع UNICEF. والهدف من هذا البرنامج هو تحسين الحالة الصحية للأطفال الصغار في الدول النامية، يتبين المراقبة التي تنادي لها OMS و التي تحتوي على الوزن الشهري بما أن bi-يصدر كل ثلاثة أشهر أو كل أربع أشهر للأطفال المولودين في عمر 5 سنوات [206]ص11' و هذه التطبيقات تتطلب أموالا كبيرة وتم إقتراحها بحصر مجموعة من الأطفال الأكثر تعرضا لمخاطر سوء التغذية [207]ص2. الهدف من هذه الدراسة هو إدماج الأطفال المعرضين للخطر في المجتمع و الذين يعانون من تأخر في الطول (سوء التغذية المزمن أو "Stunding") بدءا من المنحنيات، و قياس الوزن في المراحل الأولى من حياته بالإضافة إلى متابعة نموه، وبإمكان أن تكون المجموعة المختارة بدءا من السنة الأولى من عمر الطفل، و تتم المتابعة بالمساعدة في تعليم الأمهات و تطبيق برنامج GOBI.

2.4.2.4. المصادر الإحصائية للدراسة

الأطفال المدروسين، هم خلاصة الدراسة الوطنية للتغذية والمحقة في الجمهورية الشعبية للكونغو Congo بمخبر التغذية الإستوائية Tropicale في سنة 1991 [208]ص25، و الذي يحتوي على 2429 من الأطفال قبل التعليم ومقيمين في الوسط الريفي و في القرى، و تتضمن الدراسة إختيار سحب العينة بالقرعة، و قد تم سحب عينة مكونة من 95 الطفل يتراوح عمره بين 1 إلى 5 سنوات، وتعتمد الدراسة على التحليل الإحصائي الوصفي و التفسيري لمثل هذه المعطيات الخاصة لا يمكن أن يكون بالنسبة للتقنيات متعدد المتغيرات بسبب عدم التجانس في الأعمار و الفترات و في وزن الطفل.

و بهذا فإن نماذج النمو بمعنى الضبط للنموذج الرياضي للمنحنيات الفردية و هذا إذا كانت ملائمة بشكل جيد لنموذج ICP لـ KARLBERG [209]ص6، و تغطي فترة النمو الولادات في عمر البلوغ. و يتركب في ثلاث نماذج وهي التي تصف خاصة النمو خلال فترة الطفولة (I) الأطفال من 0 إلى 1 سنة)، والأطفال قبل سن البلوغ (C أقل من 12 سنة) و الأطفال في سن البلوغ (P). و تركيبة الأطفال هو النموذج الوحيد المتواجد والذي تم تطويره خاصة خلال الفترة من 0 إلى 1

سنة، وتم تطبيقه بنجاح على نمو الأطفال السويديين بصحة جيدة [210] ص76، وكذلك الأطفال الباكستانيين Pakistanais في أعلى مخاطر التغذية ويكتب كالاتي: [211] ص77

$$b + a = y(1 - \exp^{-ct})$$

بحيث: $y =$ الوزن بالكيلو، و t هو العمر وهنا تشرح بالأشهر، والوزن عند الولادة يقدر بالنسبة إلى a ، بينما الكميات المتغيرة لقيمة b و c ليست متوافقة مع المتغيرات البيولوجية. وهكذا المنحنى الممثل لكل طفل يتميز بتمثيل الكميات المتغيرة للقيم التي تتلخص بمعلومات. التقديرات لكمية المتغيرات للقيم تم تحقيقها لكل طفل بالنسبة للبرنامج الإنحدار لا خطي لبرنامج BMDP، وهذه المواضيع تم فصلها إلى مجموعتين حسب المستقبل الغذائي (التأخر في الطول أو عدم تأخره)، وعند المقارنة بين المجموعات التي تم أخذها بالمتوسط في الكميات المتغيرة للقيم هذا بمساعدة إختبار Student t وتحليل المتغيرات المتعددة في التنوع، والكميات المتغيرة للقيم هي أيضا تساعد على تقدير الوزن بالنسبة للعمر من 1 شهر إلى 2 شهر إلى 3 أشهر،..... إلى غاية 12 شهرا بالنسبة إلى كل الأطفال، ومن جهة إلى 4 رتب للأوزان (من 0 إلى 3 أشهر، ومن 3 إلى 6 أشهر، ومن 6 إلى 9 أشهر، ومن 9 إلى 12 شهرا). والأهمية النسبية للأوزان و ترتيب الأوزان، قد شهد ظهور تأخر في الطول و الذي تم إختباره بالتحليل التمييزي خطوة خطوة، و هذان التحليلان المميزان تم تحقيقهما:

الأولى إختبار 12 من الأوزان المدققة (من شهر إلى 12 شهرا) مع وزن الطفل من الولادة و الجنس من جهة ووزن و طول الأم من جهة أخرى. أما الثانية إختبار 4 رتب للأوزان الفصلية مع وزن الطفل من الولادة و الجنس من جهة و وزن و طول الأم من جهة أخرى.

3.4.2.4. النتائج النهائية لترجيح سوء تغذية الطفل

من بين 95 طفل الذين أجريت عليهم الدراسة بحيث أن 22 طفل بنسبة 23%، يمثلون الطول بالنسبة للعمر بأقل من ET2 من المتوسط، أما بالنسبة لمصدر NCHS وهي التي تمثل تأخر في الطول. و المنحنيات تبين بشكل واضح الحالة المرضية بالدقة و هذا لتقدير الكميات المتغيرة لقيم التغذية الحسنة للطفل. وبما أن العوامل التقديرية (للإنحراف المعياري ET تقسم على القيم المقدره) وهي في المتوسط 10% بالنسبة لكمية المتغير a و 12% بالنسبة إلى b و 27% بالنسبة

إلى ^c. و الإرتباطات بين التقديرات هي في المتوسط إلى -0,10 بين b و ^c ، وإلى -0,57 بين a و b.

وزن هذه الأرقام هي في الترتيب من الحجم العادي و بالشكل الكافي والضعيف من أجل الموافقة لكل الكميات المتغيرة التي تسمح لنا للقيم القدرة على التمييز بين الأفراد [212] و [213] ص44، والمتغير المتوسط المطبق هو 0,102 كلغ².

الإرتباطات بين الكميات المتغيرة للقيم بالنسبة للعينة هي من -0,09 بين a و b، إلى -0,01 بين a و ^c ، ومن -0,59 بين b و ^c ، ومن جهة هاتين الأخيرين يعتبران مستقلان، والمنحنيات الموزونة للأطفال الذين يتميزون بالتأخر في الطول قد تم مقارنتهم بالنسبة للأطفال الذين يتميزون بالحالة الغذائية حسنة. والتحليل الواحد لمتغير متعدد التنوع حسب المتغيرات الثلاثة للقيم a و b و ^c يوضح بأن المجموعتين تختلفين عموماً بمقدار (p<0,001)، ويختبر كل قياس على حدة القياس b و يختلف عن المجموعتين بمقدار (p<.01).

جدول رقم 27: توزيع كميات القيم المتغيرة بالنسبة إلى تأخر في الطول [214] ص5.

المصدر رقم 44: OMS, La fiche de croissance. Son utilisation pour les soins nourrissons et aux enfants, OMS, Genève, 1996.

الثابت	تأخر في الطول n=22	تغذية حسنة n=73	p
A	0,685 ± 2,845	0,503 ± 2,962	
b	1,435 ± 5,620	1,381 ± 6,715	.01 >
c	0,096 ± 0,210	0,059 ± 0,191	

لدراسة النمو بفضل المنحنيات للأوزان المتوسطة للمجموعتين و هذا ما يوضحه المنحنى، والذي تم إنشاؤه بدءاً من المتوسطات لعينة متغيرات القيم لكل مجموعة، وكان لها وزن متوسط مقارنة بالأطفال الذين لهم طول طبيعي إلا أن لها تأخر في القامة خاصة مستقبلاً، أما بالنسبة للوزن فقد يقام تحت بناء عمليتين:

الأولى أخذ الوزن بشكل يومي و الثانية أخذ الوزن بشكل فصلي، ومن حيث التأخر في الطول بالإضافة إلى الطول ووزن الأم أو وزن الطفل عند الولادة في وضع التنبؤات، فإن هذه المعلومات التي تساعدنا في الدراسة تكون ناقصة بسبب عدم معرفتنا للعوامل الخطيرة والتي تحتمل الصدق أو الكذب.

قيم التنبؤ الإيجابية (VPP) *Valeur Pédictive Positive* هي من 50% وقيم التنبؤ السلبية *Valeur Pédictive Négative* (VPN) هي من 92% في المجتمع المدروس، وهذا يعادل نسبة التحسس (Se) بنسبة 77% و نسبة النوعية (Sp) بنسبة 76%. ومن بين 4 رتب للوزن وهي بين 3 و 6 أشهر و الأكثر تنبؤ، و التنبؤات تظهر في المعطيات بالنسبة للوزن خلال 12 شهرا (VPP = %47 ، VPN = %92 ، Se = %77 ، Sp=%47)، وهذا أيضا مع الأخذ بعين الاعتبار الجنس لتحسين التنبؤ بشكل واضح.

العوامل المميزة التي تساعد على حساب القيم المتدخلة بالنسبة للوزن خلال 12 شهرا، أين تكون الرتب بين 3 و 6 أشهر بالنسبة للجنس الذكور في أعمار 12 شهرا أقل من 8,80 كلغ و الإناث في نفس الأعمار بأقل من 7,40 كلغ هم في مجموعة فوق الخطر. والتي تتطابق 1,3- ET من مصدر NCHS للذكور و ET-2 للإناث. و هذه المجموعة في حالة خطر وأيضا تتحدد بإحتوائها على 1/3 (35%) من الأطفال [215]ص55.

هذه الطريقة سمحت لنا بتصميم منحنيات النمو التي تساعد على المقارنة العامة، بين مجموعة من المنحنيات و تقدير الأوزان حسب أعمار ثابتة، و بالتالي تفيد هذه المعطيات خاصة الدول النامية حيث أن هذه المقاييس صعبة التحقيق في تاريخ منتظم [216]ص45.

مركبة 'ال' لنموذج Kerlberg، تظهر أكثر توافقا مع الطول بالنسبة للوزن في السنوات الأولى من حياة الطفل. حيث تعاني المجتمعات من سوء التغذية. ومن بين أشكالها سوء التغذية البروتين الطاقوي، والتأخر في الطول حيث يغلب عليه الزيادة في النحافة (سوء التغذية الحاد أو «Wasting»). التريج في Congo يقدر بالنسبة للدراسة الوطنية إلى 1,27% [217]ص1-16. كما أن التقدم الذي يساعد على التنبؤ الصحيح، ويتعلق هنا أكثر بالإكتشاف الإبتدائي للتقدم المرضي من قبل، أي أثناء (Syunding) التنبؤ الصحيح.

من الممكن أن يظهر التناقض الذي يمكننا من التنبؤ من التأخر في الطول بالنسبة للوزن و التنبؤ بالنسبة إلى الطول مع نهاية البحث حول التاريخ الطبيعي للتأخر في الطول، لكن الطول ما هو إلا حالة إستثنائية تستعمل لمراقبة النمو بسبب صعوبات القياس و التنبؤ بالنسبة للطول، إذن مهمة تطبيق الصحة العمومية والدراسات توضح أن في المجتمع الريفي لمنطقة Congo والأطفال الذين يعانون من النحافة مقارنة مع الآخرين بالنسبة للوزن الأقل من العمر و الذين لهم وزن متوسط.

وهذه الفرضيات تمثل بداية للتقدم المرضي [218]ص72، كما نجد من المحتمل التنبؤ بالتأخر في الطول المبكر، وهذا ما يؤكد على صحة التنبؤ المحصل عليه من الوزن خلال عام خاصة تلك المتعلقة برتب الأوزان بين 3 و 6 أشهر. وتتواجد ترجمة للدراسة التي تعادل حول 239 من أطفال المكسيكيين الذين يمثلون هدف لمتابعة الوزن والطول من الولادة إلى 3 سنوات.

الوزن الأقل من 2 - ET في عمر سنة لهم حساسية إلى 72,7% و مواصفة إلى 72,2% حول تواجد سوء التغذية المزمن في 3 سنوات من عمر الطفل. بالنسبة للطول والحساسية و المواصفة التي تمثل 75,7% و 63,2% وعلى الخصوص بالنسبة للوزن. و يمكننا التنبؤ من وضع احتمالات فيما يتعلق بتحسين وبحث التدخلات في الوزن و الطول خلال عام بالنسبة للتحليل والتميز، و قيم التنبؤ لرتب الأوزان مازالت غير مستقرة. و إستعمال رتب الأوزان يساعد على إستغلال أفضل المعلومات خاصة في منحنى النمو وترتيب الأوزان بين الأعمار 3 و 6 أشهر تظهر معطاة بنفس المعلومات إلى 12 شهرا من عمر الطفل.

و في ملخص القول، إن النمو في السنوات الأولى من حياة الطفل، يعطى محددات ذات أهمية كبيرة بالنسبة لخطر التأخر في الطول، والنتيجة العملية و المهمة تتمثل في المراقبة الجيدة للنمو وإمكانية التنبؤ، وأخذ الوزن عند الأطفال الذين يتراوح أعمارهم بين 3 و 6 أشهر.

5.2.4. تجربة ترجيح سوء تغذية الطفل حسب دولة الموزنبيق

تهدف الحالة العيادية [219]ص72، إلى دراسة سوء التغذية لدى الأطفال الصغار في Mayotte، حيث تمت الدراسة خلال فترات جوان إلى غاية سبتمبر من سنة 1995 [220]ص136 و [221]ص34.

1.5.2.4. المنهجية المتبعة للدراسة

حدد موقع دولة الموزنبيق Mozambique بحوالي نفس المسافة بين Madagascar و Est Afrique جزيرة Mayotte تتميز بمساحات من الأراضي كبيرة و صغيرة الحجم، تبعد عن البحر بحوالي 2 كلم. الأراضي الصغيرة بإمكانها أن توصف «بالمقاطعات القديمة»، و تعتبر كمنطقة عبور، فيها مطار وتعتبر مقرا أساسيا للإدارات.

1.1.5.2.4. التقسيم الجغرافي

أ- Mamoutzou-Mtsapéré: هو مكان يجمع المهاجرين القادمين من Comores من داخل الجزيرة، ومع الوقت أصبحت هذه المنطقة عاصمة للجزيرة.

ب- المقاطعة الريفية: تحتوي الجزيرة على قرى أكثر تمدنا، تربطها مسافة من 2 أو 3 أميال، تطبق بينها نشاطات وإحتكاك بينها ما بين أشهر أكتوبر ومارس، ويمثل الأرز 1/3 من متطلبات سكانها.

2.5.2.4. المصادر الإحصائية للدراسة

تمت الدراسة بمعاينة الأطفال المولودين بين 1992 إلى 1997 والمقيمين في Mayotte. و تعتمد الدراسة على الدفاتر الصحية المتواجدة في مراكز حماية الأمومة و الطفولة، كما تتضمن على قاعدة السحب بالقرعة عن طريق المقاييس التالية:

- الأنظمة الصحية الموزعة على كامل تراب الجزيرة وخلال السنة.
- الإلزامية المطبقة على الأمهات بخصوص حصولهن على بيان لدفتر الولادة للمستوصف من أجل تسجيلهم في الحالة المدنية.
- مقارنة الدفاتر مع تعداد 1995 التي تظهر حالات مرضية مرتفعة.

المطابقة التي تقام بالعاملين:

- (1)- العمر: بالمستويين، (6-23) شهرا و (24-81) شهرا من عمر الطفل.
 - (2)- مكان الإقامة: لثلاث مناطق لـ Mamoutzou-Mtsapéré : المقاطعتين الحضريتين 1 و2، والمقاطعة الريفية منطقة 3، و تم سحب 334 طفلا عن طريق القرعة.
- و يتم إجراء البحث في المساكن (ما عدا التدخل في الحالات البيولوجية) للسيطرة عليها، وإلى تنظيم العمل (الإجابات) محققة على الأشخاص الذين لديهم حساسية.

1.2.5.2.4. تدخل المعطيات الأنتروبومترية

الوزن (P)، الطول (T)، البريمات الجمجمة (PC)، البريمات العضلي (PB)، المؤشرات الأنتروبومترية توضح Z-score [222] ص 64 و [223] ص 276 يستعمل كمجتمع مرجعي بالنسبة NCHS.

أ- إستبيان الطفل في بنية الأسرة

قدم بيان للحالة التغذوية للأسرة، الذي ركز خاصة على تغذية الطفل وتقييم حالته العيادية [224] ص 64.

ب- تدخل المعطيات البيولوجية

إن غياب الوسائل للقيام بتحاليل بيولوجية و إجرائها في المساكن من أجل الدراسة، في حين أن إستدعاءهم للمستوصف يأخذ وقتا، و أن معالجة المعطيات المؤكدة بنسبة SETAM تجرى على الإعلام الآلي من الطراز VAX، و التحليلات البيولوجية تقام في العيادة Forcilles بالنسبة BNA immunonélémetrie على جهاز Behring [225] ص 20 و [226] ص 34.

تم إستخدام إختبارين إحصائيين

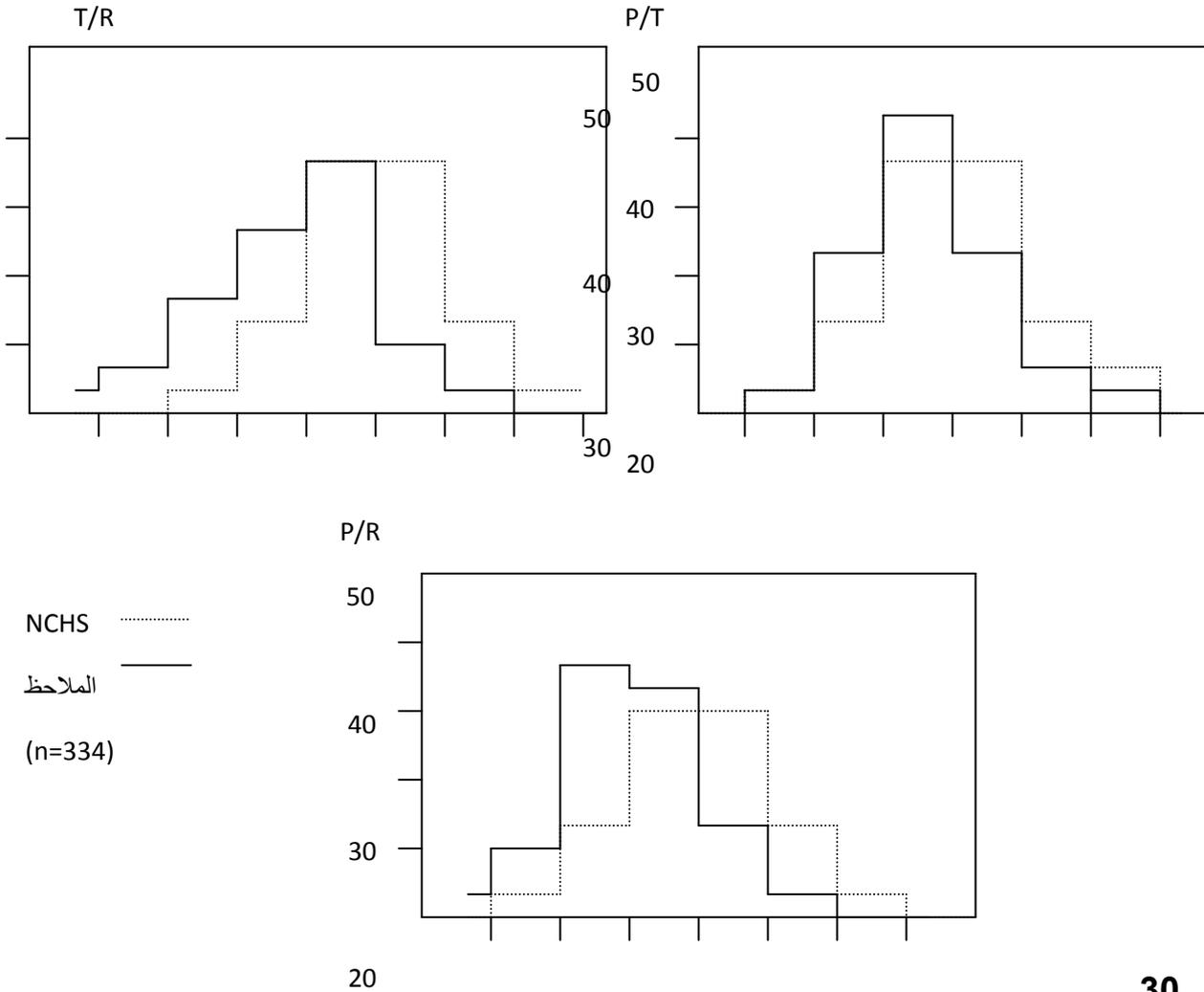
- إختبار χ^2 : بمقارنة التوزيعات والملاحظة.

- إختبار t للستودنت Student: لمقارنة المتوسطات، المسافة أو المدى تعطي بالنسبة لمخاطر تمنح 5%.

3.5.2.4. النتائج النهائية لترجيح سوء تغذية الطفل

1.3.5.2.4. المعطيات الأنتروبومترية

تم سحب عينة مكونة من 190 ذكور و 144 إناث قصد إجراء إختبارات، غير أن هذه الإختبارات لا تكشف أي فارق جنسي. فالأرقام المسجلة توضح معدلات التأخر في النمو. (30)



30

المصدر رقم 45:

ROMETTE J., DI COSTANZO-DUFETEL J., CHAPPE M., Le syndrome inflammatoire et les modifications des protéines plasmatiques, Path, Biol., 1996.

شكل رقم 30: نسب توزيع المؤشرات الأنثروبومترية حسب NCHS [227] ص 34.

توضح النتائج، أن معدلات التأخر في النمو تمثل 25% من الأطفال بنسبة لمؤشر T(A) أقل من ET -2، ومع 8% أقل من ET -3، وأما التأخر في الوزن بالنسبة للعمر ليس مهماً 14% من الأطفال يمثلون أقل من ET -2. سوء التغذية المزمنة بمقياس P(T) هو قليل التأثير، كما أن التوزيعات المتكررة للمؤشرات بالنسبة إلى التوزيعات النظرية، تنفي المعطيات الملاحظة على يسار الوسيط.

جدول رقم 28: ترجيح تأخر النمو و الوزن عند الطفل [228]ص59.

المصدر رقم 46: OMS , The présentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years, WHO, 1997.

	n=254 شهرًا (81-24)	n=47 شهرًا (23-6)	تأخر في النمو والوزن
SN	12,0	20,0	%TE2-A)P>)
P< 0,05	1,6	6,7	%TE2-<T)P)
P< 0,01	23,4	31,1	%TE2-A)T>)

توضح النتائج، أن سوء التغذية يمس بالأخص فئة العمر ما بين (6 - 23) شهرًا ، مع نسبة الذين يعانون من سوء التغذية المزمن بمعدل نسبي هام، حيث سوء التغذية المزمن حسب عمر الطفل تقدر %7 من الأطفال الممثلون حسب المؤشر P(T) وبنسبة لإنحراف معياري أقل من ET 2-.

جدول رقم 29: ترجيح تأخر النمو و الوزن حسب المناطق [229]ص78.

المصدر رقم 47: UNAIDS, Organisation mondiale de la santé, The Global Epidemic, 1 December – 28 Novembre 2000.

n=242	n=57	n=3	المناطق	تأخر في النمو والوزن
P< 0,02	17,15	5,26	3,23	%TE2-A)P>)
-	2,90	1,75	3,23	%TE2-T)P>)
P< 0,05	28,1	12,28	22,56	%TE2-T)P>)

تبين النتائج، أن مختلف المناطق الأربعة، لا توضح الإختلاف في توزيع المؤشرات بالنسبة إلى الوسيط حسب المصادر، بعكس الترجيح MPE الذي يظهر أكثر أهمية في المنطقة 3 المنطقة الريفية، والمنطقتين الحضرية 1 و 2.

2.3.5.2.4. المعطيات البيولوجية

(أ)- العامل البيولوجي Transthyréline : [230]ص7-19

من خلال النتائج توضح لنا أن أطفال المنطقة 3 لديهم RTT<160 mg/l بينما في المنطقتين 1 و 2 تتميز بنسب متزايدة.

(ب)- Albumine : بأخذ النقاط المختلفة في المناطق الثلاث نجد 4,36% من الأطفال لديهم ألبومين أقل من 15 mg.

(ج)- Orosomuçoide و CRP : من خلال الجدول، يتضح أن نسبة TTR منخفضة عند 66% من الأطفال حيث تمثل 1200 mg/l و 31% تمثل أدنى قيمة P<0,001.

جدول رقم 30: نسب الأطفال لديهم معدل $l/gm 160 > RTT$ حسب المناطق [231] ص 14-15.

المصدر رقم 48: Organisation Mondiale de la Santé, Nutrition for Health and Development, Aglobal agenda for combating malnutrition, Progress Report, OMS, France, 2000.

المناطق	1 n=24	2 n=41	3 n=209
$l/gm 160 > RTT$	41,7%	29,3%	17,2%
بين المناطق، *P<0,01			

من خلال المعطيات الأنتروبومترية و البيولوجية، تم دراسة عينة مأخوذة من مجتمع أطفال يعانون من سوء التغذية المزمن. فمن خلال الملاحظة المستمرة تبين أن المؤشر T(A) هو الأكثر تأثراً، حيث سجل نسبة 25% من هؤلاء الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية مع العلم بأنه أقل من ET 2- . هذا المؤشر البيولوجي أكد حالة MPE التي تكون ذات أهمية إذا كانت العلاقة بين التأخر في الطول وأمل الحياة تقتصران بتوضيح الظاهر في Zaire التي أثبتتها الدراسة في Mayotte. [232] ص 44-51 بنسبة 21% من الأطفال لديهم $l/gm 160 > RTT$ [233] ص 26-144.

جدول رقم 31: ترجيح حالة الإلتهاب حسب عمر الطفل [234] ص 103.

المصدر رقم 49: UNICEF, Guide pour la lutte contre les carences nutritionnelles, à l'usage des personnels de santé. Ministère de santé et de la population, UNICEF, 2000.

ترجيح حالات الإلتهاب	(23-6) شهرا n=57	(81-24) شهرا n=217
$mg/l 1200 < Orosomucoïde$	52,62%	38,2%
$l/mg 10 < CRP$	14%	5%
	P<0,05	P<0,02

تبين من النتائج، أن المؤشرات الأنتروبومترية و البيولوجية توضحان ترجيح MPE. بالنسبة لأطفال تتراوح أعمارهم بين (24-81) شهرا في Mayotte، بحيث نجد نسب الأطفال الذين لديهم معدل Orosomucoïde مرتفع بالقيمة 52%، أما الفئة ما بين (81-24) شهرا نجد 38% [235] ص 20-45.

و تلخص نتائج الدراسة، إلزامية تقوية مراقبة الفئة العمرية ما بين (23-6) شهرا، والحصول المعلومات التي تصيب الطفل من الأمراض المزمنة MPE و هذا لتقويم الدراسة و معالجته.

الفصل 5

سوء تغذية الطفل الأقل من عامين في الدول العربية

أولى المجلس العربي للطفولة و التنمية إهتماما بالغا بقضية المعلومات بإعتبارها حجر الأساس في كل العمليات التي تدفع بعجلة التنمية قدما، وحينما جاء التفكير في إصدار تقرير إحصائي سنوي، كان الهدف هو أن يكون للمجلس الإسهام الحقيقي و الفعلي في تقديم صورة واقعية للطفل العربي من خلال مجموعة من الأرقام و الإحصاءات و البيانات المتعلقة بالطفل، و المرتكزة على قواعد بيانات إحصائية من مختلف المجالات، و يكون أيضا نقطة الإنطلاق لرؤية مستقبلية نحو تنمية الطفولة العربية، وقد أعتد في إعداد التقرير على قواعد البيانات المتوفرة بالمجلس، و العديد من مصادر البيانات الموثقة على المستوى الإقليمي و الدولي، تحقيقا للدقة و المصداقية و الحداثه، و هو ما يستلزم جهدا بالغا على مدى العامين الماضيين.

1.5. مجالات الرعاية الصحية للأم و الطفل

1.1.5. معدل وفيات الرضع و الأطفال

1.1.1.5. معدل وفيات الرضع خلال الشهر الأول من الولادة

ينظر إلى معدل وفيات الرضع خلال الشهر الأول من الولادة على أنه مقياس خاصة منفردة؛ حيث إنه يدل على مستوى الرعاية الصحية التي تتلقاها الأم خلال فترة الحمل و أثناء عملية الولادة بالأسلوب و المبادئ الصحية التي تحافظ على حياتها و حياة الجنين، و رعاية الطفل (الرضيع) خلال الساعات الأولى من ولادته بعد عملية الولادة مباشرة و أثناء الفترة الأولى من حياته، حيث تعد تلك الفترة من أكثر الفترات حساسية وخطورة للحفاظ على حياته، و توجب العناية خاصة تتفق مع حجم الأخطار و الأمراض التي تحيط عالم الرضيع خلال تلك الفترة. و يدل مؤشر معدل الوفيات الرضع خلال الشهر الأول من الولادة على متغيرات عدة، و يحظى بإهتمام الدول.

جدول رقم 32: معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (1990-1994) [236] ص 45.

المصدر رقم 50: المجلس العربي للطفولة و التنمية، واقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة 2006.

الدول	1994 – 1990	التغير %
الأردن	21,00	20,68
الإمارات	6,90	(-)13,75
البحرين	17,00	(-)2,85
الجزائر	-	-
السودان	33,70	(-)62,55
العراق	22,01	37,13
المغرب	31,00	(-)25,12
سوريا	17,16	-
فلسطين	-	-
مصر	9,50	(-)1,04

بإستقراء و تحليل يتضح ما يلي:

- مجموعة الدول التي يقل فيها معدل الوفاة للأطفال الرضع الأقل من شهر عن 10 في الألف و تتضمن: الإمارات خلال الفترتين الزميتين 6,9 في الألف في الفترتين (1990 - 1994)، بمعدل تغير متناقص 13,75% تقريبا، تليها دولة قطر فقد تناقص معدل الوفيات الرضع خلال الشهر الأول من 8 في الألف بمعدل تغير متناقص 2,8% تقريبا، تأتي مصر في المرتبة الثالثة حيث معدل وفاة الرضع أقل من شهر 9,5 في الألف بمعدل تغير 1,4% متناقص [237] ص 12.

- مجموعة الدول التي يتراوح فيها معدل الوفيات الرضع خلال الشهر الأول من الولادة بين 15 و 22 في الألف، وتضم: العراق و الأردن و يتراوح فيها المعدل بين 22,17 في الألف، والبحرين وسوريا وفلسطين يتراوح فيها المعدل بين 15 في الألف و 22 في الألف. وتشير معدلات إلى الزيادة في الأردن ، والعراق نظرا لظروف حرب الخليج و ظروف الحصار الإقتصادي.

- ترتفع معدلات وفيات الرضع خلال الشهر الأول في كل من:

(1)- السودان حيث يبلغ معدل التغير متناقص 33,7 في الألف، إلا أنها مازالت مرتفعة.

(2)- المغرب بلغ معدل التغير متناقص 31 في الألف .

و يعد ضعف المستوى الإقتصادي، و الإمكانيات المادية، و محدودية الموارد، و زيادة كثافة السكان الأسباب الرئيسية لإرتفاع الوفيات الرضع في تلك الدول.

2.1.1.5. معدل وفيات الرضع الأقل من سنة

إن التحليل المقارن لمتوسطات معدلات الوفيات الرضع الأقل من سنة بين الدول العربية و المتوسط العام للدول النامية و المتقدمة.

جدول رقم 33: معدل وفيات الرضع خلال سنة 1995 [238] ص 60.

المصدر رقم 51: المجلس العربي للطفولة و التنمية، واقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة 2006.

الدول	الوسط الحسابي	أكبر قيمة	أقل قيمة	الانحراف المعياري
الأردن	39,05	72,80	21,00	17,44
تونس	50,21	72,40	30,00	12,57
الجزائر	72,53	97,60	44,00	15,38
جيبوتي	123,12	136,40	113,00	8,25
السعودية	57,56	91,00	28,00	24,59
السودان	104,32	138,00	69,90	19,74
سوريا	46,12	62,20	32,00	11,04
الصومال	134,71	145,40	125,00	6,96
العراق	65,03	92,70	24,80	22,89
عمان	42,80	78,00	22,00	17,28
فلسطين	9,65	10,30	9,00	0,92
لبنان	42,07	48,00	33,00	6,27
ليبيا	82,57	101,00	64,00	13,04
مصر	51,67	76,00	36,30	13,20
المغرب	73,42	99,20	46,00	16,05
موريتانيا	114,88	141,80	57,40	27,80
اليمن	133,14	147,04	115,00	9,84
جزر القمر	99,57	113,40	86,00	8,94

يتضح من دراسة و تحليل ما يلي:

- تتصدر قائمة الدول التي يزيد فيها متوسط معدل الوفيات الأقل من سنة كل من: الصومال، اليمن، جيبوتي، موريتانيا، السودان، جزر القمر، و يتراوح فيها المتوسط بين 134,71 في الألف بالصومال، 99,57 في الألف بجزر القمر.

- مجموعة الدول التي يزيد فيها متوسط معدل الوفيات أقل من سنة على 50 في الألف، على الترتيب هي: ليبيا، المغرب، الجزائر، العراق، السعودية، مصر، و تونس، و يتراوح المعدل بين 82,57 في الألف في ليبيا، 50,21 في الألف في تونس.

- يقل معدل وفيات الرضع الأقل من سنة عن 50 في الألف في كل من الدول: الأردن، سوريا، عمان، لبنان.

- يقل معدل وفيات الرضع الأقل من سنة عن 35 في الألف في كل من: البحرين 28,83 في الألف، قطر 24,71 في الألف، الكويت 17,53 في الألف.

- يدل تناقص المعدل في فلسطين إلى أقل من 10 في الألف و لكن هناك تحفظا على ذلك الرقم الآن نظرا لظروف فلسطين.

- المتوسط العام لوفيات الرضع الأقل من سنة يبلغ 58,35 في الألف لدول المنطقة.

- عدد الدول التي يقل فيها متوسط معدل وفيات الرضع الأقل من سنة عن المتوسط العام، يبلغ 12 دولة.

لدراسة و تحليل موقف الدول العربية طبقا لمتوسط معدل الوفيات الأقل من سنة بين متوسط المعدل في كل من الدول المتقدمة و النامية، يتضح:

- تخلف الدول العربية في الوصول إلى متوسط معدل الوفيات في الدول المتقدمة و الذي يقدر طبقا لإحصاءات سنة 1990 المتوفرة بمعدل 15 في الألف، وهناك فجوة كبيرة بين المتوسط العام للدول العربية الذي يبلغ 58,35 بالألف في الدول المتقدمة.

- تقدم الدول العربية بالنسبة لمتوسط معدل الوفيات أقل من سنة، عن الدول النامية و التي يبلغ متوسط معدل الوفيات للرضع أقل من سنة فيها 78 في الألف، طبقا للإحصاءات المتوفرة سنة 1990؛ حيث إن عدد الدول العربية التي تتجاوز ذلك المعدل لا يتجاوز ست دول فقط. و بهذا فإن التحليل المقارن بين متوسط معدلات الوفيات الأقل من شهر، و الأطفال الأقل من سنة بين الدول العربية. من دراسة و تحليل يتضح ما يلي:

هناك مجموعة من الدول ذات الموارد المحدودة التي تعوق الإنفاق على الرعاية الصحية المتكاملة فيها، و ينعكس ذلك بصورة سلبية على إرتفاع معدلات الوفيات سواء بالنسبة للرضع الأقل من شهر أو الأقل من سنة، و تعاني تلك الدول من ظواهر عكسية مثل: إرتفاع معدلات المواليد، و

معدلات الخصوبة، إلى جانب انخفاض مستوى الوعي الإجتماعي والثقافي والذي يدعو إلى الزواج المبكر، وزيادة عدد الأطفال في الأسرة الواحدة، مما يعيق خطط التنمية و الرعاية للمواطنين.

3.1.1.5. معدل وفيات الأطفال دون الخامسة

يعكس معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات مدى تقدم الدولة في تبني الإتجاهات العالمية نحو تهيئة المناخ الصحي والإقتصادي والثقافي.... وغيرها، المناسب لتنمية ورفاهية الطفل و حمايته و بهذا تم حساب معدل وفيات الأطفال دون الخامسة المنسوبة إلى المواليد الأحياء بالألف، و يغطي الفترة الزمنية 1995 طبقا لبيانات تم توفيرها من الدول المختلفة وفقا لآخر إحصاءات وردت منها.

جدول رقم 34: معدل وفيات الأطفال خلال سنة 1995 [239]ص62.

المصدر رقم 52: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

الدول	الوسط الحسابي	أكبر قيمة	أقل قيمة	الانحراف المعياري
الأردن	49,67	72,00	25,00	16,59
الإمارات	22,76	47,00	2,16	13,75
البحرين	28,07	59,80	4,50	13,65
تونس	69,75	121,00	36,00	27,86
الجزائر	88,68	117,00	45,00	26,24
جيبوتي	181,76	205,00	158,00	20,65
السعودية	66,16	120,00	33,60	33,19
سوريا	59,58	110,00	38,00	23,41
الصومال	223,59	257,00	195,70	20,47
العراق	92,65	128,80	34,60	26,93
عمان	64,55	186,00	27,00	56,13
قطر	32,26	47,00	13,00	13,28
الكويت	20,01	30,00	13,00	5,14
لبنان	49,67	62,00	40,00	7,92
ليبيا	110,24	130,00	83,40	16,15
مصر	74,97	148,00	52,00	31,21
موريتانيا	196,34	397,00	76,80	79,60
اليمن	198,43	223,00	182,40	14,72
جزر القمر	132,40	142,00	126,00	6,21

بتحليل وإستقراء النتائج يتضح ما يلي:

- مجموعة الدول التي ترتفع فيها متوسط معدل الوفيات من الأطفال أقل من 5 سنوات، و تبدأ بالصومال حيث يبلغ متوسط المعدل 223,59 في الألف، اليمن 198,43 في الألف، موريتانيا

196,34 في الألف، جيبوتي 181,76 في الألف، جزر القمر 122,4 في الألف. وتلك الدول عانت من إرتفاع متوسطات معدل الوفيات للرضع الأقل من شهر و الأقل من سنة و ذلك لمحدودية موارد تلك الدول وهذا ما يعكس سلبيا على صحة أطفالها.

- مجموعة الدول التي يبلغ فيها متوسط معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات بين 110 في الألف، و 50 في الألف، و تضم على الترتيب:

ليبيا، المغرب، العراق، الجزائر، مصر، تونس، عمان، السعودية، سوريا.

- مجموعة الدول التي تقل فيها متوسط معدل الوفيات للأطفال من 5 سنوات عن 50 في الألف هي على الترتيب: الأردن، لبنان، قطر، الإمارات، البحرين، الكويت.

- بحساب المتوسط العام لمعدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات، وجد أنه 79,59 في الألف، كما وجد أن هناك 11 دولة يقل فيها متوسط لمعدل الوفيات للأطفال دون الخامسة عن المتوسط العام.

2.1.5. التطعيم ضد الأمراض في مرحلة الطفولة

تولي كافة الحكومات عناية فائقة بتنفيذ برامج متكاملة لتطعيم الأطفال ضد الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة. و تهتم هذه الدراسة بتحليل موقف كل دولة عربية من الوطن العربي، و مدى تقدمها في تنفيذ برامج تطعيم الأطفال بالشكل الذي يتفق مع التعليمات لمنظمة الصحة العالمية.

1.2.1.5. التطعيم ضد جميع الأمراض

يعد مؤشر خاص بقياس نسبة التطعيم للأطفال ضد جميع الأمراض من المؤشرات التي تعطي نتائج عن تكامل البرامج الصحية الوقائية الخاصة بالطفل، و تعكس محصلة نجاح أو فشل برامج تطعيم الأطفال، و تسهم في إيضاح المؤشرات الإيجابية لبرامج التطعيم، و موقف الدول من الوصول إلى التغطية الشاملة لتطبيق برامج التطعيم، و توجه الإنتباه إلى المؤشرات ضعف تنفيذ البرامج في بعض الدول الأخرى، و ضرورة توجيه جهود و إمكانات تلك الدول نحو العناية بتطبيق برامج التطعيم على نطاق أوسع و أشمل بحيث تصل نسبة تغطية المستهدفين من الأطفال بشكل متكامل.

جدول رقم 35: نسبة تطعيم الأطفال ضد جميع الأمراض (1990 و1994) [240] ص 71.

المصدر رقم 53: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

التغير %	90 - 94	دول
صفر %	95,0	أردن
10,00	78,1	الإمارات
5,75	90,0	بحرين
-	83,0	جزائر
43,27	49,0	السودان
-	-	صومال
5,49 (-)	86,0	المغرب
40,62	**45,0 -	اليمن
20,27	87,80	تونس
-	-	جيبوتي
10,6	95,0	عمان
11,25	89,0	مصر
-	45,05	موريتانيا

توضح النتائج ما يلي:

- إحتلت كل من الأردن و عمان المركز الأول في قائمة الدول التي تهتم بتطعيم الأطفال ضد جميع الأمراض، حيث بلغت نسبة التطعيم 95% من إجمالي الأطفال المستهدفين و معامل التغير صفر % في الأردن و 1% في عمان. في المركز الثاني في قائمة الدول العربية من حيث نسبة التطعيم الأطفال ضد الأمراض الستة معا، المغرب حيث تمثل، 86% و لكن في توجه الإنتباه إلى أن معدل التغير بلغ 5,49% و لكن في توجه سالب.

- مجموعة الدول التي تنحصر فيها نسبة تطعيم الأطفال ضد الأمراض الستة معا بين 90% و 70% تضم: البحرين و قد بلغت النسبة فيها 90% بمعدل تغير 5,75% موجب، الجزائر بلغت النسبة بها 83% و عدم تواجد معلومات حول معدل التغير. مصر و قد بلغت النسبة فيها 89% بمعدل تغير 11,25% موجب، تونس بلغت النسبة فيها 87,8% بمعدل تغير 20,27%. و الإمارات بلغت النسبة فيها 78,1% بمعدل تغير 10%. شملت مجموعة الدول التي تقل فيها نسبة تطعيم الأطفال ضد جميع الأمراض عن 50% من المستهدفين في الدول العربية كل من: السودان، الصومال، اليمن، جيبوتي، و موريتانيا. و نود أن نشير إلى أن تلك الدول تنخفض فيها نسب تطعيم الأطفال بالنسبة لجميع الأمراض، و تحتاج تلك الدول إلى مساعدة الدول الأخرى و هيئات الصحة العالمية في دعم برامج الرعاية الصحية للمواطنين، و دعم برامج تطعيم الأطفال و رعايتهم ووقايتهم من الأمراض.

و في نهاية هذا الجزء الخاص بتطعيم الأطفال ضد جميع الأمراض، نرى أن هناك تطورا و تقدما واضحا و ملموسا نحو تطبيق برامج الرعاية الصحية، و الوقاية، و برامج تطعيم الأطفال في معظم الدول العربية، و إتجاهات نسب تطعيم الأطفال نحو الأمراض تدعو إلى التفاؤل، و تشير نحو تحقيق أهداف توسيع نطاق التغطية الشاملة للأطفال المستهدفين. و نتوقع أن المشكلة التي واجهتنا في التواصل إلى البيانات و الإحصاءات الحديثة من الدول العربية من 1994 إلى الآن قد أثرت على بيان الموقف الحالي للدول العربية بالنسبة لتنفيذ برامج تطعيم الأطفال في الفترة الحالية، و الذي نتوقع أن يكون قد حقق خطوات واسعة نحو إستكمال أوجه النقص و القصور في برامج التطعيم الموجود.

3.1.5. الحالة الصحية للأمهات

1.3.1.5. معدل وفيات الأمهات

يعتبر قياس معدل وفيات الأمهات ذا أهمية خاصة؛ حيث أنه يدل على مستوى الرعاية الصحية التي تقدمها الدول للأمهات أثناء فترة الحمل و الولادة، و تهدف الدول إلى تقديم كافة الخدمات الصحية و العلاجية للأمهات. ونشر الوعي اللازم لتنمية معارف المرأة و معلوماتها حول كيفية العناية بنفسها و جنينها خلال تلك الفترة، و توجيه أجهزة الإعلام للمساعدة على تنحية القيم و السلوكيات و العادات الاجتماعية التي تؤثر سلبا على صحة المرأة في تلك الفترة.

جدول رقم 36: معدل وفيات الأمهات أثناء الحمل (1990 و 1994) [241] ص 72.

المصدر رقم 54: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

التغير %	1995 - 1990	دول
284,60	5,00	الإمارات
(-)25,00	1,50	البحرين
-	20,30	الجزائر
(-)85,09	1,76	السعودية
(-) 35,27	35,60	السودان
-	110,00	الصومال
875,00	11,70	العراق
173,60	0,52	الكويت
10,60	33,20	المغرب
صفر	100,00	اليمن
(-)60,20	5,00	تونس
صفر	74,00	جيبوتي

بتحليل النتائج يتضح ما يلي:

- مجموعة الدول التي ينخفض فيها معدل وفيات الأمهات ويقل عن 50%، وتشتمل الدول على الترتيب:

1- الكويت 0,52%.

2- العراق زادت إلى 11,7% بنسبة تغير مرتفعة بلغت 875% وهي النسبة الأكبر إرتفاعا.

3- الإمارات 5 في لكل 10 000 مولود بنسبة تغير 284,60 % وهي نسبة مرتفعة يجب الإهتمام به كمؤشر ذي دلالة عكسية.

4- البحرين 1,5% بنسبة تغير إيجابية 25%.

5- المغرب تأتي في المرتبة الخامسة، ولكننا نعتقد بخطورة الإتجاه التصاعدي حيث تزداد 33,2% في 10 00 مولود.

6- عمان والسعودية، بلغ المعدل 1,76 بنسبة تغير 85,9% في الإتجاه الإيجابي للسعودية، و تناقصت إلى 21 في 10 000 مولود بنسبة تغير 50% في الإتجاه الإيجابي في عمان.

- إرتفعت معدلات الوفيات للأمهات في 5 دول عربية هي: الصومال، اليمن، موريتانيا و جيبوتي والسودان، وتراوح فيها المعدل بين 110% في الصومال، 55% في السودان. وبمراجعة موقف تلك الدول تبين أنها تعاني من العديد من المظاهر السلبية والتي مردها محدودية الموارد ونقص الإمكانيات وإنخفاض المستوى الإقتصادي والصحي، وتعاني تلك الدول من: زيادة معدلات المواليد، زيادة معدلات الوفيات و زيادة معدلات الخصوبة، و إنخفاض نسب و برامج التطعيم للأطفال.

- ترتيب الدول حسب إنخفاض معدل الوفيات للأمهات أثناء فترة الحمل كالتالي:

ليبيا، تونس، لبنان، سوريا، الجزائر، مصر، ويتراوح المعدل فيها بين 40,7% لكل 10 000 مولود.

- هناك إتجاه واضح لإنخفاض معدل الوفيات من الأمهات في عدد من الدول العربية منها: البحرين، السعودية، السودان، تونس، سوريا، عمان، ليبيا، مصر.

2.3.1.5. نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف صحي

يهتم هذا الجزء بدراسة نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف صحي متخصص، و يقصد بالإشراف الصحي المتخصص أن تتم الولادات بإشراف الأطباء أو الممرضات أو القابلات الذين يتم تدريبهم و تأهيلهم للقيام بتلك المهمة بإستخدام الأساليب الصحية. ويعكس إرتفاع تلك النسبة مستوى

الخدمات و الرعاية الصحية التي تقدمها الحكومات للأمهات و مدى مساهمتها، وحرصها على توفير المستشفى و المستوصف و المراكز التي تتم فيها عمليات الوضع، وإعدادها بالأجهزة و المعدات الحديثة، و استخدام أساليب وتقنيات حديثة، و إمداد المستشفيات بالكفاءات البشرية المدربة و المؤهلة للقيام بعملية الوضع و الحفاظ على حياة الأمهات و الأجنة و ذلك سواء الأطباء أو هيئة التمريض أو الفنيين و أخصائيي الأشعة.

جدول رقم 37:نسب الولادات تحت إشراف صحي مختص خلال سنة1995[242]ص74.

المصدر رقم55: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق، صفحة 74.

دول	الوسط الحسابي	أكبر قيمة	أقل قيمة	الانحراف المعياري
الأردن	81,64	89,50	60,00	9,24
الإمارات	98,41	99,20	96,00	1,05
البحرين	96,23	98,70	90,00	2,78
الجزائر	46,29	77,57	15,00	44,24
جيبوتي	73,50	79,00	68,50	5,27
السعودية	80,52	85,60	78,00	3,28
السودان	39,90	86,30	10,00	32,23
الصومال	5,00	11,00	2,00	5,20
العراق	72,68	86,00	50,00	15,45
عمان	82,10	100,00	60,00	17,43
قطر	99,89	100,00	99,00	0,33
الكويت	99,20	100,00	99,00	0,45
ليبيا	76,00	76,00	76,00	-
مصر	29,72	42,00	24,00	8,26
المغرب	28,42	40,00	21,10	7,41
اليمن	12,00	12,00	12,00	-

باستقراء النتائج نلاحظ ما يلي:

-مجموعة الدول التي يزيد فيها متوسط نسبة الولادات تحت إشراف طبي على95% وتشمل دولة قطر99,89%، الكويت99,20%، الإمارات98,41%، البحرين96,63%، وتلك الدول ذات المستوى الإقتصادي المرتفع، وعائد وإستثمارات مادية مرتفعة تمكنها من الإرتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

- مجموعة الدول التي ينحصر فيها متوسط نسبة الولادات تحت إشراف طبي بين أقل من 85% و 70%، وتشمل على الترتيب: عمان، الأردن، السعودية، ليبيا، جيبوتي، العراق وبتراوح متوسط النسبة بين 82,1% عمان، 72,68% العراق.

- مجموعة الدول التي يزيد فيها متوسط نسبة الولادات تحت إشراف طبي على 50%، تشمل: تونس، فلسطين، لبنان، سوريا، موريتانيا، وبتراوح متوسط النسبة بين 69,92% لتونس و 56,6% موريتانيا.

- مجموعة الدول التي ينخفض فيها متوسط نسبة الولادات على أيد مدربة إلى أقل ما يمكن، و تشمل على الترتيب: 5% الصومال، 12% اليمن، 28,42% المغرب، 29,72% مصر، 39,9% السودان، 46,29% الجزائر.

ونوجه الإنتباه إلى أن هناك علاقة عكسية بين إرتفاع نسب الولادة على أيد مدربة، وإنخفاض معدلات الوفيات، ويجب أن تدعم تلك الدول السياسات والخطط التي تستهدف تحقيق النهوض و التقدم في عمليات الوضع و الولادات بحيث تتم بشكل يحافظ على حياة الأمهات والأجنة، ويقيهم من الأمراض التي قد تعرض حياتهم للخطر خلال تلك المرحلة.

2.5. الأمن الصحي للطفل

هناك مجموعة من المؤشرات الصحية التي تعكس تحقيق الأمن الصحي للأطفال، وتتعلق بأساليب المحافظة على النظافة كتوفير الماء النقي، و توفير الصرف الصحي.

1.2.5. توفير الماء النقي للسكان

إن توفير الماء النقي للسكان من الأمور الهامة جداً، فبالإضافة إلى شرب الماء النقي الخالي من الجراثيم والذي ينعكس إيجاباً على صحة السكان بشكل عام و الأطفال بشكل خاص، فإن الماء النقي وسيلة للنظافة التي تنعكس إيجاباً على الصحة العامة للمجتمع و الأسرة. و توفير الماء النقي من خلال شبكات المياه التي تصل إلى داخل البيت، أو من خلال وسائل أخرى كالصهاريج.

2.2.5. الصرف الصحي

يمكن القول أنه كلما إرتفعت نسبة السكان الذين تتوفر لهم خدمات الصرف الصحي، والمياه النقية، فإن ذلك يعتبر مؤشراً على نظافة البيئة المحلية و المجتمع.

جدول رقم 38: السكان حسب المياه النقية وخدمات الصرف الصحي (1990 و1996) [243] ص 75.

المصدر رقم 56: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

الدولة	توفر المياه النقية			توفر خدمات الصرف الصحي		
	الريف %	الحضر %	المجموع %	الريف %	الحضر %	المجموع %
الأردن	-	-	98	-	-	77
الإمارات	-	95	22	93	77	-
تونس	95	100	98	52	96	80
الجزائر	64	91	78	80	99	91
السعودية	74	100	95	30	100	86
السودان	41	84	60	4	79	22
سوريا	78	92	85	82	84	83
الصومال	28	-	31	2	6	12
عمان	-	-	82	-	-	78
ليبيا	97	97	97	44	99	98
مصر	-	-	79	-	-	32
المغرب	18	94	55	18	69	41
موريتانيا	65	67	66	-	34	-
اليمن	55	88	61	17	47	24

توضح النتائج ما يلي:

نلاحظ أن المياه النقية متوفرة للغالبية العظمى من السكان في الأردن و تونس و ليبيا و السعودية و الإمارات، و تتوفر بنسبة أقل للسكان في عمان و مصر و الجزائر و سوريا، و هناك مجموعة ثالثة تصل المياه النقية بنسبة أقل مثل: موريتانيا و اليمن و السودان و المغرب، أما الصومال فلا تصل المياه النقية إلا 31% من السكان فقط. و يبين أن هناك عددا من الدول العربية قد تمكنت من توفير الصرف الصحي لجميع سكانها، وتشمل هذه المجموعة كلا من: البحرين و قطر و الكويت. و هناك مجموعة من الدول قد تمكنت من توفير الصرف الصحي لجميع سكان الحضر، ولكن بقيت فيها نسبة من السكان المقيمين في الريف لا تتمتع بهذه الخدمات مثل السعودية، وهناك مجموعة من الدول بقيت فيها خدمات الصرف الصحي متدنية مثل الصومال، حيث لا تصل هذه النسبة إلا لنسبة 12% من السكان، واليمن 24% من السكان و مصر 32% من السكان.

3.5. نظام التغذية للأطفال

نعتمد على قياس مدى صلاحية ومناسبة أسلوب التغذية لحياة الطفل هو معدل سوء التغذية، و مدى حصول الطفل على القدر المناسب من السرعات الحرارية التي يحتاجها الجسم و تمده بالطاقة والنشاط، و تسهم في بنية الجسم بشكل صحي.

1.3.5. وزن الطفل عند الولادة

يعتبر وزن الطفل عند الولادة مؤشرا ذا دلالة على مستوى الرعاية الصحية والطبية وعلى مستوى التغذية التي تتلقاها الأم خلال فترة الحمل. وتهتم الدول بوضع البرامج التي تستهدف حماية الأم خلال تلك المرحلة التي تترك أثارا بعيدة المدى على صحة الأم و الجنين.

جدول رقم 39: نسب الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2,5 كغ (1990 و1994) [244] ص 76.

المصدر رقم 57: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

الدولة	90 - 94	التغير %
الأردن	5	(-)28,57
الإمارات	4,8	(-)20
الجزائر	9,20	22,2
السودان	15	268,5
العراق	19,70	885
الكويت	5,30	(-)24,28
المغرب	3,5	25
اليمن	35	169,2
تونس	7,3	(-)8,75
لبنان	9,5	(-)5
موريتانيا	11,20	12

بدراسة وتحليل تبين ما يلي:

- هناك مجموعة من الدول تزيد فيها نسبة الأطفال ناقصي النمو على 10%، و يقل وزنهم عن 2,5 كجم عند الولادة، و تلك الدول هي: اليمن حيث تزيد فيها نسبة الأطفال ناقصي النمو على 35% و هو مؤشر بالغ الخطورة، تلي ذلك العراق حيث تصل النسبة إلى 19,7%، السودان 15%، موريتانيا 11,2%، وبتحليل تلك الدول تبين أنها تعاني من نقص إمكاناتها و مواردها مما يعيق تقديم خدمة متميزة للأمهات و الأطفال في تلك الفترة، و يعاني أطفال العراق من ظروف الحرب و أثارها السلبية على النواحي الصحية و التغذية للأمهات و الأطفال.

- الدول التي تنخفض فيها نسبة الأطفال ناقصي النمو إلى أقل من 5% هي: الأردن 5%، الإمارات 4,8%، المغرب 3,5%، وتشير تلك النتيجة إلى أن تلك الدول بدأت الإهتمام بظاهرة الأطفال ناقصي النمو وتتبعها.

- بدراسة وتحليل معدلات التغير بين فترة يتضح أن هناك دولا أحدثت إتجاهات إيجابية نحو مجالات رعاية الأم الحامل، و تناقصت فيها معدلات الأطفال ناقصي النمو مثل الإمارات والكويت و تونس

ولبنان والأردن وتراوحت معدلات التغيير فيها بين 28,57% في الأردن و24,28% في الكويت، وفي الإمارات 20%، وفي تونس 8,75%، و5% في لبنان.

- وعلى الرغم من إتجاه الدول، السابق الإشارة إليها، إلى الإهتمام بظاهرة الأطفال ناقصي النمو، إلا أن نسب الأطفال ناقصي النمو مرتفعة بصفة عامة في معظم الدول العربية، ويتطلب ذلك ضرورة وضع الخطط التي تستهدف رعاية المرأة الحامل و الرضيع.

2.3.5. الرضاعة الطبيعية

تعد الرضاعة الطبيعية سرا من الأسرار الإلهية أوصانا الله سبحانه و تعالى في كتابه العزيز في قوله: «والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة». وقد توصلت الدراسات والأبحاث العلمية الحديثة إلى أن الرضاعة الطبيعية هي السبيل لحماية الأطفال و رعايتهم، والحفاظ على حياتهم.

جدول رقم 40:نسب النساء اللواتي يرضعن أطفالهن(1990و1994)[245]ص79.

المصدر رقم58:المجلس العربي للطفولة و التنمية،نفس المرجع السابق.

الدولة	ثلاثة أشهر		ستة أشهر		إثني عشر شهرا		أربعة وعشرون شهرا	
	94-90	التغير %	94-90	التغير %	94-90	التغير %	94-90	التغير %
الأردن	80	515,4	71	12	52	4,0	12	-20,0
الجزائر	49	-	44	-	22,6	-	10,4	-
السعودية	84,3	3,1	77,7	12,3	44,7	-17,1	5,3	-
السودان	92,8	-0,3	91,8	-1,4	81,1	-12,9	16,6	-59,7
الصومال	-	-	-	-	-	-	36,3	0,8
العراق	58,04	-9,3	49,7	-9,6	37,1	-17,6	-	-
المغرب	62	-31,4	21,2	-73,9	65	-7,5	1,8	-86,9
جيبوتي	70	241,5	42	100,0	15	-42,3	2	-83,3
سوريا	91,5	11,6	86,7	15,6	63,7	-3,5	2,7	-95,3
عمان	60	-38,8	22	-76,8	10	-88,1	-	-
لبنان	50	-	40	-	15	-	-	-
مصر	96,1	8,0	93,6	14,8	86	26,3	15,5	34,0
موريتانيا	98,3	8,7	97	12,8	86,5	29,1	-	-

بدراسة وتحليل النتائج كما يلي:

1-) ترتفع نسبة الإعتماد على الرضاعة الطبيعية كمصدر أولي لتغذية الرضيع خلال ثلاث أشهر الأولى، و تصل النسبة إلى أكثر من 90% في كل من موريتانيا، مصر، السودان وسوريا و تزيد على 80% في كل من السعودية و الأردن، و تزيد على 50% في كل من جيبوتي و المغرب و العراق و لبنان.

هذا وقد إتجهت الدول إلى الإهتمام بالرضاعة الطبيعية؛ حيث وصل معدل التغير إلى 515,4% في الأردن، 241,5% في جيبوتي خلال الفترة الزمنية نفسها. وقد إتجهت نسبة التغير للزيادة في سوريا، مصر، موريتانيا، السعودية، إلا أن الملاحظ أن نسبة التغير قد إنخفضت في كل من السودان و العراق والمغرب و عمان، مما يثير العديد من التساؤلات عن أسباب إتجاه ظاهرة الرضاعة الطبيعية للإنخفاض في تلك الدول، ويحتاج الأمر إلى تركيز برامج وحملات التوعية و تنشيطها.

(2)- موقف الدول في الفترة (90-95) والتي تزيد فيها نسبة إرضاع الأطفال حتى 6 شهور على 90% هي موريتانيا و مصر والسودان، وهي الدول نفسها التي إهتمت بالرضاعة الطبيعية حتى 3 شهور من عمر الرضيع، وإن إختلف الأمر بالنسبة لسوريا التي إنخفضت فيها النسبة إلى 86,7%.

- مجموعة الدول التي تزيد فيها نسبة إرضاع الأطفال حتى 6 شهور على 70% تضم سوريا، السعودية، الأردن، وقد تناقصت النسبة في تلك الدول عن النسبة السابقة.

- تتدنى الرضاعة الطبيعية عن نسبة 50% في كل من العراق وجيبوتي ولبنان والمغرب و عمان.
- تشير إتجاهات التغير إلى الإتجاه الإيجابي في بعض الدول: الأردن، سوريا، مصر والسعودية، موريتانيا، وقد إنخفضت نسبة التغير عكسيا و ذلك يعني إنخفاض نسبة الرضاعة الطبيعية في كل من العراق و السودان و عمان و المغرب.

(3)- توضح الإحصاءات أن نسب إرضاع الأطفال طبيعيا بالنسبة للرضع في السنة الأولى من العمر بدأت في الإنخفاض عن نسب الإرضاع خلال الثلاثة أشهر والست أشهر الأولى؛ ويعني ذلك أن المعتقدات تؤدي إلى حدوث تناسب عكسي بين عمر الطفل و الرضاعة الطبيعية.

- تصدرت السودان و مصر و موريتانيا نسبة إرضاع الأطفال طبيعيا في السنة الأولى من العمر، إلا أن النسبة لم تتجاوز 90% في تلك المرحلة على الرغم من وصولها إلى أكثر من 90% في عمر 3 و6 شهور.

- ينتبع الإتجاه إلى تناقص للنسب في تلك الفئة العمرية، وجد أن نسبة إرضاع الأطفال 3 شهور في الأردن 80%، للأطفال 6 شهور 71%، للأطفال في عمر سنة 50% تقريبا بالنسبة لسوريا فقد بلغت النسبة 91,1% للرضع 3 شهور 86,7% للرضع 6 شهور، 63,7% للأطفال خلال 12 شهر.

- تتجه النسب جميع الدول الأخرى إلى الإنخفاض عن فترتين العمريتين السابقتين 3 و6 شهور، و تظهر معدلات التغير عكسية في كل من: السعودية، السودان، العراق، المغرب جيبوتي، سوريا و عمان.

- إتجهت إلى تصاعد نسب التغير الموجبة في ثلاث دول فقط هي: مصر، موريتانيا والأردن.

4-) وفقا للنتيجة السابقة والتي مفادها إنخفاض الإهتمام بالرضاعة الطبيعية مع زيادة عمر الطفل، تبين النتائج إلى إنخفاض نسب رضاعة الأطفال طبيعيا في سن 24 شهر عن الفئات العمرية الثلاث السابقة 3شهور و12شهر. وقد تركزت أعلى النسب في الصومال 36,3%، السودان 16,6% ومصر 15,5%، و12% في الأردن. وإنخفضت إلى أقل من 5% في سوريا وجيبوتي والمغرب. و قد أظهرت معدلات التغير الإتجاه إلى التناقص في معظم الدول.

5-) على الرغم من خطورة و أهمية دراسة الظاهرة (الرضاعة الطبيعية للأطفال)، لجميع الأسباب التي سبق الإشارة إليها، إلا أن عدم كفاية البيانات و حداتها قد أثرت على الوصول إلى المؤشرات الدقيقة و الفعلية للفترة الحالية.

3.3.5. سوء تغذية الأطفال

تعتبر التغذية الصحية السليمة أساسا لحماية الجسم من الأمراض، وتساعده على النمو العقلي والبدني بشكل سليم خال من الأمراض والمعوقات الصحية، وتعاني الكثير من دول المنطقة العربية من أمراض سوء التغذية بالنسبة للأطفال، وذلك مرجعه عدم توفر الغذاء الصحي المناسب للأطفال سواء من ناحية الكم، أي إحتياجات الجسم، ومن ناحية نوعية الغذاء وما يتضمنه من فيتامينات ومعادن وبروتينات يحتاجها الجسم لتمده بالمناعة اللازمة لمقاومة الأمراض، و تساعد على بنائه وتكوينه بشكل مناسب، وتمد الجسم بالطاقة والنشاط والحيوية اللازمة لممارسة دوره بشكل سليم.

جدول رقم 41: الأطفال المعرضين لسوء التغذية (1990-1994) [246] ص 79.

المصدر رقم 59: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

الدولة	أقل من سنتين		أقل من خمس سنوات	
	94-90	التغير %	94-90	التغير %
الأردن	-	-	12	6,25(-)
الجزائر	-	-	8,8	-
السودان	-	-	33	-
الصومال	-	-	7	-
العراق	27,20	-	41,9	-
المغرب	20,8	-	22,6	23,9(-)
جيبوتي	21,30	-	22,9	4,82(-)
سوريا	20,8	72,15(-)	24,8	70,5(-)
مصر	52,15	80,05(-)	35,46	70,67

توضح النتائج ما يلي:

- يعاني 33% من أطفال السودان، 35,46% من أطفال مصر أقل من 5 سنوات من سوء التغذية، و يرجع ذلك إلى ضعف الإمكانيات المادية والإقتصادية وزيادة حجم الأسرة، وانخفاض مستوى الرعاية الصحية.
- تجاوزت نسبة سوء التغذية تحت 5 سنوات 25% تقريبا في كل من: المغرب، جيبوتي وسوريا وقد تناقصت تلك النسبة التغير في سوريا 70%، وهذا إتجاه إيجابي.
- يعاني أكثر من 20% تحت سن سنتين من سوء التغذية في: مصر، السودان، والمغرب وجيبوتي، و إنخفضت إلى 8% في سوريا وبالمعدل تغير إيجابي 73% تقريبا.
- يعاني 15% تقريبا من أطفال تونس تحت سن سنتين من سوء التغذية. ولم يتجاوز المعدل للأطفال أقل من 5 سنوات 6%.
- تناقص نسبة سوء التغذية من 12,8% إلى 12% في الأردن بمعدل تغير 6,25% إيجابي وذلك للأطفال أقل من 5 سنوات.
- تقل نسبة سوء التغذية للأطفال تحت 5 سنوات عن 10% في الجزائر والصومال.
- تنخفض نسبة الأطفال الأقل من سنتين من سوء التغذية في مصر إلى 10,40%، نظرا لتبني الدولة سياسات تهدف للإرتقاء بالمستوى الإقتصادي والصحي. وقد بلغ معدل التغير أكثر من 80%، و إنخفضت النسبة من 10,4% للأطفال دون الخامسة.
- للعراق وضع خاص حيث تضررت من ظروف الحرب والحصار الإقتصادي في بداية التسعينات، وقد أثر ذلك سلبيا على الطفل. وبلغت نسبة سوء التغذية بين الأطفال تحت سن سنتين 27,20%، وتحت سن 5 سنوات 41,9%.

4.3.5. الإستهلاك اليومي للفرد من السعرات الحرارية

إستكمالا لدراسة و تحليل النظام الغذائي للأطفال في الوطن العربي، و الذي بدأ بدراسة وزن الطفل عند الولادة طبقا للمعدلات الطبية المتعارف عليها، ودراسة نسب الرضاعة الطبيعية حتى 24 شهرا، وأثرها على صحة الطفل ووقايته من الأمراض، ودراسة سوء التغذية لدى الأطفال أقل من سنتين و خمس سنوات و إنعكاساتها السلبية على النمو العقلي والذهني والبدني للطفل، يدرس نصيب الفرد اليومي من السعرات الحرارية، و الذي يعكس المستوى و القدرة الإقتصادية و المادية للدولة،

و الخطط و السياسات التي تنتهجها من أجل توفير نظام غذائي متكامل يهتم بالكمية و الجودة أو التنوع في مصادر الغذاء بما يفي إحتياجات الجسم من العناصر الغذائية.

جدول رقم42: الاستهلاك الفردي للسعرات الحرارية1996[247]ص80

المصدر رقم60: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

الدولة	الوسط الحسابي	أكبر قيمة	أقل قيمة	الانحراف المعياري	نسبة التغير
الأردن	117,83	121,00	110,00	4,31	-0,98
البحرين	85,00	85,00	85,00	-	-
تونس	632,00	3167,00	119,00	1241,90	8,26
الجزائر	810,25	3893,00	112,00	1388,51	2415,65
السعودية	128,00	134,00	121,00	6,06	-9,70
السودان	92,00	96,00	87,00	4,30	-9,38
سوريا	128,25	131,00	126,00	2,22	-0,79
الصومال	87,75	91,00	81,00	4,57	-8,99
العراق	691,83	2563,00	118,00	996,67	832,20
لبنان	117,67	127,00	101,00	14,47	1,60
ليبيا	149,75	155,00	140,00	6,65	-9,68
مصر	773,93	4026,60	100,00	1593,52	3926,60
المغرب	591,20	2500,00	105,00	1067,08	228,95
اليمن	92,67	94,00	92,00	1,15	-

تبين باستقرار و تحليل النتائج ما يلي:

أولاً: بلغ متوسط الإستهلاك الفردي من السعرات الحرارية 810,25 في الجزائر، مصر 773,93 سعر،العراق 691,83 سعر، تونس632 سعر،المغرب591,20 سعر، وتلك المجموعة يزيد فيها متوسط الإستهلاك الفردي على500سعر. وإن كانت المؤشرات غير دقيقة، فإن الدول التي تصدر القائمة ليست غنية بمواردها بالقياس للدول الأخرى، بالإضافة إلى أن العراق من ظروف الحرب وضعف الإقتصاد في الفترة الحالية.

ثانياً: يزيد متوسط الإستهلاك الفردي من السعرات الحرارية على100% في كل من:ليبيا، السعودية، سوريا،لبنان،الأردن.

ثالثاً: يقل متوسط الإستهلاك الفردي من السعرات الحرارية عن 100% في كل من: البحرين، السودان،الصومال،اليمن.

رابعاً: تميل نسب التغير للإخفاض في كل من:الأردن،السعودية،السودان، سوريا والصومال و ليبيا،اليمن.

4.5. الإنجاب في سن الإنجاب

تشكل دراسة الإنجاب في سن الإنجاب أهمية خاصة، حيث أنها تؤثر وتتأثر بالعديد من المعدلات الأخرى كمعدلات المواليد والخصوبة.

جدول رقم 43: عدد الإنجاب في سن الإنجاب [248] ص 86.

المصدر رقم 61: المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

النسبة %	إجمالي إناث 1999	1999	النسبة %	إجمالي إناث 1995	1995	السنة الدولة
48 6	2326 00	1131	48 7	2106 72	1025 97	الأردن
-	-	-	25 0	912 6	475 07	الإمارات
-	198 96	-	49 4	317 62	156 72	البحرين
72 1	9455 90	2560 4	48 6	4388 2	2132 66	تونس
-	-	-	45 1	14228 19	6416 82	الجزائر
-	-	-	48 7	7956 08	3875 74	السعودية
-	-	-	48 6	14161	6882 24	السودان
-	1210 00	-	40 7	6914 55	2814 22	سوريا
-	-	-	35 5	9983 17	4542 34	العراق
130 5	363 32	474	49 1	1122 5	551 14	عمان
22 7	3019 00	685 6	-	-	-	فلسطين
-	193 63	-	53 6	198 54	106 415	قطر
-	-	-	29 0	1270 64	368 78	الكويت
-	-	-	53 2	1528 28	813 04	لبنان
-	-	121	41 5	2399 4	995 75	ليبيا
-	30605 00	-	48 8	28844 15	14068	مصر
-	-	-	46 8	13610 23	6369 48	المغرب
-	-	-	46 1	1101 41	507 75	موريتانيا

توضح النتائج ما يلي:

- لوحظ عدم توفر البيانات الكافية بالنسبة لمعظم الدول العربية ولايستثنى من ذلك سوى 4 دول فقط: الأردن، تونس، عمان، فلسطين.

- طبقا للإحصائيات والبيانات المتوفرة والتي جمعت سنة 1995، تبين أن نسبة الإنجاب في سن الإنجاب إلى إجمالي الإنجاب على 509% في كل من قطر 53,6%، لبنان 52,9%، الإمارات 52%. تبلغ نسبة الإنجاب في سن الإنجاب من 40% إلى أقل من 50% بالنسبة لإجمالي الإنجاب لمجموع الدول التالية: الأردن، البحرين، السعودية، السودان، الجزائر، العراق، المغرب، تونس وسوريا، فلسطين، ليبيا و مصر و موريتانيا.

- تقل نسبة الإنجاب في سن الحمل عن إجمالي الإنجاب عن 40% في اليمن فقط 39,5%.

- طبقا لإحصائيات 1990 التي توفرت لدينا بالنسبة للأربعة دول:

(1)- تبين أن نسبة الإناث في سن الحمل إلى إجمالي الإناث بلغت 48,6% في الأردن، و هي تتماثل مع النسبة السابقة تقريبا؛ أي أن هناك عدم تغيير بالنسبة لدولة الأردن.

(2)- بلغت نسبة الإناث في سن الحمل إلى إجمالي الإناث بالنسبة لتونس 27,1%، و يدل على انخفاض تلك النسبة إلى النصف تقريبا، ويطبق ذلك على الدولة الفلسطينية حيث كانت النسبة 47,4%.

النتائج السابقة تشير إلى ارتفاع نسبة الإناث في سن الإنجاب إلى إجمالي الإناث فيما يقرب من النصف في العديد من الدول العربية، ويزيد على 40% في معظم الدول، و ذلك يوجه الانتباه إلى ضرورة الإهتمام بتوفير الإحتياجات الصحية و التعليمية لتلك الفئة و دعم الخطط اللازمة لحماية الأمومة و الطفولة.

5.5. الحالة التغذوية للأطفال في الدول العربية

شهدت المنطقة العربية إنخفاضا ملموسا في مستويات وفيات الأطفال والرضع وزيادة فرص بقائهم على قيد الحياة في معظم الدول. ويرجع هذا إلى السياسات و البرامج الصحية و التنموية التي نفذتها تلك الدول. من هذا المنطلق، أعطى المسح العربي لصحة الأم و الطفل (PAPchild)، أهمية خاصة لدراسة سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة، و ذلك للتعرف على مستويات إنتشار أمراض سوء التغذية والوقوف على إختلافاتها و محدداتها.

1.5.5. الحالة التغذوية للأطفال حسب المسح حول صحة الأم و الطفل

الحالة التغذوية للأطفال في الدول العربية، تعتبر مشكلة نقص الغذاء أو قلة جودته من العوامل المرتبطة بالمستوى الإقتصادي للأسرة. ولهذا نلقي الضوء على الحالة التغذوية في الدول العربية من بينها: الجزائر، سوريا، موريتانيا، والسودان، مصر.

جدول رقم 44: نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة في بعض الدول العربية [249] ص 6.

المصدر رقم 62: WHO, 1992, Global , Database on chid growth and Malnutrition.

الدول	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	سنة المسح
الجزائر	9,3	18,1	5,5	92
سوريا	12,1	26,8	8,1	93
موريتانيا	47,6	52,5	14,7	90
السودان	34,4	33,4	12,9	93/92
مصر	10,4	30,1	3,4	91

توضح النتائج ما يلي:

هناك تفاوت واضح في نسب إنتشار سوء التغذية بمؤشرات المختلفة بين الدول العربية. فبينما تصل نسبة الإصابة بقصر القامة أدها في الجزائر 18,1% في 1992 تتبعها سوريا 26,8% سنة 1993 ثم مصر و السودان على التوالي 30,1% سنة 1991 و 33,4% في 1993/1992. فإن حوالي 52,5% من الأطفال موريتانيا الذين يقل أعمارهم عن خمس السنوات يعانون من قصر القامة في سنة 1990. وفيما يتعلق بمؤشر النحافة الذي يعبر عن نقص الوزن بالنسبة للطول، فإن أطفال الجزائر ومصر وسوريا أقل تعرضا للإصابة بالنحافة، عكس الحالة في موريتانيا والسودان التي تصل أقصاها بحوالي (12,9%-14,7%).

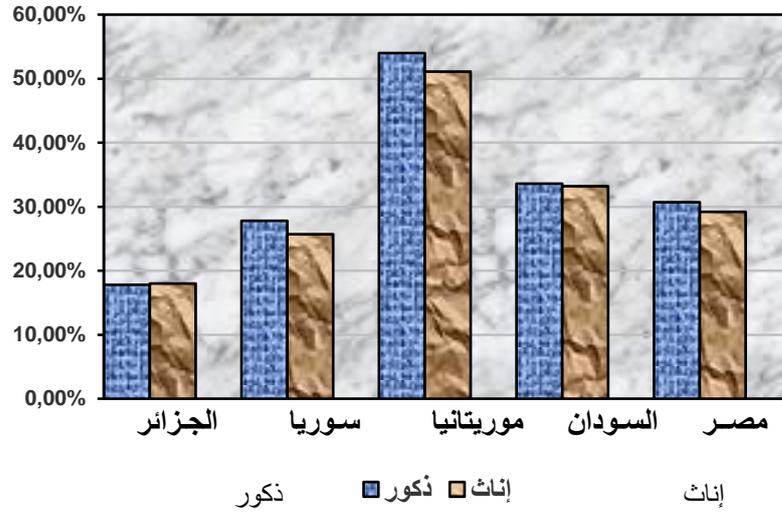
أما بالنسبة لمؤشر نقص الوزن فإنها متقاربة في الجزائر ومصر وسوريا وتصل أقصاها في موريتانيا والسودان وتؤكد هذه البيانات كل من (TERESAT و REYNALD 1984) أنه يزيد إنتشار قصر القامة و تنخفض نسبة النحافة في كل البلدان التي يكون فيها سوء التغذية خفيفا. بينما في الدول التي ينتشر فيها سوء التغذية الحاد أو المتوسط يزيد إنتشار النحافة أكثر وضوحا. وتجدر الإشارة إلى أن مؤشرات سوء التغذية في الدول تتقارب في ظروفها الإقتصادية و الديمغرافية، مما يؤكد الارتباط الوثيق بين إنتشار سوء التغذية وهذه الظروف [250] ص 6.

1.1.5.5. الاختلافات في الحالة التغذوية بين الدول العربية

ينأثر مستوى الحالة التغذوية للأطفال بعدة عوامل ديمغرافية وإقتصادية وإجتماعية وبيئية مثل: جنس الطفل، وعمره وترتيبه بين أخواته والمدة بينه وبين المولود السابق ومستوى تعليم الأم، ومكان إقامته وخصائص عيشه، مثل: نوع المرحاض، ونوع الأرضية وغيرها.

أ). إختلافات سوء التغذية حسب الجنس والعمر

نلاحظ أن هناك نقص في الوزن عند الذكور أكبر من الإناث و هذا في كل من: الجزائر ومصر، سوريا، وموريتانيا. ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها الضعف النسبي في البنيان الصحي للذكر عند الولادة وخلال الفترة الرحمية مقارنة بصحة الأنثى، مما يؤثر مباشرة على الوزن. ونجد العكس في السودان حيث نجد نقص الوزن في الإناث أكثر من الذكور [251]ص7. أما قصر القامة، فهي تختلف في النسب بين الدول العربية(31).



31

المصدر رقم 63: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، المؤتمر العربي لصحة الأم والطفل، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

شكل رقم 31: نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة حسب الجنس والدولة [252]ص7.

النتائج توضح ما يلي: أنه في كل من مصر وسوريا وموريتانيا ينتشر قصر القامة عند الذكور أكبر عنه بين الإناث، بينما لا يوجد إختلاف بين الجنسين في كل من الجزائر والسودان. وفيما يخص مؤشر النحافة نلاحظ أن الذكور يعانون أكثر من النحافة في كل من: مصر وسوريا وموريتانيا والسودان ولا يوجد إختلاف في الجزائر [253]ص9. وبصفة عامة نلاحظ أن سوء التغذية تختلف من دولة إلى أخرى حسب العمر.

جدول رقم 45₁ : نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن حسب العمر والدولة [254]ص11.

المصدر رقم 64: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، المؤتمر العربي لصحة الأم والطفل، القاهرة (10-7) يونيو 1999.

سنة المسح	عمر الطفل بالأشهر						الدولة
	59-48	47-36	35-24	23-12	11-6	5-0	
92	17,1	19,9	16,3	25,7	14,9	7,4	الجزائر
91	29,6	30,5	34,2	35,0	26,2	9,1	مصر
93	27,9	28,8	28,5	28,4	24,2	17,6	سوريا
93/92	41,3	40,3	37,6	38,5	16,9	8,3	السودان
90	62,1	59,1	55,9	59,7	38,6	13,5	موريتانيا

بحيث يلاحظ أن نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن تبلغ أقصاها بالنسبة للأطفال في فئة العمر (11-6) شهرا في مصر، في فئة العمر (23-12) شهرا في كل من موريتانيا والسودان [255]ص9. أما نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة.

جدول رقم 45₂ : نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة حسب العمر والدولة [256]ص11.

المصدر رقم 65: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.

سنة المسح	عمر الطفل بالأشهر						الدولة
	59-48	47-36	35-24	23-12	11-6	5-0	
92	10,0	9,8	8,6	11,1	2,7	5,1	الجزائر
91	7,0	7,8	10,8	15,4	17,0	6,5	مصر
93	11,5	13,2	12,5	13,7	11,8	8,2	سوريا
93/92	37,7	37,2	40,2	44,6	23,8	6,5	السودان
90	61,1	54,2	54,6	49,8	30,6	10,4	موريتانيا

نلاحظ من النتائج:

أن نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة تبلغ أقصاها في الفئة (23-12) شهرا في كل من الجزائر ومصر، أي الفترة التي يتم فيها الفطام وإستبدال حليب الأم بأسلوب ومواد غذائية، و كما تتأثر بالوضع الإقتصادي وبالعوادات والتقاليد لكل مجتمع [257]ص10. ونسب الأطفال الذين يعانون من النحافة.

جدول رقم 45: نسب الأطفال الذين يعانون من النحافة حسب العمر والدولة [258] ص 9.

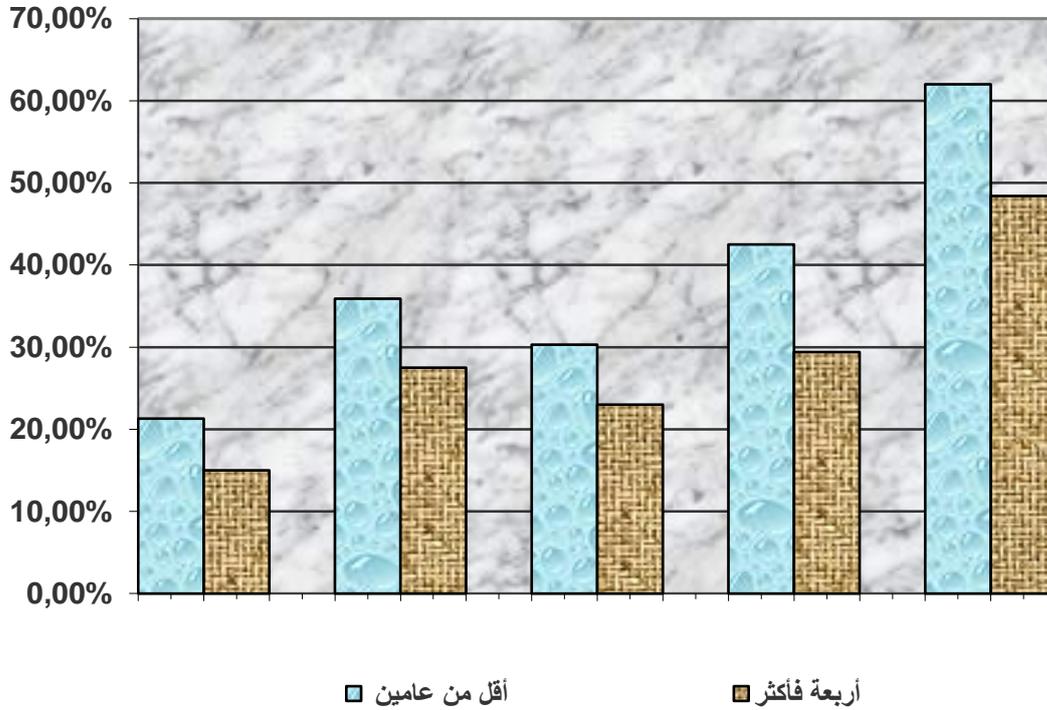
المصدر رقم 66: حافظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق.

سنة المسح	عمر الطفل بالأشهر						الدولة
	49-48	47-36	35-24	23-12	11-6	5-0	
1992	4,6	4,2	4,0	6,6	7,4	9,9	الجزائر
1991	2,7	2,1	1,6	4,2	6,9	9,1	مصر
1993	8,7	7,1	6,6	10,2	6,0	9,7	سوريا
1993/1992	11,0	11,0	13,0	19,4	15,6	5,9	السودان
1990	18,4	14,9	15,4	15,6	11,9	7,2	موريتانيا

النتائج تؤكد: أن نسب الأطفال المعرضين للنحافة أقل من 6 أشهر في مصر، والأطفال في فئة العمر (11-6) شهرا في الجزائر، وفي الفئة (23-12) شهرا في سوريا والسودان هي أكثر الفئات تعرضا للنحافة.

(ب). طول الفترة بين ولادة الطفل والمولود الذي سبقه

إن نسبة الإصابة بنقص الوزن وقصر القامة، تقل كلما طالت الفترة بين ولادة الطفل والطفل السابق، وذلك في كل الدول التي شملها المسح (32).



32

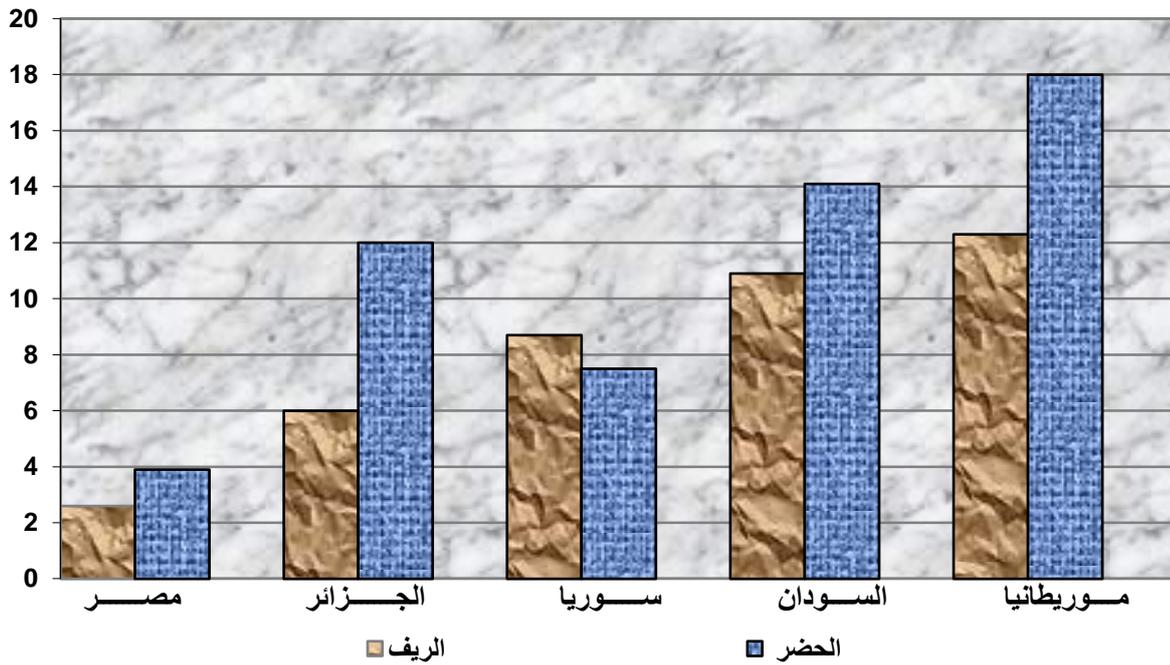
المصدر رقم 67: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

شكل رقم 32: نسب الأطفال المعرضين قصر القامة حسب طول الفترة بين الولادات [259] ص 10.

نلاحظ أن البيانات لم تعكس هذا النمط بالنسبة للمولود الأول. أما بالنسبة للإصابة بالنحافة، فإن بيانات الجدول لم تعكس النمط المتوقع إلا في مصر، حيث نلاحظ إنخفاض في نسب الإصابة بالنحافة كلما طالت الفترة.

ج). مكان الإقامة

توجد فوارق جوهريّة بين نسب الإصابة بسوء التغذية، بين المقيمين في المناطق الحضرية وأقرانهم المقيمين في المناطق الريفية(33).



33

المصدر رقم 66: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

شكل رقم 33 : نسب الأطفال الذين يعانون من النحافة حسب مكان الإقامة والدولة [260]ص11.

يلاحظ تباين هذه الفروق بين الدول موضع الدراسة. ويلاحظ إتساع الفوارق بين الريف والحضر في معظم الدول بالنسبة للإصابة بالنحافة.

د). المستوى التعليمي للأم

يؤثر تعليم المرأة على الوضع التغذوي للطفل من عدة جهات، حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما تحسن إنتاج الصحة داخل الأسرة ومن ثم تغذية الطفل وهذا ما أكدته نتائج المسوح ويتفق مع نتائج دراسة (SHULTS, 1984).

جدول رقم 46: نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب المستوى التعليمي للأم والدولة [261]ص12.

المصدر رقم 67 : حافظ شقير وآخرون، «الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية»، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

المستوى التعليمي للأم												الدولة
ثانوي فأكثر			أعدادي			ذهبت بدون شهادة			لم تذهب للمدرسة			
نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	
6,0	11,5	4,6	5,3	11,6	6,3	4,7	14,5	7,9	5,9	21,6	11,0	الجزائر
4,6	18,2	6,0	-	-	-	2,7	26,6	8,0	3,1	35,2	12,3	مصر
5,8	18,2	7,4	5,2	21,4	6,4	7,7	28,1	8,8	9,1	31,5	17,1	سوريا
6,0	11,5	17,7	15,7	20,0	25,2	10,6	33,7	33,1	14,4	40,2	41,4	السودان
4,6	18,2	32,2	10,7	28,6	35,7	14,5	52,7	47,2	15,3	52,4	48,1	موريتانيا

هناك تفاوت واضح بين الدول العربية التي شملها المسح في نسب الإصابة بسوء التغذية حسب المستوى التعليمي للأم، إضافة إلى ذلك نلاحظ أن نسب الإصابة بقصر القامة أو نقص الوزن تتأثر بالمستوى التعليمي للأم، حيث تقل هذه النسب بارتفاع المستوى التعليمي للأم. و تبلغ مستويات هذه الإصابة أديانها بين الأطفال عند الأمهات الحاصلات على الشهادة الثانوية على الأقل ومن ناحية أخرى فلم تعكس البيانات النمط المتوقع أو وجود نمط واضح للعلاقة بين الإصابة بالنحافة أو المستوى التعليمي للأم في غالبية الدول.

كذلك توجد فوارق كبيرة في حالة سوء التغذية إذا ما ثبتنا المستوى التعليمي للأم. تظهر لدينا فوارق هامة بين الدول العربية حتى لو كان مستوى الأم الثانوي أو أكثر، فإننا نلاحظ أن نسبة الأطفال المصابين بقصر القامة متساوية. والجزائر 11,5%، سوريا 18,2%، مصر 18,2% والسودان 13,6% موريتانيا 50,8%، وهذا يدل على أن تحسين الخصائص الفردية لا تكفي وحدها لتحسين حالة الأطفال، إذ أن الأفراد مهما كان مستواهم يتأثر وضعهم بالوضع العام الذي يعيش فيه البلد.

2.1.5.5. الحالة التغذوية وبعض الظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل

سوف يتناول هذا الجزء تحليل العلاقة بين إنتشار سوء التغذية وبعض خصائص المسكن.
(أ). نوع أرضية المسكن

تلعب أرضية المسكن دورا هاما في نقل الأمراض وخاصة بين الأطفال الصغار حيث يلعبون عليها بدون مفرش. فإذا كانت الأرضية غير قابلة أو غير سهلة التنظيف، فإنها تصبح مصدرا رئيسيا لنقل العدوى بالعديد من الأمراض إلى الأطفال.

جدول رقم 47: نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب نوعية أرضية المسكن والدولة [262]ص 13.

المصدر رقم 68: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

سنة المسح	أخرى			بلاط / أسمنت / خشب			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	7,7	27,3	15,9	5,2	16,9	8,4	الجزائر
91	4,0	37,8	13,7	3,2	24,8	8,2	مصر
93	11,0	39,9	24,0	7,9	25,8	11,2	سوريا
93/92	13,2	35,7	36,7	10,8	17,9	17,6	السودان
90	14,8	53,1	48,2	14,5	51,7	46,8	موريتانيا

نلاحظ أن الأطفال الذين يعيشون في أرضيتها بلاط أو إسمنت أو خشب، وهي الأنواع الصحية السهلة للتنظيف و أقل عرضة للإصابة بسوء التغذية من الأطفال الذين يعيشون في المساكن أرضيتها ترابية أو غير صحية، وهذا هو الملاحظ في غالبية الدول. كما يلاحظ تفاوت الفجوة بين نسب الإصابة بسوء التغذية حسب نوعية الأرضية والدولة، وتضييق الفوارق في موريتانيا.

ج). وجود المطبخ

يعد وجود المطبخ من العناصر الأساسية التي تدخل في تحضير الوجبة الغذائية بصورة جيدة وظروف حسنة، كما أن وجود المطبخ عادة ما يكون مقترنا بوجود أدوات وأجهزة حديثة أو شبه حديثة تسهل عمليات الطهي وتحسن ظروف إنتاج الغذاء وحفظ المؤن والمأكولات حتى لا تتلف.

جدول رقم 48: نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود المطبخ [263]ص 13.

المصدر رقم 69: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

السنة المسح	لا يوجد مطبخ / يوجد خارج			يوجد مطبخ بالداخل			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	6,2	21,0	10,8	4,8	14,6	7,5	الجزائر
91	3,8	36,8	13,4	3,2	24,5	8,0	مصر
93	11,3	29,3	16,9	7,3	26,2	10,9	سوريا
93/92	13,9	35,3	37,0	10,6	28,8	27,8	السودان
90	15,2	53,8	48,9	11,9	46,0	41,1	موريتانيا

إن نقص الوزن وقصر القامة والنحافة، في حالة وجود مطبخ داخل الوحدة السكنية أقل شدة منها في حالة وجود مطبخ خارج الوحدة السكنية وذلك في جميع الدول العربية التي شملها المسح.

(د). وجود شبكة المياه

تعد المياه من العوامل الرئيسية التي يمكن أن تحمل الجراثيم والأمراض المعدية إلى الأم الحامل والطفل، ويتسبب تلوث المياه في الإصابة بأغلبية أمراض الجهاز الهضمي للطفل ومن ثم يكون أكثر عرضة للإصابة بأمراض سوء التغذية.

جدول رقم 49: نسب الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود شبكة المياه [264] ص 13.

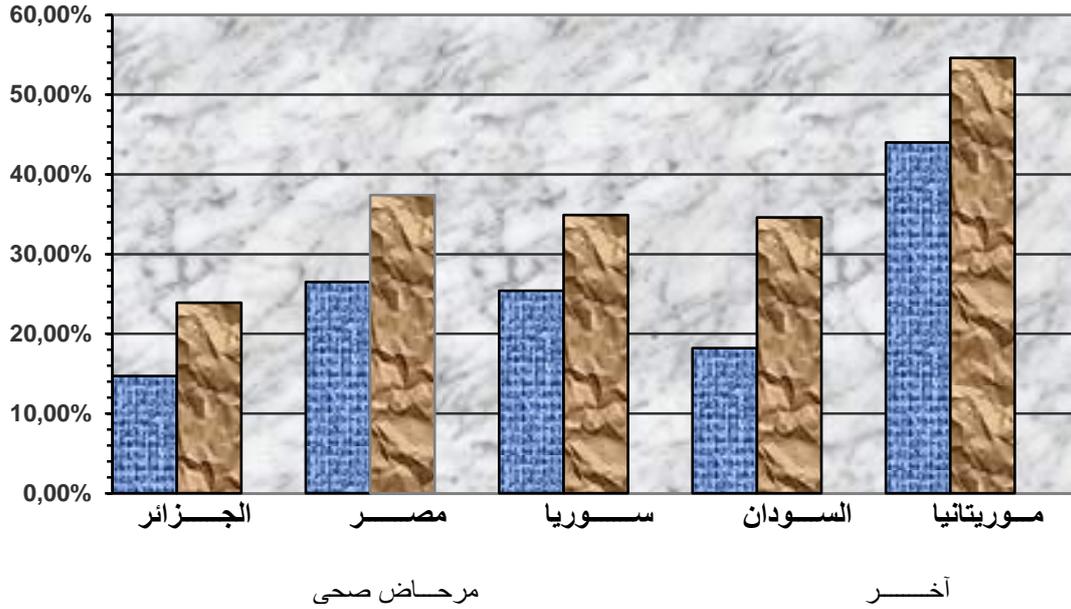
المصدر رقم 70: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

سنة المسح	أخرى			يوجد شبكة			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	6,7	25,0	12,3	5,1	15,6	8,2	الجزائر
91	3,1	37,0	13,6	3,6	27,9	9,4	مصر
93	7,9	32,4	14,9	8,2	24,8	11,2	سوريا
93/92	14,2	38,5	39,4	10,2	22,6	23,7	السودان
90	14,4	53,4	48,2	16,1	46,7	43,7	موريتانيا

تبين أن مستويات الإصابة بسوء التغذية متفاوتة حسب وجود شبكة للمياه. حيث نلاحظ أن نقص الوزن يقل بين الأطفال الذين يشربون من مياه شبكة عنه بين باقي الأطفال، وذلك في كل الدول. و يلاحظ نفس النمط بالنسبة للإصابة بقصر القامة حيث تقل النسب بين الأطفال الذين يشربون من مياه شبكة في غالبية الدول. ولم تبين النتائج النمط المتوقع بالنسبة للإصابة بالنحافة ومصدر مياه الشرب في غالبية الدول.

(و). شبكة الصرف الصحي

يعد المرحاض مصدرا داخل البيت من جهة، ومكان لإنتقال الأمراض والجراثيم من جهة أخرى. تبين النتائج، أن نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن يتناقص بين الأطفال الذين يستخدمون مرحاض صحي عنه بين الأسر التي ليس لديها مرحاض صحي. ويلاحظ نفس هذا النمط في حالة الإصابة بقصر القامة أو النحافة. وتفاوت مقدار الفجوة بين المجموعات حسب الدول بالنسبة لقصر القامة (34).



34

المصدر رقم 71: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10).

شكل رقم 34: نسب الأطفال حسب تواجد المرحاض الصحي [265] ص 14.

يلاحظ تفاوت بالنسبة لقصر القامة، حيث يصل الفارق في نسبة الإصابة بقصر القامة بين أطفال الأسر التي لديها مرحاض صحي وأطفال الأسر التي ليس لديها مرحاض صحي إلى حوالي 12 % في موريتانيا.

(ن). التخلص من القمامة

نسبة إنتشار سوء التغذية بين الأطفال في الأسر التي تتخلص من القمامة.

جدول رقم 50: نسب الأطفال حسب طريقة التخلص من القمامة والدولة [266] ص 15.

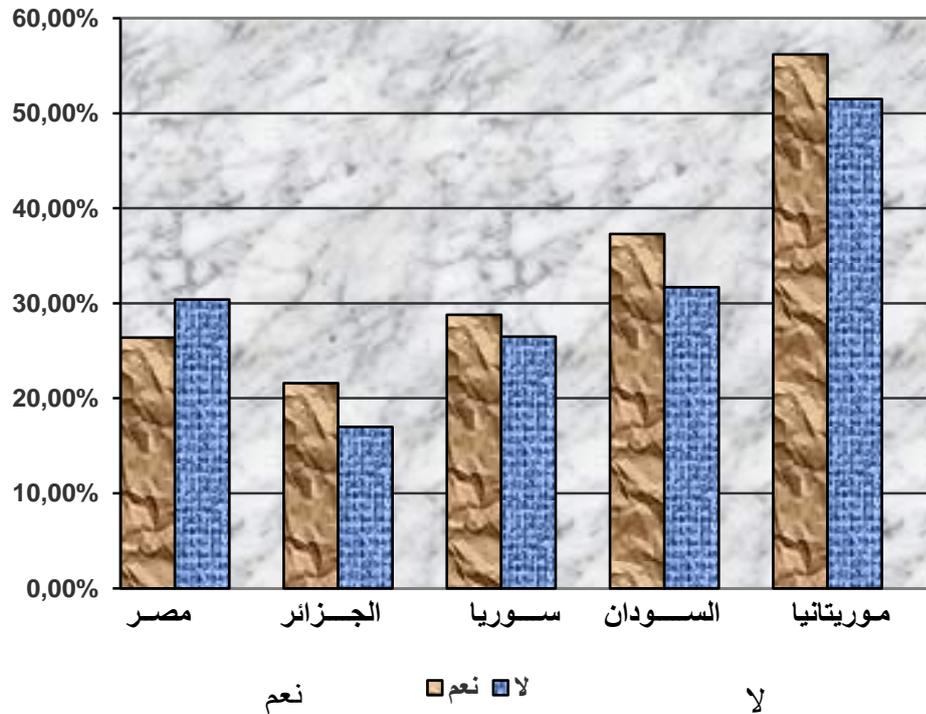
المصدر رقم 72: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

سنة المسح	أخرى			صندوق للقمامة / أكياس بلاستيك / ورق الجرائد			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	7,2	22,2	10,7	5,0	16,7	8,8	الجزائر
91	2,6	36,6	12,0	3,8	27,6	9,8	مصر
93	10,0	33,8	18,7	7,8	25,5	10,9	سوريا
93/92	15,1	39,7	42,7	11,4	29,0	28,6	السودان
90	15,1	54,8	49,7	13,8	48,4	43,9	موريتانيا

يلاحظ أن نسبة إنتشار سوء التغذية بين الأطفال في الأسر التي تتخلص، من القمامة إما بوضعها في صندوق خاص أو أكياس بلاستيك أولفها في ورق الجرائد، أقل من مثيلتها بين أطفال الأسر، التي لا تستخدم هذه الوسائل، وسيسود هذا النمط في كل الدول محل الدراسة. كما يؤثر عدد مرات التخلص من القمامة بصورة منتظمة ومقاربة على المستوى ودرجة التعرض للأمراض بصفة عامة ولسوء التغذية بصفة خاصة.

2.1.5.5. الإصابة بالإسهال

إن هذا النمط نجده في كل الدول العربية التي شملتها الدراسة، و يجدر الإشارة إلى الفوارق بين نسب الإصابة بسوء التغذية بين الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال(35).



35

المصدر رقم 73: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10).

شكل رقم 35: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الإصابة بالإسهال [267] ص 15.

يلاحظ أن نسب الأطفال المصابين بقصر القامة وكانوا يعانون من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين على المسح أعلى من مثيلاتها بين الأطفال الذين يتعرضون للإصابة بالإسهال خلال نفس

الفترة. ويمكن الإشارة إلى الفوارق بين نسب الإصابة بقصر القامة بين الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال والذين لم يصابوا خلال الأسبوعين السابقين على المسح تتباين حسب الدولة.

3.1.5.5. العلاقة بين وفيات الأطفال والإصابة بسوء التغذية

تم حساب معدلات وفيات الرضع و الأطفال في أربع دول فقط و تتميز فيها البيانات بالدقة في الجزائر وليبيا ومصر وتونس. وقد أوضحت أن هناك أثر واضح لإصابة الطفل بسوء التغذية على مستوى الوفيات في البلدان المختارة. إلا أن درجة هذا الأثر تتباين بين دولة لأخرى.

جدول رقم 51: معدلات وفيات الأطفال والرضع في أربع دول عربية [268] ص 15.

المصدر رقم 74: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

سنة المسح	معدل وفيات الأطفال بين 0-4 سنوات		معدل وفيات الأطفال بين 1-4 سنوات		معدل وفيات الأطفال الرضع		الدولة
	وجود حالة من حالات سوء التغذية		وجود حالة من حالات سوء التغذية		وجود حالة من حالات سوء التغذية		
	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	
92	35,8	44,6	4,5	6,7	31,5	38,1	الجزائر
95	22,5	25,9	5,3	5,6	17,3	20,4	ليبيا
95/94	30,3	39,7	6,4	9,8	24,1	30,2	تونس
91	65,3	81,0	16,5	23,6	49,6	58,8	مصر

تبين النتائج أن معدل وفيات الرضع في الأسر التي بها طفل دون الخامسة يعاني من سوء التغذية في ليبيا حوالي 20 بالألف، مقابل حوالي 17 بالألف للأسر التي ليس بها حالة سوء التغذية، ويلاحظ إتساع هذا الفارق في الدول الثلاثة الأخرى، ويصل أقصاها في مصر وتعكس البيانات نفس النمط بالنسبة لوفيات الأطفال بين العمر (1-4) سنوات والأطفال دون الخامسة. غير أن الفوارق بالنسبة للأطفال دون الخامسة كانت أكثر وضوحا.

تجدر الإشارة سنة 1995 إلى أن فوارق وفيات الأطفال (وفيات الرضع والوفيات بين 1-4 سنوات) حسب حالات سوء التغذية قليلة في الجماهيرية الليبية. ولعل ارتفاع مستوى المعيشة ودرجة تلبية الحاجات الأساسية للمواطنين بما في ذلك توفر الخدمات الصحية، يجعل معالجة حالات الإصابة بسوء التغذية أكثر جدوى.

الفصل 6

أهم المسوح الخاصة بسوء التغذية لدى الأطفال الأقل من عامين في الجزائر

لتقرب أكثر إلى الحالة التغذوية للأطفال الأقل من عامين في الجزائر، سوف نعتمد في دراستنا على مقياس واحد من المقاييس الأنثروبومترية وهو نقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ)، بإعتباره المؤشر الأكثر وضوحا لسوء التغذية الحاد والمزمن. فهو مركب يعكس كلا من نقص التغذية السابق والحديث. ويستخدم هذا المقياس عادة في عيادات الأطفال لتتبع النمو، كما يتأثر بالتغيرات الموسمية. هذه الدراسة تعمل على إعطاء تحليل وصفي، للحالة التغذوية عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات، بوجود العوامل الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية والبيئية.

1.6. المسح الوطني لصحة الأم و الطفل خلال فترة 1995 و2000

1.1.6. التعريف بالمسحان

1.1.1.6. المسح الوطني لصحة الأم و الطفل خلال سنة 1995

تم تطبيقها في أكتوبر 1995 بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان والمنظمة العالمية ل'UNICEF، وهذا من أجل تحقيق صحة أفضل للأم والطفل. و تمت معالجة مختلف الجوانب: تنقية المياه، نقص اليود، التربية عند الأم والطفل، وسائل منع الحمل، الرضاعة الطبيعية وغيرها. بحيث تم أخذ مجموعة من الأسر، وهذا في 6/11/1995 و 10/10/1995، 18 قطاعا صحيا تم توزيعها على خمس مناطق للبلاد وهي: قسنطينة، الجزائر العاصمة، وهران، بشار، ورقلة. تم إستخراج 150 أسرة من 525 أسرة و35 عائلة في كل عنقود [269] ص5.

2.1.1.6. المسح الوطني لصحة الأم و الطفل خلال سنة 2000

تم تطبيقها من طرف وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة UNICEF و OMS. تم أخذ عينة مكونة من 5238 أسرة و4427 طفل أقل من عامين حيث: نسبة الذكور تمثل 51,5%، و الإناث 48,5% من السكان. التوزيع حسب العمر تبين 19,9% الأطفال الأقل

من 12 شهرا و 18,8% بين (12-23) شهرا، و 61,2% بين (24-59) شهرا، حيث 64 طفل بمعدل 1,4% لم يؤخذوا بعين الاعتبار [270]ص7. الحالة التغذوية عند الأطفال الأقل من عامين في الجزائر، تتأثر بعدة عوامل ديمغرافية و إقتصادية وإجتماعية وبيئية. وهذا ما أكدت عليه الدراستين MDG 1995 و EDG 2000، من خلال نتائجها و بالإعتماد على المؤشرات الثلاثة للمقاييس الأنتروبومترية.

2.1.6. مقارنة سوء تغذية الطفل لكلا المسحان

1.2.1.6. الطول بالنسبة للعمر أو قصر القامة HAZ

يتضح من خلال الدراستين، أن مستوى قصر القامة يزداد مع عمر الطفل، حتى يصل إلى قمته في السنة الثانية من (12-23) شهرا، وبعد ذلك ينخفض تدريجيا مع تقدم عمر الطفل لكل من EDG، بينما في MDG ترتفع النسبة في السنة الأولى (6-11) شهرا. كما يتضح أن متوسط قصر القامة يرتفع بعد الشهر الثالث من العمر، ثم يرتفع مرة أخرى بعد السنة الأولى. أما قصر القامة الحاد يرتفع بعد السنة الأولى من العمر فقط.

جدول رقم 52: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب MDG و EDG [271]ص61 و [272]ص23.

المصدر رقم 75: Enquête nationale sur les objectifs de fin-décennie : EDG 2000 Algérie, opcit.
Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : MDG1995 Algérie , opcit .

قصر القامة				المتغيرات
EDG 2000		MDG 1995		
متوسط	حاد	متوسط	حاد	
العمر				
9,5	1,5	16	4	أقل من 6 أشهر
12,7	2,5	24	8	11-6
21,7	5,6	22	8	23-12
19,4	6,3	16	8	35-24
20,0	6,0	16	5	47-36
18,2	5,4	15	6	59-48
الجنس				
18,3	4,8	11	7	الذكور
17,7	5,4	12	6	الإناث
مكان الإقامة				
17,4	5,7	11	7	الحضر
18,9	4,2	12	6	الريف
نوع نوعية المسكن				
15,8	4,7	*	*	فيلات، شقق
21,9	6,7	*	*	آخر

من خلال النتائج نلاحظ، حسب دراسة 1995 (MDG)، تبين أن 18% من الأطفال لهم قصر القامة المتوسط و 7% الحاد. كما نلاحظ إنخفاضاً في قصر قامة المتوسط والحاد حسب دراسة (2000) EDG، إذ تمثل على التوالي (11% - 5,1%). مع العلم أن الفترة (12-23) شهراً، تمثل الفترة التي يتم فيها الفطام وإستبدال حليب الأم ببدائل ومواد غذائية أخرى. كما تتأثر بالوضع الإقتصادي وبعادات وتقاليد المجتمع الجزائري، ويلاحظ عدم وجود فرق بين الجنسين من حيث قصر القامة. الوضعية التغذوية للطفل الحضري أفضل من الريف، لأنه في الحضر يتم توفير الخدمات الصحية والإجتماعية من الناحية الكمية والكيفية. وإرتفاع وعي الأمهات بقواعد التغذية السليمة والكاملة، بالإضافة إلى الظروف الإقتصادية والبيئية، وهذا ما لا نجده في الريف.

لا يوجد إختلاف في التغذية حسب مكان الإقامة، كما يلاحظ عدم وجود فرق بين قصر القامة في الشمال والشرق والغرب، بينما هناك إختلاف في الجنوب بشكل كبير في كل من MDG 15% بالنسبة للمتوسط و 10% حاد، أما EDG فنجد 31,7% من المتوسط و 12,8% من الحاد. وهذا بسبب إنعدام وسائل الإتصال في الجنوب بالإضافة إلى صعوبات المعيشة القاسية للسكان، وهذا ما يؤثر سلباً على صحة الطفل.

كما تؤثر المتغيرات البيئية والظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل على حالته الصحية و التغذوية، فالكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب غير النقية و الحيوانات. كما أن عدم توفر الصرف الصحي وعدم نظافة المسكن، يساعد على إنتشار الميكروبات و الطفيليات التي تؤثر على الحالة الصحية للأطفال.

بالإضافة إلى مدى إزدحام المساكن المتعلقة بمستوى معيشة أفراد الأسرة. وهذا ما أكد عليه Mosely في نموذج التصوري. دراسة MDG لم تأخذ بعين الإعتبار متغير نوعية المسكن لدراسة الحالة التغذوية. بينما في EDG تمت دراسة نوعيته، حيث نجد نسبة كبيرة من قصر القامة المتوسط والحاد يقيمون في مساكن من نوع (حوش ومنازل تقليدية و قوربي).

2.2.1.6. نقص الوزن بالنسبة للعمر WAZ

نقص الوزن بالنسبة للعمر تختلف حسب نتائج الدراستين المبينة.

جدول رقم 53: الأطفال حسب نقص الوزن MDG وEDG [273] ص 62 و [274] ص 25.

المصدر رقم 76: Enquête nationale sur les objectifs de fin-décennie : EDG 2000 Algérie, op.cit.
Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : MDG 1995 Algérie , op.cit.

نقص الوزن				المتغيرات
EDG 2000		MDG 1995		
الحد	المتوسط	الحد	المتوسط	
العمر				
0,1	1,6	1	10	أقل من 6 أشهر
1,4	7,0	7	12	11-6
1,8	5,5	4	11	23-12
1,0	5,9	3	14	35-24
1,5	6,4	2	12	47-36
1,4	8,0	3	11	59-48
الجنس				
1,3	5,6	10	3	الذكور
1,3	6,5	8	4	الإناث
مكان الإقامة				
1,0	4,8	8	4	الحضر
1,7	7,8	10	3	الريف
نوعية المسكن				
1,0	4,6	*	*	فيلات، شقق
1,8	8,5	*	*	آخر
المنطقة				
1,1	4,6	10	1	الشرق
0,9	3,8	9	4	الشمال
0,7	4,7	7	4	الغرب
3,2	15,2	15	5	الجنوب
1,3	6,0	3	10	المجموع

يتضح من خلال MDG أن طفلا من بين كل 10 أطفال يعانون من نقص الوزن المتوسط بالنسبة للعمر ونجد 3% من نقص ذوي الوزن الحاد. بينما في EDG، متوسط نقص الوزن 6,0% أما الحد 1,3%. بالنسبة لعمر الطفل حسب MDG، فإن نقص الوزن الحاد والمتوسط يبلغ أعلى مستوياته خلال (11-6) شهرا. لكن في EDG، فنقص الوزن المتوسط يرتفع بين (48-59) شهرا، بينما الحد خلال (23-12) شهرا.

كما يرتفع مستوى نقص الوزن في الريف وفي المناطق الجنوبية مع عدم وجود فرق بين الجنسين في كل من الدراستين، أما الأطفال المقيمين في المساكن من نوع (أكواخ، بيوت قصديرية، حوش، قربي) هم أكثر تعرضا للإصابة.

3.2.1.6. الوزن بالنسبة للطول WHZ

وصل متوسط النحافة في سنة 2000 إلى 2,8%، بعدما كان 6% في 1995. أما حدة النحافة 0,6 % في سنة 2000، بعدما كانت 1,4% في 1995. ويرجع هذا الإنخفاض في مستوى النحافة إلى التحسن في الحالة الغذائية.

جدول رقم 54: الأطفال حسب النحافة MDG و EDG [275] ص 62 و [276] ص 25.

المصدر رقم 77: Enquête nationale sur les objectifs de fin-décennie : EDG 2000 Algérie, opcit. Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : MDG 1995 Algérie , op.cit.

الوزن بالنسبة للطول				المتغيرات
EDG 2000		MDG 1995		
الحد	المتوسط	الحد	المتوسط	
العمر				
0,1	2,8	6	12	أقل من 6 أشهر
0,8	4,8	4	22	11-6
0,6	3,3	3	10	23-12
0,5	1,8	2	9	35-24
0,6	2,4	2	7	47-36
0,6	2,6	2	6	59-48
الجنس				
0,6	3,1	*	*	الذكور
0,5	2,4	*	*	الإناث
مكان الإقامة				
0,3	2,4	*	*	الحضر
0,9	3,2	*	*	الريف
نوعية المسكن				
0,6	3,2	*	*	فيلات، شقق
0,5	2,0	*	*	آخر
المنطقة				
0,7	2,9	*	*	الشرق
0,2	2,6	*	*	الشمال
0,4	1,3	*	*	الغرب
1,2	4,7	*	*	الجنوب
0,6	2,8	1,4	6	المجموع

يلاحظ أن نسبة الأطفال المعرضين للنحافة حسب العمر بالأشهر من خلال الدراستين، فإن متوسط النحافة بين (6-11) شهرا، والحد أقل من 6 أشهر حسب MDG، بالمقارنة مع EDG فهو بين (6-30) شهرا من المتوسط أما الحد بين (36-59) شهرا، ويستقر مستوى النحافة بعد العام الثاني. لا يوجد إختلاف بين الجنسين بينما يظهر تأثير مكان الإقامة على النحافة بشكل واضح

في كل من MDG و EDG. ويرتفع مستوى النحافة في الجنوب بنسبة أكبر بالمقارنة مع المناطق الأخرى.

3.1.6. نموذج سوء تغذية الطفل حسب المسح الوطني لصحة الأم و الطفل خلال الفترة 2000 و2001

1.3.1.6. التحليل الوصفي لتطور سوء تغذية الأطفال

سنحاول في دراستنا، إعطاء تحليل وصفي للحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، بوجود العوامل الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية والبيئية التالية:

1.1.3.1.6. خصائص المحيط والمسكن

محل الإقامة،الوسط السكاني،نوعية المسكن، متوسط عدد الأفراد بكل حجرة، شبكة المياه الصالحة للشرب، تواجد شبكة الصرف الصحي.

2.1.3.1.6. خصائص الأم

إتجاه تنظيم الأسرة،إستعمالها الرعاية الصحية،التلقيح أثناء الحمل،خصائصها الشخصية، معرفتها لأمراض الجهاز التنفسي (IRA).

3.1.3.1.6. خصائص الطفل

الجنس والعمر.

1.1.3.1.6. خصائص المحيط

أ.مكان الإقامة

نلاحظ أن الوضع التغذوي للطفل الحضري أفضل من نظيره في الريف، والتي يمكن تفسيرها بتوفر الخدمات الصحية والإجتماعية، من الناحية الكمية والكيفية في الحضر منه في الريف. كذلك وعي الأمهات بقواعد التغذية السليمة والكاملة، بالإضافة إلى تحسين الظروف الإقتصادية والبيئية في الحضر.

جدول رقم 55: الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب مكان الإقامة 2001 [277] ص 20.

المصدر رقم 78: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				مكان الإقامة
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب %	التكرار	النسب %	التكرار	النسب %	التكرار	
100.0	2483	95,2	2364	4,8	119	الحضر
100.0	1755	92,2	1618	7,8	137	الريف
100.0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
Khi2 المحسوبة 16,5 ، Khi2 الجدولة 3,84 ، عند 95% ، $dl=(2-1)(2-1)=1$.						

تؤكد النتائج حسب إختبار Khi2 ، إذ يقول بأن هناك إرتباط بين مكان الإقامة وسوء التغذية، بحيث Khi2 المحسوبة 16,5 فهي أكبر من Khi2 الجدولة بالقيمة 3,84 ، عند 95% بدرجة حرية 1.

(ب).الوسط السكاني

الوسط السكاني له تأثير على الوضع التغذوي للطفل، خاصة ذو الأماكن المتفرقة، أين تقل فيها كل الخدمات الضرورية، من رعاية صحية للأم والطفل. و نظرا لتركزهم في المناطق الريفية، وبالتالي يصعب الإلتحاق بالمناطق الحضرية بسبب بعد المسافة، وهذا عكس ما نجده في الأماكن المتجمعة.

جدول رقم 56: الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب الوسط السكاني 2001 [278] ص 22.

المصدر رقم 79: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				الوسط السكاني
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب %	التكرار	النسب %	التكرار	النسب %	التكرار	
100.0	3397	94,5	3211	5,5	186	الأماكن المتجمعة
100.0	840	91,5	771	8,2	69	الأماكن المتفرقة
100.0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
Khi2 المحسوبة 14,5 ، Khi2 الجدولة 3,84 ، عند 95% ، $dl=1$.						

نلاحظ من النتائج أن الأطفال المقيمين في الأماكن المتجمعة، هم أقل تعرضا لسوء التغذية، بمعدل 5,5%. أما للمقيمين في الأماكن المتفرقة، فسوء التغذية ترتفع بمعدل 8,2%. واختبار χ^2 ، يبين الترابط بين الوسط السكاني وسوء التغذية.

(ج). نوعية المسكن

نوعية المسكن له تأثير كبير على الحالة التغذوية للطفل، بحيث: البناءات الحديثة، كالفيلات والشقق، معظمها تتواجد في المناطق الحضرية، ذات الأماكن المتجمعة، أين يتم فيها تحقيق المسكن المؤمن والصحي. و نجد عكس ذلك، في البناءات القديمة، كالمنازل التقليدية والأكواخ و الحوش والقصدير ومنازل أخرى، فهي تتواجد في المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة، أين تنعدم فيها كل الشروط الضرورية لنظافة المسكن، مما يساعد على إنتشار الميكروبات والطفيليات بسهولة، التي تتسبب في إنتقال الأمراض المعدية.

جدول رقم 57: الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب نوعية المسكن [279]2001 ص 23.

المصدر رقم 80: Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				نوعية المسكن	
	تغذية جيدة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100,0	2697	95,4	2573	4,6	124	فيلات وشقق
100,0	1541	91,4	1409	8,6	132	منزل تقليدي، أكواخ، آخر
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار χ^2 : χ^2 المحسوبة 27.25, χ^2 الجدولة 3.84, $df=1$, 95%.						

نلاحظ من النتائج، أن معظم هذه البناءات، ناتجة عن النزوح الريفي، أي من الريف إلى المدينة، قصد البحث عن العمل، لتحقيق دخل يكفي متطلبات الأسرة، لكن في الأخير تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للأطفال. فالأطفال المقيمين في البناءات الحديثة، أقل تعرضا لسوء التغذية، بمعدل 4,6% وسوء التغذية ترتفع في البناءات القديمة بمعدل 8,6%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الترابط بين نوعية المسكن وسوء التغذية.

(د). متوسط عدد الأفراد بكل حجرة

يعتبر متوسط عدد الأفراد بكل حجرة، من العوامل الهامة المؤثرة على الحالة التغذوية للأطفال، فإزدحام المسكن، يساعد على إنتقال الأمراض المعدية، في الأسر ذات الحجم الكبير،

أين يكثر فيها الأطفال. ونجدهم مقيمين في المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة، أين تنعدم فيها الشروط الصحية. والدخل الفردي للأسرة ينخفض بسبب تراجع فرص العمل وبالتالي عدم إمكانية تحقيق الأفراد للرعاية الصحية. عادة كلما زاد معدل تشغيل الغرف TOP، كلما كان متوسط عدد الأفراد في كل حجرة عال.

جدول رقم 58: الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب متوسط عدد الأفراد بكل حجرة 2001
[280]ص 23.

المصدر رقم 81: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				متوسط عدد الأفراد بكل حجرة	
	تغذية جيدة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100,0	770	96,1	740	9,3	30	2-0
100,0	2057	94,8	1949	5,2	108	4-2
100,0	1411	91,7	1293	8,3	118	4&+
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار χ^2 : χ^2 المحسوبة 20,70، χ^2 الجدولة، $df=2$ عند 95%.						

تبين النتائج، إرتفاع في نسب سوء التغذية للذين لديهم أكثر من أربعة أشخاص في غرفة بمعدل 8,3%. بينما سوء التغذية تنخفض عند الذين لديهم أقل من أربعة بمعدل 3,9%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين متوسط عدد الأفراد بكل حجرة وسوء التغذية.

ه) مصدر مياه الشرب

تؤثر المتغيرات البيئية والظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل على حالته الصحية والغذائية، فإن الكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب غير النقية، وكل هذا راجع إلى صعوبة الحياة في المناطق التي تفتقر إلى المياه النظيفة، وعبء الوقت اللازم لإحضار المياه. هذا الأمر يؤثر بشكل مباشر و غير مناسب على صحة الأم والمهام التي تقدمها لرعاية طفلها، ووصول المياه إلى المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة، هو من أكبر التحديات للدولة. كما أن تزويد الأسر بقنوات المياه الصالحة للشرب، تعتبر من مؤشرات التنمية البشرية، وهذا بوجود إلتزام جماعي عام، يتيح للسكان الفرصة لتحسين ظروف معيشتهم.

جدول رقم 59: الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب المياه الصالحة للشرب [281]2001 ص 24.

المصدر رقم 82: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				مصدر مياه الصالحة للشرب
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	3189	94,4	3010	5,6	179	شبكة المياه (AEP)
100,0	1048	92,7	972	7,3	77	خارج المنزل (محمية، غير محمية)
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
.dl=1, 3,84 Khi2 المجدولة 95%.						Khi2 اختبار

نلاحظ أن سوء التغذية تنخفض بين الأطفال المقيمين في المنازل التي تملك شبكة المياه الصالحة للشرب (AEP)، بمعدل 5,6%، بينما سوء التغذية ترتفع عند الأسر التي تأتي بالمياه خارج المنزل بمعدل 7,3%، وإختبار Khi2، يؤكد بأن هناك إرتباط بين مصادر المياه الصالحة للشرب.

و) تواجد شبكة الصرف الصحي

عدم توفر الصرف الصحي وعدم نظافة المسكن، يساعد على إنتشار الميكروبات والطفيليات، التي تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للأطفال.

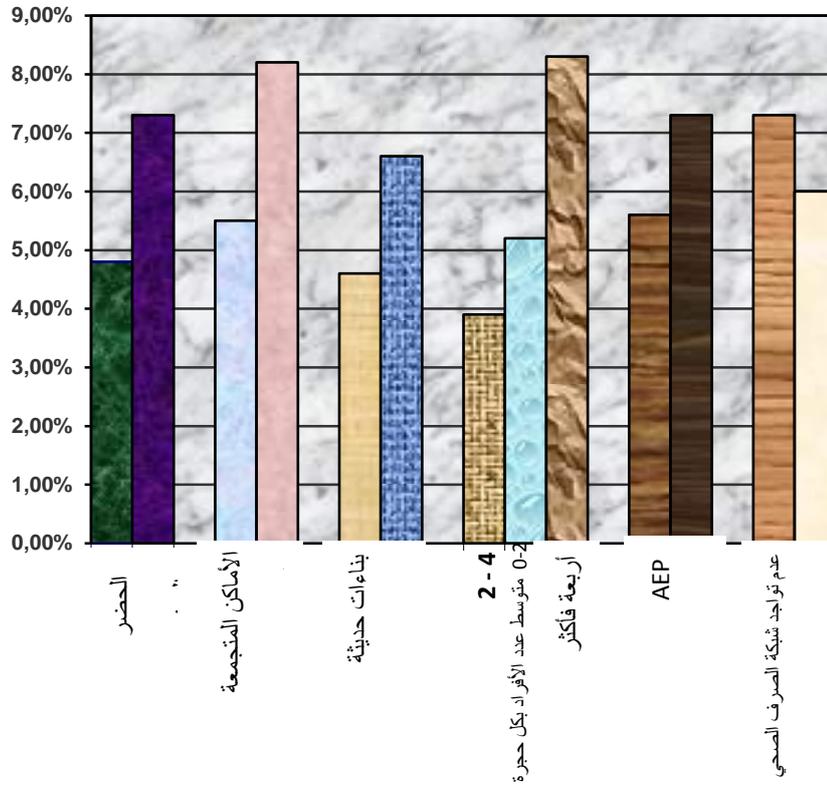
جدول رقم 60: سوء تغذية الأطفال حسب تواجد شبكة الصرف الصحي [282]2001 ص 25.

المصدر رقم 83: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				شبكة الصرف الصحي
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	235	92,7	218	7,3	17	عدم تواجد
100,0	4003	94,0	3764	6,0	239	تواجد (داخل أو خارج المنزل)
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
.dl=1, 0,5821 Khi2 المحسوبة 95% عند.						Khi2: khi2 اختبار

توضح النتائج، أن سوء تغذية الأطفال، تنخفض من حيث تواجد شبكة الصرف الصحي، سواء داخل أو خؤارج المنزل بمعدل 6,0%. أما في حالة عدم تواجد الشبكة، فهي لا تظهر بوضوح،

معدل سوء التغذية 7,3%. إلا أن إختبار Khi2، لا يؤكد الإرتباط بين تواجد شبكة الصرف الصحي وسوء التغذية(36).



36

المصدر رقم 84: Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie :Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF,INSP,OMS, 2001.

شكل رقم 36: سوء التغذية للأطفال حسب خصائص الأسرة والمسكن [283]2001 ص 25.

2.1.3.1.6. خصائص الأم

أ. خصائصها الشخصية

1. العمر

عمر الأم له تأثير على سوء التغذية، بحيث كلما كان عمر الأم أقل من 34 سنة، يكون عدد الأطفال أقل، وبالتالي تنفادي حالات سوء التغذية بسبب التنافس على الغذاء. وهذا نظرا لإستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وبالتالي المباشرة بين الولادات، بالإضافة إلى ذلك يتبعن كل الشروط الضرورية لصحة أطفالهن، لتنفادي الأمراض المعدية، مع توفير الشروط الإقتصادية والإجتماعية. ونجد عكس ذلك عند اللواتي أعمارهن أكبر من 35 سنة، إذ يكون هناك إهمال في الشروط

الضرورية للطفل، مع وجود ميل إلى الخبرة الشخصية والأخطار البيولوجية الطبيعية المتعلقة بالبيت، كنقص الحليب و غيرها، خصوصا إذا كان عدد الأسرة كبير أين يكثر الإزدحام وهذا ما يؤدي إلى إنتقال الأمراض المعدية بسهولة.

جدول رقم 61: سوء تغذية الأطفال حسب عمر الأم [2001]284]ص26.

المصدر رقم 85: Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie :Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				عمر الأم المرتب
	تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار
100,0	21	94,7	20	5,3	1
100,0	390	94,3	368	5,7	22
100,0	1129	94,9	1071	5,1	58
100,0	1214	95,2	1156	4,8	58
100,0	885	91,7	812	8,3	73
100,0	454	92,7	421	7,3	33
100,0	144	93,1	134	6,9	10
100,0	4237	94,0	3982	6,0	255
اختبار Khi2 المحسوبة 14,246 ، Khi2 الجدولة 12,6 ، dl=6 ، عند 95%.					

نلاحظ إهمالهن للمتابعة الصحية، نظرا لتركزهن في المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة، فسوء التغذية تنخفض بين الأعمار 15 إلى 34 سنة، بمعدل 5 % . أما اللواتي أعمارهن من 35 إلى 49 سنة فهن معدل 8 % . وإختبار Khi2، يؤكد الإرتباط بين عمر الأم وسوء التغذية.

(2). الخصوبة

الحالة الغذائية تتأثر بعدد الأطفال للأم أي على الفرق الزمني بين الولادات، فالمباعدة لفترات أطول بين المواليد تؤدي إلى تحسن تغذية الطفل وهذا، لإستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ومتابعتها للرعاية الصحية، بالإضافة إلى ذلك إستفادتها من خدمات الرعاية الإقتصادية والإجتماعية الضرورية، والتي نجدها في المناطق الحضرية ذات الأماكن المتجمعة. أما التقارب الشديد في فترات الحمل يجهد صحة الأم والطفل معا، ويتسبب في إنخفاض وزن المولود، خاصة للنساء اللواتي بدأن الإنجاب في سن مبكر. مما يؤدي إلى تضاؤل القدرة على رعاية الأطفال، وبالتالي تلقي بأعبائها الثقيلة على الأسرة.

جدول رقم 62: سوء التغذية الأطفال حسب الخصوبة خلال سنة 2001 [285] ص 26.

المصدر رقم 86: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				الخصوبة
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
		النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	652	96,8	630	3,2	21	الطفل الأول
100,0	2131	94,7	2017	5,3	114	4-2
100,0	953	92,8	885	7,2	68	7-5
100,0	502	89,5	450	10,5	53	8 فأكثر
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار Khi2: khi2 المحسوبة 30,73، Khi2 الجدولة 7,81، dl=3، عند 95%.						

توضح النتائج، أن سوء التغذية تنخفض بين النساء اللواتي لديهن طفل واحد بمعدل 3,2%، وبين 2 إلى 4 أطفال بمعدل 5,3%. بينما ترتفع سوء التغذية عند النساء اللواتي لديهن من 5 إلى 7 أطفال بمعدل 7,2% و من 8 فأكثر بمعدل 10,5%. وإختبار Khi2، يؤكد الإرتباط بين الخصوبة وسوء التغذية.

(3) تنظيم الأسرة

السلوكات الديمغرافية للأُم لها تأثير على الوضع الغذائي للطفل. فالأم الحضرية هي الأكثر استخداما لوسائل تنظيم الأسرة، مما يزيد التباعد بين الولادات، وتجنبها فترات الأمومة غير الآمنة. خلافا على الأم الريفية، التي سوف يكون لها تأثير مباشر على صحة الطفل وإصابته بالأمراض المعدية.

جدول رقم 63: سوء تغذية الأطفال حسب استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة [286] ص 27.

المصدر رقم 87: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				إستخدام وسائل تنظيم الأسرة
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
		النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	1008	91,4	921	8,6	87	لا
100,0	3230	94,8	3061	5,2	169	نعم
100,0	0	100,0	0	-	-	ترفض الإجابة
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار Khi2: khi2 المحسوبة 15,5، Khi2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2، dl=2، 95%.						

نلاحظ أن نسبة النساء اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، أطفالهن أقل تعرضا لسوء التغذية 5,2%. أما اللاتي لا يستخدمن، فأطفالهن أكثر تعرضا لسوء التغذية بمعدل 8,6%. و إختبار Khi2، يؤكد الارتباط بين تنظيم الأسرة وسوء التغذية.

ب). خصائصها الصحية

يتأثر مستوى صحة الأم بمدى توفر وإستخدام خدمات الرعاية الصحية. من هنا إتضح أن السبب الرئيسي، هو عدم تحسيس الحامل لإجراء الكشف، وذلك لعدم تعرضهن لتعقيدات الصحية. وهذا يعني أن الإقبال على القيام بالرعاية الطبية أثناء الحمل، يتم غالبا لمعالجة المشاكل الصحية التي تحدث أثناء الحمل، وليس بغرض المتابعة الروتينية، يلي ذلك السبب أسباب أخرى، هي أن الحامل تفكر في إجراء الكشف في وقت لاحق، وكذلك عدم وجود مراكز الرعاية الصحية في المنطقة التي تقطن فيها.

1). متابعتها الصحية عند آخر حمل لها

وقد نلاحظ إرتفاع نسبة متابعة آخر حمل لها، بين الحوامل الأصغر سنا، وبين المقيمات في المناطق الحضرية.

جدول رقم 64: سوء تغذية الأطفال حسب متابعة الأم عند آخر حمل لها 2001 [287] ص 27.

المصدر رقم 88: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				متابعتها عند آخر حمل لها	
	تغذية جيدة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100,0	902	92,9	838	7,1	64	لا
100,0	3320	94,2	3129	5,8	191	نعم
100,0	7	100,0	7	-	-	لا تعرف
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار Khi2: khi2 المحسوبة 2,7، Khi2 المجدولة 5,99، dl=2، 95%.						

نلاحظ أنه، لا توجد هناك فوارق بين النساء الحوامل اللاتي تلقين بمعدل 5,8% واللواتي لم يتلقين الرعاية أثناء آخر حمل لهن بمعدل 7,1%. وإختبار Khi2، يؤكد عدم وجود إرتباط بين متابعة المرأة عند آخر حمل لها وسوء التغذية.

(2). المكان الصحي المتخصص في ولادة طفلها الأخير

عمليات الولادة تتم بمساعدة الكادر الطبي من قابلات قانونيات وأطباء، مع توفير كل الشروط اللازمة لإجراء العملية، فمعظمها تجرى في المراكز الصحية التابعة للدولة. وفي عيادات خاصة وفي المنزل.

جدول رقم 65: سوء التغذية الأطفال حسب المكان الصحي المتخصص لولادة [288]2001 ص 27.

المصدر رقم 89: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				المكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير	
	تغذية جيدة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100,0	3853	94,2	3629	5,8	224	عيادات تابعة للدولة
100,0	361	91,4	330	8,6	31	المنزل
100,0	1	100,0	1	-	-	آخر
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار $Khi2: khi2$ المحسوبة هي 4,394 و $Khi2$ الجدولة 5,99، $dl = 2$ ، 95%.						

نلاحظ أن هناك إختلاف لسوء التغذية وهذا أينما كانت الولادة. فالمعدلات التابعة للدولة وعيادات خاصة 5,8%، بينما في المنزل بمعدل 8,6%، وإختبار $Khi2$ ، يؤكد على عدم وجود إرتباط بين المكان الصحي المتخصص وسوء التغذية.

(3). متابعتها للرعاية خلال 3 أشهر بعد الوضع

هناك مستوى متدني، بين إستخدام الرعاية الصحية خلال 3 أشهر بعد الوضع. وهذا راجع، إلى تلقي الأمهات النصائح من مصدر غير متخصص، مثل خبرتهن والأقارب وآخرون و غيرها، وبالتالي إهمالها لمتابعة رعايتها الصحية.

جدول رقم 66: سوء التغذية الأطفال حسب متابعة الأم لرعاية طفلها [289]2001 ص 28.

المصدر رقم 90: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				متابعتها خلال الثلاثة أشهر بعد الوضع	
	تغذية جيدة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100,0	2938	93,2	2739	6,8	199	لا
100,0	1269	95,6	1213	4,4	56	نعم
100,0	10	92,8	9	7,2	1	غير مبين
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
إختبار $Khi2: khi2$ المحسوبة هي 9,06، $Khi2$ الجدولة 5,99، $dl = 2$ ، عند 95%.						

يلاحظ ارتفاع في نسبة سوء التغذية، بين اللواتي لا يتبعن الرعاية الصحية بمعدل 6,8%، وهناك انخفاض في نسبة سوء التغذية بين اللواتي يتبعن الرعاية الصحية بمعدل 4,4%. وإختبار Khi2 ، يؤكد الترابط بين متابعة الأم خلال 3 أشهر بعد الوضع وسوء التغذية.

(4). متابعة الطفل خلال 3 أشهر الأولى من حياته

نسب سوء التغذية ترتفع بين النساء اللواتي لا يتبعن أطفالهن خلال 3 أشهر الأولى.

جدول رقم 67: سوء التغذية الأطفال حسب متابعة الأم لطفلها [2001]290 ص 28.

المصدر رقم 91: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				متابعة الطفل خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته	
	تغذية جيدة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100,0	2293	93,0	2133	7,0	160	لا تتبع
100,0	831	94,2	783	5,8	48	1 أسبوع من العمر
100,0	592	97,0	574	3,0	18	1-4 أسبوع
100,0	488	94,2	460	5,8	28	1-3 شهرا
100,0	8	98,3	8	1,7	0	غير مبين
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع

إختبار $\text{Khi2}:\text{khi2}$ المحسوبة 13,917، Khi2 الجدولة 9,49، $\text{dl}=4$ ، عند 95%.

نلاحظ ارتفاع في نسب سوء التغذية عند الأمهات اللواتي لا يتبعن أطفالهن خلال 3 أشهر الأولى بمعدل 0,7%. بينما تنخفض بين أسبوع من عمر الطفل ومن شهر إلى 3 أشهر بمعدل 5,8%. لكن سوء التغذية، تنخفض أكثر بين أسبوع إلى 4 أسابيع بمعدل 3,0%. وإختبار Khi2 ، يبين الإرتباط بين متابعة الأمهات لأطفالهن خلال 3 أشهر الأولى من حياتهم.

(5). تلقيح ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل

ترتفع معدلات التلقيح نسبيا بين الحوامل الأصغر سنا، وبين اللاتي تقمن في المناطق الحضرية. وفي المرحلة الأخيرة من الحمل، تبين أنه لا يوجد هناك فرق بين النساء اللواتي يستعملن ولم يستعملن تلقيحا ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل.

جدول رقم 68: سوء التغذية الأطفال حسب استعمال الأم للتلقيح ضد التيتانوس 2001[291]ص28.

المصدر رقم 92: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				التلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها
	تغذية جيدة		سوء التغذية		
	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	2296	93,6	2150	6,4	146
100,0	1918	94,3	1809	5,7	109
100,0	16	97,1	16	2,9	0
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256
إختبار Khi2: khi2 المحسوبة 13,917، Khi2 الجدولة، dl=2 عند 95%.					

يلاحظ أن معدل سوء تغذية الأطفال عند النساء اللواتي لا يستعملن 6,4%، أما اللواتي يستعملن بمعدل 5,7%. وإختبار Khi2، يوضح عدم وجود ارتباط بين التلقيح ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل وسوء التغذية.

(6) معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي وسوء التغذية

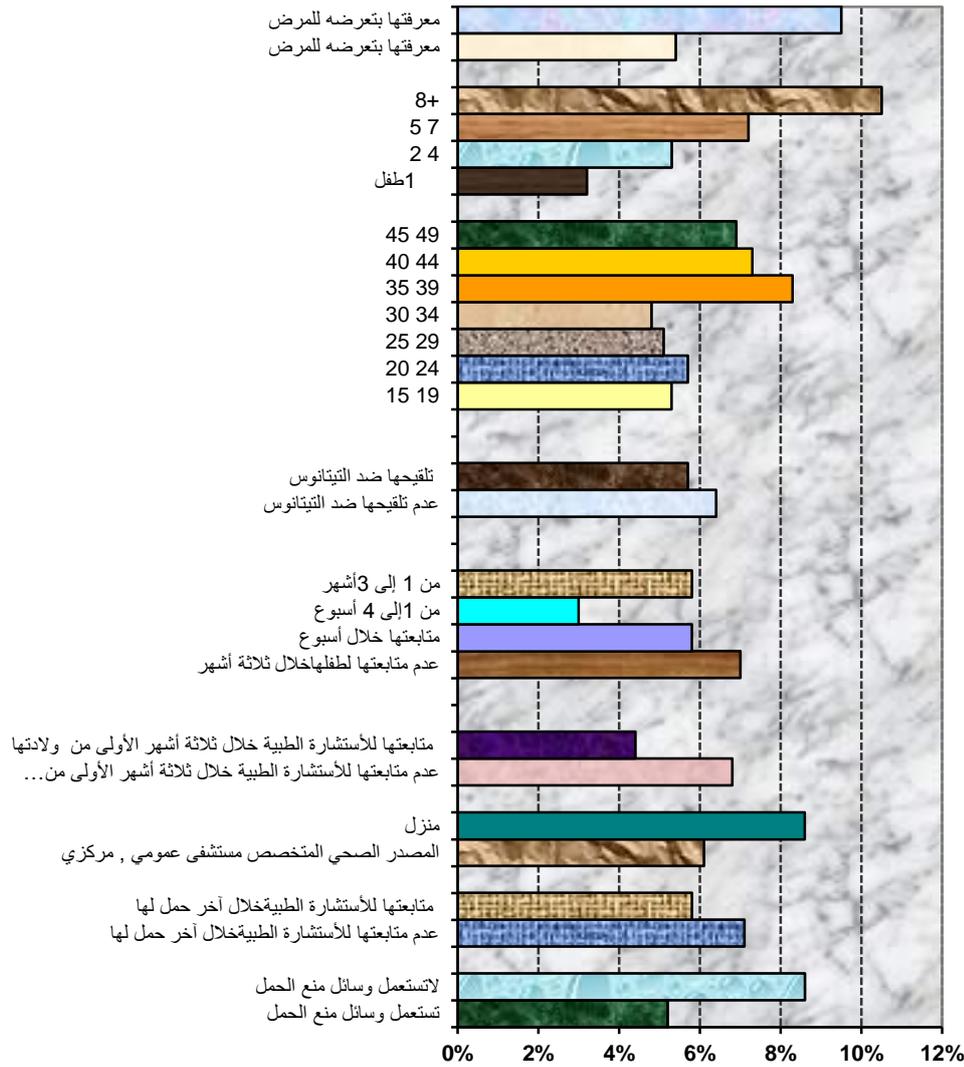
تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من أهم الأمراض المعدية التي تؤثر على الحالة الصحية للطفل. فإن الأسباب الرئيسية وراء إنتشار هذه الأمراض، ترتبط بالبيئة المنزلية بصورة خاصة، (التهوية، ازدحام المسكن، مصدر المياه الصالحة للشرب، وغيرها)، والبيئة المحيطة بصورة عامة، وأيضا في الممارسات الخاطئة لحفظ الطعام وتغذية الطفل. ويتوقف إستخدام وسائل العلاج من أمراض الجهاز التنفسي، على مدى وعي بخطورتها ومصدر الإستشارة المستخدمة.

جدول رقم 69: سوء التغذية الأطفال حسب معرفة الأم بأمراض الجهاز التنفسي 2001[292]ص29.

المصدر رقم 93: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع	نقص الوزن WAZ				معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي (IRA)
	تغذية جيدة		سوء التغذية		
	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	3579	94,6	3387	5,4	192
100,0	448	90,5	406	9,5	42
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256
إختبار Khi2: khi2 المحسوبة 11,69، Khi2 الجدولة 3,84، عند dl=1، 95%.					

نلاحظ أن سوء التغذية، تنخفض عند النساء اللاتي يعرفن أعراض الأمراض الجهاز التنفسي بمعدل هو 5,4%. بينما ترتفع سوء التغذية، للنساء اللاتي لا يعرفن هذه الأعراض، بمعدل هو 9,5%. وإختبار 2Khi، يؤكد الارتباط بين معرفة الأم بتعرض طفلها لأمراض الجهاز التنفسي وسوء التغذية(37).



37

المصدر رقم 94: Santé de la mère et de l'enfant : Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

شكل رقم 37: سوء تغذية الأطفال حسب خصائص الأم و سلوكها الحضري 2001 [293] ص 30.

3.1.3.1.6. خصائص شخصية الطفل

أ). الجنس

الجنس ليس له تأثير كبير على الحالة الغذائية للطفل، يمكن أن نعتقد أن سوء تغذية الطفل تتغير من ذكر إلى أنثى، على أساس أن المرأة تكون منتظرة لطفل من جنس معين.

جدول رقم 70: سوء تغذية الأطفال حسب الجنس 2001 [294] ص 31.

المصدر رقم 95: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				الجنس
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	2193	94,4	2071	5,6	122	الذكور
100,0	2045	93,5	1911	6,5	134	الإناث
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
Khi2 المحسوبة 1,41، Khi2 الجدولة 3,84، dl=1 عند 95 %.						Khi2 إختبار

يلاحظ أن، معدل سوء التغذية ينخفض بين الذكور 5,6% والإناث 6,5%. أما إختبار Khi2، يؤكد على عدم وجود إرتباط بين الجنس وسوء التغذية.

ب). عمر الطفل

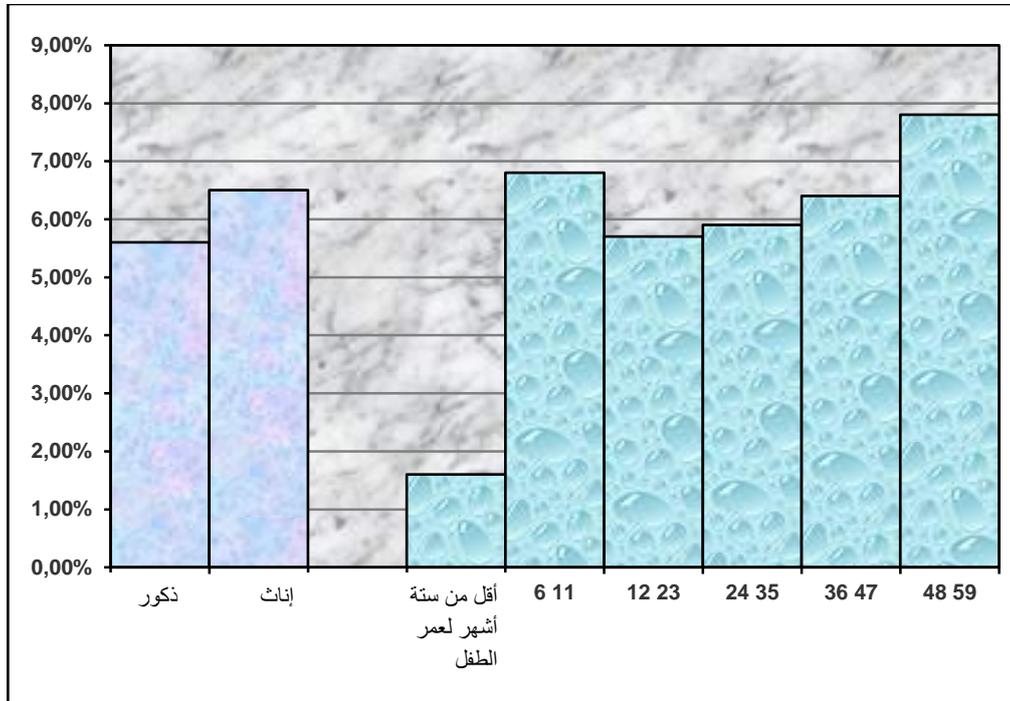
سوء التغذية تتفاقم عندما يتقدم الطفل في العمر، بحيث تتم عملية الفطام بين سن 6 أشهر وعامين. ويبلغ تعرض الطفل للأخطار، في السنة الثانية من عمره بين (12-23) شهرا. أثناء هذه الفترة يتعرض إلى كثير من الأمراض المعدية، ويحصل على قدر أقل من لبن الأم. بمعنى يتم فيها إستبدال حليب الأم بأسلوب ومواد غذائية، وبالتالي يكون معرضا لسوء التغذية. كما يظهر أثر المستوى المعيشي للأسرة على صحة الطفل. مع ذكر العوامل المتحكمة في تغذية الطفل، البيئية والإقتصادية والإجتماعية، وعادات وتقاليد لكل مجتمع.

جدول رقم 71: سوء تغذية الأطفال حسب عمر الطفل [295]2001 ص 31.

المصدر رقم 96: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المجموع		نقص الوزن WAZ				عمر الطفل بالأشهر
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100,0	421	98,4	414	1,6	7	أقل من 6 أشهر
100,0	391	93,2	364	6,8	27	11-6
100,0	844	94,3	796	5,7	48	23-12
100,0	795	94,1	748	5,9	47	35-24
100,0	925	93,6	866	6,4	59	47-36
100,0	863	92,2	795	7,8	68	59-48
100,0	4238	94,0	3982	6,0	256	المجموع
.95%، dl=5، 11,1، Khi2 الجدولة، 20,71، المحسوبة، Khi2						إختبار Khi2

هناك ارتفاع في نسب الأطفال المعرضين لسوء التغذية بين العمر (6-11) شهرا بمعدل 6,8%، أما بين الشهر (48-59) بمعدل 7,8%. بينما نلاحظ إستقرار خلال الأشهر 12 إلى 47 شهرا، بمعدل 6% من سوء التغذية، لكن هناك إنخفاض في سوء التغذية، للأقل من 6 أشهر، بمعدل 1,6%. وإختبار Khi2 يؤكد الإرتباط بين العمر وسوء التغذية⁽³⁸⁾.



38

المصدر رقم 97: Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

شكل رقم 38: سوء تغذية الأطفال حسب خصائص الطفل [296]2001 ص 32.

2.3.1.6. التحليل التفسيري لتطور سوء تغذية الطفل خلال سنة 2001

التحليل الوصفي للحالة التغذوية للأطفال الأقل من عامين، يعتبر كتمهيد للتحليل التفسيري، سوف نستخدم نموذج الإنحدار اللوجستي، و المتمثل في:

« La régression logistique » الذي يقوم بتحليل العلاقة بين نموذج الإصابة بسوء التغذية، حسب مؤشر نقص الوزن بالنسبة إلى العمر (WAZ)، مع المتغيرات الخاصة بالإشكالية والفرضيات المقترحة. ومن أجل معرفة تأثير المتغيرات المدروسة على سوء التغذية، سوف نستعمل كل المتغيرات النوعية والكمية على حدا، بوجود معادلة الانحدار اللوجستي وهي كآآتي :

$$\text{Logit } y = C + B_1x_1 + B_2x_2 + \dots + B_{17}x_{17} + E$$

بحيث:

Logit y : المتغير التابع، الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص الوزن، وتؤخذ إما بالنسبة للمتغيرات المستقلة xi، وهي متغيرات خاصة بالمحيط والأم والطفل، بحيث:
القيمتان:

0، إذا كان الطفل مصابا بحالة سوء التغذية.

1، إذا كان الطفل غير مصاب بسوء التغذية.

المتغيرات الدراسة:

1- SEX : جنس الطفل.

2- STRATE1 : مكان الإقامة.

3 - ACTUTIL : إستعمال الأم لوسائل تنظيم الأسرة.

4 - TETPREG : التلقيح الأم ضد التيتانوس خلال آخر حمل.

5 - IRA : معرفة الأم بأمراض الجهاز التنفسي لطفلها.

6 - DERGROS : متابعة الأم الإستشارة الطبية خلال آخر حمل لها.

8 - CONS3MOI : متابعتها للكشف الصحي خلال 3 أشهر من وضعها.

9 - DERNOUV : متابعتها للكشف الصحي لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من الحياة.

10 - DISPTIO : شبكة الصرف الصحي.

11 - RESIDENC : الوسط السكاني.

12 - HABITAT : نوعية المسكن.

13 - PERSGR : متوسط عدد الأفراد بكل حجرة.

14 - AEP : مصدر المياه الصالحة للشرب.

15- AGEFG : عمر الأم المرتب.

16- AGEEG : عمر الطفل بالأشهر.

17- PARITEG : خصوبة الأم.

ويتم استخدام معادلة الإنحدار اللوجستي، و استخدام مؤشر WALD، لمعرفة أي من المتغيرات التي لها تأثير في النموذج، وهذا عن طريق إجراء عدة محاولات، باستخدام SPSS يتم حذف المتغيرات التي ليس لها علاقة بسوء التغذية.

جدول رقم 72: نموذج سوء تغذية الأطفال حسب مؤشر نقص الوزن 2001[297]ص33.

المصدر رقم 97: Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie :Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF,INSP,OMS, 2001.

المتغيرات	Bi	S.E	WALD	Df	Sig	R
STRATE1	-,3952	,1318	8,1959	1	,0042	-,0590
ACTUTIL	,4641	,1463	10,0681	1	,0015	,0674
IRA	-,5210	,1830	8,1011	1	,0044	-,0586
DERNOUV	,1256	,06813	3,4036	1	,0651	,0281
PERSGR	-,3079	,1068	8,3168	1	,0039	-,0596
AGEEG	-,1164	,0454	6,5846	1	,0103	-,0508
PARITEG	-,2429	,0796	9,3212	1	,0023	-,0642
Constant	4,7700	,3993	142,6831	1	,0000	

المتغيرات	EXP(B)	Lower	upper
STRATE1	.6735	.5138	.8830
ACTUTIL	1.5906	1.1941	2.1187
IRA	.5940	.4149	.8503
DERNOUV	1.1338	.9922	1.2956
PERSGR	.7350	.5962	.9061
AGEEG	.8901	.8144	.9729
PARITEG	.7844	.6711	.9167

نلاحظ من النتائج كما يلي:

1.2.3.1.6. نموذج سوء التغذية للأطفال حسب مؤشر نقص الوزن (WAZ)

أ. خصائص المحيط

1. الأسرة

-كلما كان متوسط عدد الأفراد بكل حجرة مرتفعا، كلما كان له تأثير في النموذج، بحيث المؤشر WALD يعطي 8,3168 ومضروب Bi سالبا 0,3079 -.

وكل هذا راجع إلى تدخل المتغيرات الخاصة بالمسكن، من إزدحام و إنعدام النظافة، مما يحفز على إنتشار الأمراض المعدية بسهولة.

(2).المسكن

-أما طبيعة مكان الإقامة، ريف/حضر، والتي تعكس الفوارق في التغذية بين الوسطين، وقد تبين أهمية هذا المتغير في النموذج من خلال مؤشر $WALD$ 8,185 ومضروب Bi سالبا 0,3952 - .
-بينما المتغيرات المتبقية، من الوسط السكاني ونوعية المسكن ومصدر المياه الصالحة للشرب وشبكة الصرف الصحي ليس لها تأثير في النموذج، لأنها مرتبطة بمتغير مكان الإقامة.

(ب).خصائص الأم

(1).خصائصها الشخصية

-متغير الخصوبة له تأثير في النموذج، يظهر عند النساء اللواتي لديهن أكثر من 8 أطفال، وهذا حسب مؤشر $WALD$ 9,3212 و Bi 0,2429 - .
وكل هذا راجع إلى التقارب الشديد في فترات الحمل، الذي يجهد صحة الأم والطفل معا ويؤدي إلى انخفاض وزن المولود، بالإضافة إلى اللواتي بدأت الإنجاب في سن مبكر.
-وسائل تنظيم الأسرة يعطي بأهميته في النموذج بوضوح، فالمؤشر $WALD$ 10,0681 ومضروب Bi 0,4641 + . ومنه فإن النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، تزدن من التباعد بين الولادات، وتجنبها فترات الأمومة غير الآمنة، وإن كان عكس ذلك فسوف يؤثر مباشرة على صحة الطفل والأم.

-أما المتغيرات خاصة بعمر الأم ليس لها تأثير في النموذج، و ذلك لإرتباطه بالمتغيرين المؤثرين على نموذج الخصوبة، وتنظيم الأسرة. تبين أنه ليس بالضرورة أن يكون العمر بحد ذاته الذي يعطي سوء التغذية للطفل ولكن خصوبة وسلوكه نحو الصحة (كإستعمال وسائل منع الحمل مثلا).

(2).خصائصها الصحية

-تعتبر المعرفة بأمراض الجهاز التنفسي، من أهم الأمراض المعدية التي تؤثر على النموذج، فالمؤشر $WALD$ 8,1011 ومضروب Bi سالبا 0,5210 - . والأسباب الرئيسية وراء هذا التأثير، هو إرتباطه بمتغيرات أخرى ليس لها تأثير في النموذج، من حيث تلقيحها ضد التيتانوس ومتابعتها خلال آخر حمل لها، والمصدر الصحي المتخصص لوضعها لآخر طفل لها، ومتابعتها للرعاية الصحية خلال 3 أشهر من وضعها. بالإضافة إلى المتغيرات الخاصة بالمحيط.

ج). الخصائص الشخصية للطفل

- (1)- كلما تقدم الطفل في العمر كلما كان تأثيره كبير على النموذج، حسب WALD 6,5846 ومضروب Bi سالبا 0,1164 -.
- (2)- بينما المتابعة الصحية للطفل خلال 3 أشهر الأولى من حياته، له تأثير في النموذج (WALD 3,4036 ومضروب Bi 0,1256). وهذا راجع إلى تلقي الأمهات النصائح عن كيفية التكفل بالطفل .
- (3)- أما الجنس فليس له تأثير في النموذج، أي لا يوجد التفضيل بين الذكر و الأنثى في مجال التغذية.

2.6. المسح الوطني حول صحة الأسرة خلال سنة 2002

1.2.6. الرضاعة الطبيعية للطفل الأقل من عامين

تنفيذ الرضاعة الطبيعية تعتبر إحدى أكبر المحاور لبرنامج المكافحة ضد وفيات الأطفال، بالقياس المتضمن طريقة الغذاء الأكثر بحثاً، الرضاعة الطبيعية تساعد بطريقة فعالة في نمو وتطور الطفل و الإنقاص من مخاطر الأمراض المعدية. الرضاعة الطبيعية تمثل بالأخص فائدة بالنسبة لصحة الأم، خصوصاً الإنقاص من مخاطر سرطان الثدي من جهة و المباعده بين الولادات من جهة أخرى. بناء على أهمية الإنتفاع بالرضاعة الطبيعية، ينصح الطب الحديث الأمهات باللجوء إدراج الرضاعة خلال 6 أشهر الأولى متبوعة عند الولادة. و بالتساوي المأخوذ بالإشتراك بإدراج الرضاعة مع الغذاء الكامل الذي يوضع في طبق الطفل.

في هذه الدراسة نتطرق إلى الرضاعة الطبيعية، الرضاعة الإصطناعية، هيمنة الرضاعة المزدوجة، مدة الرضاعة الطبيعية، تنوع الغذاء، رضاعة مزدوجة، دوافع عدم الإرضاع و سبب الفطام. تساعد هذه الدراسة على الإهتمام بتطور المؤشرات غير المطلقة أي النسبية للرضاعة الطبيعية، تمثل النتائج المأخوذة من المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 و الذي يقارن مع معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992. و تهتم هذه الدراسة من جهة بالمقاييس الأنتروبومترية للأطفال الأقل من خمس سنوات، و الذين يمثلون مؤشرات للحالة التغذوية للأطفال من جهة أخرى و الحالة الصحية للطفل بشكل عام [298]ص13.

1.1.2.6. الرضاعة الطبيعية

يمكن فهم أن الرضاعة الطبيعية هي أكثر إستجابة في الجزائر بحيث: 93% من الأطفال المولودين خلال السنة الأخيرة التي تلي الدراسة، تم إرضاعهم من الثدي. الرضاعة المتبوعة بالولادة منذ الساعات الأولى لها أهمية كبيرة بحيث أن الطفل يستقبل السائل الذي يحتوي على المضادات من الأم والتي تعتبر مهمة لحمايته.

جدول رقم 73: الأطفال الرضع حسب مميزات الأم خلال سنة 2002 [299] ص 12.

المصدر رقم 98: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003، ص 12.

فترات مرور من الولادة و أول رضعة					مميزات الأم	
ND	بعد 6 ساعات	3-6 ساعات	3-1 ساعات	مباشرة	نسب الأطفال الذين يرضعون من الثدي	
عمر الأم						
0,0	4,8	15,4	13,8	65,9	94,8	19-15
0,0	26,1	8,3	15,1	50,5	92,8	24-20
0,0	24,0	6,4	19,2	50,3	93,4	29-25
0,0	14,9	8,1	17,4	59,6	91,5	34-30
0,5	19,0	11,3	12,1	57,1	94,0	39-35
0,0	18,4	6,7	14,8	60,2	61,2	44-40
0,0	20,7	11,9	24,5	43,0	89,0	49-45
الجنس						
0,1	21,9	9,1	4,9	54,1	92,8	ذكور
0,1	17,8	7,7	17,6	56,8	92,6	إناث
رتبة المولود						
0,0	32,1	7,5	18,0	42,5	91,4	1
0,0	16,4	6,9	17,8	59,0	93,2	2
0,0	20,3	6,9	13,2	59,6	92,6	3
0,0	16,6	10,7	18,5	54,1	94,5	4
0,4	14,0	10,0	14,4	61,1	92,7	5 فأكثر
مكان الإقامة						
0,1	21,2	8,7	15,1	54,9	93,3	حضر
0,1	18,4	8,1	17,4	55,9	92,0	ريف
المستوى التعليمي للأم						
0,3	17,0	7,0	17,0	58,7	92,2	أمية
0,0	20,4	7,3	11,6	60,6	93,9	تقرأ/ أو تكتب
0,0	20,6	10,2	16,9	52,2	92,8	ابتدائي
0,0	25,7	10,6	16,7	47,0	92,1	متوسط
0,0	19,6	6,8	17,8	55,8	96,4	ثانوي فأكثر
0,1	19,9	8,4	16,2	55,4	92,7	المجموع

النتائج توضح أن، حوالي 55% من الأطفال يرضعون من الثدي في الساعات المتبوعة بالولادة، و 8,4% بين 3 و 6 ساعات بعد الولادة. التباين الدقيق في هذه الأثناء نلاحظه من خلال عمر الأم، رتبة المولود و مكان الإقامة. التطور من 1992 إلى 2002 يتبعان بارتفاع معتبر لنسب الأطفال المرضعين من الثدي خلال 6 ساعات الأولى، هذه النسبة تمر من 60% في 1992 إلى 80% في 2002. الجدول يوضح أن تطبيق الرضاعة من الثدي في الساعات المتبوعة عند الرضيع هي أكثر إستجابة للأجيال الذين لهم خبرة، 61,1% و 42,5% هي نسب مخصصة للنساء اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال و مع تلك اللواتي لديهن طفل واحد يرضعن أطفالهن مباشرة بعد الولادة.

(ب). الحالة الراهنة للإرضاع

يعطي توزيع المواليد الباقين على قيد الحياة خلال أواخر عامين متبوعة للدراسة حسب: العمر الفعلي، عمر الطفل و حالة الرضاعة لحظة المسح.

جدول رقم 74: الأطفال الباقين حسب حالة الرضاعة الفعلية والعمر 2002 [300] ص 13.

المصدر رقم 99: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.

ND	الحالات الرضاعة					عمر الطفل (بالأشهر)
	ترضع+الغذاء(الحليب)	ترضع فقط+سوائل(العصير)	ترضع والماء فقط	ترضع فقط	لا ترضع من الثدي	
3,0	36,6	20,5	14,2	22,4	3,3	1-0
1,8	44,8	13,5	13,0	10,4	16,6	3-2
1,4	57,3	11,3	5,2	5,0	19,9	5-4
2,3	50,4	5,0	6,6	8,2	27,6	7-6
0,7	56,5	2,3	6,0	3,0	31,5	9-8
0,0	53,2	1,4	3,3	1,3	40,9	11-10
1,3	43,4	1,3	1,7	1,1	51,2	15-12
2,8	38,3	0,3	2,4	0,9	55,3	19-16
2,5	26,6	0,0	1,4	0,4	69,1	23-20
1,8	43,5	4,3	4,7	4,0	41,7	المجموع

يمكن أن توضح بأن: 56,5% من أطفال يتغذون من الثدي لحظة المسح، تؤكد أنه 4% فقط من الأطفال يرضعون إصطناعيا من حليب الأم. من جهة أخرى يمكن ملاحظة 26,6% من الأطفال بين العمر (20 - 23) شهرا يتلقون حليب الأم و غذاء آخر مكمل، هذه النسب هي منخفضة بالنسبة للأعمار الأخرى الممثلة. توضح 60% فقط من الأطفال يرضعون بالفنينة و هذه النسبة تكون بين 50,3% و 68%.

(ج) مدة الرضاعة

المدة الوسطية للإرضاع تقدر 11,9% بالنسبة للذكور و 14,1% للإناث، تعرف زيادة بالمقارنة مع 1992 أين تم تقديرها إلى 9,6%. المدة الوسطية للرضاعة تتغير حسب المستوى التعليمي للأم. أنظر الجدول، وترتفع المقاييس بالنقصان على المستوى التعليمي للأم. حيث تقدر 19,1% للأطفال الذين أمهاتهم أميات، ولا تمثل سوى 8,2% بالنسبة للأمهات المتعلقات و 4,2% للأم التي لها مستوى متوسط فأكثر. الأطفال الذين يرضعون 6 مرات خلال 24 ساعة يمثلون 12,1% في الوسط الريفي و 9,1% في الوسط الحضري. بالنسبة لنسب الرضاعة عند الإناث هي الأكثر ارتفاعا من الذكور حيث تمثل بين 12,1% عند الإناث و 8,9% ذكور.

جدول رقم 75: عدد مرات الرضاعة الطبيعية للأطفال حسب مميزات المسح 2002 [301] ص 13.

المصدر رقم 100: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.

متغيرات	متوسط فترات الإرضاع			المجموع المتوسط للرضع/الليل	المجموع المتوسط للرضع/يوم	إرضاع 6 مرات خلال 24 ساعة
	في وقت واحد	حصري	غالب			
العمر						
19-15	14,1	0,6	0,5	6,0	7,0	3,9
24-20	8,1	0,6	1,7	2,0	4,7	13,6
29-25	10,8	0,5	0,7	2,2	3,9	10,3
34-30	13,5	0,5	0,5	2,6	4,1	13,0
39-35	14,8	0,4	0,4	2,0	3,4	5,9
43-40	12,8	0,4	0,5	1,6	5,3	4,1
49-45	3,9	3,2	0,4	3,0	-	0,0
الجنس						
ذكور	11,9	0,5	0,5	2,5	4,3	8,9
إناث	14,1	0,5	0,6	2,1	4,1	12,1
مكان الإقامة						
الحضر	12,9	0,5	0,6	2,0	4,0	9,1
الريف	13,6	0,5	0,6	2,6	4,4	12,1
المستوى التعليمي						
أمية	19,1	0,5	0,6	2,4	4,2	5,0
قراءة/أو الكتابة	8,2	0,5	0,6	2,6	3,9	8,7
ابتدائي	10,7	0,4	0,6	2,1	4,1	14,1
متوسط	11,9	0,4	0,5	1,8	4,4	15,0
ثانوي فأكثر	4,2	1,6	1,8	3,9	4,1	17,4
المجموع	13,3	0,5	0,6	2,3	4,2	10,4
للمجموع	12,8	0,5	1,0	-	-	-

النتائج توضح أن المدة الوسطية للرضاعة تتأثر بالمستوى التعليمي للأم. حيث تقدر 19,1% من الأطفال الأمهات الأميات، ولا تمثل سوى 8,2% بالنسبة للأمهات المتعلقات و 4,2% للأم التي لها مستوى متوسط فأكثر. أما الأطفال الذين يرضعون 6 مرات خلال 24 ساعة يمثلون 12,1% في الوسط الريفي و 9,1% في الوسط الحضري. و بالنسبة لنسب الرضاعة عند الإناث هي الأكثر ارتفاعاً من الذكور حيث تمثل بين 12,1% عند الإناث و 8,9% ذكور.

1. ساعات الإرضاع

يمكن التأكد بأن مجموع متوسط الإرضاع خلال النهار هي 4,2 مرة من 2,3 مرة خلال الليل.

2. المدة المتوسطة للرضاعة حسب طريقة P/I

يوجد العديد من الطرق لحساب المدة المتوسطة للرضاعة. الأكثر إستجابة هي طريقة P/I (Prévalence عدد الحالات المرضية/ Incidence تأثير). هي طريقة للتقدير السريع من أجل حساب المدة المتوسطة للرضاعة. و هي تعتمد على قاعدة حول عدد الحالات المرضية التي تشرح بالعدد الأطفال خلال الإرضاع. هذه الطريقة تقدر بالإستقرار في تدفق المواليد بالتقديرات التي نعتبرها مقبولة.

جدول رقم 76: الرضاعة الطبيعية حسب المتغيرات السوسيوإقتصادية للأم [302]2002 ص 14.

المصدر رقم 101: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.

المتغيرات	مجموع الولادات خلال 24 شهرا	مجموع الأطفال الرضع لحظة المسح	مدة P/I
عمر الأم			
19-15	15	10	15,56
24-20	219	131	14,40
29-25	458	258	13,53
34-30	481	303	15,12
39-35	412	266	15,49
49-40	192	138	17,20
مكان الإقامة			
الحضر	962	577	14,39
الريف	815	529	15,58
المستوى التعليمي			
أمية	744	542	17,47
تعرف القراءة و الكتابة	253	162	15,42
إبتدائي	419	230	13,15
متوسط	299	148	11,90
ثانوي فأكثر	62	24	9,25

عند قراءة معطيات بشكل عام، يمكن ملاحظة أن مجموع متوسط الإرضاع خلال النهار تفوق مجموع متوسط الإرضاع خلال الليل و هذا رغم إختلاف مكان الإقامة و مميزات الأم. كما يشار إلى أن المدة المتوسطة للإرضاع، تتنبأ من خلال P/I، من 14,9 شهرا إذ تعرف نموا بالمقارنة مع 1992 أين تقدر بـ 12,5 شهرا بالنسبة للمسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل.

2.2.6. الحالة التغذوية عند الأطفال الأقل من عامين

المقاييس الأنثروبومترية للطفل، ناجم في نفس الوقت عن نوعية و كمية الغذاء المأخوذ في القديم بالإضافة إلى الإصابة بالأمراض، بعكس الحالة التغذوية المتعلقة بقدرة الجسم على المكافحة ضد الأمراض المعدية.

1.2.2.6. المقاييس الأنثروبومترية

هناك ثلاث مقاييس أنثروبومترية للحساب بدءا من نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة: الطول بالنسبة للعمر، الوزن بالنسبة للطول و الوزن بالنسبة للعمر. بحيث الطول بالنسبة للعمر توضح الحالة التغذوية في الماضي، والتأخر في النمو يعتبر مؤشرا للعجز المزمن، بينما النقص في الوزن بالنسبة للطول يشير إلى عجز في الحاضر، الذي يمكن أن يكون ناتج عن عجز في التغذية أو غذاء غير مناسب أو تكرار في الأمراض المعدية، أما مقياس الوزن بالنسبة للعمر يساهم في مضاعفة المؤشرات و في نفس الوقت يقيس الحالة التغذوية في الماضي والحاضر. ولدراسة مدى مطابقة الأطفال إلى المقاييس الأنثروبومترية، يعتمد على إفتراض مجتمع مرجعي الطبيعي أين تكون التغذية متوازنة، و التي توضح القيمة المتوسطة المحدودة، أين يعتبر الأطفال طبيعيين أو يحصلون على غذاء متوازن.

للحصول على معطيات قابلة للمقارنة، تم الإحتفاظ بالمجتمع كنموذج للمجتمع المرجعي المقترح من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS). هذا الإختيار يدرج على فرضيات بالإستثناء النادر للمجتمع المميز بأطفال يتلقون تغذية طبيعية إلى غاية سن الرشد وأشكال النمو التي تظهر تقريبا في كل الدول. و لكل من المقاييس الأنثروبومترية للحالة التغذوية، تقدر بحساب نسب الأطفال الداخلين في الفئات الممثلة للانحراف المعياري بالنسبة لمتوسط المجتمع المرجعي. كما تعطي توزيع الأطفال المستفيدين من التغذية الطبيعية، وبمقارنة متوسط التوزيع الطبيعي للمجتمع، نجد 68,2% من الأطفال القائمين بمسافة محددة بالنسبة للانحراف المعياري الواحد، أي أكبر أو يساوي من القيمة المتوسطة للطول و وزن الطفل حسب العمر وهذا بالنسبة للمجتمع المرجعي.

27,2% بين 1 و 2 من الانحراف المعياري أي أكبر أو يساوي من المتوسط، و بمباعدة 4,2% على الأقل أو يساوي ضعف الانحراف المعياري، بينما 0,2% فقط من الأطفال الذين يحصلون على تغذية صحية بإمكانهم الانحراف من المتوسط بالثلاث أو أكثر من الانحراف المعياري.

بهذا يتدخل سوء التغذية في حساب نسب المجتمع القائمين في الأسفل بضعف الانحراف المعياري بالنسبة للمتوسط. ودرجة سوء التغذية ترجع إلى الاختلاف بين نسب المجتمع المدروس و المجتمع الفرضي، بحيث في المجتمع الذي يتلقى تغذية طبيعية تمثل 2,3%، من الأطفال القائمين على بعد 2 و 3 من الانحراف المعياري بالنسبة للمتوسط الممثل لسوء التغذية و بالتالي: المعدل الحقيقي لسوء تغذية المتوسط في المجتمع هو الاختلاف بين المعدل المحسوب ألا وهو 2,2%. عندما يكون الأطفال قائمين بأقل من المتوسط بالقيمة -3 من الانحراف المعياري أو أكثر، يعتبرون ممثلين لسوء التغذية الحاد. بما أن المعدل الحقيقي لسوء التغذية الحاد في مجتمع و الاختلاف بين المعدل المحسوب بقيمة 0,1% بالنسبة للمجتمع طبيعي الذي يتميز بتغذية متوازنة.

(أ). الطول بالنسب للعمر

الطول بالنسبة للعمر توضح الحالة التغذوية في الماضي، التأخر في النمو يعتبر مؤشر للعجز المزمن.

جدول رقم 77: قصر قامة الأطفال حسب المتغيرات سوسيو إقتصادية 2002 [303] ص 20.

المصدر رقم 102: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.

نسب الأطفال الذين يعانون من				المتغيرات
غياب الطول 3	تأخر حاد في القامة 2	تأخر معدل في القامة 1		
العمر				
11	3,9	7,0	7,0	أقل من 6 أشهر
16,9	3,2	13,7	13,7	6-9
23,5	11,2	12,3	12,3	10-11
21,7	6,6	15,2	15,2	12-15
24,2	9,9	14,2	14,2	16-23
19,8	9,4	10,4	10,4	24-35
19,6	7,8	11,8	11,8	مجموع 0-35
18,5	6,8	11,7	11,7	36-47
18,5	4,2	14,3	14,3	48-59
الجنس				
20,8	8,2	12,6	12,6	ذكور
17,5	5,4	12,1	12,1	إناث
مكان الإقامة				
18,2	7,0	11,2	11,2	حضر
20,2	6,5	13,7	13,7	ريف

تعطي النتائج نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الحاد، والمتوسطة حسب الجنس، و مكان الإقامة والمنطقة، نلاحظ 19,1% من الأطفال يعانون التأخر في القامة و 6,8% أطفال يعانون من تأخر حاد في قصر القامة. نلاحظ بأن التأخر في قصر القامة له أهمية كبيرة للأطفال المأخوذين بين عمر 10 و 23 شهرا.

كما تبين إختلاف خفيف بين جنس الطفل، فنسب الذكور الذين يعانون من تأخر حاد في القامة يقدر بقيمة 8,2%، بينما الإناث فيقدر 5,4%، أما من جهة نسب الأطفال الذين يعانون من نقص في غياب الطول هو 20,8% بالنسبة للذكور و 17,5% إناث.

ب).الوزن بالنسبة للطول

النقص في الوزن بالنسبة للطول يشير إلى عجز في الحاضر، الذي يمكن أن يكون ناتج عن عجز في التغذية أو غذاء غير مناسب أو تكرار في الأمراض المعدية.

جدول رقم78:الأطفال المعرضين للنحافة حسب المتغيرات السوسيو إقتصادية2002[304]ص21.

المصدر رقم103: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.

نسب الأطفال الذين يعانون من				المتغيرات
التكرار	حاد 3	إعتدال قاسي 2	حدة قسوة 1	
العمر				
275	5,3	1,4	3,9	أقل من 6 أشهر
243	7,9	3,6	4,2	6-9
113	7,6	1,9	5,7	10-11
276	5,2	0,9	4,3	12-15
499	8,0	2,2	5,8	16-23
795	7,1	3,2	3,9	24-35
2254	6,9	2,4	4,5	مجموع 0-35
825	9,6	4,6	4,9	36-47
880	7,0	2,7	4,4	48-59
الجنس				
1980	7,9	2,7	5,2	ذكور
1980	7,0	3,1	3,9	إناث
مكان الإقامة				
2121	7,6	3,2	4,4	حضر
1838	4,7	2,6	4,7	ريف
3959	7,5	2,9	4,6	المجموع

بقراءة النتائج، يمكن ملاحظة أن 7,5% من مجموع الأطفال الهزل و4,9% من بين الأطفال لهم الهزال الحاد. كما يوضح أن أكبر شدة لنسب الأطفال الذين لهم الهزال الحاد يركزون على مستوى مجموعات للعمر (6-9) و(36-47) شهرا من النسب الخاصة أي 3,6% و4,6%.

ج).الوزن بالنسبة للعمر

الوزن بالنسبة للعمر هو مقياس معقد يعكس سوء التغذية في الماضي و الحاضر، و هو دائما يستخدم في طب الأطفال لمتابعة تطور الطفل. هذا المقياس يجب أن يعالج بحذر بحيث هي مشروطة بالتحركات المفصلية.

جدول رقم 79:نقص وزن الأطفال حسب المتغيرات السوسيوإقتصادية 2002[305]ص22.

المصدر رقم 104: المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.

نسب الأطفال الذين يعانون من			المتغيرات
النحافة 3	حدة في النحافة 2	إعتدال في النحافة 1	
العمر			
4,2	1,3	2,9	أقل من 6 أشهر
8,8	3,2	5,6	9-6
10,3	2,1	8,2	11-10
10,1	1,2	8,8	15-12
8,9	1,3	7,7	23-16
12,3	3,6	8,7	35-24
9,6	2,3	7,3	مجموع 35-0
12,4	3,8	8,6	47-36
10,6	1,7	8,9	59-48
الجنس			
11,9	2,8	9,0	ذكور
8,9	2,1	6,8	إناث
مكان الإقامة			
10,3	2,8	7,5	حضر
10,6	2,1	8,5	ريف
10,4	2,5	7,9	المجموع

توضح النسب بين 10,4% للأطفال النحيلين و 2,5% أطفال لهم النحول الحاد، حسب جنس الطفل، ونسب الأطفال النحيلين 11,9% ذكور و 8,9% إناث. من جهة النسب الأكثر ضعفا للأطفال النحيلين تلاحظ عند الذين لا يصلون عمر سنة، بينما الأكثر ارتفاعا تقع في مستوى الأطفال الذين لهم عام و تفهم بين 36 و 47 شهرا. لا يوجد إختلاف بارز بالنسبة لمستويات نقص الوزن المزمّن عند الجنسين (ذكور، إناث)، و نفسه بالنسبة للوسط الحضري و الريفي.

الفصل 7 الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

نحاول في هذا الفصل تحليل علاقة الأم الريفية والحضرية بسوء تغذية الطفل الأقل من عامين في ولاية البليدة، بإدراج أهم التقنيات والمناهج الدراسة السوسولوجية.

في هذه الدراسة نحاول تقديم معلومات هامة خاصة بتغذية الطفل، بحيث تساعدنا على تحليل النتائج بطريقة منتظمة، وتعطي أكبر المحاور المؤثرة في الرعاية التغذوية للأطفال الأقل من عامين لأنهم الفئة الأكثر تعرضا لسوء التغذية. آخذين بعين الاعتبار العناصر الخاصة بالوقاية من إصابة الطفل بسوء التغذية.

كما نهدف من هذه الدراسة إلى تقييم الأهداف الخاصة بالبرامج العالمية في الوقت الحالي وفعاليتها في الجزائر، مع تشكيل مؤشرات خاصة بالبرامج الصحية و الإجتماعية و الإقتصادية وغيرها. والمتغيرات التي تدرس حسب(الخصائص العامة للأم والأسرة، المحيط البيئي للأسرة المبحوثة مؤشرات سوء التغذية للطفل والنمط التغذوي للأم، الخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم الريفية والحضرية).

1.7. مجالات الدراسة

1.1.7. المجال الزمني

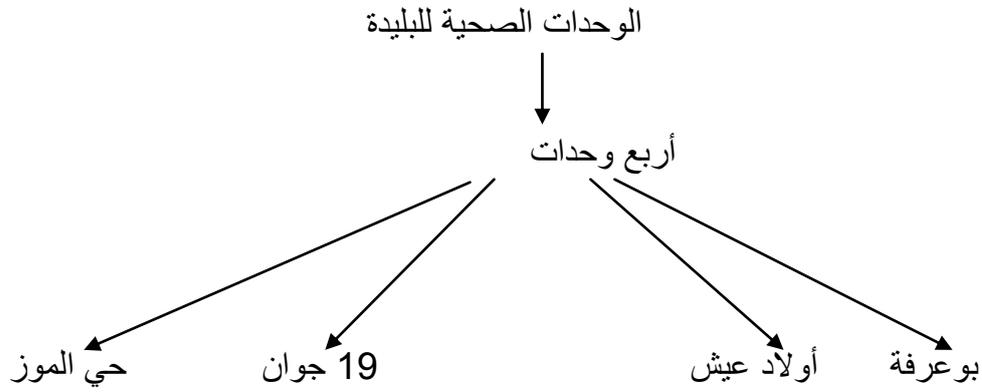
تم أخذ عينة مكونة من 538 طفلا أقل من عامين لولاية البليدة، بحيث تم تحديد الفترة الزمنية بين 1 جوان إلى 31 أوت 2007. أي في فترة الصيف أين يكثر فيها الأمراض المختلفة التي تؤثر في سوء تغذية الطفل.

2.1.7. المجال المكاني

تم إختيارنا لأربع وحدات رئيسية لولاية البليدة، التي تستقبل أكبر عدد من الأطفال القادمين من الريف و الحضر من أجل التطعيم، و بهذا العدد الكبير بإمكاننا بواسطة الملاحظة للإستشارات الطبية مدى تعرض الطفل لسوء التغذية.

2.7. عينة البحث

أجريت هذه الدراسة في أربع وحدات صحية لولاية البليدة، و التي تتوزع إلى وحدتين من الريف (وبوعرفة وأولاد عيش) و وحدتين من الحضر (19 جوان و حي الموز)، كما يلي (39):



39

المصدر رقم 104: مسح الدراسة الميدانية في الوحدات الصحية (PMI) ولاية البليدة، 2006.

شكل رقم 39: عدد الوحدات الصحية الموجودة في ولاية البليدة، 2006 [306] ص 23.

جدول رقم 80: عدد الأطفال في كل من الوحدات الأربعة للبليدة لسنة 2006 [307] ص 23.

المصدر رقم 105: المسح في الوحدات الصحية (PMI) ولاية البليدة، 2006.

الوحدات الصحية	عدد الأطفال الأقل من عامين
المناطق الحضرية	
حي الموز	1084
19 جوان	1159
المناطق الريفية	
بوعرفة	797
أولاد عيش	2343
المجموع (N)	5383

جدول رقم 81: عينة الأطفال بنسبة 10% في الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2007 [308] ص 23.

المصدر رقم 106: المسح في الوحدات الصحية (PMI) ولاية البلدية، 2006.

الوحدات الصحية	عدد الأطفال الأقل من عامين
المناطق الحضرية	
حي الموز	108
19 جوان	116
المناطق الريفية	
بعرفة	80
أولاد عيش	234
المجموع (n)	538

جدول رقم 82: العينة المصححة من الأخطاء في الوحدات الأربعة للبلدية لسنة 2007 [309] ص 23.

المصدر رقم 107: مسح الدراسة الميدانية في للوحدات الصحية (PMI) ولاية البلدية، 2006.

الوحدات الصحية	عدد الأطفال الأقل من عامين
المناطق الحضرية	
حي الموز	63
19 جوان	81
المناطق الريفية	
بعرفة	65
أولاد عيش	274
المجموع HAZ=(n)	483

المعينة من الدرجات الثلاث: لقد تم اعتماد عينة من الدرجات الثلاث كما يلي:

الدرجة الأولى: سحب مكان إجراء المسح في الوحدات الصحية (PMI). والتي تتوزع إلى وحدتين من الريف (وبوعرفة وأولاد عيش) ووحدتين من الحضر (19 جوان وحي الموز).
الدرجة الثانية: سحب عينة من الأمهات بطريقة عشوائية، بنفس النسبة بين المجالين (ريفي، حضري) انطلاقاً من متغيرات المراقبة (الطفل الأقل من عامين، الأم والأسرة) بنسبة 10%.

الدرجة الثالثة: المعينة في المكان بالنسبة لاختيار وحدات السحب: إن العينة المأخوذة للتحليل الوصفي و التفسيري، بحجم 483 طفلاً أقل من عامين، مأخوذة من القطاعات الصحية الأربعة لسنة 2007. كما أن القيم الخارجة عن المعتاد الطول و العمر و الوزن، و التي تسمى بالإرتباطات العشوائية الخاطئة، في هذه الحالة نستعمل التصحيح الترجيحي الذي يسمى Flag، الذي يتحدد بين القيم (0 إلى غاية 7). و نختار المؤشر الأنتروبوميترى نقص في الطول بالنسبة للعمر (HAZ) تأخذ

القيم (7،5،3،1)، بإستعمال برنامج SPSS . و بهذا تصبح العينة المدروسة للتحليل حسب مؤشر النقص في الطول بالنسبة للعمر 483 طفلا أقل من عامين التي تتوزع في كل من الريف و الحضر على التوالي، في الريف 339 أما الحضر 144 طفل أقل من عامين معرضين لسوء التغذية حسب قصر القامة.

في هذه الدراسة الدقيقة للحالة التغذوية تتطلب بيانات تفصيلية عن التطور البدني للأطفال الذي يمكن أن يمدنا بمؤشر مقبول للحالة التغذوية. و لهذا جمعت البيانات عن الطول و العمر و الوزن من جميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين و نحسب المقاييس الأنتروبومترية حسب توصيات منظمة الصحة العالمية لدراسة الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمس سنوات كما يلي:

أ)- الطول بالنسبة للعمر فهو مؤشر لقصر القامة (HAZ).

ب)- الوزن بالنسبة للعمر فهو مؤشر لنقص الوزن (WAZ).

ج)- الوزن بالنسبة للطول فهو مؤشر للنحافة (WHZ).

و للتعرف على الأطفال ذوي المقاييس الأنتروبومترية المنخفضة، تم إستخدام مجتمع طبيعي (تغذية جيدة) كمرجع، و حدد مدى معين للوسيط بحيث يمكن إعتبار الأطفال الواقعين داخله طبيعيين. و للحصول على بيانات قابلة للمقارنة، تم استخدام المجتمع المرجعي الدولي المرشح من قبل منظمة الصحة العالمية (NCHS/OMS) المقترح من اليونيساف و المنظمة العالمية للصحة. و يستند إختيارنا لهذا المجتمع المرجعي إلى إفتراض أنه بإستثناء قليل من المجتمعات التي تتميز بالطول أو قصر القامة، فإن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية و في جميع الدول تقريبا يتبعون أنماطا متشابهة في النمو قبل سن البلوغ.

و يتم قياس الحالة التغذوية عن طريق حساب نسب الأطفال الواقعين داخل فئات معينة للانحراف المعياري عن وسيط المجتمع المرجعي، بحيث يعتبر الأطفال الأقل من الوسيط بما يتراوح بين ضعف وثلاث أمثال الانحراف المعياري (-2SD, -3SD) يعانون من سوء التغذية متوسط، وتبلغ هذه النسبة 2,2%. أما الأطفال الأقل من الوسيط، بمقدار ثلاث أمثال الانحراف المعياري على الأقل فإنهم يعانون من سوء التغذية الحاد و تبلغ هذه النسبة 0,1%.

لكن هناك مفهوم آخر يلغي النقطة الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية (NCHS/OMS) فهو التفسير الأنتروبومتري حسب المفهوم المطبق من قبل الولايات المتحدة الأمريكية [310] ص10.

جدول رقم 83: حدة سوء التغذية بالتركيز على تقدير مؤشرات سوء التغذية [311] ص 15.

المصدر رقم 108: Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Ministère de la santé et de la population, Alger , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

المؤشرات	حدة سوء التغذية		
	منخفض	متوسط	مرتفع
تأخر في النمو (HAZ)	أقل من 20	20-29	30-39
نقص في الوزن (WAZ)	أقل من 10	10-19	20-29
النحافة (WHZ)	أقل من 5	5-9	10-14

و بإستقراء نسب المؤشرات الخاصة بسوء تغذية الطفل توضح ما يلي:

تمكننا هذه النسب من تقدير الوضع التغذوي على مستوى الفرد و المجتمع، فعلى مستوى الفرد، يجب مراعاة الزمن ووجود معلومات شخصية لتبيان العجز الغذائي. و الحذر فيما يخص صحتها كنتيجة نهائية، أما على مستوى المجتمع فالمعطيات المتحصل عليها معظمها تكون جاهزة ناتجة بالتقاطع المجزئ إلى أجزاء من البيانات التفصيلية.

و توزيع المؤشرات الأنتروبومترية، تمكننا من توضيح العبارة Z-score، فهي متعلقة بمعيار الإنحراف SD و تأخذ مجتمع مرجعي له توزيع طبيعي، و الذي يأخذ الصيغة الآتية:

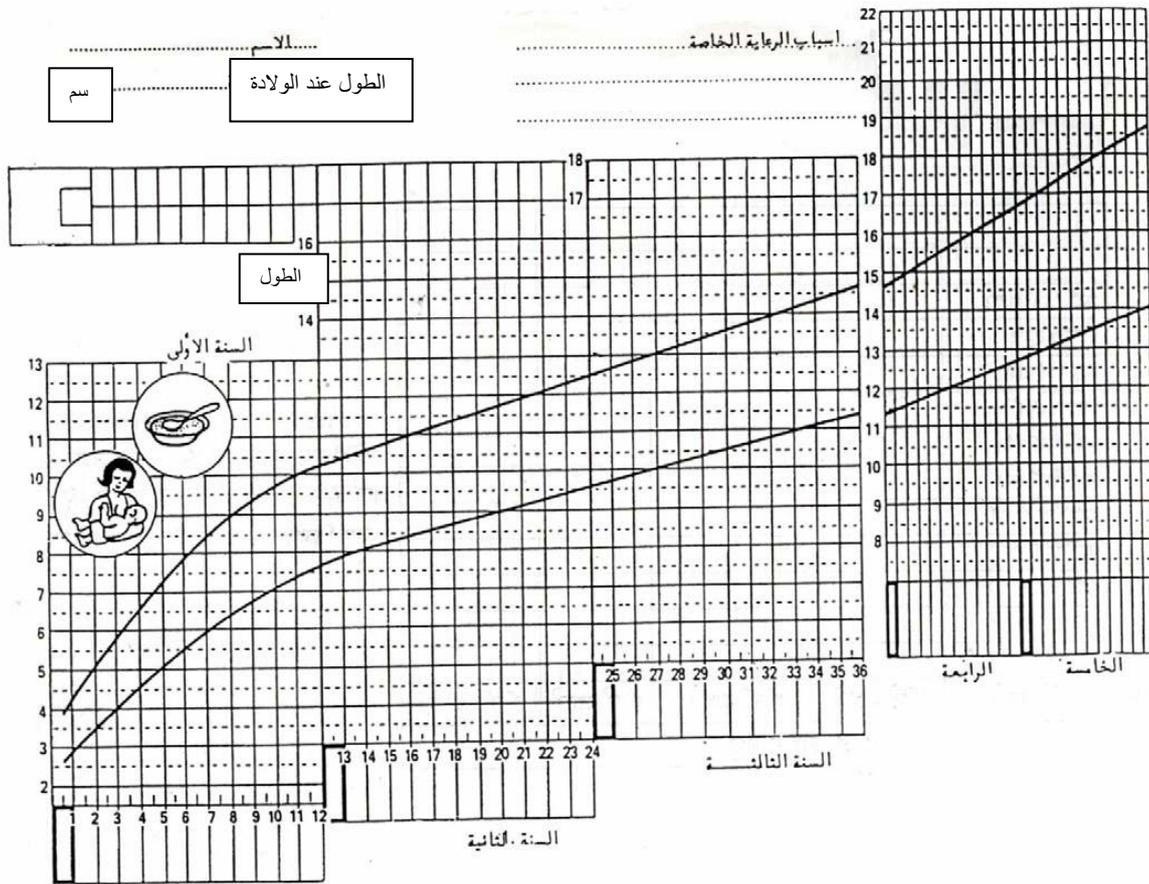
$$Z\text{-score} = (\text{valeur observée}) - (\text{valeur de référence médiane}) / \text{Ecart type de la population de référence}$$

كثيرا ما تكون مؤشرات التغذية (WAZ, HAZ, WHZ) معبرة عن حالة تغذوية معينة، لهذا نستعمل في الدراسة مؤشر قصر القامة، الذي يمثل الطول بالنسبة للعمر مقياسا للنمو الطولي (HAZ). و يلاحظ أن التأخر في النمو الطولي لا ينشأ كنتيجة لفترة قصيرة من سوء التغذية و لكن من عدم كفاية الغذاء لفترة طويلة. و يمكن أن نقول أنه إذا تعرض الطفل لسوء التغذية بشكل مزمن فإنه سوف يصبح قصيرا بالنسبة لعمره، أي سيصاب بقصر القامة. و يدل قصر القامة على بطء النمو العظمي. و بالرغم من أن هذا البطء قد يبدأ منذ الميلاد، إلا أن قصر القامة الواضح قد لا يتضح إلا بعد عدة سنوات. و قد يكون قصر القامة أيضا مؤشرا للإصابة المزمنة أو المتكررة بالأمراض المعدية بالإضافة إلى نقص الغذاء.

طريقة قياس الطول:

يؤخذ قياس الطول للأطفال الأقل من عامين بوضعية الإستلقاء ويجب مراعاة (40):

- 1- أن يتم بوضعية الإستلقاء بشكل يكون الجسم منبسطة تماما،
- 2- خلع الحذاء والجوارب وأي شيء على الرأس،
- 3- يجب أن يكون الرأس مستقيماً متعامداً مع القطعة الخشبية الثابتة،
- 4- يجب أن يكون الرأس والظهر والوركين والفخذين وكعب القدمين ملامسين لسطح المقياس بدون إنحناء،
- 5- يجب أن تكون القدمان مستندتين بشكل عمودي على القطعة المتحركة،
- 6- يؤخذ القياس بين القطعتين بشكل دقيق.



40

المصدر رقم 109: OMS, La fiche de croissance. Son utilisation pour les soins nourrissons et aux enfants, OMS, Genève, 1996.

شكل رقم 40: مراقبة نمو الطفل (الطول بالنسبة للعمر) [312] ص 10.
 تفسير منحنى نمو الطفل:

- 1-تزايد منحني النمو بحيث يوازي اتجاه المنحنيين الحديين / العلوي -السفلي / يعني أن الطفل ينمو بشكل جيد
- 2-تسطح منحني النمو يعني أن الطفل لا ينمو ومن المحتمل وجود نقص في التنوع الغذائي، عادة تكون هذه العلامة الأولى لسوء التغذية وهي تحدث قبل تطور العلامات الأخرى لسوء التغذية .
- 3-انحدار مخطط النمو يعني أن الطفل يخسر وزنه ، وهذه علامة تدل على وجود مشكلة صحية عند الطفل مثل حدوث الإسهال -سعال ديكي -حصبة (ويحتاج لتدخلات سريعة).
- 4-إذا كان مخطط النمو يقع تحت الخط السفلي لكنه أخذ بالتزايد المستمر من حيث الشكل، فإن هذا لا يدل على سوء التغذية بل غالباً ما يدل على وجود عامل وراثي، كأن يكون أحد الوالدين صغير الحجم مثلاً أو نقص الوزن عند الولادة.
- 5-إن القراءة الواحدة على مخطط النمو والتي تشير إلى زيارة واحدة للطفل إلى المركز الصحي، لا تكفي لتقييم الحالة الصحية و التغذية للطفل، وإنما يحتاج الأمر إلى زيارات متكررة لتشخيص الحالة الصحية للطفل.

3.7. استخدام المسح الاجتماعي للدراسة

وهذا بالاعتماد على الاستمارة المقسمة إلى أربعة أجزاء وهي:

1.3.7. الإستمارة الخاصة بالخصائص العامة للأم والأسرة

- العمر
- عدد الأطفال
- مدة الزواج
- نوع عمل الأم
- مكان الولادة
- الخصائص العامة للأسرة الريفية و الحضرية وهي:
- نوع الأسرة (نووية أو ممتدة)
- نوع عمل رب الأسرة
- بعد المسافة عن أهل الزوج و أهل الزوجة
- دخل الأسرة
- متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة

2.3.7. إستمارة المحيط البيئي لأسرة المبحوثة

- نوع المسكن
- أرضية المسكن
- تواجد المطبخ
- مصدر المياه الصالحة للشرب
- الصرف الصحي

3.3.7. إستمارة خاصة بمؤشرات سوء تغذية الطفل و النمط التغذوي للأم

- عمر الطفل
- التفضيل بين الجنسين
- الإصابة بالإسهال
- الإرضاع الإصطناعي للطفل
- إستعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها
- الرضاعة الطبيعية: (أول رضاعة، لا يوجد رضاعة طبيعية، مدة الإرضاع، الرضاعة التكميلية و الرضاعة الغالبة)
- التنوع الغذائي حسب عمر الطفل

4.3.7. إستمارة خاصة بالخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم الريفية والحضرية

- المستوى التعليمي للأم
- تغذية الأم خلال فترة الإرضاع الطبيعي لطفلها
- تذكر الأم تغذيتها في الصغر
- الميل للطب الحديث أم التقليدي
- تتبع النصح
- خبرة الأم في علاج طفلها

4.7. المنهج المقارن

يستعمل هذا المنهج، للمقارنة بين العوامل المؤثرة في تغذية الطفل الأقل من عامين في الأسر الريفية مقارنة بالأسر الحضرية للأم الريفية و الحضرية، خلال الفترات المكونة للمجال الزمني للدراسة.

5.7. المنهج المونوغرافي

يسمح هذا المنهج، بالوصف الدقيق للمناطق الخاصة بالدراسة وهي الريف و الحضر التي تم من خلالها سحب عينات الدراسة.

6.7. المنهج الإحصائي

هو مجموعة من الطرق والأساليب والوسائل، التي تهدف إلى جمع و تصنيف و تبويب و عرض و وصف و تحليل بالاعتماد على برنامج SPSS، لاستخراج النتائج و المؤشرات من خلال العموميات الإحصائية (معالجة إحصائية)، وإختيارها لإستخدامها في الأغراض التنبؤ والتقدير و اتخاذ القرارات الخاصة بالموضوع.

1.6.7. التحليل الوصفي

1.1.6.7. جمع البيانات

و يتم جمع البيانات بأساليب عديدة منها أسلوب الحصر الشامل، ولأسلوب العينات.

2.1.6.7. تصنيف البيانات

و يتم تصنيف هذه البيانات طبقا لنوع البيانات الكيفية كانت أو كمية، كما أن هناك العديد من التصنيفات للبيانات طبقا لمصادرها.

3.1.6.7. التبويب

و يتم التبويب في جداول عادية و مزدوجة و مركبة، بالإعتماد على التوزيعات التكرارية

4.1.6.7. عرض البيانات

و يتم عرض البيانات بسهولة التعرف عليها بطرق عديدة.

5.1.6.7. تحليل البيانات

و في هذه المرحلة يتم دراسة الخصائص الأساسية للظاهرة المدروسة، و اتجاهاتها، و تحديد المؤشرات الإحصائية التي نعتمد عليها للوصول إلى الحقائق المتعلقة بالظاهرة المدروسة.

6.1.6.7. إختبار المؤشرات

وفي هذه المرحلة يتم إختبار هذه المؤشرات، من حيث حقيقتها و مدلولاتها عن طريق مؤشر سوء التغذية (الأنثروبوميترية).

2.6.7. التحليل التفسيري

نستعمل نموذج الإنحدار اللوجيستيكي «La Régression Logistique»، الذي يعتبر جزء من النماذج المعروفة للإنحدار لوجيت (Logit liniers). و الذي يهدف إلى تحليل النتائج المنطقية (Ratios).

في النموذج الإنحدار اللوجيستيكي، الكمية النموذجية مبنية على العلاقة بين الفئتين مميزة للسكان:

إحدها تحمل ميزة مدروسة (سوء التغذية) بشكل متناسب P_j ، و التي لا تحملها (تغذية حسنة)، التي تكون $(1-p_j)$ [313] ص 12.

$$y_j = (p_j)/(1-p_j)$$

نموذج الإنحدار اللوجيستيكي يدرس المميزات النادرة في السكان، كما تدرس الحوادث التي ليس لها تواجب (تشوهات خلقية، سوء التغذية،.....).

حساب الإرتباط الحظي (المجموع المنطقي Odds ratios أو الخطر النسبي RR) [314] ص 45: الشكل العام للنموذج الإنحدار اللوجيستيكي، هو:

$$y_j = y_0 \exp(b_i x_{ij}) \dots\dots\dots (1)$$

مع، b_i : معاملات المعادلة.

x_{ij} : متغيرات الدالة.

الإرتباط، المسماة «إرتباط الحظ» للحدث الغير المتوقع المدروس، والتي تعطي

$$D_j = (y_j)(y_0)$$

$$\exp(b_i x_{ij})$$

المعادلة (1) يكون متعدد من أجل الحصول على نتائج تحت أشكال معاملات إضافية، نكتفي بأخذ لوجيت (Logit) للنموذج.

$$\text{Logit}(y_j) = \text{Logit}(y_0) \exp(b_i x_{ij})$$

$$\longrightarrow B_i X_{ji} = \text{Logit} D_j = \text{Logit}(y_j/y_0)$$

$$\longrightarrow \text{Logit}(y_j) = \text{Logit}(y_0) + b_i X_{ji}$$

مع: $\text{Logit}(y_0) =$ ثابت التي يمكن كتابته c.

والمعادلة النهائية كما يلي،

$$\text{Logit}(y_j) = c + b_j X_{j1} \dots \dots \dots (2)$$

لنتذكر بأن y_j ليست متناسبة لكن بمجموع المتناسب أو الخطر النسبي (Odds ratios)،

$$(y_j) = (p_j / (1 - p_j))$$

لكي نتحصل على تناسب بحد ذاته، يمكننا تحويل المعادلة رقم (2) كالتالي:

$$\text{Logit}(y_0) = p = c_0 / (1 - p_0) \text{ مرورا بالشكل الأسّي}$$

$$\text{Exp}(c) = \exp(p_0 / (1 - p_0))$$

$$P_0 = (\exp(c)) / (1 + \exp(c))$$

إختبار WALT:

والذي يدل على مدى تأثير المتغير في النموذج، فإن كان أقل من أربعة فهذا يدل على أن هناك احتمال أن يساوي المضروب B_i الصفر، و بالنسبة لهذه الحالة لا يكون للمتغير تأثير للحالات المختلفة لمتغير معين مقارنة بالحالة المرجعية التي وقع إعتماها في التحليل، و إن كان مضروب B_i سالبا فهذا معناه أن تأثير الحالة على سوء التغذية أقوى من تأثير الحالة المرجعية و عكس ذلك صحيح إن كان المضروب موجب [315] ص 16.
هذا الإختبار يساعد على:

- 1- إقتراح جمع ثانية و من جهة يوضح بوجود واحد أو أكثر من مداخل.
- 2- يعمل على تبسيط النموذج لفهم المتغيرات X_k .
- 3- المتغير X_p في ثابت B_p هو أقل معنى و يحذف في النموذج.
- 4- X_p يقارن أوجه التشابه و الإختلاف بمساعدة الإختبارات.

وبهذا سوف نعتد على دراسة التحليل الوصفي لسوء تغذية الأطفال الأقل من عامين في ولاية البليدة الذي يعتبر كتمهيد للتحليل التفسيري بتطبيق نموذج الإنحدار اللوجيستيكي «La régression logistique»، الذي يقوم بتحليل العلاقة بين نموذج الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص الطول بالنسبة للعمر (HAZ)، مع المتغيرات الخاصة بالإشكالية و الفرضيات المقترحة و هذا من أجل معرفة تأثير المتغيرات المدروسة في سوء التغذية، و نستعمل كل المتغيرات النوعية و الكمية على حدة، بوجود معادلة الإنحدار اللوجيستيكي و هي كالتالي:

$$\text{Logit } y = c + B_1 X_1 + \dots \dots \dots + B_{19} X_{19} + E$$

بحيث:

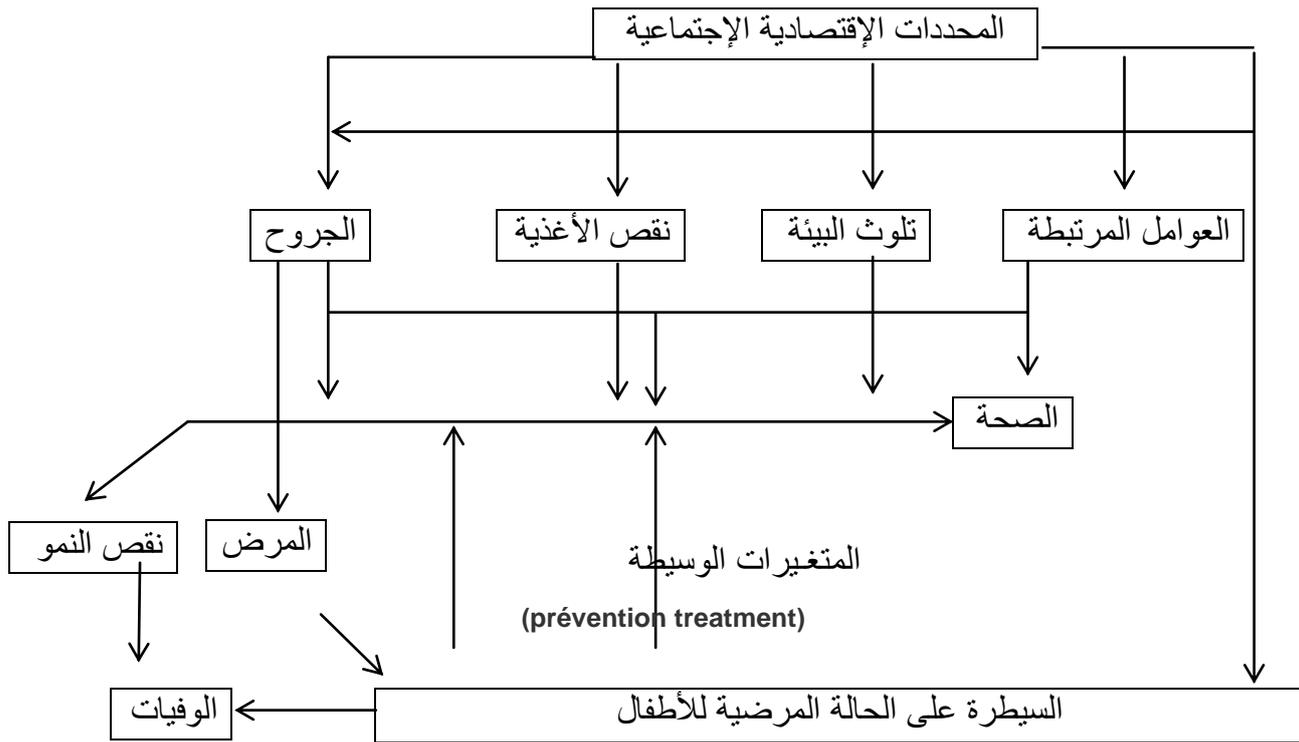
Logit y: المتغير التابع، يمثل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص الوزن، و تأخذ القيمتان:

- 0، إذا كان الطفل مصابا بسوء التغذية.
1، إذا كان الطفل غير مصاب بسوء التغذية.
أما بالنسبة للمتغيرات المستقلة x_i ، و هي المتغيرات الخاصة بمحيط و الأم و الطفل، بحيث:

- 1-TYHABITA: نوعية المسكن.
2-TYMENAG: نوع الأسرة.
3-TYTRAVCH: نوع عمل رب الأسرة.
4-PERSGR : عدد أفراد الأسرة.
5-SALLARM: الدخل الفردي للأسرة.
6-ESPAMARG: مدة الزواج.
8-NEMBEBF: عدد الأطفال.
9-LIEACCOUC: مكان الولادة.
10-ALLMATENUF: تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي.
11-ENTALLMER: تذكر الأم تغذية أمها.
12-CONALIENF: تتبع الأم النصح في تغذية طفلها.
13-NEVOU: المستوى التعليمي للأم.
14-TYTRAVAIF: نوع عمل الأم.
15-MTROMOD: الميل للطب الحديث أو التقليدي.
16-ALLMA: الرضاعة الطبيعية.
17-SEXE: التفضيل بين الجنسين.
18-AGENTRI: التنوع الغذائي حسب عمر الطفل.
19-AIRBENF: استعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها.

3.6.7. تطبيق نموذج Mosley.W.H

يعرف هذا النموذج بـ: «النموذج التصوري الذي يبين تأثير الوفاة و المرض للطفل بخمسة أصناف للمتغيرات وسيطية و محددات الإجتماعية»، و يعتبر أول محاولة تفسيرية لوفيات الأطفال، ويوضح مدى خطورة التعرض لبعض العوامل المتعلقة بالمحيط و الأسرة على صحة الأم و الطفل⁽⁴¹⁾.



41

المصدر رقم 110: Mosely, W.H. An analytical Framework for the study of Child survival in Child survival-strategies for research . Population and développement review supplément to volume no 10, (1999).

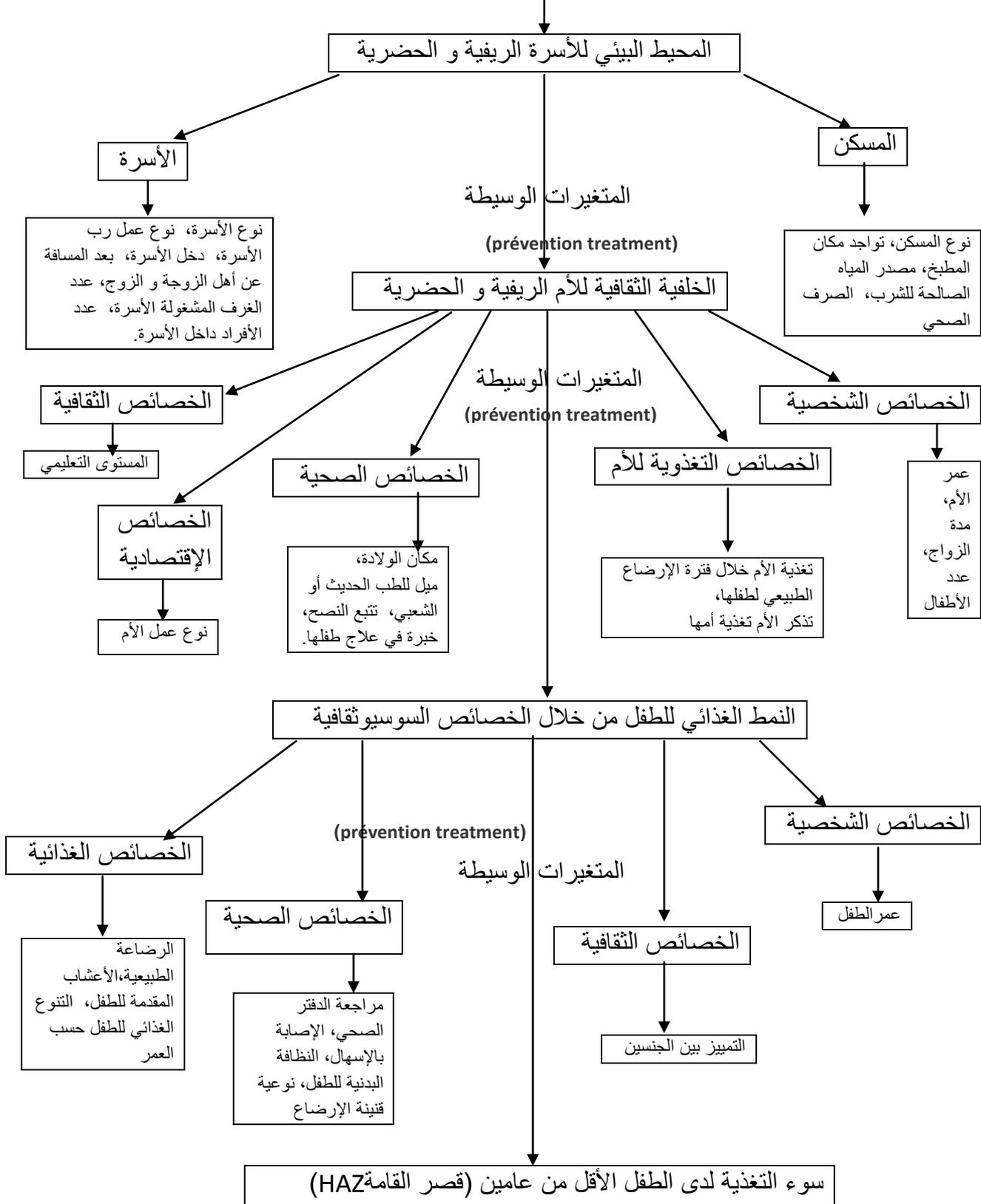
شكل رقم 41: نموذج Mosley.W.H [316] ص 45.

تناول Mosley.W.H دراسة كيفية تأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية على بقاء الأطفال على قيد الحياة [317] ص 10، و قد إعتبر النموذج أن المتغيرات التي لها تأثير تتحقق من خلال المتغيرات الوسيطة (prevention treatment) على العلاقة بين الوضع الصحي و الوضع المرضي للطفل، ثم التأثير على النمو الطبيعي للطفل، و بالتالي يؤثر على بقاءه على قيد الحياة. ويقتصر تطبيق النموذج المبين في المخطط على سوء التغذية، كعامل تقريبي له علاقة بالظروف الاقتصادية للأسرة و الإمكانيات البيولوجية للطفل، و إختيارات الأسرة في مجال الصحة و المتغيرات المرتبطة بالمجتمع المحلي. إستنتج أن الوفاة نتيجة نهائية لسلسلة تجمع بين التطور المرضي متنوعة بالحالة البيولوجية و التي تعكس السلم الزمني.

4.6.7. التعريف بالدراسة

بالإعتماد على نموذج Mosely، نحاول إبراز أهم أربع خصائص مميزة للنمط التغذوي للطفل المتغيرات (42).

الدراسة السوسيوولوجية المقارنة للنمط الغذائي للأم الريفية و الحضرية



42

المصدر رقم 111: من إقتراح الباحثة.

شكل رقم 42: سوء التغذية لدى الطفل الأقل من عامين [318] ص 203

يوضح المخطط، خصائص النمط المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية، و تحليل مقارنة لتأثير الثقافة الأسرية (الريفية،الحضرية) على النمط التغذوي للطفل، وتأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية على النظام الغذائي لإبنها. و عرض كامل لهذا النظام من خلال خصائصه السوسيوثقافية، ونعتمد في الدراسة على التحليل الوصفي، ثم التحليل التفسيري و بإعطاء النموذج التفسيري والتصوري لسوء تغذية الطفل من خلال مقياس قصر القامة.

الفصل 8

خصائص النمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية

نتطرق في هذا الفصل، إلى دراسة تأثير العوامل البيئية للأسرة الريفية والحضرية في النمط الغذائي للطفل، ويفترض أن تشكل هذه العوامل أحد الأسباب الرئيسية للإختلاف الكبير بين الحالة الغذائية في الحضر والريف. ونظرا لتأثير هذه العوامل في مستوى الممارسات الوقائية داخل الأسرة، سنحاول معرفة التفاعل المركب بين الطفل والمحيط البيئي، وهل يؤثر هذا التفاعل إيجابيا أو سلبيا، على صحة الطفل الأقل من عامين، خاصة و أن فئة الأطفال الرضع هم الأكثر حساسية للأمراض والأقل مقاومة للتلوث البيئي.

ويتمتد تأثير عوامل البيئة أيضا ليشمل مدى نظافة محيط المسكن، كما أن الحالة الغذائية للطفل ترتبط بخصائص المسكن(تهوية المحيط و الأرضية، المطبخ، مصدر المياه الصالحة للشرب، الصرف الصحي وغيرها) وهناك حركة عمرانية جديدة أخذت تظهر، وإن ملامح هذه الحركة، تبدو في زيادة بناء المساكن التساهمية في المناطق الحضرية، على عكس ما نلاحظه في المناطق الريفية، و هذا ما ساعد على بروز ظاهرة النزوح الريفي (من الريف إلى المدينة) أما فيما يتعلق بالعاية الصحية ، فلا توجد وحدات مختصة بذلك في بعض المناطق الريفية على عكس ما نجده في المناطق الحضرية.

1.8. نوع المسكن

نوعية المسكن له تأثير في النمط الغذائي للطفل، بحيث تتواجد معظم البناءات الحديثة كالفيلات و الشقق، في المناطق الحضرية ذات الأماكن المتجمعة، أين يتم فيها تحقيق المسكن الآمن و الصحي. و نجد عكس ذلك في البناءات القديمة، كالمنزل التقليدي و الأكواخ و القصدير وغيرها، فهي تتواجد في المناطق الريفية ذات الأماكن المتفرقة، أين تنعدم فيها كل الشروط الضرورية لنظافة المسكن، مما يساعد على إنتشار الجراثيم و الطفيليات بسهولة، التي تتسبب في إنتقال الأمراض المعدية للطفل.

جدول رقم 84: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع المسكن.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع المسكن
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
3,2	4,1	11,2	11,2	29,8	شقة
0,3	0	0,6	1,8	2,7	إستوديو
7,4	7,7	15,3	4,7	35,1	منزل تقليدي
2,4	3,2	1,8	25,1	32,1	قصدير
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع المسكن
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
2,8	6,3	5,6	9,7	24,3	شقة
0	0,7	0	2,8	3,5	ستوديو
0,7	18,1	23,6	0,7	43,1	منزل تقليدي
0	3,5	0,7	25,0	29,2	قصدير
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

يتضح من هذه المعطيات، أن مستويات قصر القامة تختلف حسب نوعية المسكن، فمجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الريفية تمثل 42,8%، منها 25,1% من الأطفال المقيمين في بنايات فوضوية (قصدير) أما المنطقة الحضرية، فإن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة تمثل 38,2%، منها 25,0% من الأطفال المقيمين في بنايات فوضوية.

تشير النتائج السابقة، أن نسبة الإصابة بقصر القامة تختلف حسب نوع المسكن، بحيث كلما كان الطفل مقيم في مسكن تنعدم فيه أدنى شروط الحياة، كلما كان أكثر تعرضاً لقصر القامة (أنظر الملاحق رقم 1 و 2 و 3).

ما يمكن تحليله من هذه النتائج، أن نوعية المسكن تؤثر في النمط الغذائي للطفل، بحيث صاحب النزوح الريفي بنايات فوضوية، تفتقر لأدنى الشروط الضرورية، كالمياه الصالحة للشرب، قنوات صرف المياه وإضافة لكل هذا، بقيت معدلات إستغلال المساكن و الغرف و كذا متوسط عدد الأسر في المسكن. كما تعاني المناطق الحضرية من إنتشار ظاهرة النزوح الريفي (من الريف إلى

الحضر)، حيث تزداد عوامل الجذب في المدن، و تزداد عوامل الطرد من الريف، وهذا راجع إلى رغبة سكان الريف في الانتقال بحثًا عن مصادر الرزق في المدن والتمتع بكافة الخدمات.

يعد الأطفال من أولى ضحايا النزوح من الريف إلى الحضر، وهم أكثر الفئات تأثرًا بهذه الظاهرة، فهم يتعرضون لمخاطر تعيق نموهم الجسماني وتنمية قدراتهم العقلية، وكثيرًا ما يكونون ضحايا الإعاقة والإهمال والقسوة والاستغلال. و يعاني الأطفال النازحون من سوء التغذية بسبب "نقص الحديد" ونقص في الفيتامين وهذا راجع إلى الفقر و الأزمات الاقتصادية، الجوع والتشرد. بالإضافة إلى التدهور في البيئة الصحية مما يعرض الطفل للوفاة.

عرفت وضعية المسكن و تجهيزات الأسرة تحسنا ملحوظا منذ الإستقلال، رغم بعض الفروق الجهوية. ولد النزوح الريفي بناءات فوضوية، تفتقر إلى أدنى الشروط الضرورية، كالمياه الصالحة للشرب، قنوات صرف المياه، إضافة إلى كل هذا، ببقية معدلات إستغلال المساكن و الغرف و كذا متوسط عدد الأسر في المساكن مرتفعة جدا. بلغ متوسط عدد أفراد الأسرة 6,56 فردا سنة 1998، و بلغ عدد المساكن 5.244.537 مسكنا (من بينها 4.053.793 مسكنا مشغولا). أما معدل إستغلال المساكن فقد بلغ 7,14 بعد أن كان خلال إحصاء 1987م 7,54 فردا لكل مسكن [319]ص6.وكمقياس للرفاهية ما زالت تجهيزات المساكن تسجل فروقا حسب محل الإقامة(حضر، ريف).

كما يطرح مشكل التزويد بالمياه الصالحة للشرب بشدة في الجزائر، فمن الناحية الكمية لا يزود السكان بصفة عامة بالكمية الكافية من مياه الشرب. إذ تقدر حصة الفرد اليومية بحوالي 75 لترا، إلا أنها تختلف حسب المناطق (64% في الريف مقابل 91% في الحضر)، من الناحية النوعية تبقى معالجة المياه الموجهة للإستهلاك غير كافية وغير منتظمة و تنعدم في بعض الأحيان. كما تسجل تفاوتات فيما يخص قنوات الصرف الصحي (98% في المناطق الحضرية، 62% في المناطق الريفية).

2.8. أرضية المسكن

تلعب أرضية المسكن دورا هاما، في نقل الأمراض بين الأطفال الصغار حيث يلعبون عليها بدون مفرش. فإذا كانت الأرضية غير قابلة أو غير سهلة التنظيف، فإنها تصبح مصدرا رئيسيا لنقل العدوى.

جدول رقم 85: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوعية أرضية المسكن.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوعية أرضية المسكن
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
31,8	10,6	14,2	3,5	3,5	اسمنت
21,2	2,9	5,9	5,6	6,8	بلاط
24,2	18,9	1,2	2,9	1,2	تراب
22,7	10,3	7,7	2,9	1,8	عادي
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوعية أرضية المسكن
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
43	11,8	19,4	11,8	0	اسمنت
30,6	3,5	9,7	14,6	2,8	بلاط
25,7	22,9	0,7	1,4	0,7	تراب
0,7	0	0	0,7	0	عادي
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الريفية تمثل، 42,8% منها 18,9% من الأطفال المقيمين في أرضية ترابية، أما المنطقة الحضرية، فإن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة تمثل، 38,2% منها 22,9% من الأطفال المقيمين في أرضية ترابية.

وما يمكن تحليله، هو أن الأطفال الذين يعيشون في مساكن ذات أرضية من بلاط، إسمنت، خشب و هي أنواع صحية، سهلة، التنظيف أقل عرضة للإصابة بسوء التغذية من الأطفال الذين يعيشون في مساكن ذات الأرضية الترابية أو غير الصحية، و هذا ما نلاحظه في النتائج السابقة. و بهذا فإن المسكن هو البيئة الأولى التي يرتبط بها الطفل و تؤثر عليه بشكل سريع، نظرا لكونه أكثر حساسية للأمراض و الأقل مقاومة للتلوث البيئي. و يظهر تأثير أرضية المسكن على سوء التغذية، بكونها مصدرا لتعرض الطفل للحمى في الأسر الحضرية و الريفية، و خصوصا في المناطق الريفية، أين تكثر فيها تربية الحيوانات و التي تتيح فرص إنتقال الجراثيم و الطفيليات إلى جسم الطفل عن طريق الجلد أو الفم.

ومن الضروري معالجة عدد من المشاكل والاتجاهات البيئية، مثل تلوث الهواء والنفايات الخطرة والتعرض للمواد الكيميائية الخطرة ومبيدات الآفات، وعدم كفاية المرافق الصحية وسوء النظافة والماء الغير الصالح للشرب والطعام غير المأمون، فضلا عن عدم كفاية دور السكن، وذلك بغية رعاية صحة الأطفال ورفاهيتهم. بحيث السكن اللائق يشجع تكامل بنين الأسرة، ويسهم في العدالة الإجتماعية ويعزز شعور الإنتماء والأمن والتضامن الإنساني، مما يشكل عناصر أساسية لرفاه الأطفال.

3.8.المطبخ

يعد وجود المطبخ من العناصر الأساسية لتحضير الوجبة الغذائية بصور جيدة و في ظروف حسنة، كما أن وجود المطبخ عادة ما يكون مقترنا بوجود أدوات و لوازم وأجهزة حديثة أو شبه حديثة تسهل عمليات الطهي و تحسن من ظروف إنتاج الغذاء و حفظ المؤن و المأكولات حتى لا تتلف. لذا يمكننا التساؤل: هل هناك علاقة بين نوع المطبخ و سوء التغذية عن طريق مؤشر قصر القامة؟.

جدول رقم 86: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مكان تواجد المطبخ.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مكان تواجد المطبخ
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	0	5,0	0	5,0	مراح
3,2	4,4	23,0	33,0	63,6	لا يوجد مطبخ
10,0	10,6	0,9	9,7	31,2	داخل المنزل
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مكان تواجد المطبخ
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	5,6	4,2	8,3	18,1	مراح
0,7	6,9	22,9	25,7	56,2	لا يوجد مطبخ
2,8	16,0	2,8	4,2	25,8	داخل المنزل
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الريفية تمثل، 42,8% منها 33,0% من الأطفال المقيمين بدون مطبخ، أما المنطقة الحضرية فتمثل نسبة 38,2% منها 25,7% من الأطفال المقيمين بدون مطبخ.

ما يمكن إستنتاجه، هو أن قصر القامة في حالة وجود المطبخ داخل المسكن أقل شدة منها في حالة عدم وجوده في المسكن، وعليه فإن المطبخ الذي لا يخضع إلى كامل الشروط الضرورية لتحضير الوجبة الغذائية، و هذا من وجود أدوات و أجهزة حديثة أو شبه حديثة تسهل عمليات الطهي، وطرق حفظ المؤنات والمأكولات حتى لا تتلف، مما يعرض الطفل للإصابة بقصر القامة. ويمكن أن تكون خدمات الطاقة الحديثة مدخلا حيويا لتحسين وضع المرأة في البيت. فالمرأة هي على الأغلب التي تطهو الطعام، لذا فإن أطفالها أكثر عرضة من غيرهم لتلوث الهواء داخل المنزل نتيجة الدخان الذي ينبعث من مواقد الطهي. إضافة إلى ذلك، فإن حرق الوقود يشكل أكبر مصدر من مصادر تلوث الهواء المضر بالصحة، فضلا عن كونه مصدرا رئيسيا من مصادر غاز التدفئة. وتشكل المواقد التي تحرق الفحم والحطب وغيرها من مواد الوقود المكونة من الكتلة الحيوية مصدرا مهما آخر من مصادر التلوث بجزيئات في المنازل الريفية. فالدخان المنبعث من مواقد الطهي يحتوي على كميات خطيرة من مواد سامة ويمكن أن تؤدي أيضا إلى مشاكل في الجهاز التنفسي للطفل(أنظر الملحقين 4 و5 و6).

4.8. مصدر المياه الصالحة للشرب

تعد المياه من العوامل الرئيسية التي يمكن أن تحمل الجراثيم و الأمراض المعدية إلى الأم الحامل و الطفل، و يتسبب تلوث المياه في الإصابة بأغلبية أمراض الجهاز الهضمي للطفل و من ثم يكون أكثر عرضة للإصابة بأمراض سوء التغذية.

جدول رقم 87: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مصدر المياه الصالحة للشرب.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مصدر المياه الصالحة للشرب
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	تقنيات الجماعة
6,2	7,4	11,5	17,4	42,5	البئر
4,7	7,1	12,7	18,9	43,4	من الطبيعة
2,4	0,6	4,7	6,5	14,2	المجموع
13,3	15,0	28,9	42,8	100%	
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مصدر المياه الصالحة للشرب
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	تقنيات الجماعة
3,5	18,1	13,9	11,1	46,6	المجموع
3,5	28,5	29,9	38,2	100%	

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الحاد جدا في الحضر أكثر ارتفاعا من الريف، بحيث تسجل المنطقة الحضرية 38,2% من مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الحاد جدا منها 25,7% من الأطفال المقيمين مع أسر تعتمد على جلب المياه من البئر، أما المنطقة الريفية تمثل 42,8% منها 18,9% من الأطفال المقيمين مع أسر تعتمد على جلب المياه من البئر.

ما يمكن تحليله مما سبق، أن توفر الماء النقي للسكان من الأمور الهامة جدا، فبالإضافة إلى شرب الماء النقي الخالي من الجراثيم، والذي ينعكس إيجابا على صحة السكان بشكل عام و الأطفال بشكل خاص، فإن الماء النقي وسيلة للنظافة التي تنعكس إيجابا على الصحة العامة للمجتمع و الأسرة. إن البيئة المحيطة للأسرة الريفية والحضرية، لها تأثير كبير على النمط الغذائي للطفل، فالعديد من الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال تنتقل عن طريق المياه الملوثة، و يرتبط تلوث المياه بكل من نوعية مصدرها الرئيسي و بأدوات المستعملة لتخزينها، كما أن الماء هو السبب الرئيسي لمعظم الأمراض مثل الإسهال.

إن الأطفال هم الأكثر تعرضاً من أية فئة عمرية أخرى للتأثيرات المرضية الناتجة عن تناول مياه الشرب غير المأمونة، وتناول كميات غير كافية من المياه، وضعف مستوى المرافق الصحية ونقص سبل النظافة الشخصية. وعلى الصعيد العالمي، تسجل 10,5 مليون طفل أقل من عامين سنويا معرضين للوفاة [320]ص4، ومعظم هذه الوفيات تقع في الدول النامية. أما الإفتقار إلى مياه الشرب المأمونة، وإلى مرافق الصرف الصحي وسبل النظافة الشخصية الملائمة يسهم في حدوث الأمراض القاتلة الرئيسية للأطفال دون سن الخامسة، بما فيها الأمراض الناجمة عن الإسهال، وذات الرئة الإلتهاب الرئوي، والإعاقة وحالات قصر في القامة التي تصيب الأطفال حديثي الولادة.

وهناك أكثر من 125 مليون طفل أقل من عامين يقيم في أسر لا تتوفر لها إمكانية الوصول إلى مصادر مياه الشرب المحسنة، وبالتالي صحته تكون مهددة بالمخاطر منذ ولادته، بسبب إفتقاره إلى الحصول على مياه الشرب المأمونة. والنظافة الشخصية هي الأخرى أيضاً جزء لا يمكن الإستغناء عنه في هذه المعادلة. فمجرد غسل الأيدي له مضامين مهمة لصحة الأطفال، وبقائهم عن طريق خفض حالات الإصابة بالمرض وحالات الوفاة المتعلقة بالإسهال، والإلتهاب الرئوي والأمراض المعدية الأخرى.

تشير أحدث التقديرات التي أعدها برنامج المراقبة المشتركة للمياه ، وهو برنامج تقوم بتنفيذه منظمة الصحة العالمية بمشاركة منظمة الأمم المتحدة للطفولة يونيسف [321]ص2، أن التغطية العالمية بهذه الخدمات ازدادت من 78% عام 1990 إلى 83% عام 2004 . وهذا يعني أن أكثر من 1,2 مليار شخص حصلوا على فرصة الوصول إلى مصادر مياه الشرب المحسنة خلال تلك الفترة .

5.8. الصرف الصحي

يعد الصرف الصحي مصدرا أساسيا داخل المسكن من جهة، ومكان لإنتقال الجراثيم من جهة أخرى و هذا يؤثر على النمط التغذوي للطفل.

جدول رقم 88: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الصرف الصحي.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الصرف الصحي
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
19,8	4,1	2,7	6,2	6,8	عادي
31,6	13,0	8,8	5,0	4,7	تقليدي
46	23,9	16,8	3,5	1,8	لا يوجد
2,7	1,8	0,6	0,3	0	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الصرف الصحي
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
36,8	11,1	13,2	10,4	2,1	عادي
16,7	0,7	0	15,3	0,7	تقليدي
45,9	26,4	16,7	2,1	0,7	لا يوجد
0,7	0	0	0,7	0	لا توجد إجابة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة، في المنطقة الريفية تمثل 42,8% منها 23,9% من الأطفال المقيمين في مساكن لا توجد فيها الصرف الصحي، أما المنطقة الحضرية فهي تمثل 38,2% منها 26,4% من الأطفال المقيمين في مساكن لا يوجد فيها صرف صحي.

وفقا للنتائج السابقة، تبين أنه كلما كان الصرف الصحي غير موجود داخل المسكن، كلما تعرض الطفل للإصابة بقصر القامة، و هذا ما لاحظناه في كل من المنطقتين الريفية و الحضرية. من هنا يجدر الإشارة إلى أن على كل من الأسر الريفية و الحضرية دور على المحيط البيئي للطفل، بالحد من إنتشار الأمراض، و دور الأنشطة المنفذة خارج القطاع الصحي لمعالجة الأسباب الأساسية لسوء التغذية و الأمراض المعدية، فكل مرض معدى له آلية إنتقال خاصة معظمها ترتبط بالمحيط البيئي للطفل.

فالنقص في المياه اللازمة للنظافة الشخصية، و وجود الحشرات و الحيوانات الأخرى في محيط الطفل تساهم إسهاما مباشرا في إنتقال الطفيليات المعوية، بسبب التخلص الغير سليم للفضلات التي تتيح للطفيليات بالتنقل إلى جسم الطفل عن طريق اليد أو الفم. و هذا ما يعرضه للإصابة بسوء التغذية.

وفي مجال الصحة دائما، سجل التقرير حول صحة الأسرة والسكان في الجزائر 2006[322] ص26 تراجعا في نسبة وفيات الأطفال الرضع إلى 26,9 حالة سنة 2006، بعدما كانت 36,9 حالة وفاة لكل ألف ولادة عام 2000. كما تراجعت نسبة الوفيات بالنسبة للأطفال بنسبة 11,59 بالمائة في حين سجل تراجع محدود في وفيات الأمهات في نفس الفترة.

وعن إنتشار الأمراض، لاحظ التقرير أيضا، تراجعا شبه كلي في للأمراض المعدية والمتنقلة، ويعود ذلك إلى السياسة الصحية المنتهجة من جهة، وإلى إرتفاع نسبة ربط العائلات بشبكات الصرف الصحي، وتنظيم المجال المتعلق بنظافة المحيط من جهة أخرى. ورغم هذا التحسن فقد نبه التقرير إلى واقع آخر يخص انتشار بعض الأمراض التي تستدعي متابعة وإمكانيات كبيرة للتعامل معها وذكر أمراض مثل ضغط الدم والسكري وأمراض القلب، و أوصى بالزامية التفكير في طرق جديدة للتعامل مع هذه الأمراض التي ظهرت مع تطور المجتمع الجزائري.

الفصل 9

تحليل مقارن لتأثير الأعراض السوسيوديمغرافية على نمط تغذية الطفل.

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى التحليل المقارن لتأثير الأعراض السوسيوديمغرافية على نمط تغذية الطفل، وقد راعينا عند إختيار هذه الأسرة أدوار المرأة وأنشطتها، وعلاقتها بالمتغيرات الديمغرافية و الثقافية و الإجتماعية و غيرها. كما نلاحظ أن الأسر تتأثر بمجموعة من العوامل ذات الأبعاد الهامة، كنوع الأسرة، مهنة رب الأسرة، بعد المسافة بين أهل الزوج و الزوجة، دخل الأسرة، عدد الغرف المشغولة لكل الأسر و عدد الأفراد داخل الأسرة، وحجم الأسرة أي إن كانت نووية أو ممتدة، وغيرها. كما نحاول في هذا الفصل الكشف عن طبيعة عملية إتخاذ القرار داخل الأسرة الريفية و الحضرية فيما يخص تغذية الطفل الأقل من عامين.

1.9. نوع الأسرة

تنوزع نوعية الأسرة المدروسة طبقا لنمط التغذوي بين أسرة نووية، و أسرة ممتدة، هذا من حيث التكوين والبناء من جهة، و من جهة أخرى تتوقف حالة التغذية للأسرة إلى حد كبير على معارف أفرادها ومواقفهم وممارساتهم. ولاسيما رب الأسرة.

هناك رؤية واضحة لإنخفاض نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع الأسرة، حيث كلما كان حجم الأسرة كبير، كلما تعرض الطفل للإصابة بقصر القامة في كل من الريف و الحضر. بهذا فإن لنوع الأسرة تأثير في النمط الغذائي للطفل، بحيث الزيادة في حجم الأسرة ينتج عنه مشكل السكن و ارتفاع في المستوى المعيشي.

هذا ما جعل الكثير من الشباب يتزوجون و يقيمون مع أوليائهم في نفس منزل الأسرة، وهكذا تتكون لدينا أسرة ممتدة(المكونة من أهل الزوج) بظهور جيل جديد في نفس المنزل و هو جيل جديد و هو جيل الأحفاد، و بالتالي الإكتظاظ الناتج عن الضيق في المسكن، سوف يعرض الطفل للإصابة بالأمراض خاصة الأمراض التنفسية، بالإضافة إلى العادات و التقاليد الراسخة في أوساط الأسر الريفية و الحضرية التي تحدث تغيرا في الفهم القاصر و الخاطئ للإحتياجات الغذائية لجسم الطفل مما يعرضه للإصابة بقصر القامة.

جدول رقم 89: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع الأسرة.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع الأسرة
المجموع	أكثر حدة	الحاد	متوسط	منخفض	
47,8	19,2	12,4	4,9	6,8	مع الأولاد فقط
0,6	0,6	0	0	0	(أخ و أخت) الزوج
48,6	22,1	15,0	5,6	5,9	أهل الزوج
2,9	0,9	1,5	0	0,6	أهل الزوجة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع الأسرة
المجموع	أكثر حدة	الحاد	متوسط	منخفض	
44,4	16,0	13,2	13,9	1,4	مع الأولاد فقط
52,8	21,5	15,3	14,6	1,4	أهل الزوج
2,8	0,7	1,4	0	0,7	أهل الزوجة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الريفية تمثل 42,8% منها 22,1%، أما المنطقة الحضرية تمثل 38,2% منها 21,5% من الأطفال المقيمين مع أسر ممتدة (أهل الزوج).

ما يمكن إستخلاصه من النتائج، أن هناك تقارب في نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة و الحاد في كل من الريف و الحضر، بحيث في الريف (نجد 22,1% من قصر القامة الأكثر حدة و 15,1% من قصر القامة الحاد)، أما في الحضر (21,5% من قصر القامة الأكثر حدة و 15,3% من قصر القامة الحاد)، بينما تختلف نسب قصر القامة المتوسط و المنخفض في المنطقتين، المنطقة الحضرية تسجل أكبر نسبة من المنطقة الريفية، فهي تمثل 14,6% بينما الريف 5,6% هذا فيما يخص قصر القامة المتوسط، أما قصر القامة المنخفض ينخفض تدريجيا بشكل سريع في الحضر أكبر من الريف (1,4% حضر مقابل 6,8% ريف).

تعرف الأسرة بأنها الخلية أو الوحدة الأساسية للمجتمع، وهي المكون الأساسي للنسيج الاجتماعي، وقد لا يتطابق مفهوم مصطلح "الأسرة" مع مفهوم مصطلح "العائلة"، وان كان كلاهما يتعرض إلى علاقة القرابة أو النسب، والمشاركة في المسكن وتوزيع الأدوار المعيشية والوظائف الإنتاجية وتنشئة الأطفال. ونظرا للاختلافات الثقافية والعرقية والاجتماعية والإقتصادية فإن مفهوم

مصطلح "الأسرة" أو "العائلة" ليس واحدا حتى في المجتمع الواحد. بمعنى أن القرابة قد تحدها أواصر الدم أو العصب، والعلاقة بالمسكن تتبدل وتتغير حسب مراحل عمر الفرد والإمكانات الاقتصادية المتاحة له، وكذلك يخضع توزيع الأدوار الإنتاجية والوظيفية والإستهلاكية لنوع النظام الإقتصادي والسياسي السائد في المجتمع، وتلعب الخلفية الثقافية والتقاليد والأعراف دورا كبيرا في تباين أنماط تغذية الأطفال. والطفل في هذا الإطار فرد من أفراد الأسرة له إستقلاليتة وحقوقه الإنسانية شأنه في ذلك شأن أي فرد آخر. فهذا هو البعد الفردي والشخصي للطفل كإنسان له وضعه الخاص به. والطفل في إطار الأسرة عنصر ومكون أساسي لهذه الوحدة الإجتماعية، يتفاعل مع بقية أفرادها ويتأثر بهم ويؤثر فيهم، وتتشابك علاقاته بهم في ظل قوانين وأعراف وتقاليد إجتماعية عامة ونظام إقتصادي وسياسي معين ليشكل وضعاً ومكانة معينة للطفل وأدواراً محددة له. وهذا هو البعد الإجتماعي والثقافي والإقتصادي لوضع الطفل ودوره في إطار الأسرة ومن ثم في المجتمع بصفة عامة.

ونظراً للتغير الإقتصادي والإجتماعي والثقافي المستمر الذي تتعرض له الأسرة، فإن قضايا الكرامة والمساواة والأمن ونوعية الحياة ومستوى المعيشة ونمطها لكل فرد من أفراد الأسرة وكذلك للأسرة ذاتها باعتبارها وحدة مؤسسية إجتماعية ستتغير تبعاً لذلك وسيتباين دور الأسرة في عملية التنمية، وتتعرض كذلك أوضاع أفرادها ومكانتهم وعلاقاتهم ببعضهم البعض، وبالبيئة المجتمعية المحيطة بهم، للتغير والتبدل عبر الزمن.

إن قضية المحافظة على البيئة الأسرية لتكون دائماً متوازنة ومتماسكة بحيث توفر الشروط المناسبة لنمو الأطفال بإعتبارهم أفراداً يتمتع كل منهم بصفاته الإنسانية المستقلة وكذلك بأنه كائن إجتماعي يتفاعل مع غيره، بهذا توضع الأم في قلب عملية التنمية الأسرية والمجتمعية، والنهوض بها بإعطائها المكانة اللائقة بها كأمر وشريك كامل في قيادة شؤون الأسرة وإدارتها مساهمة هامة في عملية التنمية الشاملة للمجتمع.

كانت العائلة الجزائرية حتى منتصف الستينات عائلة ممتدة. ومنذ ذلك التاريخ حدث تغير تدريجي على حياة العائلة وظروفها الاجتماعية. وهذا التغيير يوازي التغيرات الرئيسية في التوزيع الجغرافي للسكان بين الريف والمدن التي تبعت الزيادة في الهجرة الداخلية والتحضر. وبالنتيجة فإن 79% من السكان يعيشون الآن في المناطق الحضرية، وزاد ذلك من الطلب على الخدمات الأساسية مثل الصحة والتعليم والإسكان وغيرها من المنافع الحيوية.

2.9. نوع عمل رب الأسرة

أن لكل مواطن الحق في ممارسة العمل الذي يختاره لنفسه و بمقابل أجر عادل. من هنا تبين لنا أهمية دراسة النمط الغذائي للطفل حسب نوع عمل رب الأسرة، في أنه يمثل حجم الفئة المنتجة في المجتمع، الذي يتولى مسؤولية رعاية أفراد الأسرة، وقدرته على الإنتاج و الكسب.

جدول رقم 90: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع عمل رب الأسرة.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع عمل رب الأسرة
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
4,4	2,7	0,9	0,3	0,6	تعليم
22,7	8,3	7,7	3,8	2,9	تجارة
8,0	3,8	1,2	1,5	1,5	نقل
10,6	4,4	3,8	1,2	1,2	إدارة
4,7	0,3	2,4	1,5	0,6	مهندس
2,1	0,6	0,6	0,6	0,3	صيدلية
7,7	3,2	3,2	0,6	0,6	الأمن
22,1	10,6	4,1	4,1	3,2	عامل بسيط
0,6	0,3	0	0	0,3	الفن
2,1	0,9	0,9	0	0	الصحة
0,3	0,3	0	0	0	بيولوجي
1,2	0,6	0	0	0,6	محاسبة
2,7	0,9	0,9	0,6	0,3	نجار
0,9	0	0	0,3	0,6	مصور
5,9	3,2	2,1	0,3	0,3	فلاح
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع عمل رب الأسرة
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
16,7	7,6	5,6	2,1	1,4	تجارة
2,8	0,7	0,7	0,7	0,7	مهندس
2,1	0	2,1	0	0	الأمن
35,4	13,9	9,0	11,8	0,7	عامل بسيط
4,9	0,7	2,8	1,4	0	صحة
0,7	0,7	0	0	0	نجار
0,7	0	0,7	0	0	حلاق
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

من خلال هذه المعطيات نستنتج ما يلي:

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الحاد جدا حسب عمل رب الأسرة، في المنطقة الحضرية تمثل أكبر نسبة 38,2%، منها 13,9% من أرباب الأسر الذين يعملون (عمل بسيط)، أما المنطقة الريفية تمثل 42,8%، منها 10,6% من أرباب الأسر الذين يعملون (عمل بسيط).

وعموما يؤثر عمل رب الأسرة على عدم تعرض الطفل للإصابة بقصر القامة، نظرا لما قد يوفره الآباء من متطلبات ضرورية يحتاجها الطفل من غذاء وعلاج، وغيرها، لكن من المفروض علينا النظر في نوع العمل الذي قد يكون سببا في تعرض الطفل لقصر القامة، الذي يتغير بسبب النزوح الريفي و الأزمات الأمنية(الإرهاب)، فهناك من أرباب الأسر الريفية عملوا على بيع ممتلكاتهم بحثا عن عمل في الحضر، مما جعلهم ينتقلون من مهنة إلى أخرى و هذا عن طريق ممارستهم أعمال بسيطة(كبيع الأعشاب، الخضر، الملابس القديمة، وغيرها) بعدما كان عملهم ينحصر على الفلاحة. أما المنطقة الحضرية فتتعدم فيها مناصب الشغل حسب التخصصات، مما جعل رب الأسرة ينتقل إلى عمل بسيط، الذي يكون غير كاف لتلبية كل المتطلبات الضرورية للطفل من مأكلا و ملابس و صحة، وغيرها، مما يعرضه للإصابة بقصر القامة.

لقد أصبح موضوع البطالة والقضاء عليه يحتل مؤخرا موقع الصدارة في سلم الأولويات التنموية الوطنية والإقليمية والدولية. إذ أبرزته كافة المؤتمرات الدولية التي إنعقدت خلال النصف الأول من عقد التسعينات لبحث التنمية الإجتماعية والسكان والبيئة وقضايا تغذية الطفل. كما أكدت الدول العربية إنضمامها في القضاء على البطالة في الإعلان العربي للتنمية الإجتماعية وفي البيان العربي لحقوق الأسرة وفي خطة العمل العربي التي تم إعدادها تحضيرا للمؤتمر الرابع لتغذية الطفل، المنعقد في بيجينغ 1995[323]ص6. إذ تضمنت الخطة المذكورة هدفا محددنا ينص على "القضاء على الفقر والعمل على إزالة أسبابه وتخفيف آثاره على الطفل في إطار التنمية الشاملة المستندة على توفير مناصب العمل و الإعتماد على الذات خصوصا لأرباب الأسر المعيلين لأسرهن". و بهذا فإن تحقيق التنمية المستدامة يقتضي بالضرورة التصدي لظاهرة الفقر وأسبابها بإعتبارها مسألة لها الأولوية على قائمة أولويات التنمية.

ويعتبر الفقر ظاهرة مركبة ذات أبعاد ومظاهر إقتصادية وإجتماعية وثقافية وسياسية وبيئية. لذا، ما زال الإتفاق على تعريف محدد للفقر وماهيته أمرا بعيدا ويكاد يكون غير ممكن التحقيق. ولكن التعريف العام للفقر قد يكون كافيا في هذا المقام وهو أن الفقر حالة تصف عدم تمكن الأرباب الأسر من إمتلاك الموارد الكافية لمواجهة الإحتياجات الضرورية للطفل، من الإستهلاك الغذائي والمستوى

الصحي والتحصيل العلمي والسكن الملائم، وفقدان أي شكل من الملكية والإدخار. إن جميع هذه المظاهر تجعل الطفل عرضة للإصابة بقصر القامة.

3.9. دخل الأسرة

يعتبر الدخل متغير أساسي في تغذية الطفل، بحيث يظهر بالإنفاق على جميع المتطلبات الصحية و التعليمية و الإجتماعية، وغيرها للأسرة و خاصة الطفل. و يحدث ذلك إذا كان أفراد الأسرة يشغلون وظائف دائمة أو يكونوا من ملاك الأراضي.

جدول رقم 91: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب دخل الأسرة.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					دخل الأسرة
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
32,5	15,6	11,5	2,7	2,7	أقل من 10000 دج
34,5	15,3	8,6	8,3	2,4	(10000-20000) دج
33	11,8	8,8	4,1	8,3	أكبر من 20000 دج
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					دخل الأسرة
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
41,7	16,7	12,5	11,8	0,7	أقل من 10000 دج
37,5	14,6	8,3	13,9	0,7	(10000-20000) دج
20,8	6,9	9,0	2,8	2,1	أكبر من 20000 دج
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

نلاحظ من خلال النتائج ما يلي:

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الريفية تمثل 42,8%، منها 15,6% من أطفال الأسر ذوي الدخل المنخفض (أقل من 10000 دج)، أما المنطقة الحضرية تمثل 38,2%، منها 16,7% من الأطفال الأسر ذوي الدخل المنخفض (أقل من 10000 دج).

من خلال تحليلنا لهذه النتائج، نلاحظ أن متغير الدخل مرتبط بتحسين النمط الغذائي للطفل، و يرجع هذا الارتباط بالزيادة في الدخل و ممتلكات الأسرة الريفية و الحضرية، كما تتوقف درجة تحويل الدخل الإضافي إلى تحسين إستهلاك الأغذية و رعاية الطفل تكون في فترة محدودة، لكن

تبين أن مشكل الفقر يؤثر سلباً في دخل الأسرة والتقليل في ممتلكاتها، مما يؤدي إلى تدني في المستوى المعيشي، و بهذا تصبح الأسرة غير قادرة على تلبية كل المتطلبات الضرورية للطفل، مما يعرضه لقصر القامة.

يعتبر ارتفاع متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي ذو صلة وثيقة بنجاح تنظيم الأسرة، حيث أظهرت البحوث الميدانية الخاصة بدراسة الخصوبة وتنظيم الأسرة، أن الأسر الغنية هي الأسر الأكثر إقبالا على تنظيم الأسرة والأقل إنجاباً للأطفال، حيث أنها تريد الحفاظ على نفس المستوى الإقتصادي والإجتماعي، في حين أن الأسر الفقيرة تعتمد على أطفالها في زيادة دخلها نتيجة دفعهم إلى سوق العمل في سن مبكرة.

يلحظ تأثير النمو السكاني على الإدخار والإستثمار، بحيث تؤدي زيادة عدد السكان إلى إنخفاض الإدخار والإستثمار وبالتالي إنخفاض معدل النمو الإقتصادي والدخل الفردي، وتستند هذه الآراء إلى معدلات الخصوبة والمواليد، حيث أن التزايد السكاني يؤثر سلباً على عملية خلق التراكبات اللازمة لعملية التنمية، فارتفاع عدد السكان يؤدي إلى ارتفاع عدد المواليد في المجتمع، وهذا يؤدي بدوره إلى إنخفاض نصيب الفرد الواحد مما يضعف مقدرة الأسر والأفراد على الإدخار وإنخفاض مستوى دخل الأسرة بالمقارنة مع عدد أفرادها يجعلها تكاد لا تفي بإحتياجات الطفل من المادة الإستهلاكية الأساسية ويمنعهم من أي مدخرات ذات معنى وعندما يكون حجم الإدخار في المجتمع ضعيفاً فسيكون بالتالي حجم الإستثمار ضعيفاً أيضاً، والنتيجة ستضعف قدرة المجتمع على المشاريع الإستثمارية والتي ستعرقل عملية التنمية الإقتصادية. و بهذا فإن أثر النمو السكاني على الإستهلاك، يؤدي إلى زيادة الطلب الإجمالي على السلع بنوعيتها الضروري والكمالي مقابل محدودية الدخل، وزيادة الحاجات مما يشكل ضغطاً على المشروع التنموي للمجتمع.

كما تقوم العوامل الديموغرافية بدور مهم. حيث إن إنخفاض وفيات الأطفال تنجم عنه في البداية "زيادة المواليد"، ويؤدي بعد ذلك إلى انخفاض في معدلات المواليد، إذ تفضل الأسر أن يكون لديها عدد أقل من الأطفال في النظام الجديد المتسم بانخفاض معدل الوفيات. وبذلك فإن النمو السكاني التي نشأت نتيجة لتلك الزيادة تؤثر على الاقتصاد تأثيراً عميقاً حينما يدخل أفرادها النظام التعليمي، ويسعون لإيجاد وظائف، ويدخرون لتقاعدهم، ثم يتركون سوق العمل في نهاية المطاف. أما التي تسبق وتلي الزيادة في أعداد المواليد فتكون أصغر منها كثيراً، ولذلك، فإنها تخلق قوة عمل ضخمة بالنسبة إلى حجم السكان ككل وإمكانية تسريع النمو الإقتصادي، لفترة انتقالية لا يُستهان بها

وإذا كان تحسن في التغذية يؤدي إلى تحسين إمكانية الإنتاجية للأفراد، فإن التغذية الجيدة يجب أن تكون مصحوبة بارتفاع مستويات الدخل القومي على المدى الطويل وهذا حسب (Malaney و Canning و Bloom في 2000) [324] ص 21.

بالرغم من تحسن الإطار المعيشي للفرد الجزائري، والجهود المبذولة في التنمية البشرية حسب ما يشير إليه تقرير المجلس الإقتصادي والإجتماعي للتنمية البشرية، إلا أن نسبة الأمية تبقى مرتفعة بشكل ملفت للإنتباه، إذ تقدر بأكثر من 28% وهو رقم مرتفع ولا يعكس فعلا الجهود المبذولة في قطاع التربية حسب التقرير. أشار تقرير المجلس الإقتصادي والإقتصادي حول التنمية البشرية الشاملة، إلى تراجع نسبة الفقر في الجزائر، مستندا إلى دراسات قامت بها في هذا المجال وبالنظر إلى تحسن مؤشرات التنمية في جميع المجالات، الصحة والتربية وتراجع نسبة البطالة وانخفاض في نسبة الوفيات، بالإضافة إلى المساواة بين الجنسين وتبقى نسبة الفقر مرتفعة بالمناطق الريفية ولدى النساء والشباب.

وسجل التقرير إلى إستمرار تحسين مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر، ولاحظ وجود تطور إيجابي في التكفل بإحتياجات المواطنين في مجالات الصحة والتعليم ومحاربة الفقر. كما عرض المجلس الوطني الإقتصادي والاجتماعي، في جلسة إنعقدت بإقامة الميثاق بالعاصمة، والخاص بالتنمية البشرية في الجزائر لسنة 2007 [325] ص 11.

وذكر في التقرير بأن هناك تحسن في المؤشرات التنموية في مختلف الجوانب الخاصة بالمجتمع، ويعود ذلك بالأساس إلى برنامج التنمية الذي باشرته الجزائر منذ سنوات، وسمح بالتكفل بإحتياجات المواطنين من تعليم وصحة وتكوين، وتحسن في معدل العمر الذي إنتقل من 72,5 سنة إلى 75,3 سنة، مما جعل الجزائر في مقدمة البلدان النامية في هذا المجال، وكذا تحسن في مؤشرات القضاء على البطالة التي إنخفضت من 29% سنة 2000 إلى قرابة 10%.

و إستند التقرير في تقييمه لوضعية التنمية البشرية في الجزائر، بأنها ايجابية إلى العديد من المعطيات والمؤشرات خاصة تلك المتعلقة بالحياة اليومية للمواطن ومستوى المعيشة، وسجل إرتفاعا في الناتج الداخلي الخام وتحسن المعدل المعيشي، بحيث بلغ معدل الاستهلاك لدى الجزائريين 2689 مليار دينار في سنة 2006 بنمو قدره 5,5% مقارنة بسنة 2005، إضافة إلى تراجع نسبة البطالة والفقر.

أن التقرير الذي يعد السابع في تاريخ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، والثاني الذي يتم إعداده بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة للتنمية، أحصى جميع المؤشرات المتعلقة بالتنمية في الجزائر، ولاحظ وجودها في مستوى "يجعلنا نتفاؤل بتحقيق أهداف الألفية في مجالات الصحة والتربية في أفق 2015".

4.9. بعد المسافة عن أهل الزوجة والزوج

يستخدم متغير بعد المسافة عن أهل الزوج و الزوجة لفهم العلاقة الإجتماعية و الثقافية بين الأسر الريفية و الحضرية، فكلما زاد بعد المسافة بينهما كلما كانت ثقافتها مستقلة، ومع قلة درجة التعاطف، و الفهم المشترك، و التفاعل بينهما، بينما نلاحظ عكس ذلك بالنسبة لقرب المسافة بين كل من أهل الزوج و الزوجة.

جدول رقم 192: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب بعد المسافة عن أهل الزوج.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					بعد المسافة عن
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	أهل الزوج
8,6	11,2	22,4	28,9	71,1	أقل من 50 كلم
3,8	3,2	5,3	7,7	20,1	100-50
0,9	0,6	1,2	6,2	8,8	أكثر من 100 كلم
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					بعد المسافة عن
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	أهل الزوج
3,5	25,7	21,5	34,7	85,4	أقل من 50 كلم
0	2,8	6,9	3,5	13,2	100-50
0	0	1,4	0	1,4	أكثر من 100 كلم
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

توضح نتائج الدراسة و التحليل كما يلي:

نلاحظ أن كل من الريف و الحضر يبعدان بأقل من 50 كلم عن أهل الزوج، بحيث تجاوزت نسبة قصر القامة الحاد جدا إلى 38,2% منها 34,2% من الأطفال يبعدون بأقل من 50 كلم عن أهل الزوج، أما المنطقة الريفية فتمثل 42,8% منها 28,9% من الأطفال يبعدون بمسافة أقل من 50 كلم عن أهل الزوج.

جدول رقم 92²: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب بعد المسافة عن أهل الزوجة.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					بعد المسافة عن أهل الزوجة
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
8,6	10,6	19,8	30,7	69,9	أقل من 50 كلم
3,5	4,1	6,5	7,4	21,5	100-50
1,2	0,3	2,7	4,7	8,8	أكثر من 100 كلم
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					بعد المسافة عن أهل الزوجة
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
2,8	21,5	23,6	30,6	78,5	أقل من 50 كلم
0	4,9	5,6	6,3	16,7	100-50
0,7	2,1	0,7	1,4	4,9	أكثر من 100 كلم
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

باستقراء و تحليل الجدول توصلنا للنتائج التالية:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في كل من المنطقتين بنفس النسبة، تمثل المنطقة الريفية 42,8% منها 30,7%، أما المنطقة الحضرية 38,2% منها 30,6% من الأطفال الذين يبعدون بأقل من 50 كلم عن أهل الزوجة.

و بصفة عامة، نلاحظ أن الأسر الحضرية تتميز بتنوع في الخدمات الصحية و تعددها. فبالإضافة إلى المستشفيات، يوجد العديد من العيادات الخاصة و مراكز الأمومة و الطفولة و الصيدليات و المستشفيات الجامعية، و غيرها، لكن سوء التغذية تظهر على النمط الغذائي للطفل بسبب نقص المختصين في مجال تغذيته، أما الأسر الريفية تتميز بإمكانياته المحدودة، فلا توجد بها عيادات داخلية، وإنما تكفي بالكشف في العيادات الخارجية فقط، ويعمل بها طبيب واحد و ممرضات و عمال، كما نلاحظ نقص في وسائل الإتصال بين الريف والحضر بسبب بعد المسافة. كما نلاحظ أن الظروف المحيطة بالعمل المرغوب، من حيث المكان الذي يوجد فيه و الوقت الذي يمكن تخصيصه له، فقد عبرت الأسر عن رغبتها في أن يكون العمل في محيط السكن بالقرب منهم

و لا يفضل أن يكون العمل بعيدا، لأن المناخ الثقافي السائد لا يسمح للأسر بالمبيت خارج المنزل إلا بضمانات معينة و للضرورة.

5.9. متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة

متوسط عدد الأفراد بكل شقة مرتبط بالنمط الغذائي للطفل، إذ نجد أن البعد الوارد في هذا المتغير واضح كل الوضوح، فهناك منازل تتكون من عدد من الشقق مخصصة للنوم وأخرى للضيوف، كما يمكن أن تخصص الشقة لتشمل أفراد الأسرة فقط، كأن تكون هناك شقة خاصة للزوج والزوجة، وأخرى خاصة بالأولاد.

جدول رقم 93: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب متوسط عدد الأفراد الأسرة بكل شقة.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	0,6	19,8	25,1	45,5	شقتين
3,2	9,4	9,1	15,6	37,3	ثلاث شقق
10,0	5,0	0	2,1	17,1	أربع شقق فأكثر
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	0,7	18,8	20,8	40,3	شقتين
1,4	16,7	11,1	17,4	46,6	ثلاث شقق
2,1	11,1	0	0	13,2	أربع شقق فأكثر
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

يتبين بتحليل الجدول ما يلي:

تتساوى نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في كل من المنطقتين الريفية و الحضرية، في الريف تمثل 42,8% منها 25,1%، من الأطفال المقيمين في أسر تشغل شقتين، بمقابل 38,2% منها 20,8% في الحضر، من الأطفال المقيمين في أسر تشغل شقتين.

حسب هذه النتائج، نلاحظ أن متوسط عدد الأفراد الأسرة بكل شقة يؤثر في النمط الغذائي للطفل، بحيث ثمة تغيرا يشهده نمط الأسرة الحضرية نظرا لأزمة السكن، أخذ كثير من الشباب يتزوجون و يقيمون مع أوليائهم في نفس الأسرة و بهذا تكون لدينا أسرة ممتدة، بظهور جيل جديد

في نفس المنزل هو جيل الأحفاد، وهذا ما يؤدي إلى الزيادة في عدد الأفراد داخل الأسرة، وبالتالي سوف يحدث إكتظاظ نظرا لضيق المسكن، مما قد يؤثر سلبا في النمط الغذائي للطفل من خلال ظهور بعض الأمراض (كالأمراض التنفسية)، إضافة إلى التلوث البيئي، الذي يرتبط أكثر بالمناطق الحضرية، أين تكثرت المنشآت الصناعية. أما في الريف حتى وإن تميز بمناخ صحي (قلة التلوث البيئي و قلة الإكتظاظ)، فإن المساكن عادة ما تكون غير صحية، لعدم توفرها على متطلبات الحياة الضرورية للطفل.

ويلاحظ أن تلوث الهواء في الشقق المغلقة يؤثر على صحة الطفل، بحيث تعتمد المناطق الريفية على الروث أو نفايات المحاصيل أو الفحم لتلبية أولى إحتياجاتهم الطاقية الأساسية. ويؤدي حرق الوقود الصلب على نار مكشوفة أو في مواقد من غير مداخن، لأغراض الطهي أو التدفئة، إلى إحداث تلوث داخل البيوت.

ويحتوي الدخان المنبعث من ذلك الوقود على طائفة من الملوثات المضرّة بالصحة، بما في ذلك جسيمات صغيرة من الغبار يمكنها التوغّل عميقاً في الرئتين. وفي المناطق الحضرية التي لا تُهوى بالقدر الكافي يمكن أن تتجاوز مستويات الجسيمات الصغيرة الكامنة في دخان الأماكن، بمائة مرّة، المستويات المقبولة فيما يخص الجسيمات ذاتها الكامنة في الهواء الطلق.

قامت منظمة الصحة العالمية بتقييم الدور الذي تؤديه طائفة من العوامل الخطيرة في إثقال عبء تعرض الطفل للإصابة بالمرض، وتبيّن من ذلك التقييم أنّ تلوث الهواء في الأماكن المغلقة يحتل المرتبة الثامنة ضمن أهم العوامل الخطيرة وأنّه يتسبّب في 2,7% من عبء تعرض الطفل للمرض عبر العالم.

ويتسبّب تلوث الهواء الناجم عن حرق الوقود الصلب في الأماكن المغلقة في وفاة 1,6 مليون طفل على الصعيد العالمي جراء إصابتهم بالإلتهاب الرئوي والأمراض التنفسية المزمنة وسرطان الرئة، وعبء المرض العالمي الناجم عن ذلك التلوث (المقدّر بسنوات العمر المصححة بإحتساب مدة العجز، وهو تقدير يجمع سنوات العمر الضائعة بسبب العجز والوفاة عند الطفل) يتجاوز عبء المرض الناجم عن تلوث الهواء الطلق بخمسة أضعاف. ويتسبّب دخان الأماكن المغلقة، في البلدان التي ترتفع فيها نسبة وفيات الأطفال، فيما تقديره 3,7% من عبء المرض العالمي، مما يجعله أكبر مسبب للوفاة بعد سوء التغذية وعدم توفر الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب.

و تتباين الممارسات المنزلية المرتبطة باستخدام الطاقة تبايناً كبيراً على الصعيد العالمي، شأنها في ذلك شأن حجم الوفيات التي يخلفها التلوث في الأماكن المغلقة. وفي حين تحدث أكثر من ثلثي وفيات الأطفال الناجمة عن أنواع العدوى التي تصيب السبيل التنفسي السفلي بسبب دخان الأماكن المغلقة. و حسب منظمة الصحة العالمية، فإنّ ما يزيد على 50% من الوفيات الناجمة عن الإصابة بأمراض الانسداد الرئوي المزمن بسبب تلوث الهواء في الأماكن المغلقة[326]ص128.

و تُعاني النساء، في معظم المجتمعات، بمهمة طهي الطعام، وبالتالي فهنّ يقضين قرب المواقد، وفق ما تقتضيه أعراف الطبخ المحليّة، فترة تتراوح بين ثلاث وسبع ساعات لإعداد الطعام. ومن ثم، فإنّ 59% من مجموع الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الأماكن المغلقة تصيب النساء. كما أنّ الأمهات غالباً ما يحملن صغارهن على ظهورهن أو يتركنهن قرب المواقد.

ونتيجة لذلك، يستنشق الرضع لمدة ساعات طويلة دخان الأماكن المغلقة في العام الأول من عمرهم، عندما يكون جهازهم التنفسي في مرحلة التطور، مما يزيد بشكل خاص من سرعة تأثرهم بالملوثات الخطرة. وبناء عليه، فإنّ 56% من مجموع الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء في الأماكن المغلقة تصيب الأطفال الأقل من عامين. وإضافة إلى هذا العبء الصحي، يمكن أن تأخذ عملية جمع الوقود قسماً كبيراً من وقت النساء والأطفال. وإذا ما تم تحرير النساء والأطفال من تلك الأعباء، فسيتمكن للنساء تكريس وقتهن لأعمال مجدية وللاعتناء بأطفالهن من الناحية التغذوية و الصحية و غيرها.

جدول رقم 94: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب عمر الأم.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولادعيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					عمر الأم
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
0,9	0,6	0	0	0,3	19-15
19,2	8,0	5,9	4,1	1,2	24-20
28,3	15,0	6,5	3,8	2,9	29-25
21,5	7,4	6,5	3,2	4,4	34-30
18,3	7,7	5,9	2,1	2,7	39-35
9,4	3,2	3,5	1,2	1,5	44-40
2,4	0,9	0,6	0,6	0,3	49-45
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					عمر الأم
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
0,7	0,7	0	0	0	19-15
11,8	3,5	4,2	4,2	0	24-20
22,9	9,0	5,6	6,9	1,4	29-25
26,4	9,7	9,7	5,6	1,4	34-30
27,8	12,5	6,3	8,3	0,7	39-35
10,4	2,8	4,2	3,5	0	44-40
0	0	0	0	0	49-45
100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

تتضح مستويات قصر القامة حسب عمر الأم كما يلي:

إن مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة ترتفع في المنطقة الريفية أكبر من الحضر، بحيث تمثل المنطقة الريفية 42,8% منها 15,0% من عمر الأم بين (29-25) سنة مقابل 38,2% منها 12,5% في الحضر من عمر الأم بين (39-35) سنة.

ما يمكن تحليله من خلال هذه الحالة، أن تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية و الحضرية في تغذية الطفل حسب عمر الأم نجد أن المرأة التي تتزوج في سن (15-20) سنة من العمر ومقارنة بين سنها و مدة زواجها، نلاحظ أن إنجابها للأطفال تتم خلال فترات غير منتظمة مما يؤدي إلى الزيادة في عدد الأطفال. ولذلك فمن الطبيعي أن تصادف زوجة تبلغ من العمر 40 عاما و لديها 5 أو 7 أطفال،

و قد تكون جدة في كثير من الأحيان و هذا ناتج من عدم وعي الأم بقواعد الرعاية الصحية والتغذية لطفلها، بسبب كثرة الولادات أو الإجهاض و يجعلها أيضا عاجزة عن تلبية كل المتطلبات الضرورية لطفلها، من غذاء و صحة مما يجعلها عرضة هي و أطفالها لتدهور صحي.

كما يمكن أن نستقرء من هذه البيانات حقيقتين أساسيتين هما:

1- إرتفاع نسبة الخصوبة بين العاملات بالزراعة و التجارة الصغيرة، وغيرها من أشكال النشاط الإقتصادي للمرأة. و لا يؤخذ بعين الإعتبار عدد الأطفال كمؤشر أساسي في هذا المستوى العالي من الخصوبة، و إنما عدد الأطفال يقارن بعمر الأم.

2- أما إذا ما وضعنا في إعتبارنا، عامل السن فإن نشاط المرأة الإقتصادي يصبح ضرورة ملحة (الإلزامية) وليس كافيًا لإرتفاع معدلات الخصوبة، وفي هذه الحالة تصبح العلاقة بين الخصوبة و نشاط المرأة مرهونا بعامل آخر و هو الزواج المبكر، الذي يتزايد بشكل سريع في الأوساط الغير متعلمة في الريف و الحضر.

لا يمكن إخفاء أن للمرأة لها الحق في الصحة، على إمتداد مراحل عمرها من الطفولة وحتى الشيخوخة، وبما أنها تشكل نصف المجتمع، فهي الأم والزوجة والإبنة، فمن هنا نجد أنه من الصعب فصل صحة المرأة عن صحة المجتمع، بحيث الخدمات الصحية ككل تقوم بخدمة كل فئات المجتمع. والمرأة جزء لا يتجزأ من هذا المجتمع، وبالرغم من أن هناك خدمات خاصة بها إلى جانب الخدمات العامة والوقائية، مثل خدمات الأمومة، فإن هذه الخدمات أيضا تهم المجتمع ككل، لذا فالمسألة مرتبطة وغير قابلة للتجزئة.

2.10. مدة الزواج

يعمل الزواج المبكر على إطالة فترة الإنجاب عند المرأة، فكلما كان الزواج مبكرا كلما إستطاعت المرأة أن تنجب أكبر عدد ممكن من الأطفال. فمن المعروف أن النتيجة الإيجابية بين الزواج المبكر للإناث و بين إرتفاع معدلات الخصوبة. إن الرغبة في كثرة الإنجاب سمة من السمات المميزة للمجتمعات الريفية والحضرية (خاصة في الأوساط الريفية التي تفضل زواج البنات في سن مبكرة و حرمانهن من التعليم) لإعتبارات إقتصادية ودينية، فكيف تكون العلاقة بين مدة الزواج و قصر القامة؟.

جدول رقم 95:نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مدة الزواج.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولادعيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مدة الزواج
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0,3	0,6	0	0,3	1,2	أقل من سنة
5,3	8,0	12,1	25,1	50,4	5-1
7,7	6,5	16,8	17,4	48,4	أكثر من 5 سنوات
13,3	15,0	28,9	42,8	100%	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مدة الزواج
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0,7	8,3	15,3	14,6	38,9	5-1
2,8	20,1	14,6	23,6	61,1	أكثر من 5 سنوات
3,5	28,5	29,9	38,2	100%	المجموع

من إستقراء و تحليل الجدول نلاحظ ما يلي:

هناك إرتفاع في مجموع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الريفية، حيث تسجل 42,8% منها 25,1% من الأمهات اللواتي تتراوح مدة زواجهن بين (1-5)سنوات، أما في المنطقة الحضرية فنجد 38,2% منها 23,6% من الأمهات اللواتي لهن أكثر من 5 سنوات زواج.

و بهذا نلاحظ أن الزواج المبكر من السمات الإجتماعية و الثقافية المميزة لكل من الريف و الحضر، و ترجع ظاهرة الزواج إلى إعتبرات منها:

1-إن زواج البنت في سن مبكر و إنجابها للأطفال في سن مبكر أيضا يجعل أمامها فرصة لتربية الأطفال، وهي محتفظة بحيويتها و قوتها، كما يجعل الفاصل الزمني في العمر بينها و بين أطفالها قصير.

2-إن التغيير في حد ذاته يلقي كثيرا من الرفض و المقاومة، خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات و التقاليد الإجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد.

وأشار التقرير السنوي للمجلس الوطني الإقتصادي والإجتماعي الذي تم عرضه في 31 جويلية 2008[327]ص14، الخاص بالتنمية البشرية في الجزائر. الذي عرض تفاصيله أكثر من عشرة خبراء تناول كل واحد منهم ملفا بعينه إلى تحولات كبيرة حدثت في الجزائر بخصوص معدلات الزواج الذي إرتفع، رغم بعض المشاكل الإجتماعية، من 177548 حالة في سنة 2000 إلى

295295، وعرف معدل سن الزواج بالنسبة للرجال والنساء معا إرتفاعا حيث كان سنة 2002 بالنسبة للرجال 33 سنة والنساء 29,6 للنساء، لكنه إنتقل إلى 33,5 سنة للرجال في سنة 2006 و29,9 سنة للنساء في 2006 بينما انتقل عدد المواليد الجدد من 589000 في عام 2000 إلى 739000 في سنة 2006 . في حين تراجع معدل الخصوبة من 2,56% في عام 2000 إلى 2,27% في سنة 2006. وأمام هذا الوضع الجديد لاحظ الخبراء ضرورة الاهتمام أكثر بالجانب الصحي للمواليد الجدد، وكذا للأمهات بالنظر الى خطورة الولادة في سن متقدمة، ودعا الى ضرورة توفير رعاية صحية اثناء الولادة وبعدها عبر ضمان قاعات جديدة للولادة والعلاج الموجهة لهؤلاء.

كما يلاحظ أن الزواج المبكر يحمل خصوصية معينة، وينتشر بشكل واسع سواء في الريف أو الحضر، وذات علاقة وثيقة بنظام القيم السائدة في المجتمع، الذي ينظر إلى الزواج المبكر بإعتباره صيانة من الإنحراف، وإستكمالاً لنصف الدين، إن الزواج المبكر كظاهرة لها انعكاسات سلبية تؤثر على حياة الافراد. ويعتبر الزواج المبكر من أهم أسباب ارتفاع المعدل السكاني في المجتمع، والذي يبلغ 3,5% ومعدل الخصوبة الكلي 7,4% لكل امرأة، وكذلك يعد الزواج المبكر سبباً رئيسياً في ارتفاع وفيات الأطفال الأقل من عامين؛ حيث يبلغ حوالي 94,8 وفاة لكل 1000 مولود حي، وارتفاع نسبة وفيات الأمهات الذي يبلغ 351 وفاة لكل 100.000 مولود حي.

ويشير تقرير صادر عن الجهاز المركزي للإحصاء، وفقاً لنتائج المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل لسنة 2003، إلى أن الزواج المبكر ينتشر بين الفئة العمرية من 15 وأقل من 24 سنة؛ حيث وصلت نسبته إلى 29,7% في الريف و 30,0% في الحضر. وأما نتائج التقرير حول صحة الأسرة و السكان لسنة 2006 في الجزائر، إلى إرتفاع نسبة النساء المتزوجات في أعمار صغيرة؛ حيث أن الفئة العمرية من (15-19) و(20-24) سنة قد شكلت 20,3% في الريف مقابل 19,1% في الحضر للفئة العمرية (20-24) سنة. وبين التقرير القاعدي للصحة الإنجابية عام 2006م، إن 9,4% من النساء الريفيات و6,6% حضريات قد تزوجن قبل 18 سنة، وإن المشكلة لا تكمن خطورتها في الزواج المبكر في حد ذاته، ولكن في الحمل والإنجاب المبكرين.

ويرى الباحث لبيتون.بروفرتي: «إن الزواج المبكر من الأسباب الرئيسية لتأثير الفقر في المجتمع»[328]ص10. حيث يرى أن من أسباب فقر المرأة هو الزواج المبكر، والذي يعيق المرأة من الدخول إلى سوق العمل، وإنه من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى وقوع الفقر على النساء. كما يرى إن إرتفاع نسبة الخصوبة والدور الإنجابي للمرأة، وهو الذي ينتج عنه إنتشار ظاهرة الزواج

المبكر الذي يحرم الفتاة من التعليم، أو الحصول على تأهيل، وتدريب كافٍ يمكنها من الحصول على وظيفة، أو عمل؛ حيث تتفرغ المرأة لأسرتها، والعمل لحسابها، دون أجر.

وتشير دراسة للدكتورة نورية الحوري عن الفتاة المراهقة إلى أن الزواج، والحمل المبكر جداً يعرض الفتيات الصغيرات لمخاطر صحية كثيرة، وأيضاً يؤثر على أوضاعهن الاجتماعية، والتعليمية؛ حيث يكون تحمل المسؤولية العائلية المبكرة، كما يؤدي إلى حرمانها من التعليم، كذلك الحمل، والولادة عند صغيرات السن يؤثر على حجم المواليد، وإنجابهم عند وزن أقل من الطبيعي، نظراً لعدم اكتمال النمو الجسماني، للمرأة ليؤهلها للإنجاب بالشكل الطبيعي.

3.10. عدد الأطفال

إن التقارب الشديد في فترات الحمل، يؤثر سلباً على تغذية الأطفال خاصة لدى النساء اللواتي بدأن في الإنجاب في سن مبكر، و في الأخير ينعكس على صحة الأم أولاً و الطفل ثانياً.

جدول رقم 96: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب عدد الأطفال.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولادعيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					عدد الأطفال
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
32,7	15,9	8,6	3,8	4,4	طفل واحد
21	1,2	4,1	8,6	7,1	4-2
22,4	2,9	15,6	2,1	1,8	7-5
23,9	22,7	0,6	0,6	0	أكثر من 8 أطفال
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					عدد الأطفال
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
22,9	9,0	9,7	3,5	0,7	طفل واحد
29,9	0,7	6,3	20,1	2,8	4-2
22,3	4,2	13,2	4,9	0	7-5
25	24,3	0,7	0	0	أكثر من 8 أطفال
100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

تتضح مستويات قصر القامة حسب عدد الأطفال كما يلي:

ارتفاع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بنسبة 38,2% منها 24,3% من النساء اللواتي لديهن أكثر من 8 أطفال في الحضر، بينما الريف تمثل النسبة 42,8% منها 22,7% من النساء اللواتي لديهن أكثر من 8 أطفال.

تنتشر في المجتمع الجزائري بعض القيم المرتبطة بزيادة النسل والإنجاب مثلاً زيادة عدد الأولاد يؤدي إلى ربط الزوج، والرغبة في إنجاب الذكور، وزيادة الإنجاب للمساعدة في العمل في المجتمعات الزراعية، وشيوع معتقدات دينية خاطئة عند بعض الفئات من المجتمع، وضعف الاقتناع بمبدأ طفلين لكل أسرة مع عدم وضوح الفرق بين إنجاب طفلين أو ثلاثة أطفال لدى كثير من الأسر بالإضافة الي رغبة الأسرة في إنجاب طفل من كل نوع حتى ولو اضطرهم ذلك إلى إنجاب طفل ثالث للحصول على النوع المطلوب وخاصة الطفل الذكر وهو مايعتبر من الموروثات الإجتماعية.

وقد تم تحقيق تقدم ضئيل نحو أهداف خفض معدلات وفيات الأمهات إلى النصف أوخفض مستويات فقر الدم الناجم عن نقص الحديد لدى النساء بنسبة الثلث عن مستوياتها في عام 1990، وهي الأهداف التي حددتها الدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الأطفال في ماي 2002[329]ص19. وما يزال عدد النساء اللواتي يُتوقَّين في كل عام أثناء الحمل والولادة 515.000 امرأة (حسب تقرير وضع الأطفال في العالم – 2002). فعندما تُتوفى أم لرضيع حديث الولادة، فإن فرص هذا الطفل في البقاء تنخفض إنخفاضاً كبيراً. وتعاني حوالي 50% من النساء الحوامل من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد. وهؤلاء الأمهات يُمكن أن يلدن أطفالاً قبل الأوان أو أن يعاني هؤلاء المواليد من وزن منخفض عن الولادة، ولا يتوفر في أجسامهم مخزون ملائم من الحديد، ويكونون بالتالي معرّضين لخطورة أكبر للإصابة بالمرض، بسبب ضعف مناعة، وللوفاة في حالات الإصابة الشديدة.

ومن بين الإحتياجات خاصة بالإنجاب، نجد الحمل و الوضع و الرضاعة الطبيعية و تنشئة الطفل، التي ترتبط بالإحتياجات الصحية بالمرأة بالدرجة الأولى بدورها في الإنجاب. فعملية الحمل والوضع والرضاعة الطبيعية وعملية تنشئة الطفل، هي عمليات صحية وطبيعية في حد ذاته، ولكن عندما تفتقد في البيئة العناصر الحاسمة أو تكون غير كافية تتحول هذه العمليات إلى مشاكل، وتوحي الأدلة بأن ذلك يحدث بتواتر شديد. وقد يؤدي الإفتقار إلى الرعاية في بعض المرحل الحرجة إلى آثار قاتلة. وأما إحتياجات خاصة لمعالجة فقر الدم، الناجم عن سوء التغذية يعتبر مشكل خطير، ولاسيما لدى المرأة خاصة الحامل و المرضعة حيث تؤثر حالة المرأة الغذائية بدورها على فرص

الوضع الطبيعي، وإنجاب طفل ذو وزن مناسب (أكبر من 2,5 كيلوغرام)، وكذلك على قدرة المرأة على إرضاع طفلها رضاعة طبيعية دون الإضرار بصحتها.

إن فقر الدم التغذوي منتشر بين النساء في سن الإنجاب، ويسهم بدرجة ملحوظة في إصابة الأمهات بالأمراض والوفاة وخاصة في البلدان النامية، ويقدر أن ثلثين النساء الحوامل ونصف النساء الغير الحوامل يعانين من فقر الدم التغذوي في البلدان النامية، الذي يشكل خطورة على صحة الأم والجنين، حيث يؤثر على الصحة النفسية والبدنية للمرأة ويعرضها للإصابة بالمرض والعدوى. وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2003، تؤكد على التثقيف الصحي، الأم بحاجة رئيسية إلى التثقيف الصحي ضد الممارسات التقليدية الخاطئة في مجتمع، وبعض العادات والتقاليد السيئة أثناء الحمل والولادة، بحيث المرأة هي محور الإرتكاز في المجتمع.

هناك ثلاث جهات نظر للعلماء فيما يخص تنظيم الأسرة وهي: [330]ص14

الأولى: تشكك وتقلل في برامج تنظيم الأسرة، وتعظم من دور التنمية الاقتصادية والاجتماعية (مثل تجارب الدول المتقدمة)، مثل زيادة التعليم فمع تحديث المجتمع يتغير هيكل الأسرة، والنظر إلى عدد الاطفال الكبير بدلا من أن يكون ميزة تتغير إلى عبء، وكذلك خروج المرأة للعمل، تأخير السن عند الزواج، نبذ الطرق التقليدية للإجهاض وإستدلوا على ذلك بفشل برامج تنظيم الأسرة في مجتمع غير متعلم تنتشر فيه الأفكار الغيبية، ومن أهم معتقداتهم ان مشاكل المجتمع ليست بسبب عدد السكان ولكن بسبب سوء إدارة الاقتصاد وسواء انخفض عدد السكان أو زاد مادمت المشكلة قائمة لن يتم حل مشاكل المجتمع.

من أهم علماء هذه الفكرة Parsons Talcott الذي قال: «أنه لن يوجد تأثير ملحوظ لبرامج تنظيم الأسرة في الدول، إلا إذا حدث إنخفاض ملحوظ في الوفيات، وتقدم إقتصادي وإجتماعي كافي وملحوظ، ليقفل من الإعتماد على المؤسسات العائلية والمحلية، ويجعل من صغر حجم الأسرة ميزة كبيرة ويمكن استخدام برامج تنظيم الأسرة ويكون لها تأثير فعال لتكون نقطة الانطلاق» [331]ص401.

الثانية: تشجع برامج تنظيم الأسرة وتعظم من تأثيرها، من توفير المعلومات اللازمة وتقديم خدماتها، وتدل على ذلك بأن غالبية المجموعات ذات الخصوبة العالية، ترغب في التحكم في حجم الأسرة وإستخدام الوسائل التقليدية في الإجهاض لخفض الخصوبة، وسوف تحقق برامج الأسرة ذلك إذا تم تقديم المعلومات الكافية ووسائل تنظيم الأسرة.

الثالثة : وجهة نظر وسطية، تقول بأن النظام المثالي هو البدء بالتنمية، ثم استخدام وسائل تنظيم الأسرة لأننا إذا انتظرنا حتى تأخذ التنمية مجراها فستكون هناك فترة كبيرة بين بداية التنمية وبين خفض الخصوبة، كما أن برامج تنظيم الأسرة ستكون عامل مساعد في التنمية، كما أن هذه الجهود تأخذ وقتاً طويلاً حتى تحقق هدفها في تغيير ثقافة الأفراد، فلا يجب أن ينتظر المجتمع كل هذه الفترات حتى تحدث التنمية وتغير ثقافات الأفراد.

4.10. مكان الولادة

يقصد بمكان الولادة الإشراف الصحي المتخصص، أين تتم الولادة تحت إشراف طاقم طبي من ممرضات و قابلات و طبيب مختص، بإعتماد أساليب صحية تحافظ على حياة الأم و الطفل معاً، لأن الفترة الأولى من الولادة المباشرة هي أهم مرحلة في حياة الطفل.

جدول رقم 97: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مكان ولادة الأم.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و ب عرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مكان ولادة للأم
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
9,7	13,3	23,6	34,5	81,1	مستشفى عمومي
3,5	1,2	5,3	8,3	18,3	مستشفى خاص
0	0,6	0	0	0,6	بيت
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مكان ولادة للأم
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
3,5	20,8	27,8	29,9	81,9	مستشفى عمومي
0	6,3	2,1	7,9	16,0	مستشفى خاص
0	1,4	0	0,7	2,1	بيت
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

و بإستقراء و التحليل المعطيات يتضح ما يلي:

ترتفع نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بنسبة 42,8% منها 34,5% في الريف، أما في الحضر فنسبة 38,2% منها 29,9% من النساء اللواتي يلدن في مستشفى عمومي.

كما نلاحظ أن معظم الولادات تتم في المستشفيات الحكومية بإستثناء بعض الحالات خاصة التي تتم في مستشفيات أو عيادات خاصة أو في البيت، كما نلاحظ أيضا هناك إختلاف في إهتمام الأم الحامل بالرعاية الصحية أثناء الحمل، خاصة في الريف (معظم النساء لا يحصلن على الرعاية الصحية من الوحدات الطبية)، إلا القليل منهن اللواتي يعملن في أنواع محددة من الأنشطة الإقتصادية.

عدم إهتمام و لاوعي الأمهات حول أهمية الخدمات التي تقدمها وحدات رعاية الأمومة و الطفولة وتجاهلهم التام بالنظام المعمول به في الوحدات المتواجدة في المناطق الريفية، أما فيما يتعلق بالأمهات الحضريات قد لا يباشرن الرعاية لدى طبيب خاص أو الوحدات الرعاية الطبية العامة، نتيجة تمسكها ببعض العادات والتقاليد الموروثة من جهة، أما من جهة أخرى لتجنب تكاليف الرعاية الطبية، فكل ما ذكر ينعكس سلبا على إرتفاع الأطفال المعرضين لقصر القامة.

إستنادا إلى تعريف منظمة الصحة العالمية تعني وفيات الأمومة" وفاة كل امرأة أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو في خلال فترة 42 يوما بعد الانتهاء من الحمل، بصرف النظر عن مدة ومكان الحمل من أي سبب من الأسباب المرتبطة أو المتفاقمة من الحمل ومعالجته"[332]ص5.

من التعريف تم تصنيف الأسباب الطبية لوفيات الأمهات إلى ثلاث مجموعات وهي:

- 1- أسباب توليدية مباشرة تؤدي إليها مضاعفات الحمل والولادة كالنزيف وتعرس الولادة وتسمم الحمل،
 - 2- أسباب توليدية غير مباشرة تنتج عن تفاقم حالات راهنة مثل مرض القلب، وإلتهاب الكبد الوبائي، وداء السكري وغيره أثناء الحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة،
 - 3- أسباب غير توليدية ذات علاقة بالحمل أو الولادة كالحوادث الطارئة والمتعمدة،
- وتوضح الدراسات بأن الأسباب الطبية هي فقط أسباب فورية لوفيات الأمومة، فهناك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والإنجابية والصحية والثقافية التي تعيشها المرأة تؤثر على الوفيات بين الأمهات بطريقة تراكمية وترتبط بها ارتباطا وثيقا.

ويلاحظ من خلال الدراسة مدى إفتقار المناطق الريفية إلى الخدمات الصحية حتى أن النساء الريفيات اللواتي تم تشخيص حالتهم على أنها خطيرة أثناء الحمل والولادة غالبا ما ينتقلن للعيش في المدينة مع أقربائهن ليكن على مقربة من الخدمات الطبية لحماية أنفسهن من الوفاة. وبالرغم من أن المرأة تقوم بأدوار عديدة ولكن يعترف لها فقط بدورها الإنجابي، وحتى هذا الدور نفسه فإنه موضع

تجاهل فلم يقدم لها سوى قدر بسيط من المساندة لا يتفق مع متطلبات العناية اللازمة لتأدية دورها الإنجابي بأمان. وعموما فإن وفيات الأمومة المرتفعة تعكس مدى ضعف الخدمات الطبية.

فوفيات الأمومة في الجزائر تعتبر من أهم قضايا الصحة العامة. ولذا فقد تم إدراجها في الخطة للتنمية الصحية لوزارة الصحة العامة لسنة 1996 و2000 كأحدى المشكلات ذات الأولوية التي يتعين الاهتمام بها. وقد ذكر التقرير المركز الإقتصادي و الجامعي بالجزائر لسنة 2005، على تحسن المنظومة الصحية من خلال ارتفاع هياكل الاستقبال في القطاع الصحي سواء في القطاع العمومي أو الخاص. هذا التخيير عرف نموا معتبرا في المناطق الشمالية من الوطن. وحسب ما أكده التقرير فإن نسبة الوفيات بالنسبة للأمهات كانت تعادل 117 وفاة لكل 100 ألف نسمة وأصبحت اليوم تعادل 92,6 وفاة لكل 100 ألف نسمة، ما يعني حسب الدراسة تحسن الإطار المعيشي للفرد الجزائري .

كما شهدت الجزائر خلال العقدين الماضيين تحسنا ملحوظا في توفير الخدمات الصحية، بما في ذلك الرعاية الصحية للأم والطفل مما أدى إلى انخفاض نسب قصر القامة بين الأطفال الأقل من عامين وارتفاع متوسط العمر المتوقع لكلا الجنسين، ويرتبط هذا التقدم أيضا بالتنمية الاجتماعية التي أحرزتها الجزائر، ولكن برامج صحة الأم والطفل قد أولت اهتماما كبيرا بصحة الطفولة ولم تعط الرعاية الصحية الكافية لصحة الأمومة.

فقد ثبت أن صحة الأم ترتبط بصحة الطفل ارتباطاً وثيقاً، بحيث إذا عززت إحدهما ترتب على ذلك تعزيز الأخرى فتنمية العنصرين في آن واحد يكمل أحدهما الآخر. فقد تبين في السنوات الأخيرة أن إهمال عنصر الأمومة بالمقارنة مع عنصر الطفولة قد أدى إلى الانخفاض النسبي في الجهود المبذولة في مجال بقاء الطفل، وهناك الإدراك المتزايد حاليا بالحاجة الملحة على التركيز أكثر على عنصر الأمومة في برامج صحة الأم.

5.10. المستوى التعليمي للأم

تعتبر الأم المسؤولة الأولى في تغذية و رعاية طفلها صحيا، فتعلمها و معرفتها بالقراءة و الكتابة، من الوسائل المساعدة التي تمكنها من اللجوء إلى المساعدة الطبية و الإجراءات الوقائية اللازمة.

جدول رقم 98: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب المستوى التعليمي للأم.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					المستوى التعليمي للأم
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
12,7	5,3	1,5	3,2	2,7	أمية
8,3	5,0	1,5	1,8	0	ابتدائي
38,1	15,0	11,8	5,3	5,9	متوسط
29,5	10,9	10,9	2,9	4,7	ثانوي
11,5	6,5	3,2	1,8	0	جامعي فأكثر
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					المستوى التعليمي للأم
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
15,3	4,9	5,6	4,2	0,7	أمية
13,2	4,2	2,8	5,6	0,7	ابتدائي
30,6	13,2	9,7	6,9	0,7	متوسط
31,9	9,0	10,4	11,1	1,4	ثانوي
6,3	4,9	1,4	0	0	جامعي فأكثر
2,8	2,1	0	0,7	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

توضح نتائج ما يلي:

نلاحظ ارتفاع في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بنسبة 42,8% منها 15,0% من الأطفال الأمهات حصلنا على المستوى المتوسط في الريف، وبنسبة 38,2% منها 13,2% من أطفال الأمهات ذات المستوى المتوسط في الحضر.

كما تبين من خلال الدراسة أن هناك عوامل تحدد المستوى التعليمي للأم منها:

العامل الإقتصادي، مثل الإعتماد على العمل المأجور كمصدر لدخل الأسر الفقيرة. كما أن الزيادة في عدد الأفراد داخل الأسرة يجعل الأولياء غير قادرين على تلبية كل متطلبات الدراسة. و هناك العامل الإجتماعي، كظاهرة الزواج المبكر بالنسبة للإناث، يضاف إلى ذلك العامل الثقافي، المتصل بالتسرب المدرسي مثل عدم كفاية عدد المدرسين، و شعور المعلمين بعدم الاستقرار في المدارس المنقولين إليها، و إتباع بعض المعلمين الأسلوب العقابي، كالضرب و الإهانة الأمر الذي ينفرد

التلاميذ من المدارس، بالإضافة إلى نقص المدارس التعليمية بالنسبة لمساكن إقامتهم ونقص في التغذية و الرعاية الصحية خاصة في الريف.

كما عرض المجلس الاقتصادي والاجتماعي، تقريره السابع الخاص بالتنمية البشرية في الجزائر لسنة 2006[333]ص45، وهو التقرير الثاني الذي يتم إنجازه بالتنسيق مع برنامج التنمية للأمم المتحدة "بنيد". وحسب رئيس المجلس، فإن المؤشرات التي إعتدت في تقييم التنمية البشرية بالجزائر عرفت تحسنا على المستوى الوطني، إلا أنه يبقى من الضروري العمل على تحسين الظروف بخصوص بعض المؤشرات، بحيث توضح النتائج أن نسب تدرس الجزائريين عرفت تحسنا كبيرا في هذا المجال خاصة فيما يتعلق بإجبارية التعليم بالنسبة للأطفال الذين يبلغون سن ست سنوات يقابلها في ذلك توفر هياكل التعليم من مدارس، وكذا الجماعات والمعاهد وجامعات التكوين المتواصل غير أن هذا لا يعكس فعلا الجهود المبذولة في مجال القضاء على الأمية، إذ أنها بلغت أكثر من 28% تأتي ولاية الجلفة في المقدمة، وتشكل النساء النسبة الكبيرة من النسبة الوطنية للأمية بـ 52%، وتحتل ولاية الجلفة المرتبة الأولى من حيث عدد الأميين 42,5%.

وفيما يخص النساء، فقد أصبح يمثلن فئة واسعة من النخبة المثقفة في الجزائر، إذ يشكلن 61% من الحاصلين على شهادات التعليم العالي حسب الإحصائيات الأخيرة المتوفرة لدى المجلس الاقتصادي والاجتماعي، وتمثل النساء أيضا 37% في سلك القضاء و50% من قطاع التربية و53% في القطاع الصحي و32% يتولين مسؤوليات سامية في الدولة، كما إستفادت النساء من حماية خاصة من خلال ترسانة القوانين التي تحميهن من العنف.

و بهذا يلعب التعليم دوراً بارزاً في تغيير أدوار المرأة وتحسين مكانتها الاجتماعية، وهذا ما أكدته العديد من الاتفاقيات الدولية حيث برز التعليم كأحد مجالات الإهتمامات الحاسمة في منهاج عمل بيجين 1995م، وكما سبق أن تأكد ذلك في إتفاقية السيداو التي جاء فيها على أن تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة، لكي تكفل لها حقوقاً مساوية لحقوق الرجل في ميدان التربية و غيرها.

كما يشير التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة 2006[334]ص23، إلى إرتفاع نسبة الأمية بين النساء، بحيث معدل القراءة والكتابة لدى النساء وصل إلى 25,9% فقط، مما يعني أن نسبة عالية من النساء يعاني من الأمية، وسيظل يعاني بفعل التراكم والتزايد المستمر لأعدادهن وخاصة أن معدلات الإلتحاق بالتعليم الأساسي في صفوفهن ما زالت متدنية وأن الأمية

تخيم بين الإناث بشكل واسع. وعلى مستوى الريف فقد بلغت نسبة الأمية عند النساء 34,0%. أما على مستوى الحضر فتتخفف هذه النسبة ولكنها تظل مرتفعة أيضا بين النساء والتي بلغت 29,4%.

6.10. نوع عمل الأم

يعتبر هذا المتغير ذو أهمية بالغة بحيث يوضح الإزدواجية في عمل الأم داخل وخارج المنزل، فهناك رغبة في العمل خارج المنزل إنطلاقا من الحاجة و ضرورة ملحة لرفع المستوى المعيشي للأسرة و توفير جميع المتطلبات اللازمة لطفلها.

جدول رقم 99: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب نوع عمل الأم.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولادعيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع عمل الأم
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
2,7	0,6	0,6	1,2	0,3	التعليم
0,3	0,3	0	0	0	تجارة
3,8	1,8	1,5	0,3	0,3	إدارة
0,3	0	0	0,3	0	صيدلية
0,3	0	0,3	0	0	الأمن
0,9	0,3	0,6	0	0	حقوق
2,4	1,2	1,2	0	0	الصحة
88,2	37,8	24,8	13,3	12,4	فلاحة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					نوع عمل الأم
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
1,4	1,4	0	0	0	تعليم
1,4	0	1,4	0	0	تجارة
4,9	0,7	2,8	0,7	0,7	الاتصال
0,7	0,7	0	0	0	عمل بسيط
2,1	0,7	1,4	0	0	الصحة
2,1	0	0	2,1	0	حلاقة
85,4	34,0	23,6	25,0	2,8	إدارية
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و بتتبع الإحصاءات توصلنا إلى النتائج التالية:

ارتفاع نسب قصر القامة لأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بنسبة 42,8% منها 37,8% من أطفال الأمهات يعملن في الفلاحة(في الريف)، و 38,2% منها 34,0% من أطفال الأمهات يعملن في الإدارة(في الحضر).

و بتحليل البيانات التي تم التوصل إليها و معالجتها إحصائياً، نلاحظ أن نوع عمل الأم يؤثر في النمط التغذوي لطفلها، بحيث الرغبة في العمل خارج المنزل حسب رأي المبحوثات الماكثات في البيت في الريف أو الحضر، وذلك إنطلاقاً من الإحساس بأهمية العمل كوسيلة للحصول على مدخول يساعد على رفع مستوى معيشة الأسرة.

ولو أن بعض المبحوثات اللواتي لهن رأي آخر في أهمية العمل ومبررات إلتحاقهن بأعمال خارج المنزل، فالراتب الشهري الذي يحققه العمل ليس هو الهدف و إنما هناك إشباع آخر نفسي و إجتماعي. وعموماً يؤثر نوع عمل الأم مقابل أجر نقدي على بقاء الأطفال على قيد الحياة، وعدم تعرضهم للإصابة بسوء التغذية، نظراً لما قد توفره الأمهات من المتطلبات الضرورية التي يحتاجها الطفل(غذاء، علاج، تعليم، وغيرها).

حسب ما تشير إليه المعطيات العلمية، فإن المرأة تمتلك القدرة على القيام بأدوار عملية متعددة في الحياة الاجتماعية، فقد لعبت المرأة في العالم على مر العصور أدواراً متعددة، منها ما أحتل الصدارة وقيادة المجتمعات البشرية، وان الشكل النهائي لأداء المرأة تقرره نظم المجتمع، وما يفرضه عليها من أدوار. وفي العصر الحديث، تؤدي المرأة دوراً فاعلاً في عملية التنمية المجتمعية، وذلك باعتبارها تشكل نصف المجتمع، وإذا نظرنا للوضع الحالي للمرأة العربية في المجتمع المعاصر، نجد أنها ما زالت تواصل العطاء البشري والبناء الاجتماعي، وتحمل المسؤوليات رغم المعوقات التي تعترض سبيلها، وخاصة الأمية التي تمثل نسبة عالية من نساء العالم، وتشير نتائج بعض البحوث الحديثة.

والى ان المرأة العربية تستطيع ان تحقق توافقاً بين أدوارها سواء داخل المنزل إتجاه الزوج والأبناء، ودورها كربة منزل، وبين دورها كعاملة، مما يساهم في تماسك الأسرة، كما أن العمل الخارجي يخدم المرأة ويجعلها أكثر تفهماً لدورها كزوجة تشارك في القرارات الأسرية. ومهما يكن، فإن مشاركة المرأة في العمل تؤدي إلى زيادة تقديرها لذاتها وإمكانياتها، وبالتالي يؤدي ذلك إلى نضج شخصية الأطفال أيضاً، كما أن إشتغال المرأة يؤدي إلى إكتسابها خبرات وتجارب قيمة تجعلها

أكثر إستجابة في عملية تحكيم العقل عند دراسة الأمور المتعلقة بأسرتها، وقد أثبتت البحوث الإجتماعية أيضا، أن العمل له تأثير إيجابي في إتجاه المرأة نحو تنظيم الأسرة، وذلك من أجل النهوض بالمستوى المعيشي وتوفير مستوى أفضل للأطفال.

ويعتبر دور المرأة كأم من أهم الأدوار التي تؤديها، حيث ما زالت المرأة الجزائرية تربي أطفالها وترضعهم حليبها، وهنا لا بد أن نشير إلى خطورة هذا الدور على المجتمع كله. فالأم هي التي ترضع أطفالها الحليب من ثديها ومعها كل إتجاهاتها النفسية(مشاعر السعادة والرضا، أو مشاعر الحزن واليأس) كما ترضعهم وهي معرضة للإحباط والمشاكل الإجتماعية.

وإذا كانت المرأة هي مسؤولة بالدرجة الأولى عن تربية النشئ، بحكم إرتباطها العضوي والنفسي بهم، فإن الأمر يتطلب زيادة الاهتمام بالمرأة من أجل الحفاظ على المجتمع وصحته النفسية، فالصحة النفسية تتحقق بالأساس بسلامة أفراد المجتمع جميعا صحيا ونفسيا. ومن هنا يتبين دور المرأة في التأثير الهام والفاعل في التنمية المجتمعية، وان مكانتها ينبغي ان تلقى الاهتمام الكبير من المجتمع.

7.10. تغذية الأم خلال فترة الإرضاع الطبيعي لطفلها

تغذية الأم لطفلها خلال الإرضاع الطبيعي تتأثر بحجم أسرة، فالأم التي لديها عدد من الأطفال الصغار تختلف أنشطتها من حيث العدد، مثل الرضاعة و رعاية الأطفال، بينما لا تتعرض الأخرى لمثل هذه القيود على الأنشطة و خاصة خارج المنزل، بالإضافة إلى الإرهاق النفسي و البدني الذي يصيب الأم من جهة، ومن جهة أخرى إهمال للطفل و تعرضه للإصابة بسوء التغذية.

نلاحظ أن تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي تؤثر على النمط الغذائي للطفل، فالأم التي لديها عدد من الأطفال الصغار تختلف أنشطتها من حيث العدد، مثل الرضاعة و الرعاية، بينما لا تتعرض الأخرى لمثل هذه القيود على الأنشطة و خاصة خارج المنزل. بالإضافة إلى الإرهاق النفسي و البدني الذي ينعكس على تغذية الأم المرضعة، بحيث تتعرض إلى الإصابة بفقر الدم بسبب الإرهاق في الأنشطة المزدوجة(عمل الأم خارج و داخل المنزل) من جهة، و من جهة أخرى إهمال للطفل و تعرضه للإصابة بسوء التغذية.

جدول رقم 100: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
17,1	0	0	8,8	8,3	طمينة
3,2	2,7	0,3	0	0,3	البيض المسلوق بالعسل
12,7	6,2	5,3	1,2	0	عجائن
15,7	9,4	3,8	1,2	0,6	بقول جافة
3,5	1,8	1,2	0,3	0,3	خبز الفطير
5,9	1,8	2,9	0,9	0,3	سمك
12,1	5,3	0,6	2,7	3,5	خضر
30,3	15,6	14,7	0	0	واش نصيب نأكل
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
22,2	0	0	19,4	2,8	طمينة
9,7	3,5	2,8	2,8	0,7	البيض المسلوق بالعسل
10,4	4,9	2,1	3,5	0	عجائن
2,8	0,7	1,4	0,7	0	بقول جافة
1,4	0,7	0,7	0	0	خبز الفطير
7,6	2,1	3,5	0	0	خضر
45,8	26,4	19,4	2,1	0	واش نصيب نأكل
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

أوضحت التحليلات الإحصائية ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث في الحضر 38,2% منها 26,4% من الأمهات يتغذين على ما يوجد فقط، أما في الريف 42,8% منها 15,6% من الأمهات يتغذين على ما يوجد فقط.

يسود الاعتقاد بشأن تغذية الأم أثناء الحمل و يعرف «بالوحم»، و معناه رغبة الحامل في تناول نوع معين من الأطعمة (كقطعة من اللحم و الكبد، أو القلب، أو اللسان و غيرها). ويرى الاعتقاد في هذا الصدد أن الحامل إذا لم تأكل الطعام الذي رغبت في تناوله، فسوف تظهر علامة مشابهة لنوع الغذاء على جسم المولود، و هذه الثقافة سائدة عند النساء المسنات خاصة، لذا فإن الأسرة تبذل

جهدا كبير لتلبية هذا الطلب للحامل، أما بعض الأسر فترى هذا من باب التدليل تحاول الحامل الحصول عليه.

وقد نتساءل ما هي هذه الأطعمة أو الأكلات، التي من ممكن أن تغير من طعم حليب الأم وتسبب في حدوث مشكلات لطفلها؟؟ والإجابة أن هناك الكثير من المأكولات ومنها:
ربما لا يخطر على بال الأم أن بعض أنواع الفاكهة تغير من فاعلية الدواء، لكن عصير البرتقال أو عصير الليمون فينبغي عدم تناولهما مع أحد الأدوية التي تحتوي على عنصر الألمنيوم مثل الأدوية المستخدمة في علاج حموضة المعدة والقرحة، وذلك لأن (حمض الستريك - citric acid) يساعد على إمتصاص عنصر الألمنيوم من الجهاز الهضمي إلى الدم، مما يؤدي إلى مرض الزهايمر أو بعض الإضطرابات العقلية، كما أن تناول عصير البرتقال أو الليمون مع بعض المضادات الحيوية مثل البنسلين أو الأيرثرومايسين يؤدي إلى تقليل فاعليتها ضد الميكروبات.

ولكن هناك بعض الأكلات تسبب مشاكل عند إرضاع الأم لطفلها كما يلي:[335]ص6

- 1- الشيكولاته والتوابل وتشمل (الكاربي، فلفل الأسود، فلفل حار)
- 2- بعض الأكلات التي تسبب في الغازات وإنتفاخ البطن مثل(البصل- الثوم - القرنبيط - البروكلي - الملفوف - الكراث- اللفت- الفجل- الخيار- الفلفل)
- 3- بعض الأكلات التي تؤدي إلى حموضة الحليب مثل (البرتقال - الليمون - الكيوي - الاناناس - الليم - الفراولة).
- 4- بعض الأكلات التي تسبب الاسهال إذا ما تناولتها المرضعة بكثرة مثل (العنب - الكرز).
- 5- بعض الأكلات التي قد تسبب الإكزيما والحساسية للرضيع منها (البيض - البندق - منتجات الصويا - بعض أنواع الأسماك - المانجو)
- 6- تناول المنبهات قد تجعل الطفل مستيقظ طوال الليل بسبب ما تناولته الأم من منبهات مثل (القهوة - الشاي - الصودا - بعض الأدوية التي قد تتناولها الأم بدون إستشارة الطبيب).

8.10. تذكر الأم تغذية أمها

تذكر الأم تغذيتها في الصغر حسب النمط الغذائي لطفلها، تبين أنها كانت تتغذى من الزرع و حليب الحيوانات، و غيرها، بالإضافة إلى المحيط البيئي النقي (الخالي من الجراثيم)، و المستوى المعيشي في الماضي كان أحسن بكثير مما هو عليه في الحاضر حسب المبحوثات، و هذا ما يتجلى حسب الأسر الريفية و الحضرية على حد سواء، فكل منها كانت قادرا على تلبية كل المتطلبات الضرورية، من رعاية تغذوية و صحية وعدم التعرض للمرض.

جدول رقم 101: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب تذكر الأم تغذيتها في الصغر.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					تذكر الأم تغذيتها في الصغر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
49	17,4	13,6	9,7	8,3	نعم
51	25,4	15,3	5,3	5,0	لا
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					تذكر الأم تغذيتها في الصغر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
49,4	17,4	12,5	17,4	2,1	نعم
41,7	17,4	13,9	9,0	1,4	لا
9,0	3,5	3,5	2,1	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

تبيين نتائج الدراسة ما يلي:

ارتفاع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف منه في الحضر، بحيث سجلت المنطقة الريفية 42,8% منها 25,4% من الأمهات اللواتي لا يتذكرن تغذيتهن في الصغر، أما في الحضر بنسبة 38,2% منها 17,4% من الأمهات اللواتي يتذكرن و لا يتذكرن تغذيتهن.

و من خلال تحليل هذه النتائج، نستنتج أن العوامل السوسيوثقافية تعتبر من بين أهم العوامل المؤثرة في النمط الغذائي للطفل، لدرجة جعلت المبحوثات تؤكدن بأن تغذية أطفالهن ترتبط بالعناصر الثقافية في مجال حماية الأمومة و الطفولة. إن تحول مكانة المرأة من زوجة إلى أم يدخلها في تجربة تعليمية، تجعلها تكتسب قيما و معايير و معتقدات تغذوية في الوسط الذي تعيش فيه، و تظهر هذه التنشئة من خلال تذكر الأم تغذيتها في الصغر و محاولة تطبيقها في تغذية طفلها.

بالإضافة إلى ذلك و من خلال إجابات المبحوثات فإن، المستوى المعيشي في الماضي (حسب تقديرهن) كان أحسن بكثير من اليوم، كانت الأسر الريفية و الحضرية في الماضي قادرة على تغذية أطفالهم و عدم تعرضهم للمرض، أما اليوم أصبحت الأم غير قادرة على تلبية كل المتطلبات الضرورية لأطفالها، نظرا لارتفاع الأسعار و غلاء المعيشة، بسبب الدخل الضعيف للأسرة و هو ما ينعكس على تغذية الطفل و بالتالي تعرضه لسوء التغذية.

إن الطرق التقليدية في تغذية الأم في الصغر أفضل من الطرق الحديثة، ولكن هناك حالات عدة تتفوق فيها الطرق التقليدية، على سبيل المثال: إن الطرق التقليدية التي يستخدمها الناس في الإهتمام بالمرضى من الأطفال والكبار في السن، هي من الناحية الإنسانية أفضل وأرفق من الطرق الحديثة اللاشخصية المتبعة في المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة.

9.10. ميل الأم للطب الحديث أو الشعبي

هناك تداخل بين ميل الأم للطب الحديث والشعبي، الذي يعد مؤشرا للتغير. فالمجتمع السوي يتبنى سياسات لدعم الرعاية الصحية ليحمي ثروته البشرية من الأمراض، و يقي أبناءه من سوء التغذية، و يواجه المستقبل بالأجيال الخالية من الأمراض القادرة على العمل و الإنتاج مدعومة بأحدث أساليب الرقابة و العناية، لكن التفضيل بين الطب الحديث أو الشعبي مرتبط بمدى وعي الأم، وما تعلمته من عادات و تقاليد متوارثة من الأجيال ماضية.

جدول رقم 102: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب ميل الأم للطب الحديث أو الشعبي.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					ميل للطب الحديث أو الشعبي
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
4,1	5,0	7,7	12,4	29,2	الطب الحديث
1,2	1,5	14,2	18,9	35,8	الطب الشعبي
7,7	8,0	4,1	7,7	27,6	الطب البديل
0,3	0,6	2,9	3,8	7,6	لا تعرف
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					ميل للطب الحديث أو الشعبي
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	3,5	4,2	5,6	13,2	الطب الحديث
0	1,4	19,4	24,3	45,1	الطب الشعبي
3,5	20,1	4,9	7,6	36,4	الطب البديل
0	3,5	1,4	0,7	5,6	لا تعرف
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

بتحليل و إستقراء النتائج نلاحظ ما يلي:

إرتفاع نسب قصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الحضرية أكبر من الريف، تمثل المنطقة الحضرية 38,2% منها 24,2% من الأمهات اللواتي لديهن ميل للطب الشعبي، أما المنطقة الريفية بنسبة 42,8% منها 18,9% من الأمهات اللواتي لديهن ميل للطب الشعبي.

كما نلاحظ تداخل في الفهم بين الطب الحديث والشعبي، والناجان عن تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية والحضرية في تغذية الطفل. و الأمر الهام في هذا التداخل يتعلق بعدم وعي الأمهات بالخدمات التي تقدمها وحدات رعاية الأمومة والطفولة، و النظام المعمول به في هذه الوحدات، وأن أي أم في حالة ما إذا أصيب طفلها بحالة صحية خطيرة تعمل على تسجيله بالوحدة الصحية لمتابعته، و لتمكين تقديم الرعاية الطبية له عند الضرورة، و الملاحظ أن معظم النساء الريفيات جهلن هذا الأمر، وحتى من يعرف منهن يعتقدن أن هذا النظام سوف يكلفهن دفع مبلغ من المال في خدمة صحية سيئة. وتقول إحدى النساء المقيمات في الريف: «حنا طول عمرنا نولد وعمرنا ما فكرنا نروح المستشفى ربي هو المعين و المساعد للناس».

كما تظن بعض النساء الحضريات اللواتي لم يستفدن من خدمات رعاية الطفولة و الأمومة، بأنها لا تثق في نوع الخدمات المقدمة في هذه المراكز، و أنها ترى أنه من الأفضل التردد على طبيب خاص. و تكاد تتشابه إتجاهات النسوة الحضريات من النساء اللواتي لم يباشرن الرعاية لدى طبيب خاص أو في أماكن الرعاية الطبية العامة. بالإضافة إلى المعتقدات السائدة لدى نساء الريف، فهن يفكرن في تكاليف الرعاية وكذلك يثقن في الطب الشعبي أكثر من الطب الحديث، كما تفتقد بعضهن للوعي بالخدمات المتاحة و التي تقدم في مراكز رعاية الطفولة. و هنا يبرز النشاط الاقتصادي، و طبيعة و درجة إسهام الأم الريفية و الحضرية، و هي عوامل تسهم إلى حد كبير في تخفيف وطأة التأثيرات الثقافية الراسخة و العميقة.

وقد تؤثر الظروف الاقتصادية للأسرة بسرعة الإستجابة أثناء حالات مرض طفل من أطفالها، ففي الأسر الفقيرة لوحظ أنه من الشائع لجوء الأم إلى مصادر الطب الشعبي في البداية، فإذا اعتقدت الأم أن مرض ابنها سببه الحسد، فإننا نجدها تذهب إلى أحد المسنين ليقدم لها حرزا أو حجابا أو تعويذة لإبعاد الخطر عن طفلها. و قد تعتمد الأم على إحدى الوصفات العلاجية الشعبية من أحد المسنين، و يتوجهن إلى مصادر العلاج الحديثة إذا لم يعط العلاج الشعبي مفعوله في علاج المرض. يشمل الطب الشعبي العديد من الممارسات والأدوية المختلفة، وهو يتباين بتباين البلدان. وفي حين يبدو أن بعض الممارسات تعود بمنافع صحية، فإن الممارسات الأخرى تظل محل تساؤل. وفي عام 2002، أطلقت منظمة الصحة العالمية استراتيجية في مجال الطب الشعبي ترمي إلى مساعدة البلدان

على استكشاف الإمكانيات التي يتيحها ذلك الطب لصحة البشر وعافيتهم، وإلى الحد من المخاطر المحتملة الناجمة عن تعاطي الأدوية التي لم تثبت نجاحها أو تعاطي الأدوية على نحو ضار، والنزول بتلك المخاطر إلى أدنى مستوى. والهدف الأساسي من تلك الاستراتيجية هو التشجيع على إجراء المزيد من البحوث في هذا المجال .

ويمكن استخدام الأدوية البديلة، المأمونة والناجحة، كوسيلة لتعزيز فرص الحصول على الرعاية الصحية في البلدان النامية، حيث يتعدّر على أكثر من ثلث السكان الحصول على الأدوية الأساسية. ومن سبل تحقيق ذلك دمج الطب الشعبي في النظام الصحي الرسمي، مما يضمن تحسين المأمونية ومتابعة المرضى بشكل ملائم. وبالإضافة إلى الهواجس المرتبطة بالمأمونية والنوعية يثير الطب الشعبي أيضاً مسائل تتصل بحماية التنوع البيولوجي (بسبب الإفراط في زرع المواد الخام اللازمة للأدوية العشبية وغيرها من المنتجات)، وبحماية المعارف التقليدية التي تزرخ بها المجتمعات المحلية.

ومن بين أعشاب وأغذية خطيرة التي تقلب موازين الدواء العشبي الذي لا ينفع يمكن أن يضر، و هذا حسب جريدة الإتحاد- أبوظبي فتحية البلوشي: ينتقل بين الناس عبارة تقول: "العشب الذي لا ينفع، لا يضر"[336]ص4، وإليها يستندون في حمى التهافت على التداوي بالأعشاب، لكن هذه المقولة ليست صحيحة أبداً، ولا يعلم الكثيرون أن بعض الأعشاب قد تقود إلى الموت إذا استعملوها من دون إستشارة الطبيب أو إخبار طبيبهم أنهم يتناولونها في نفس الوقت الذي يخضعون فيه لعلاج بالأدوية.

ويقول الدكتور مازن علي ناجي مدير مركز زايد لطب الأعشاب: "يستغرب بعض الناس حين نخبرهم أن الأعشاب تتعارض مع الأدوية، ويجهلون إحتواء الغذاء أو العشب على عناصر تغير من فعالية الدواء في علاج المرض إما بتقليل تركيزه مما يؤدي إلى تدني فعاليته أو فشله في علاج المرض، أو بزيادة تركيزه في الدم مما يؤدي إلى حدوث أعراض جانبية أو تسمم من الدواء"[337]ص9.

10.10. تتبّع الأم الرعاية الصحية

يؤثر الإهتمام بتتبّع الأم الرعاية الصحية لطفلها (و التي تشمل الرعاية الطبية و غير الطبية) أثناء الحمل و الولادة تأثيراً بالغاً على صحة الأطفال. يرتبط الإهتمام بالرعاية الصحية للأم قبل و

أثناء الحمل، بإمكانية الكشف ومعالجة المشاكل الصحية الناتجة عن الحمل أو السابقة للحمل و التي ساهم الحمل في تفاقمها، كما أن الرعاية الصحية تساعد في تحديد الوضع التغذوي للطفل.

جدول رقم 103: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب تتبع الأم النصائح فيما يخص تغذية طفلها.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					تتبع الأم الرعاية الصحية لطفلها
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
37,7	11,2	9,1	8,6	8,8	نعم
61,7	31,0	19,8	6,5	4,4	لا
0,6	0,6	0	0	0	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					تتبع الأم الرعاية الصحية لطفلها
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
37,5	11,1	9,0	14,6	2,8	نعم
47,2	20,1	17,4	9,0	0,7	لا
15,2	6,9	3,5	4,9	0	لا توجد إجابة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

بتحليل المعطيات الإحصائية تبين ما يلي:

هناك إرتفاع متزايد، في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكثر من الحضر، الريف تمثل 42,8% منها 31,0% من الأطفال الأمهات اللواتي لا يتبعن الرعاية الصحية، أما الحضر 38,2% منها 20,1% من أطفال الأمهات اللواتي لا يتبعن الرعاية الصحية.

من خلال تحليلنا لهذه النتائج، نلاحظ الخلفية الثقافية للأم الحضرية و الريفية، تظهر من خلال تأثير متغير تتبع الرعاية الصحية حسب النمط التغذوي لطفلها من خلال الدراسة الميدانية كالاتي: تقترب رؤية الأم الريفية والحضرية، من حيث تتبع الرعاية الصحية من أهل زوجها فيما يتعلق بتغذية طفلها. وما يرتبط بهما من مفاهيم، مع إختلاف طفيف في مستوى الوعي الصحي، و التعليمي، والاقتصادي، و غيرها. وتتراوح درجة الوعي حول مفهوم تتبع الرعاية بين الأسر الغنية و الفقيرة، و الفئات المتعلمة و غير المتعلمة، و الجدير بالذكر أن وجود الوعي التغذوي في المناطق

الحضرية لم تحل دون إستمرار المعتقدات التقليدية المرتبطة بالطب الشعبي بحيث هناك درجة من التماسك المتصل بأسباب سوء تغذية الطفل(كالسحر و العين الشريرة).

وإنطلاقا مما سبق يمكن فهم هذا المتغير، الذي يوضح الإختلاف بين المناطق الحضرية و المناطق الريفية فيما يتعلق بمفهوم متابعة الأم الرعاية الصحية، وسوء تغذية طفلها الذي يقل عن عامين و متابعتها الطبية، لا يعكس بالضرورة إختلافا في نظام التقاليد والمعتقدات المتصلة بتتبع الأم الرعاية الصحية وسوء تغذية طفلها. فهناك تشابه خاصة في مستويات الأسر الفقيرة (الريف والحضر)، فيما يتعلق بجوانب عديدة من المعتقدات المتصلة بمتابعة الأم الرعاية الصحية و سوء تغذية طفلها.

كما تبين الأم الحضرية التي لا تتبع الرعاية بسبب الخبرة السابقة في تغذية طفلها، راجع لتنشئتها الإجتماعية، التي ساعدتها على إعطاء شكل من أشكال التأثير على قرارات الآخرين سواء كان الزوج أو الأبناء، مثل القرارات المتصلة بالمرض، والتعليم، و الإنفاق في تغذية الطفل، و نجد أيضا أن مكانة المرأة تتأثر بنفس المتغيرات التي أشرنا إليها من قبل المتعلقة بالمتغيرات الخاصة بالخلفية الثقافية للأم الريفية، والحضرية، من خلال تغذية طفلها، من تعليم و مدة الزواج و المشاركة في دخل الأسرة، و نمطها التي تعيش فيها الزوجة(أسرة ممتدة أو نووية). و مع ذلك فإن هناك تباينات حسب آراء المبحوثات، تشير إلى أن المرأة عندما يكون لها دخل خاص، فإنها قد تتخذ قرارويصبح دورها في هذه الظروف أكثر تأثيرا عندما يكون الزوج غائبا عن المنزل(يعمل في منطقة بعيدة، أو مهاجر إلى الخارج أو مريض).

أما الأم الريفية، فهي لا تتبع الرعاية من المراكز الطبية بسبب بعد المسافة، و ما يمكن توضيحه أنه بالرغم عن رغبة المرأة الريفية في الإستقلالية في تغذية إبنها، إلا أنها ما تزال تخضع لروابط القرابة التقليدية و أيضا نجدها في الأسرة الممتدة، أين تخضع لسيطرة الزوج و أهله لكن يتضاءل تأثير العوامل الثقافية، أما خطورة المرض أو شدته، فقد أظهرت الدراسة أنه في حالة خطورة المرض، لا تتردد الأسر مطلقا في إنفاق أقصى ما تستطيع في مواجهة المرض.

11.10.خبرة الأم في علاج طفلها

يمكن أن نعرف هذا المتغير، بما تكتسبه الأم من خبرة في تحديد الأمور الخاصة بها شخصيا من تنشئتها الإجتماعية، و من ثم التعرف على مدى تحكمها في ذاتها و مدى تحكم الآخرين فيها،

فكلما كانت المرأة أكثر خبرة، كلما كانت أكثر مكانة، وأما إذا كانت المرأة أكثر اعتماداً على الآخرين و أكثر تبعية لهم كلما كانت أقل مكانة.

جدول رقم 104: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب خبرة الأم في علاج طفلها.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					خبرة الأم في علاج طفلها
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
23,3	2,7	1,8	9,7	9,1	خبرة سابقة
23,3	9,4	6,8	3,5	3,5	الدلك بالمواد الطبيعية
4,4	2,1	1,5	0,3	0,6	استعمال حليب الأم في أنف الطفل
48,4	28,0	18,9	1,5	0	استعمال الأعشاب الطبيعية
0,6	0,6	0	0	0	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					خبرة الأم في علاج طفلها
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
25,8	3,5	4,9	16,7	0,7	خبرة سابقة
31,3	12,5	9,0	8,3	1,4	الدلك بالمواد الطبيعية
6,3	2,8	1,4	2,1	0	استعمال حليب الأم في أنف الطفل
36,8	19,4	14,6	1,4	1,4	استعمال الأعشاب الطبيعية
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

من خلال النتائج الدراسة توضح ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بحيث تمثل في الريف 42,8% منها 28,0% من أطفال الأمهات اللواتي يستعملن أعشاب طبية، أما في الحضر تمثل 38,2% منها 19,4% من أطفال الأمهات اللواتي يستعملن أعشاب طبية.

من خلال تحليلنا لهذه النتائج، نلاحظ أن تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية، و الحضرية في تغذية طفلها، تظهر من خلال متغير خبرة الأم في علاج طفلها، بحيث كل من الأم الريفية، والحضرية يستخدمن الأعشاب الطبيعية في علاج أطفالهن عند تعرضهم لسوء التغذية، كما نلاحظ أن دور الأم في عملية إتخاذ القرارات تتمحور حول الفكرتين التاليتين:

الأولى: مصدر قوة الأم كالتعليم و المشاركة في العمل و في دخل الأسرة وغيرها.

الثاني: يتصل بالمستويات الثقافية التي تحدد أدوار الأم داخل الأسرة.

إن الفكرة الأولى تمكننا من التعرف على الدور الفعلي للمرأة، في مواقف الحياة اليومية و مصادر قوتها و مدى تأثيرها داخل الأسرة، أما الفكرة الثانية، فإنها تمكننا من تحديد الأطر المثالية لدور المرأة كما تحدده الثقافة.

ترتبط الفكرة الأولى بقضايا خاصة بالمرأة نفسها كقضايا الزواج، الحمل و الولادة، و ترتبط الفكرة الثانية، بالقضايا العضوية كقضايا الأسرة و الصحة و التعليم و زواج الأبناء و غيرها، و يتبع القضايا من الفكرة الأولى، يمكن أن نتعرف على مدى تحكمها في ذاتها و مدى تحكم الآخرين فيها، أما الفكرة الثانية، من القضايا فإنه يكشف عن مدى خبرة الأم في التحكم في الآخرين من أعضاء الأسرة (أهل الزوج)، و من ثم الكشف عن درجة قوتها و عن مستوى مكانتها داخل الأسرة، و ترتبط هاتين الفكرتين إلى الفهم الآتي، فكلما كانت المرأة أكثر خبرة، كلما كانت أكثر مكانة، و أما إذا كانت تعتمد على الآخرين و أكثر تبعية لهم كلما كانت أقل مكانة.

كما تعتبر العوامل السوسيوثقافية من بين أهم العوامل المؤثرة على سوء تغذية الأطفال، لدرجة جعلت باحثين عديدين يؤكدون بأن حياة الأطفال مرتبطة بعناصر ثقافية في مجال حماية الأمومة و الطفولة. إن تحول مكانة المرأة من زوجة إلى أم يدخلها في تجربة تعليمية، تجعلها تكتسب قيما و معايير و معتقدات صحية من الوسط الذي تعيش فيه، تظهر هذه التنشئة من خلال خبرتها في الممارسة العلاجية و الوقائية في تغذية طفلها.

يشير التقرير حول صحة الأسرة و السكان 2006، إلى أن هناك تباينات واضحة في عدم استخدام الأم خدمات رعاية الصحية لطفلها، و هذا راجع إلى خبرتها في العلاج و تمثل نسبة 93,1% من أطفال الأمهات اللواتي تجاوزن 35 سنة، ولا يتبعن العلاج سواء كانت رعاية منتظمة أو غير منتظمة. كذلك هناك علاقة عكسية واضحة بين ترتيب المولود و كل مؤشرات رعاية الحمل، حيث تبلغ نسبة أمهات المواليد ذوي الترتيب الأول و اللاتي حصلن على رعاية صحية منتظمة ضعف نظيرتها بين أمهات المواليد ذوي الترتيب السادس أو أكثر، و يرجع ذلك إلى قلة خبرة الأم بسبب سنها (أقل من 25 سنة) و لكونها ولادة حديثة.

الفصل 11

عرض لنمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية.

إن الرعاية الصحية و الإنجاب و الإستفادة من الخدمات الصحية، لا يمكن فهمها بمعزل عن السياق الثقافي، و هو أمر يتطلب رؤية أكثر إتساعا ووعيا أعمق من القطاع الرسمي الصحي الذي على الرغم مما حققه من إنجازات في مجال الطب الحديث، إلا أنه مازال هناك تواجد واضح للطب الشعبي متمثلا في الرقية غير الشرعية و بعض الممارسات المنزلية التي مازالت قائمة. و ينعكس بقاء هذه الرواسب الثقافية في مجال العلاج، تعثر القطاع الصحي الرسمي في مجال العلاج و عدم قدرته على مواجهة مشكلات المجتمع الصحية و عدم قدرته على إستيعاب التغييرات في النظام التقليدي للمعتقدات أو نسق القيم السائدة، أو لعدم توفر وحدات صحية في بعض المناطق الريفية.

يتأثر مفهوم الأفراد بتغذية الطفل الأقل من عامين بالإطار الثقافي و النمط الشائع للنشاط الاقتصادي للأسرة، و من ثم فهو يرتبط بهما و تبدوا بصمات التأثيرات الثقافية و التقليدية و جذورها، أكثر وضوحا عن تأثيرات التغيير الثقافي في هذا الصدد و يستثنى من ذلك، بعض الأفراد المتعلمين في الحضر و الريف، إتجاه مفهوم التغذية، حيث ظهرت تغييرات ملحوظة في الإتجاه الإيجابي، وهو ما نحاول توضيحه في هذا الفصل الخاص بالتغيرات المؤثرة على سوء تغذية الطفل الأقل من عامين.

1.11. عمر الطفل

يمكننا هذا المتغير من تقدير الوضع التغذوي للطفل الأقل من عامين، و هذا بمراعات الزمن ووجود معلومات شخصية لتبيان عجزه الغذائي. و هذه النتائج تمكننا بالنظر إليها بجدية، و الحذر فيما يخص صحتها كنتيجة نهائية.

فقد أشارت مناقشات الأطباء بالوحدات الصحية و المستشفيات، إلى أن الأسباب التي تؤدي إلى سوء تغذية الطفل الأقل من عامين حسب عمر الطفل الحمل المتكرر للأمهات، والضعف الناتج من تكرار مرات الولادة في خلال فترة زمنية قصيرة. و إذا أخذ في الإعتبار حالات الإجهاض التي

ترتبط بصحة الأم، فإن ذلك من الممكن أن يؤدي إلى تطوير الفرض القائل بوجود علاقة و إرتباط بين صحة الأم و تكرار الحمل من جانب، و سوء تغذية الطفل من جانب آخر.

جدول رقم 105: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب عمر الطفل.

المناطق الريفية ولاد عيش و بعرفة					مكان الإقامة
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					القطاع الصحي
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	عمر الطفل
12,1	13,0	17,4	23,3	65,8	أقل من 6 أشهر
0,6	0,9	8,0	12,1	21,5	(6-11) شهرا
0,6	1,2	3,5	7,4	12,7	(12-23) شهرا
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية حي الموز و 19 جوان					مكان الإقامة
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					القطاع الصحي
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	عمر الطفل
3,5	27,1	20,8	20,1	71,5	أقل من 6 أشهر
0	1,4	4,2	7,6	13,2	(6-11) شهرا
0	0	4,9	10,4	15,3	(12-23) شهرا
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

بتحليل النتائج توصلنا إلى النتائج التالية:

إن نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بحيث تمثل في الريف 42,8%، منها 23,3% من الأطفال الأقل من 6 أشهر، أما في الحضر بنسبة 38,2%، منها 20,1% من الأطفال الأقل من 6 أشهر.

ما يمكن تحليله من خلال هذه النتائج الميدانية، هو أن إرتفاع نسبة الأطفال المعرضين لسوء التغذية حسب العمر يؤدي إلى إهمال الدولة في الحد من سوء التغذية بشكل كبير، من أجل توفير الرعاية الصحية و الإجتماعية لهم، حيث يتطلب رعاية الأطفال الأقل من عامين مجهود خاص من الناحية الصحية و التغذوية و التنشئة الإجتماعية. إن رعاية الطفل خلال الساعات الأولى من ولادته بعد عملية الولادة مباشرة و أثناء الفترة الأولى من حياته، تعد من أكثر الفترات حساسية و خطورة على حياة الطفل، و تتطلب عناية خاصة تتفق مع حجم الأخطار و الأمراض التي تحيط عالم الطفل خلال هذا العمر.

فقد أشارت مناقشات الأطباء بالوحدات الصحية و المستشفيات، إلى أن الأسباب التي تؤدي إلى سوء تغذية الطفل الأقل من عامين حسب عمر الطفل الحمل المتكرر للأمهات، والضعف الناتج من تكرار مرات الولادة في خلال فترة زمنية قصيرة. و إذا أخذ في الإعتبار حالات الإجهاض التي ترتبط بصحة الأم، فإن ذلك من الممكن أن يؤدي إلى تطوير الفرض القائل بوجود علاقة و إرتباط بين صحة الأم و تكرار الحمل من جانب، و سوء تغذية الطفل من جانب آخر.

و كما توضح البيانات الميدانية فإن معظم الأطفال المعرضين لسوء التغذية، هم أقل من 6 أشهر في كل من الريف و الحضر، و يرجع ذلك إلى حساسية هذا السن بالنسبة للتعرض للأمراض، و من خلال رؤية نسب سوء تغذية الأطفال حسب العمر في ضوء التغير الفصلي، نجد أن فصل الصيف يقترن بانتشار العديد من الأمراض التي تسبب سوء تغذية الطفل، و تكون معالم هذه التأثيرات أكثر وضوحا في الريف و الحضر.

2.11. التفضيل بين الجنسين

إن التمييز بين الجنسين تظهر في كل من الأسر الريفية والحضرية، بصرف النظر عن إختلاف إتجاهاتهم نحو الحجم المثالي للأسرة، و تبدو هذه الوظائف واضحة و ظاهرة و أمكن إكتشافها بسهولة، و لكن هناك وظيفة أخرى ضمنية لا يمكن التصريح بها بسهولة، و ترتبط بدور الذكر في إستقرار الزواج و ضمان إستمراره.

جدول رقم 106: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التفضيل بين الجنسين.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التفضيل بين الجنسين
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
50,7	22,4	15,0	7,4	5,9	نعم
49,4	20,4	13,9	7,7	7,4	لا
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التمييز بين الجنسين
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
52,1	27,1	20,1	3,5	1,4	نعم
47,9	11,1	9,7	25,0	2,1	لا
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

وبتتبع الإحصاءات توصلنا إلى النتائج التالية:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، تمثل في الحضر نسبة 38,2% منها 27,1% من تفضيل الذكور على الإناث، أما الريف بنسبة 42,8% منها 22,4% من تفضيل الذكور على الإناث.

من خلال تحليلنا لهذه النتائج نلاحظ أن:

التمييز بين الجنسين له تأثير على النمط الغذائي للطفل، بحيث مهما كان المستوى التعليمي للأم فلا يستقر لها بال إلا إذا أنجبت ذكرا، و إذا لم تفعل قد تصبح محل إدانة إجتماعية، و يمكن للزوج أن يتزوج مرة أخرى و حتى المجتمع المحلي و الأقارب يشجعانه على ذلك، و الزوجة نفسها قد تشجعه على ذلك لتضمن لحياتها الزوجية إستقرارا بدلا من الطلاق. وإنما نصادف بعض الإستثناءات لهذه القاعدة، ولكن الدراسة قد أكدت و أوضحت أن إنجاب الذكر يحقق الإستقرار الأسري للزوجة، و أن الزوجات يسعين دائما إلى إنجابهم، و لا يظهر لديهن الأمن و السكينة إلا بعد أن يتحقق هذا، وإلا فالعيش تحت التهديد الدائم بالطلاق أو الزواج بأخرى حتى و إن لم يقدم الزوج إلى ذلك بالفعل.

و لقد لاحظنا أثناء إستجواب الأمهات، أن الأم التي لها عدد كبير من الذكور، تخشى عليهم من الحسد و هم صغار إلى درجة أن الأسرة قد تخفي ولادة الطفل الذكر، أو عدم إعلان جنسه حيث تدعي أنه أنثى إلى أن يكشف الناس بالترديد أنه ذكر. و عندما يكبر هؤلاء الصغار نجد الأسرة تتباهى بهم أمام الناس، و كثيرا ما كنا نسمع الآباء وهم يتحدثون عن أولادهم، بفخر شديد، خاصة من تعلموا منهم و حصلوا على مناصب إدارية، أو من حققوا نجاحا و إستقامة في عملهم، أو من حظوا منهم بشهرة التدين و الإستقامة في الأخلاق. أما الأمهات فإنهن لا يفتخرن بأولادهن فحسب بل يكتسبن من كثرتهم للإنجاب مكانة داخل الأسرة و داخل المجتمع المحلي، فالمرأة التي تنجب كثيرا يقال لها «إمرأة ولادة»، وكونها إمراة ولادة يثير إعجاب الآخرين بها، و يزيد فخر أهلها و أهل زوجها بكونها ذلك.

وحسب الباحثين هيلر ودراك من إدارة علم الأوبئة بالجامعة في تقرير نشرهما في المجلة الطبية البريطانية[338]ص35، أن إستغراق وقت أطول للوصول إلى الحمل المستقر يزيد فرص إنجاب الذكور، وأوضح أن كل سنة إضافية تمر قبل حمل المرأة تزيد نحو 4% احتمالات إنجابها طفلا ذكرا، ورغم عدم حدوث تغيير في نسب الكروموزوم الخاص بالإناث والكروموزوم الخاص بالذكور في السائل المنوي، فإن النساء ولدن أطفالا من الذكور أكثر من الإناث.

3.11. الإصابة بالإسهال

يحظى الإسهال بأهمية خاصة عند دراسة النمط الغذائي للطفل، وذلك لأنه يعتبر من أهم أسباب الوفاة بين الأطفال في المناطق الفقيرة، و يرجع خطر الإصابة بالإسهال، إلى إصابة وظائف الأمعاء مما يؤدي إلى إصابة الطفل بالجفاف. و قد يؤدي الإسهال إلى الإصابة بسوء التغذية، وذلك من خلال تأثيره على شهية الطفل من ناحية وعلى قدرة الجسم على إمتصاص العناصر الغذائية من ناحية أخرى.

جدول رقم 107: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب علاج الطفل من الإسهال.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					علاج من الإسهال
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
12,1	13,0	0,3	2,7	28,7	1/2 لتر
0	0	0	0,6	0,6	لتر
0,6	2,1	28,6	39,5	70,8	لا تعرف
13,3	15,0	28,9	42,8	100%	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					علاج من الإسهال
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0,7	25,0	0,7	2,1	28,5	1/2 لتر
0	1,4	1,4	0,7	3,5	لتر
2,8	0	0,7	0	3,5	إتباع العبوة
0	2,1	27,1	35,4	64,6	لا تعرف
3,5	28,5	29,9	38,2	100%	المجموع

توضح نتائج الدراسة ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بحيث تمثل 42,8% منها 39,5% من الأمهات اللواتي لا يعرفن معالجة أطفالهن من الإسهال، أما الحضر نجد 38,2% منها 35,4% من الأمهات اللواتي لا يعرفن معالجة أطفالهن من الإسهال.

من خلال تحليلنا لهذه النتائج، نلاحظ أن الإصابة بالإسهال حسب النمط الغذائي للطفل، يرتبط بالأمراض السائدة بالمناطق الريفية إرتباطا وثيقا، و كذا بطبيعة البيئة التي يعيش فيها الطفل بسبب عدم توفر النظافة و نقص وسائل الوقاية أين يصبح الطفل أكثر عرضة للإصابة بالإسهال، ومن

خلال المناقشات مع الأطباء و فحص ملفات الوحدات الصحية، ثبت أن المرض الأكثر شيوعا بين الأطفال هو الإسهال، الذي يهدد حياة العديد من الأطفال و يعرضهم للإصابة بسوء التغذية و حتى الوفاة، بحيث أن الأطفال الذين تم فحصهم من طرف أطباء الوحدة الصحية خلال فترة البحث يعانون من الإسهال، حيث ترتفع نسبة الإصابة خلال فصل الصيف، و هذا حسب رأي بعض الأطباء الذين يرون أن: « الطقس الحار يساعد على نمو الجراثيم و الميكروبات، وإذا ما أهملت الأمهات لبعض المسائل المعروفة، كتنظافة الثدي أو الزجاجاة التي يرضع إبنها منها أو أهملت النظافة بشكل عام، فسوف يتعرض طفلها للإصابة بالإسهال»[339]ص10.

و لاحظ الطبيب دينيو " Dignant " :« إرتفاع بعض الأمراض خلال بعض الفصول (و بالتالي قصر القامة). ففي فصل الصيف، ترتفع نسبة أمراض الإسهال، (التيفوئيد) الذي غالبا ما ينتج عن قلة النظافة و رداءة قنوات الصرف الصحي و سوء التغذية. في حين ترتفع في الشتاء نسب قصر القامة الناجمة عن أمراض الإلتهابات التنفسية كالسعال الديكي و التي غالبا ما تنتج عن البرودة القاسية و الرطوبة المفرطة»[340]ص9.

إن الإسهال يحظى بأهمية خاصة عند دراسة النمط الغذائي للطفل، وذلك لأنه يعتبر من أهم أسباب الوفاة بين الأطفال في المناطق الفقيرة. و يرجع خطر الإصابة بالإسهال، إلى إصابة وظائف الأمعاء مما قد يؤدي إلى إصابة الطفل بالجفاف، و قد يؤدي الإسهال إلى الإصابة بسوء التغذية، و ذلك من خلال تأثيره على شهية الطفل من ناحية، و على قدرة الجسم على إمتصاص العناصر الغذائية من ناحية أخرى. كما أن بعض الأمهات يقللن من كمية الغذاء، الذي يعطي للطفل عند إصابته بالإسهال، مما يضاعف من الآثار السلبية لهذا المرض، و يعد إستعمال المحلول الخاص بمعالجة الإسهال من أهم توصيات الهيئات الصحية، للتخفيف من حدوث الجفاف و سوء تغذية الطفل.

ومن نتائج التقرير حول صحة الأسرة و المسكن سنة 2006، أن نحو 8,5 % في الحضر و 9,3% في الريف من الأطفال الرضع قد أصيبوا بإسهالات خلال الشهر الذي سبق الدراسة، و أن نسب الأطفال الذين لم يعالجوا من الإسهال حسب المنطقتين تسجل على التوالي، الحضر 72,6% و 74,2% ريف. ويرجع ذلك لعدم معرفة معظم الأمهات بكيفية إسعاف فاقد السوائل من الأطفال، ولعدم توفر الخدمات الصحية الكافية حول المناطق السكنية. وتبين أن المنطقة الريفية تعاني من نقص حاد في الخدمات الصحية والكوادر الصحية برغم من دور المنظمات غير الحكومية، والتي تحاول تقديم الخدمات الصحية والأدوية للأعداد المتزايدة من المحتاجين. ويلاحظ أن المراكز الصحية في

المنطقة تفتقر للمعامل الطبية، مما يضطر العاملون بتلك المراكز إلى إحالة المرضى للمستشفيات البعيدة. كما أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأسر تعتمد على نفسها في تشخيص المرض والبحث عن علاج، وذلك نسبة لإرتفاع تكاليف العلاج في المستوصفات الخاصة.

4.11. الإرضاع الإصطناعي للطفل

علاقة النمط التغذوي للطفل من خلال الإرضاع الإصطناعي، بوعي الأم من خلال التعرف على العلاقة بين المستوى التعليمي و المعرفة بالأمراض التي تصيب طفلها.

جدول رقم 108: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الإرضاع الإصطناعي للطفل.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الإرضاع الاصطناعي
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
10,3	12,1	1,5	4,4	28,3	لا
2,1	1,8	26,3	28,6	58,8	نعم
0	1,2	1,2	9,8	13,1	غير مبيّن
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الإرضاع الاصطناعي
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
3,5	26,4	0,7	0,7	31,3	لا
0	0,7	28,5	34,7	63,9	نعم
0	1,4	0,7	2,8	4,9	غير مبيّن
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

و تشير النتائج الدراسة إلى ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث تمثل المنطقة الحضرية نسبة 38,2%، منها 34,7% من أطفال يرضعون إصطناعيا، بينما في الريف بنسبة 42,8% منها 28,6% من الأطفال يرضعون إصطناعيا.

من خلال تحليلنا لهذه النتائج، نلاحظ أن متغير الإرضاع الإصطناعي لها دخل في تعرض الطفل لسوء التغذية، بحيث نربط هذا المتغير بمدى وعي الأم بالرعاية الصحية لطفلها، فالأم المتعلمة هي

أكثر الأمهات قدرة على التحكم في ضبط النمط الغذائي لطفلها، و هو أمر يرجع في جانب منه إلى التعليم نفسه، لكن الجانب الأكبر يرجع إلى طبيعة النشاط، بالإضافة إلى النمط الغذائي للطفل الذي يتأثر مباشرة بعاملين و هما الأمراض المعدية من ناحية، و التغذية بكمها و نوعها من ناحية أخرى، و تلعب الرضاعة الطبيعية دورا هاما في صحة الرضيع، والتي غالبا ما يتم إستبدالها بالرضاعة الإصطناعية التي تعتبر مصدرا لإنتقال الجراثيم بسهولة إلى الطفل عن طريق الفم، وفي حالة إهمال الأم لقواعد الرعاية الصحية التي تعرض طفلها للإصابة بسوء التغذية.

إن إستبدال الرضاعة الطبيعية بالإرضاعة الإصطناعية للطفل، قد يتسبب بمشكلات عديدة، منها:

- إن إستخدام زجاجة الإرضاع والحليب (اللبن) المجفف أصبح منتشراً في كثير من بلدان العالم، على الرغم من أن الرضاعة الطبيعية هي الأفضل والأسلم والأوفر. و يعود سبب إنتشار زجاجة الإرضاع إلى الدعاية التي تقوم بها شركات إنتاج الحليب العالمية، فهي تخدع الناس بإعلاناتها الزائفة التي تزعم أن الحليب المجفف يتفوق على لبن الأم. و لحسن الحظ بدأت الدول العربية اليوم بتبني التشريعات الدولية الخاصة ببدائل حليب الأم وصحة الطفل الرضيع، من خلال حقه في الرضاعة الطبيعية.

إن آخر الدراسات التي بدأت تتعالى في الغرب تزداد يوماً بعد يوم في عودة الأمهات إلى الرضاعة الطبيعية، وأهمية حليب الأم بعد الأبحاث العلمية الكثيرة أكدت هذه الميزات. وقبل التطرق إلى مزايا حليب الأم لابد أن نشير أن جميع أنواع الحليب المتوفرة في السوق - إلا ما ندر- هي حليب حيواني المصدر، يؤخذ عادة من الأبقار وتُجرى عليه بعض التعديلات التي يحاول بها العلماء جاهدين مضاهاة حليب الأم.

ومع هذا تظل هناك فروق قائمة بين الحليب المعدل (الحليب الصناعي) وحليب الأم. يطلق على الحليب المعدل اسم الحليب "المؤنسن" (Humanized) وهي تعني الحليب الذي يشابه حليب الإنسان. لكن حليب الأم يختلف عن الحليب المعدل حتى بعد إجراء التعديلات، فيلاحظ أن كمية البروتينات والأملاح في الحليب المعدل لا تزال أعلى بكثير منها في حليب الأم، وهذه الزيادة تعمل على رفع كمية الأملاح التي تزيد من الجهد الواقع على الطفل لطرخ هذه الأملاح خارج الجسم.

كما أن إعطاء الطفل أغذية مكملة أو الزجاجة في المساء، وذلك لتفادي إستيقاظه في الليل، وهذا خطأ فادح. مضافاً إلى أن الأغذية المكملة تتسبب بسوء الهضم وسوء التغذية للرضيع قبل إكماله الشهر الرابع، فإن الطفل يحتاج إلى الرضاعة في الليل، أقله في الفترة الأولى، ومع مرور

الوقت تقل دفعات إستيقاظه في الليل تدريجياً، حتى يأتي وقت يستغني فيه الطفل عنها كلياً. إعطاء الطفل الزجاجاة ظناً من الأم أن حليبها خفيف، وأن طفلها جائع، وذلك لأن الطفل لا ينفك يطلب الرضاعة (كل ساعة أو ساعتين مثلاً) في الأيام الأولى. هنا يجب الإيضاح أن الرغبة الدائمة في الرضاعة من الثدي في هذه الفترة هي أمر بديهي، ولا علاقة لها بتوفر الحليب لدى الأم، بل إن ذلك يعود لرغبة الطفل في أن يكون قريباً من أمه جسدياً بعد ولادته. ولهذا من المفيد جداً إرضاع المولود كلما أراد ذلك في الأيام الأولى، فهذا أولاً يساعد على إدرار الحليب من الثدي، وثانياً وهو الأهم يهب الطفل الشعور بالأمن والأمان والإطمئنان الذي إفتقده بعد خروجه من رحم أمه.

5.11. استعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها

يشمل هذا المتغير مصطلح "الأدوية العشبية"، من الأعشاب والمواد العشبية والمستحضرات العشبية والمنتجات العشبية الجاهزة التي تحتوي على عناصر نباتية فاعلة أو على مواد أو تركيبات نباتية أخرى. كما يشير "الاستخدام التقليدي للأدوية" العشبية إلى استخدام تلك الأدوية على مدى التاريخ. وقد رسخ استخدام تلك الأدوية وهي تحظى الآن باعتراف واسع من حيث مأمونيتها ونجاحاتها، وقد تحظى أيضاً بقبول السلطات الوطنية.

1.5.11. استعمال زيت الزيتون

أقسم الله تعالى في القرآن بالزيتون فقال: « والتين و الزيتون * وطور سينين» صورة التين الآية (1-2). و وصى رسول الله - صلى الله عليه وسلم - أمته بزيتة فقال: « كلوا الزيت و أدهنوا به فإنه من شجره مباركة». كما وردت بعض الروايات عن النبي - صلى الله عليه وسلم - قوله أن في زيت الزيتون علاج لسبعين علة.

يستخلص زيت الزيتون بعدة طرق، يعتمد بعضها على إستخدام العمليات الكيميائية أو المعالجة الحرارية، و لكن الطريقة المثلى لإستخلاصه هي الطرق الفيزيائية، التي تعتمد على الضغط أو الدفع المركزي، و فيها تضغط الثمار في مكابس خاصة، يقطر بذلك الزيت من الثمار، و من ثم يمر بعملية الفصل حيث يفصل عنه نسبة من الماء الذي خرج مع الزيت أثناء عملية الإستخلاص، ويكون بذلك قد أصبح جاهز للإستهلاك، ذلك لأن زيت الزيتون هو الزيت الوحيد الذي يمكن إستعماله مباشرة بعد إستخلاصه، ودون أي معالجة كانت من أي نوع.

جدول رقم 109¹: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب إستعمال الأم زيت الزيتون لطفلها.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					استعمال زيت الزيتون
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
6,5	8,0	5,0	8,0	27,5	نعم
2,9	4,1	16,8	24,2	48	لا
3,8	2,9	7,1	10,6	24,5	لا توجد إجابة
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					استعمال زيت الزيتون
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
3,5	15,3	2,8	0	21,6	نعم
0	3,5	19,4	29,9	52,8	لا
0	9,7	7,6	8,3	25,7	لا توجد إجابة
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

إن القراءة المتأينة لهذه المعطيات تمكن من إستنتاج ما يلي:

- هناك تزايد مرتفع في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث تمثل في الحضر نسبة 38,2% منها 29,9% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن زيت الزيتون، أما الريف تمثل 42,8% منها 24,2% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن زيت الزيتون.

و نتيجة لما سبق، نلاحظ أن نسب قصر القامة ترتفع عند الأمهات اللواتي لا يستعملن زيت الزيتون. و بهذا فإن زيت الزيتون يتكون من غليسيردات و أحماض أهمها حمض الأوليك، مع كميات صغيرة من حمض البالماستيك و اللينولئيك و الستياريك، كما و يحتوي كل 100 غرام منه على 0,9 غرام من بروتينات، 11 غرام دسم، و يحتوي أيضا على الكثير من العناصر المعدنية الهامة مثل: البوتاسيوم، المغنيسيوم، الفسفور، الحديد، النحاس، و الكبريت..... وغيرها.

كما يستخلص زيت الزيتون بعدة طرق، يعتمد بعضها على إستخدام العمليات الكيميائية أو المعالجة الحرارية، و لكن الطريقة المثلى لإستخلاصه هي الطرق الفيزيائية، التي تعتمد على الضغط أو الدفع المركزي، و فيها تضغط الثمار في مكابس خاصة، يقطر بذلك الزيت من الثمار، و من ثم يمر بعملية الفصل حيث يفصل عنه نسبة من الماء الذي خرج مع الزيت أثناء عملية

الإستخلاص، ويكون بذلك قد أصبح جاهز للإستهلاك، ذلك لأن زيت الزيتون هو الزيت الوحيد الذي يمكن إستعمالة مباشرة بعد إستخلاصه، ودون أي معالجة كانت من أي نوع.

دهش الباحثون حديثا حينما إكتشفوا أن سكان جزيرة (كريت) في البحر المتوسط، هم أقل الناس إصابة بأمراض القلب في العالم أجمع، و فسر ذلك الدكتور أهرنس بجامعة كوفلر بقوله: « إننا ندرك تماما أن إستعمال سكان حوض البحر المتوسط لزيت الزيتون كمصدر أساسي للدهون في الغذاء، هو السبب وراء ندرة أمراض شرايين القلب التاجية عندهم» [341]ص10.

ويرجع ذلك أن زيت الزيتون غني بالدهون الأحادية غير المشبعة والتي تحد من إرتفاع نسبة الكوليسترول الضار (LDL) في الدم، و بذلك يمنع تصلب الشرايين، و الذي بدوره له علاقة كبيرة في الحد من أمراض القلب و الجلطة، و العجيب أن ذلك يتم دون المساس بنسبة الكوليسترول المفيدة (HDL).

و في نطاق آخر أكدت البحوث الأكاديمية الأمريكية و الفرنسية، أن زيت الزيتون يساعد الجهاز الهضمي للطفل على أداء وظائفه بكفاءة عالية، كما أن له فاعلية كبيرة في مقاومة السموم و خاصة الناتجة عن الرصاص، كما عرف من القديم فضله في علاج حصوات المرارة، إذ لوحظ أنه يسهل على المرارة إرسال الصفراء إلى الأمعاء بدلا من ركودها، فيقلل بذلك من فرص تكون الحصيات.

كما نشرت مؤخرا في مجلة (نيورولوجي) دراسة مفادها، أن إستخدام زيت الزيتون على المائدة اليومية يمنع فقدان الذاكرة، و يبقي سرعة البديهة عند الإنسان لفترة طويلة، ذلك لأن الزيوت أحادية الخلية تحافظ على وحدة و تكامل أجهزة الدماغ.

2.5.11. إستعمال عشبة الكمون (Cumin)

الكمون نبات عشبي معمر يصل إرتفاعه إلى حوالي 80 سم والجزء المستخدم منه ثماره. وتستخدم ثمار الكمون لعلاج حالات ألم البطن الناتج عن تناول وجبات دسمة والتي ينشأ عنها حرارة في البطن.

جدول رقم 109²: الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب استعمال الأم عشبة الكمون لطفلها.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					إستعمال عشبة الكمون
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
1,2	1,2	20,6	32,2	55,2	نعم
11,2	13,0	3,8	4,4	32,2	لا
0,9	0,9	4,4	6,2	12,4	لا توجد إجابة
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					إستعمال عشبة الكمون
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	1,4	23,6	35,4	60,4	نعم
3,5	26,4	2,8	2,8	35,5	لا
0	0,7	3,5	0	4,2	لا توجد إجابة
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

و بتتبع الإحصاءات توصلنا إلى النتائج التالية:

تبلغ أعلى نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر على الريف، في الحضر 38,2% منها 35,4% من أطفال الأمهات اللواتي يستعملن «الكمون»، أما الريف 42,8% منها 32,2% من أطفال الأمهات اللواتي يستعملن «الكمون».

و بهذا توصلنا النتائج، إلى أن نسب قصر القامة ترتفع عند الأمهات اللواتي يستعملن «الكمون».

و ما أكد الأطباء أن عشبة الكمون تتواجد في حوض البحر الأبيض المتوسط، وهو منتشر في وسط وشمال أوروبا. ويزرع بكميات كبيرة في هولندا والسويد والنرويج وروسيا وشمال أفريقيا ومصر. والجزء المستعمل منه هو الثمار، التي تسمى تجارياً بالبذور التي يؤخذ منها زيت الكمون الطبي. و يحتوي ثمار الكمون على زيت طيار هو زيت الكمون بنسبة (3-7)%. و يحتوي الزيت الطيار على مادتي كارفون Carvone وليمونين Lemonene ومواد أوكسجينية أخرى بنسبة بسيطة. وزيت الكمون عديم اللون و له رائحة عطرية قوية.

يستخلص زيت الكمون بواسطة التقطير بالبخار، وعادة ما تجرش الثمار قبل التقطير بواسطة آلات أسطوانية خاصة. تتطلب عملية التقطير من (6-8) ساعات، وأحياناً تقطر أعناق الثمرة والأغلفة الثمرية فتعطي زيتاً طياراً أقل جودة من زيت الثمرة، وهذا لا يستعمل طبياً. كما يستعمل الكمون كمشروب محلى بالسكر أو يضاف إلى اللبن، وهو مغذي للأطفال لإحتوائه على البروتين ولأنه طارد للغازات التي تسبب المغص عند الأطفال. وتضاف الثمار إلى بعض أنواع الفطائر والحلوى وتغلف بطبقة من السكر. ويستعمل زيت الثمار طبياً فيضاف إلى بعض الأدوية ليحسن طعمها، ويعطى مخلوطاً بزيت الشمر Fennel والشبث Dill والنعناع Peppermint على شكل مشروب إلى الأطفال لطردهم للغازات المسببة للمغص. ومن أشهر أصناف الكمون النوع البلدي والمغربي والشامي والقبرصي [342]ص25.

3.5.11. عشبة اللوزة (Tisane)

هي عشبة معروف، طيبة الرائحة مقبول الطعم تحدث عنه أطباء العرب وذلك لكثرة فوائده الطبية، فقد جاء في كتاب لعلماء العرب القدماء اللوزة تمنع الغثيان، وأوجاع المعدة، ويطردهم الديدان.

جدول رقم 109³: الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب استعمال الأم عشبة اللوزة لطفلها.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					إستعمال عشبة اللوزة
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
9,4	11,5	3,2	2,7	26,8	نعم
0,5	0,6	20,9	34,5	56,6	لا
3,2	3	4,7	5,6	16,5	لا توجد إجابة
13,3	15,0	28,9	42,8	100%	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					استعمال عشبة اللوزة
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
2,8	21,5	0	0	24,3	نعم
0	2,1	25,0	35,4	62,5	لا
0,7	4,9	4,9	2,8	13,2	لا توجد إجابة
3,5	28,5	29,9	38,2	100%	المجموع

أوضحت التحليلات الإحصائية كالتالي:

هناك تزايد في نسب قصر القامة الأكثر حدة لكلا المنطقتين الريفية و الحضرية، سجلت المنطقة الريفية 42,8% منها 34,5% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن «اللوزة»، أما المنطقة الحضرية تمثل 38,2% منها 35,4% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن «اللوزة».

وتبين أن عشبة اللوزة تعتبر من الأدوية الناجحة جدا في معالجة الإضطرابات المرارية، وتسكين المغص المعوي، ومغص أسفل البطن، وطررد الغازات المعوية، كما أنه يكسب الجسم نشاطا وحيوية وتحتوى على زيت طيار (المنثول)، ومواد دابغة مسكنة للتشنجات، وطاردة الإلتهاب الكبدى، ومضادة للإلتهابات ومريح للأعصاب، والجهاز الهضمى، يبعث القوة فى الجسم لتسهيل عملية التنفس، ويخفف من شدة حساسية المعدة المخاطى، وكما يستعمل لعلاج الروماتزم والمفاصل.

وقد عُرفت عشبة اللوزة منذ القرن الثامن عشر، ولم تختلف إستخداماتها في الماضي عن الوقت الحاضر وخاصة في أغراض الأعشاب الطبية. ويتم تصنيفها على أساس أنها عشبة مهدئة للمعدة في حالة الإنتفاخ والغازات ومعروف عنها أنها مساعدة في عملية الهضم ويعالج حالات عسر الهضم ومغص الأمعاء. وتحتوي أوراق اللوزة على حوالي (5,0-4) % من الزيت المتطاير، والذي يتكون من حوالي (78-50) % من المينتول الخالص وحوالي (5-20) % من المينتول المخلط مع المكونات الأخرى.

6.11. الرضاعة الطبيعية

تعد الرضاعة الطبيعية حسب النمط الغذائي للطفل، سرا من الأسرار الإلهية أوصانا الله سبحانه و تعالى في كتابه العزيز بها في قوله: «و الوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة» (صورة البقرة الجزء الثاني الآية 37)، و قد توصلت الدراسات و الأبحاث العلمية الحديثة، إلى أن الرضاعة الطبيعية هي من أنجح السبل لحماية الأطفال و رعايتهم و الحفاظ على حياتهم.

كما تتجلى الحكمة الإلهية في أن لبن الأم لبن معقم خالي من جميع الملوثات البيئية و الطبيعية، و يتمتع بدرجة عالية من النقاء و الصفاء و النظافة، حيث لا تمتد إليه الأيدي و درجة النظافة فيه عالية جدا.

جدول رقم 110: الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب أول رضاعة طبيعية للطفل.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					أول رضاعة طبيعية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
26,9	0,9	0	13,9	12,1	مباشرة بعد الولادة
28,4	2,4	25,7	0,3	0	شهر بعد الولادة
38,1	36,9	1,2	0	0	أكثر من شهر بعد الولادة
6,9	2,7	2,1	0,9	1,2	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					أول رضاعة طبيعية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
32,7	0	0,7	28,5	3,5	مباشرة بعد الولادة
67,4	38,2	29,2	0	0	شهر بعد الولادة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و بدراسة و تحليل نتائج الجدول يتضح ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في كل من المنطقتين، بحيث تمثل المنطقة الريفية نسبة 42,8% منها 36,9% من أطفال الأمهات اللواتي أرضعن بأكثر من شهر بعد الولادة، أما المنطقة الحضرية تمثل 38,2% من أطفال الأمهات اللواتي أرضعن شهرا بعد الولادة.

ما يمكن إستخلاصه، أن نسب قصر القامة ترتفع عند الأمهات اللواتي لا يرضعن أطفالهن بعد الولادة مباشرة.

من خلال ما حللنا من نتائج، نلاحظ أن الأم الريفية أكثر تشجيعا للرضاعة الطبيعية، مقارنة بالأم الحضرية، ولهذا فإن الرضاعة الطبيعية لا تزال كأحسن طريقة لضمان تغذية سليمة للطفل. و من المعروف أن النمط الغذائي يتأثر بصورة مباشرة بالأمراض المعدية من ناحية و نوعية و كمية الغذاء من ناحية أخرى، حيث تلعب الرضاعة الطبيعية دورا هاما في صحة الطفل، إذ يؤدي التخلي عنها إلى تدهور صحة الطفل، و هو ما يؤدي إلى الإصابة بأمراض ذات آثار سلبية التي تنتهي بالإعاقة الناتجة عن سوء التغذية أو الوفاة. كما نلاحظ أن الرضاعة الطبيعية للطفل تتأثر بمتغيرات،

من بينها: تغذية الأم خلال الإرضاع، المشاكل والضغوطات من حيث العقليات و التقاليد التي تكون عند أهل الزوج، المستوى المعيشي وغيرها.

عندما ننظر إلى حليب الأم، فإن مكوناته تختلف في تركيزه حسب عمر الطفل، وقت إرضاعه، تغذية الأم وغيرها، وعلى سبيل المثال فإن الحليب في الأيام الأولى بعد الولادة، وهو ما يسمى بلبانه، يتميز بارتفاع كمية مضادات الجراثيم سهولة الهضم والتركيز النوعي. بعد الثلاثة أيام الأولى يبدأ الحليب بالتغير إلى نوعيته العادية على مدى أسبوع. ولكن ما إن يولد الطفل، فإنه يكون غير مستعد بصورة كاملة لمقابلة تحديات البيئة الجديدة المليئة بالكائنات الحية المكروسيكوية. وقابلية الطفل الرضيع لصنع الأجسام المضادة ضد المكروبات المرضية، وتكوينه للمناعة لا تكون كاملة النمو وهذا لا يتم خلال بضعة أسابيع أو أشهر.

ولهذا فإن المولود الجديد يعتمد على مصدرين للوقاية مشتقين من الأم هما [343]ص12:

1. خلال فترة النمو في الرحم، تمر الأجسام المضادة من مجرى دم الأم وتتجمع في دم الطفل.
2. عند إرضاع الأم طفلها رضاعة طبيعية من ثديها، تكون قد ضمنت إضافة من الأجسام المضادة الموجودة في حليبها منها:

(أ) إن إفرازات الغدد الحليبية خلال اليومين الأولين أو الأيام الأولى، هو حليب يختلف (حليب اللبء) يختلف كثيرا عن الحليب الذي يدرّه الثدي بعد ذلك. و حليب (اللبء) هو عبارة عن مادة الكولستروم (Colostrum)، وهي مادة غنية بالبروتينات وبالأجسام المضادة التي تعمل كأجسام واقية ضد الأمراض المعوية التي تسبب الإسهال.

(ب) إن العمل الوقائي لمادة الكولستروم، هي من الأسباب التي دفعت الأطباء التوصية بضرورة الرضاعة المباشرة من الأم.

(ج) إن هذه الأجسام المضادة الموجودة في دم المولود من أمه، والتي يستلمها بعد ذلك من حليب الأم خلال اليومين أو الأربعة الأيام الأولى، تعمل على تزويد الطفل بوقاية مهمة، ثم إن هذه الأجسام المضادة تبدأ بعد ذلك بالتحلل وتخفي. هناك فترة إنتقالية حرجة قبل أن يتكامل بها و المناعة لدى الطفل و هي الفترة الواقعة بين تحلل الأجسام المضادة لدى الرضيع المبينة سابقا وبين نضوج جهاز مناعة الرضيع، وفي هذه الفترة يكون الطفل معرضا للإصابة بمختلف أنواع الأمراض التي تهدد حياته.

1.6.11. مدة الرضاعة الطبيعية للطفل

نظرا لأهمية حليب الأم لإحتوائه على مضادات حيوية التي تعمل على زيادة مناعة الطفل و حمايته من الإصابة بأي مرض، و لهذا فتحدد الرضاعة الطبيعية عند الطفل من الولادة إلى الشهر السادس.

جدول رقم 111: الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب مدة الرضاعة الطبيعية للطفل.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مدة الرضاعة الطبيعية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
29,8	23,6	3,5	0,9	1,8	أقل من شهر
31,3	9,7	14,2	5,9	1,5	أقل من 6 أشهر
33,6	7,4	9,7	7,7	8,8	أكثر من 6 أشهر
5,3	2,1	1,5	0,6	1,2	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					مدة الرضاعة الطبيعية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
35,4	25,0	3,5	6,9	0	أقل من شهر
37,5	12,5	13,2	10,4	1,4	أقل من 6 أشهر
51,4	0,7	13,2	11,1	2,1	أكثر من 6 أشهر
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و توضح نتائج الدراسة و التحليل ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في كلا المنطقتين، بحيث تمثل المنطقة الريفية 42,8% منها 23,6% من الأطفال الذين يرضعون بأقل من شهر، و المنطقة الحضرية تمثل 38,2% منها 25,0% من الأطفال الذين يرضعون بأقل من شهر.

ومن خلال تحليلنا لهذه النتائج، نلاحظ قصر مدة الرضاعة الطبيعية ينعكس سلبا على صحة الأم و الطفل معا، بحيث يحدث هناك تقارب في فترات الحمل و بالتالي: زيادة في خصوبة الأم من جهة و من جهة أخرى حصول الطفل على النظام الغذائي الغير متكامل مما يعرضه للإصابة بنقص في التغذية.

وكما يؤكد الدكتور كرامي(Kramer) و آخرون: « إن الحل يكمل في الوقاية من سوء التغذية في هذه الفترة الزمنية، فلو أن كل طفل أُرضع رضاعة طبيعية خالصة لمدة ستة أشهر على الأقل سواء من حليب الأم أو أي حليب إصطناعي مخصص للرضع ملائم لعمر الطفل، لكان من الممكن إنقاذ حياة حوالي 1,3 مليون طفل آخر سنوياً، وملايين من الأطفال وغيرهم سوف يستفيدون من ذلك، من حيث الصحة والذكاء»[344]ص20. و شدد الدكتور على أن حليب الأم هو الغذاء الكامل والوحيد للطفل، فهو يحتوي على كل المغذيات والفيتامينات والمعادن، والعناصر الأساسية والضرورية التي يحتاج إليها الرضيع لينمو نمواً طبيعياً خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة.

و تمتد الرضاعة الطبيعية من 4 إلى 6 أشهر من عمر الطفل، و يعتبر فيها الحليب (حليب الأم أو الحليب الصناعي الحليب البقري المماثل لحليب الأم) المصدر الأساسي و الوحيد للتغذية، و هو كاف في هذه المرحلة مع الأخذ بعين الإعتبار بعض الأمور الهامة:

- 1- إن حليب الأطفال المتواجد في الأسواق متشابه من حيث التركيب و له قواعد تنظمه عالمياً، و بالتالي فليس هناك نوع أفضل من آخر إلا لدواعٍ طبية معروفة و لكن نادرة.
- 2- تجنب إعطاء الطفل حليب الكبار، أو ما يسمى بالحليب كامل الدسم لعدم تماثله مع حليب الأم من حيث التركيب، و بالتالي تأثيره الضار على جهاز الهضم و الكلى و من ثم على نمو الطفل.
- 3- إن الحليب المدعم بالحديد هو أفضل بديل لحليب الأم إذا تعذرت الرضاعة الطبيعية.
- 4- إن عدد الرضعات و مدة كل رضعة يحددها الطفل ذاته، حسب هضم المعدة (من 2 إلى 4) ساعات و هي تتفاوت من طفل لآخر.
- 5- إن رفض الطفل للرضاعة، يمكن أن يكون العلامة الأولى لحدوث مرض خصوصاً إذا أقرن بشواهد أخرى.
- 6- يجب الحذر من إعطاء الطفل أشياء أخرى، كالعسل مثلاً، الذي يمكن أن يؤدي إلى أضرار صحية بالغة الخطورة في السنة الأولى من العمر.

وحسب رأي المستشارة الأولى للتغذية ورعاية الرضع والأطفال (اليونيسف)، الدكتور سميث لابلوك: «إنَّ البدء بممارسة الرضاعة الطبيعية ليس المشكلة الرئيسية، فأكثر من 90% من النساء في أنحاء العالم يبدأن بمزاولة إرضاع مواليدهن. و لكن المشكلة تكمن في الضغط المباشر، للمجتمع منه العامل الإقتصادي(دخل الأسرة)، على المرأة لوقف هذه الرضاعة. يعود سبب ما يُقدَّر بحوالي ثلث حالات سوء التغذية إلى التغذية غير السليمة للرضع والأطفال»[345]ص20. و تفيد الأخبار أن معدلات الرضاعة الطبيعية قد توقفت عن الانخفاض، وارتفعت عن مستويات عام 2001، عندما

كان 34% من الأطفال يرضعون رضاعة طبيعية خالصة في الستة أشهر الأولى إلى 39% حالياً. ومع أن بعض المكاسب قد تم تحقيقها في مجال فترة الرضاعة الطبيعية فإن ممارسات التغذية الضعيفة للرضع ما تزال واسعة الانتشار. وتعتبر تغذية الأطفال باستخدام المستحضرات الغذائية بديلاً باهظ الثمن لحليب الأم، وغير ملائم غذائياً، وكثيراً ما يشكّل خطراً على حياة الطفل، ولاسيما في البيئات غير السليمة صحياً. وتشير الدراسات إلى أن الطفل، الذي يُغذى صناعياً (بواسطة زجاجات الرضاعة) ويعيش في حالة من الفقر، من المرجح أن يكون معرّضاً 14 مرةً للوفاة بسبب الإسهال، و4 مرات بسبب مرض ذات الرئة، من الطفل الذي يرضع رضاعة طبيعية.

و حسب تصريح المنظمة الصحة العالمية تؤكد، بأن الرضاعة الطبيعية تساهم في الحد من معدلات وفيات الأطفال، وتتيح المنافع الصحية تدوم حتى مرحلة الكهولة. ويوصى، على الصعيد السكاني، بالإقتصار على تلك الرضاعة لتغذية الرضع في الأشهر الستة الأولى من حياتهم والإستمرار فيها بعد ذلك، مع إعطاء الأغذية المكملّة المناسبة حتى بلوغ الطفل عامين من العمر أو أكثر من ذلك.

ولتمكين الأمهات من الشروع في الرضاعة الطبيعية والإقتصار عليها لمدة ستة أشهر، توصي منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بما يلي :

- 1- الشروع في الرضاعة الطبيعية من خلال الساعات الأولى من حياة الطفل؛
- 2- الإقتصار على الرضاعة الطبيعية، وذلك يعني أنّ الطفل لا يتلقى إلاّ لبن الأمّ دون أيّة أغذية أو مشروبات إضافية، بما في ذلك الماء؛
- 3- الرضاعة الطبيعية حسب الطلب، وذلك يعني الإستجابة لطلب الطفل كلّما أبدى رغبة في ذلك، أثناء النهار والليل؛
- 4- عدم إعطاء القارورات أو المصّاصات أو اللهايات.

2.6.11. إيقاف الرضاعة الطبيعية للطفل

أثبت العلماء النفسانيون أن التوقف عن الإرضاع الطبيعي عند الطفل يؤثر على تكوينه النفسي و الإجتماعي، بحيث تساعده على الإشعار بعدم الأمان و الإطمئنان النفسي، وتساهم في تكوين إنفعالات و عدم التواصل بين الأم و طفلها الذي يجعله يكون شخصية غير سوية مليئة بالعقد النفسية و الإجتماعية.

جدول رقم 112: الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب إيقاف الأم الإرضاع الطبيعي لطفلها.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					إيقاف الرضاعة الطبيعية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
13,3	1,2	0,9	5,9	5,3	العمر مناسب
3,8	1,8	0,9	0,6	0,6	حليب الأم غير كافي
14,7	4,7	9,7	0	0,3	الطفل مريض
11,8	4,1	3,8	1,8	2,1	وفاة الطفل
10,0	4,7	3,8	0,9	0,9	مرض الأم
3,5	1,8	0,6	1,2	0	لا يوجد حليب
0,6	0	0,6	0	0	أصبحت الأم حاملا
15	14,7	0	0	0	رغبة الأم بالإنجاب
0,9	0,6	0	0,3	0	استعمال الأم وسائل منع الحمل
0,9	0	0,6	0	0,3	تفضيل الرضاعة الاصطناعية
25,7	9,1	8,3	4,4	3,8	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					إيقاف الرضاعة الطبيعية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
33,3	9,0	12,5	9,7	2,1	العمر مناسب
2,1	0,7	0	1,4	0	رفض الطفل الإرضاع
12,5	4,9	2,1	5,6	0	وفاة الطفل
2,8	0	0,7	2,1	0	الأم مريضة
0,7	0	0	0,7	0	لا يوجد حليب
0,7	0	0,7	0	0	استعمال وسائل منع الحمل
47,9	23,6	13,9	9,0	1,4	المحافظة على الأناقة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و توضح نتائج الدراسة والتحليل ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث تمثل في الحضر نسبة 38,2% منها 23,6% من الأطفال أمهاتهم اللواتي يحافظن على أناقتهن، أما في الريف تمثل 42,8% منها 14,7% من أطفال الأمهات اللواتي يرغبن بطفل آخر.

من خلال النتائج، توضح لنا أن نسب قصر القامة ترتفع في الحضر بسبب رغبة الأم في المحافظة على أناقتها، بينما في الريف فيرجع إلى رغبة الأم في الإنجاب.

و أيضا مما سبق تحليله نستطيع تفسيره، في أن الأم الريفية تعمل على إيقاف الإرضاع بسبب رغبتها في الإنجاب مما ينعكس على صحتها و صحة طفلها، بحيث تقلص فترات الحمل يعرض

الأم للخطر، أما الأم الحضرية فتعتبر أن الرضاعة الطبيعية غير كافية لنمو طفلها، فتدعمه بالرضاعة الإصطناعية من جهة، و المحافظة على أناعتها من جهة أخرى. كما أكدت الدراسات أن قوة المرأة في عملية صناعة القرار، لا تظهر بنفس الدرجة خلال المراحل المختلفة لحياتها، وإنما تتغير بتغير مراحل حياتها. فالمرأة قبل الزواج أقل تأثراً في إتخاذ القرارات، و المرأة المتزوجة حديثاً أقل تأثراً من المرأة التي قضت فترة أطول في الحياة الزوجية، و المرأة المنجبة أكثر تأثراً من غير المنجبة وهكذا.

وتشير الظروف الصعبة إلى الحالات التي تواجهها الفئات الفقيرة بشكل خاص، مثل الفئات التالية [346]ص28:

- 1- الأمهات المصابات بفيروس الأيدز وأطفالهن الرضع؛
- 2- الأشخاص الذين يعانون من الآثار المترتبة عن حالات الطوارئ المعقدة، بما في ذلك الكوارث الطبيعية والكوارث التي يتسبب فيها الإنسان، مثل الفيضانات وحالات الجفاف والزلازل والحروب وظروف العيش المتدهورة بشدة من الناحيتين السياسية والإقتصادية؛
- 3- إنخفاض الوزن عند الميلاد أو الرضع الخدج؛
- 4- الرضع وصغار الأطفال الذين يعانون سوء التغذية؛
- 5- الأمهات المراهقات وأطفالهن الرضع؛
- 6- الأطفال الذين يعيشون في ظروف خاصة، مثل ظروف الرعاية التربوية، أو مع أمهات اللواتي يعانين من حالات العجز بدني أو نفسي، أو أطفال النساء اللواتي يعانين من الإدمان على المخدرات أو الكحول.

وتعمل إدارة صحة الأطفال ونموهم، على إعداد دلائل ومواد تتعلق بتغذية الفئات الفقيرة من الرضع وصغار الأطفال، ولا سيما ما يخص تغذية الرضع في حالات الطوارئ وتغذية الأطفال الذين يعانون سوء التغذية وتغذية الرضع المنقوصي الطول عند الميلاد والرضع الخدج. و غالباً ما يوجد الأطفال الذين يعانون سوء التغذية في بيئات يطرح فيها، تحسين المشاكل الخاصة بنوعية و كمية الدخل الغذائي. وعليه لا بد من تقديم إهتمام إضافي لأولئك الأطفال، من خلال تأهيلهم في المراحل المبكرة وعلى المدى الطويل. و من التدابير الهامة، فيما يخص الرضع وصغار الأطفال، الرضاعة الطبيعية المتواترة المستمرة وإستئناف الإرضاع عند اللزوم.

3.6.11. الرضاعة الغالبة

هي تلك الرضاعة التي يكون فيها لبن ثدي الأم المصدر الرئيسي لغذاء الطفل، إلى جانب لبن الأم يمكن أن تقدم للطفل الماء المحلى بالسكر، أو الشاي، أو الأعشاب الطبيعية، أو عصائر الفاكهة، أو فيتامينات في شكل شراب أو قطرات من الأملاح المعدنية أو الأدوية أو السوائل التقليدية (بكميات محدودة).

جدول رقم 113: الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الرضاعة الغالبة.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الرضاعة الغالبة
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
67,6	30,1	17,4	10,3	9,7	حليب فقط
0,9	0,6	0,3	0	0	ماء بالسكر
8,3	2,7	2,4	1,8	1,5	ماء بالسكر
6,8	1,8	4,1	0,6	0,3	عصير الفواكه
4,7	3,2	1,2	0,3	0	حليب بودرة للرضع
8,0	3,8	2,1	1,2	0,9	تيزانة
1,8	0	0,9	0,3	0,6	عسل
1,5	0,6	0	0,6	0,3	آخر
0,6	0	0,6	0	0	لا تعرف
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الرضاعة الغالبة
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
49,3	13,2	16,7	18,1	1,4	حليب فقط
1,4	1,4	0	0	0	ماء بالسكر
39,6	18,1	9,7	9,7	2,1	ماء بالسكر
1,4	0,7	0,7	0	0	عصير الفواكه
2,1	1,4	0,7	0	0	حليب بودرة للرضع
3,5	2,8	0	0	0	عسل
1,4	0,7	0,7	0,7	0	زيت الزيتون
0,7	0	0,7	0	0	آخر
0,7	0	0,7	0	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

توضح نتائج الدراسة و التحليل ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بحيث تمثل في الريف 42,8% منها 30,1% من الأطفال الذين يقدم لهم الحليب فقط، أما المنطقة الحضرية تمثل 38,2% منها 18,1% من الأطفال الذين يقدم لهم ماء بالسكر.

إن الرضاعة الطبيعية الغالبة، هي السبيل المثالي لتوفير أفضل غذاء في الأشهر الستة الأولى من عمر المولود، بحيث تعود بالفائدة على الأطفال في مختلف أنحاء العالم. و لكن الرضاعة الطبيعية هي أكثر بكثير من مجرد الغذاء وحده؛ فالمواليد الذين يرضعون طبيعياً تقل كثيراً احتمالات وفاتهم من جراء الإصابة بالإسهال، أو أمراض الجهاز التنفسي الحادة، أو أمراض أخرى. فالرضاعة الطبيعية تدعم الجهاز المناعي للرضع، وتساعد على حمايتهم من الإصابة بحالات مزمنة في مرحلة لاحقة من أعمارهم، من خلال البدانة والسكر.

والرضاعة الطبيعية الأقل مما يجب مازالت مسؤولة عن ما يقدر بـ 1,4 مليون حالة وفاة سنوياً في صفوف الأطفال الأقل من عامين، وفقاً «لسلسلة التغذية التي أصدرتها مجلة لانست في عام 2008» [347]ص1-12. وتشير أحدث البيانات إلى أن 38% فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من صفر إلى 5 أشهر في العالم النامي يرضعون رضاعة طبيعية غالبة، وأن ما يزيد قليلاً على نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 9 أشهر يرضعون رضاعة طبيعية إلى جانب إعطائهم أغذية تكميلية، وأن 39% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 23 شهراً يحصلون على رضاعة طبيعية متواصلة.

4.6.11. الرضاعة التكميلية

المقصود من هذا المفهوم هنا أن يأخذ الطفل حليب ثدي أمه باستمرار وأيضا أغذية صلبة أو نصف صلبة خلال 24 ساعة.

الرضاعة التكميلية الوافية للأطفال من سن 6 أشهر إلى سنتين، هامة على وجه الخصوص للنمو وللوقاية من نقص التغذية. فنقص التغذية في مرحلة الطفولة مازالت تمثل مشكلة صحية رئيسية في البيئة الفقيرة من حيث الموارد. ويلاحظ ثلث الأطفال الذين تقل أعمارهم سنين في البلدان النامية يعانون من التقزم (إنخفاض الطول المناسب للعمر)، وتعاني نسب كبيرة أيضاً من الأطفال من نقص في واحد أو أكثر من المغذيات الدقيقة.

وهذا معناه أنهم يحتاجون إلى إضافة أغذية كثيفة المغذيات وعالية الجودة بكميات كافية، إلى جانب الرضاعة الطبيعية المتواصلة. وثمة دليل على أن ممارسات الرضاعة التكميلية في معظم البلدان النامية عموماً سيئة، مما يعني أن عدداً كبيراً من الأطفال مازالوا عرضة لنتائج لا رجعة فيها إلى حد كبير من خلال التقزم وضعف النمو الإدراكي، وكذلك لمخاطر أكبر بكثير للإصابة بأمراض

معدية من خلال الإسهال والالتهاب الرئوي. وعندما يصبح حليب الأم غير كاف لسد احتياجات الرضيع التغذوية، ينبغي إضافة أغذية تكميلية لنظام الطفل الغذائي.

جدول رقم 114: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب الرضاعة التكميلية.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الرضاعة التكميلية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
8,8	3,2	2,7	1,2	1,8	حليب فقط
2,1	0,6	1,2	0	0,3	حليب طبيعي
9,8	0	0	8,3	0,6	حليب بودرة للرضع
2,1	0,9	0,9	0	0,3	عصير الفواكه
0,9	0	0,6	0,3	0	عصير الخضر
0,9	0,9	0	0	0	ماء بالسكر
3,8	2,9	0,3	0,3	0,3	ماء الرز
18,3	6,8	5,6	2,7	3,2	تيزانة
3,8	1,2	2,1	0,6	0	ياغورت
9,8	2,7	0,9	0,3	5,9	غذاء محضر في البيت للرضع
2,1	0,6	0,9	0	0,6	غذاء الأسرة
0,6	0,6	0	0	0	حساء الخضر
2,9	1,2	0,6	1,2	0	الرضاعة الطبيعية
34,5	21,2	12,7	0,3	0,3	ينام
0,6	0	0,6	0	0	مصاصة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					الرضاعة التكميلية
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
1,4	0,7	0,7	0	0	حليب فقط
0,7	0	0,7	0	0	حليب طبيعي
1,4	0	0,7	0,7	0	حليب معقم
19,5	1,4	1,4	16,7	0	حليب بودرة للرضع
11,1	2,8	4,2	4,2	0	عصير الفواكه
2,8	1,4	1,4	0	0	ماء الرز
22,2	13,2	1,4	6,3	1,4	تيزانة
10,5	2,1	5,6	0,7	2,1	غذاء محضر في البيت للرضع
30,6	16,7	13,9	0	0	مصاصة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و بتحليلنا للنتائج المدونة في الجدول توضح لنا ما يلي:

تبلغ نسب قصر القامة الأكثر حدة أعلاها في الريف أكبر من الحضر، بحيث أنه في الريف تمثل لنا النسبة 42,8% منها 21,2% من الأمهات اللواتي يعملن على إنامة أطفالهن، أما في الحضر نجد 38,2% منها 16,7% من الأمهات اللواتي يقدمن المصاصة لأطفالهن.

ومما سبق تحليله نستطيع تفسيره في ما يلي:

نلاحظ كل من الأم الريفية والحضرية فيما يخص الرضاعة الغالبة، لا تجد الأم وقتا محددا لإطعام طفلها فتقدم له السوائل لحظة إستساغتهم لها بالبكاء، كما تعطى الأعشاب المغلية كدواء حينما تشعر الأم بأن طفلها مريض، و هذه الوصفات غالبا ما يكون مصدرها نساء مسنات.

أما الرضاعة التكميلية خلال 24 ساعة، ترتبط بمستوى وعي الأم في تغذية طفلها، بحيث لاحظنا أن هناك عجز كل من الأم الريفية و الحضرية في إرضاع أطفالهن رضاعة تكميلية و مستمرة خلال 24 ساعة فتقدمن المصاصة أو يعملن على إنامة الطفل، كما يمكن إعتبار أنشطة الأم من خلال مزاولتها لبعض الأنشطة خارج المنزل إذ لا يصبح لديها الوقت الكافي لإرضاع طفلها، عندئذ يصبح البديل هو المواد الصلبة.

فنلاحظ في المناطق الريفية أين تهتم الجدة أو الحماة أو البنات بمسؤولية تغذية الطفل، و رعايته بسبب عمل الأم خارج المنزل، أما في المناطق الحضرية، نلاحظ أن الأم التي تعمل خارج البيت تصبح تغذية طفلها مشكلة لديها، ويجعلها تعتمد على الرضاعة الإصطناعية، و ترك الطفل في دار الحضانة أو عند أهل الزوج أو أهل الزوجة.

و تغطي الرضاعة التكميلية، عادة، الفترة الممتدة بين الشهر السادس والشهر الرابع والعشرين من عمر الطفل، علماً بأنّ الطفل يكون شديد التعرّض للمخاطر في تلك الفترة. ذلك أنّها الفترة التي يبدأ فيها سوء التغذية لدى كثير من الرضع ممّا يسهم، بشدة، في إرتفاع نسبة إنتشار تلك الظاهرة بين الأطفال الأقل من عامين في جميع أنحاء العالم .

7.11. التنوع الغذائي لدى الطفل الأقل من عامين

يعتبر التنوع الغذائي للطفل، من أهم المتغيرات الخاصة بالدراسة، بحيث أنه يتأثر بمجموعة من العوامل من بينها: التعرف على مدى مناسبة المستوى المعيشي، و الاقتصادي للطفل، والمساهمة في مساعدة الأم على الحصول على كافة الإحتياجاتها، و رعايتها لطفلها.

1.7.11. التنوع الغذائي للطفل بين العمر (1-4) أشهر

أن حليب الأم هو الغذاء الكامل والوحيد للطفل فهو يحتوي على كل المغذيات، والفيتامينات والمعادن والعناصر الأساسية والضرورية التي يحتاج إليها الرضيع، لينمو نمواً طبيعياً خلال الأشهر الأربعة الأولى من الحياة.

جدول رقم 115: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (1-4) أشهر.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (1-4) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
26,6	0	1,8	13,0	11,8	رضاعة طبيعية
8	4,4	2,1	0,9	0,6	ماء بالسكر
3,3	1,8	1,2	0,3	0	الأتنين
62,3	36,6	23,9	0,9	0,9	لا تعرف
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (1-4) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
32	0	0	28,5	3,5	رضاعة طبيعية
1,4	0,7	0,7	0	0	الأتنين
66,7	37,5	29,2	0	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و بتحليلنا للإحصاءات التي جمعناها توصلنا إلى النتائج التالية:

هناك إرتفاع متساوي في نسب قصر القامة الأكثر حدة في كل من الريف و الحضر، حيث في الريف تم تسجيل نسبة 42,8% منها 36,6% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن، و الحضر 38,2% منها 37,5% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن.

شدد الدكتور Widstrom, A، على أن الرضاعة الطبيعية هي التي تحفز جهاز المناعة عند الرضيع وإستجابته إلى اللقاحات. ويحتوي حليب الأم على المئات من الخلايا والبروتينات والدهون والهرمونات، وعوامل المناعة من الأمراض المعدية، وأيضاً يحتوي على الأنزيمات المعززة للصحة، فضلاً عن إحتوائه على عوامل أخرى لا تُوجد إلا في حليب الأم تحمي الأغشية المخاطية للقنوات المعوية والمعوية والتنفسية، وخلايا مناعية تكافح بنشاط للإلتهابات، مما يقي الرضع من

الأمراض الناجمة عن الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي العلوي. ويمكن للرضاعة الطبيعية الخالصة أن تُخفض أيضاً فرصة إنتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم الحاملة لهذا الفيروس إلى مولودها.

و تم تأكد على ضرورة أن لا يبدأ الطفل تناول الأغذية المكملة الغنية بالمغذيات، التي تزود جسمه بالمزيد من الفيتامينات والمعادن والبروتينات والكاربوهيدرات اللازمة لإشباع حاجات النمو لديه، إلا بعد بلوغه ستة أشهر وليس قبل ذلك، داعياً الأمهات إلى عدم الإلتفات لإعلانات شركات الأغذية التجارية والدعايات المروجة، التي يكتب بعضها على المنتج يعطى للطفل من عمر أربعة شهور. وقال الدكتور Widstrom, A: " إن كثيراً من الأمراض التي تصيب الأطفال الرضع، وبالأخص الأمراض الجلدية مثل الأكزيما والحساسية، ناتجة عن إطعام الطفل قبل إتمامه الستة أشهر" [348]ص76.

كما توصي منظمة الصحة العالمية، بالإعتماد الكلي في تغذية الطفل على الرضاعة الطبيعية فقط خلال 6 شهور الأولى من عمر الطفل. و ذلك مع المتابعة الدورية للطفل للتأكد أن نمو الطفل في المعدل الطبيعي، حيث تتم متابعة الطبيب لوزن الطفل و طوله و محيط الرأس. فإذا كان معدل نمو الطفل جيد، ينصح بالإعتماد على الرضاعة الطبيعية فقط طوال الستة أشهر الأولى من عمر الطفل. أما إذا كان معدل النمو بطيء، فيحدد الطبيب التوقيت المناسب لبدء إدخال أطعمة أخرى بجانب الرضاعة.

و إلى جانب الأطعمة التي تبدأ الأم إدخالها للطفل، تستمر في الرضاعة الطبيعية حتى عامين على الأقل، حتى يستفيد الطفل بالعناصر الغذائية الهامة الموجودة بحليب الأم و التي يصعب تعويضها. و يكون الفطام أكثر سهولة إذا كان الطفل يأخذ حليب صناعي بجانب حليب الأم. لذلك يجد البعض فكرة جيدة، أن تبدأ الأم إعطاء الطفل حليب الثدي بعد وضعه في زجاجة الإرضاع خلال 4 أشهر لتسهيل عملية الفطام فيما بعد.

2.7.11. التنوع الغذائي بين العمر (4-6) أشهر

و هي المرحلة التي تمتد من سن (4 إلى 6) أشهر من عمر الطفل، و فيها يكون حليب الأم مكملًا للأغذية الأخرى لأنه لا يكفي وحده لنمو الطفل، و هي أيضاً بداية الفطام ولأنه لا يحتوي على كمية الحديد التي يحتاجها.

جدول رقم 116: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (4-6) أشهر.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (4-6) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
45,7	18,9	13,0	5,9	8,0	عصيدة
22,4	12,7	5,6	2,7	1,5	مشنقات الحليب
7,7	3,5	2,9	1,2	0	لحم طازج بدون دسم
0,6	0,6	0	0	0	الكبد
0,6	0	0	0,3	0,3	صفار البيض
0,9	0	0,3	0,3	0,3	سمك
12,1	3,2	4,1	3,2	1,5	حساء الخضر
1,5	0,9	0,6	0	0	عصير الفواكه
0,9	0,9	0	0	0	حساء الفواكه
7,7	2,1	2,4	1,5	1,8	لا توجد إجابة
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (4-6) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
33,3	12,5	11,1	8,3	1,4	عصائد
31,3	10,4	8,3	11,8	0,7	مشنقات الحليب
0,7	0	0,7	0	0	سمك
11,8	6,9	1,4	2,1	1,4	حساء الخضر
22,9	8,3	8,3	6,3	0	لا توجد إجابة
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

يتبين لنا من خلال تحليلنا لنتائج ما يلي:

يلاحظ إرتفاع في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف على الحضر، بحيث تمثل الريف 42,8% منها 18,9% من الأطفال الذين يتغذون على عصائد، و في الحضر نجد 38,2% منها 12,5% من الأطفال الذين يتغذون على عصيدة.

إن الفشل في بدء مرحلة الفطام باكرا، يؤدي إلى صعوبة تحقيق ذلك مستقبلا حيث يظل الطفل في مرحلة الرضاعة، و لكن بإعطائه الحبوب الغذائية المقواة بالحديد إلى جانب الحليب. بمعنى الإنحلال التدريجي للغذاء الصلب محل الحليب مع التنبيه للأمور التالية:

1. يجب البدء بالمواد التي لا تثير حساسية الطفل، و خير بداية هو مسحوق الأرز (المعد خصيصا للأطفال و الخالي من الغلوتين).
2. أن تعطي تلك الأغذية في طبق الطفل، و كذا العصير في الكوب المخصص لذلك و ليس في زجاجة الإرضاع.
3. ينبغي عدم إرغام الطفل على إكمال الطبق، حيث إنه في مرحلة التجربة و إن ذلك يؤدي إلى رفض الأكل أو التقيؤ، و بالتالي فشل التجربة في بدايتها.

كيف تبدأ الأم الفطام (إدخال وجبات إضافية للرضاعة الطبيعية) ؟

يفضل البدء بعصير الفاكهة الطازجة، حتى يكون مذاقها مقبول للطفل و لا يرفض الطعام من البداية. و يتم إعطاء 5 مل (ملعقة صغيرة) من عصير الفاكهة، ثم تزداد الكمية تدريجيا حتى تصل إلى 60 مل أو حسب حاجة الطفل. و يجب أن تبدأ بنوع واحد فقط من الفاكهة، و زيادة كميته تدريجيا كل يوم ثم إدخال نوع جديد بعد أسبوع، حتى يتم ملاحظة إذا سبب أي نوع من الفاكهة حساسية، إسهال، أو إمساك للطفل. بعد الفاكهة يتم إدخال الخضروات المهروسة (بطاطس، جزر، كوسة). ثم يعطى الأرز، صفار البيض (مسلوقة)، الدجاج واللحوم (بعد سلقها و ضربها في الخلاط)، الجبن. وتعطى كل تلك الأطعمة في سن 6 اشهر. ثم يعطى السمك و الزبادي و باقي الأطعمة. وكذلك يجب تجنب الملح و السكر الزائد في الطعام.

و إذا سبب أحد أنواع الأطعمة طفح جلدي أو إسهال أو إمساك للطفل، يجب الابتعاد عنه لفترة ثم معاودة إعطائه بعد فترة. كذلك إذا رفض الطفل نوع معين من الأطعمة، يجب إيقافه لفترة ثم معاودة إعطائه مرة أخرى بعد عدة أسابيع. و يجب أن يكون هناك تدرج في الطعام المقدم للطفل من حيث القوام. ففي البداية يكون الطعام في صورة عصير سائل، ثم تبدأ تجعله الأم مهروسا ليزداد قوامه حتى تصل في النهاية لإعطائه الطعام الصلب.

3.7.11. التنوع الغذائي للطفل بين العمر (6-7) أشهر

و فيها يكون الجهاز العصبي الحركي للفق و كفاءة جهازي الهضم و الكلى مؤهلين لأن يتناول الطفل طعاما شبيها بطعام بقية أفراد الأسرة، مع بعض الفروق الطفيفة و بالتالي تتناقص حاجته للحليب إلى حوالي 35% من الحاجة اليومية.

جدول رقم 117: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (6-7) أشهر.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (6-7) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
24,8	10,9	6,5	2,9	4,4	عصيدة
14,5	7,1	4,7	1,5	1,2	سمك نصف دسم
8,3	5,0	2,4	0,9	0	حليب بالطحين
20,4	2,4	1,8	8,8	7,4	حساء الخضر
32,2	17,4	13,6	0,9	0,3	لا تعرف
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (6-7) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
31,3	15,3	9,0	6,3	0,7	عصيدة
29,9	2,8	4,2	20,1	2,8	سمك نصف دسم
38,9	20,1	16,7	2,1	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و بإستقراء و تحليل النتائج يتضح ما يلي:

تتراوح نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث تمثل في الحضر 38,2% منها 20,1% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن، أما في الريف تمثل 42,8% منها 17,4% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن.

عادة ما تبدأ من ستة أشهر إلى تسعة، لذلك يجب البدء بإعطائه الخضر المسلوقة بعد هرسها جيدا، علما أنه من الضروري البدء بإعطائه الخضر قبل الفاكهة، لكي لا يعتاد على مذاقها الحلو فلا يقبل غيرها بعد ذلك، و ينبغي أن تنوع الأم الأطعمة المختلفة لطفلها، ومن الضروري أن تعطيه منها شيئا فشيئا أي الواحد تلو الآخر، بالبدء بإعطائه الخضر ثم اللحم، و صغار البيض كونه قد يعاني حساسية ضد بياض البيض، وأخيرا أن تقدم له أنواع الفاكهة المختلفة، وتجدر الإشارة إلى أنه خلال هذه المرحلة يجب أن يتناول الطفل خمس إلى ست قنان من الحليب (200 مللتر كل واحدة).

4.7.11. التنوع الغذائي للطفل بين 8-18 شهر

من خلال هذه المراحل، يمكن أن يعطى للطفل كل ما يستطيع أن يمسكه بيده، كالحب والخبز والموز والحبوب المهروسة جيداً، إضافة إلى أهمية الألبان والأجبان كونه يحتاج إلى كل الغذاء والطاقة لكي ينمو جيداً، علماً أن طفل يحتاج في هذه المراحل إلى ثلاث قنن من الحليب أو أربع، إلا أن حاجة الطفل تختلف بحسب كمية الطعام التي يتناولها.

بعد عمر السنة وهي مرحلة الأكل العادي يمكن أن يتناول الطفل وجبات متنوعة، وأن يأكل ما يريد خصوصاً أنه يستطيع أن يمضغ الأكل شرط أن يكون طرياً، و ينصح بتناول ثلاث وجبات رئيسية ووجبتين أو ثلاث صغيرة في السنة الأولى من العمر.

جدول رقم 118: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (8-9 أشهر).

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (8-9 أشهر)
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
25,1	12,7	9,4	1,5	1,5	شعيرات
5,0	3,5	0,6	0,6	0,3	بيض
27,4	3,2	1,8	11,5	10,9	غذاء الأسرة
0,6	0,6	0	0	0	الكل
41,9	22,9	17,1	1,5	0,6	لا تعرف
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (8-9 أشهر)
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
25,7	8,3	11,1	6,3	0	شعيرات
27,1	1,4	0	22,2	3,5	غذاء الأسرة
47,3	28,5	18,8	0	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

يتبين بتحليل النتائج ما يلي:

هناك إرتفاع في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر على الريف، بحيث سجلت المنطقة الحضرية 38,2% منها 28,5% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن، أما في الريف نسجل 42,8% منها 22,9% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن.

ومما سبق تحليله نستخلص أن نسب قصر القامة، ترتفع عند الأم التي لا تعرف كيف تنوع غذاء طفلها.

جدول رقم 118: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (10-11) أشهر.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (10-11) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
12,7	7,7	4,1	0,6	0,3	عجائن
31,6	5,0	0,9	13,0	12,7	غذاء الأسرة
4,1	2,1	2,1	0	0	الكل
51,6	28,0	21,8	1,5	0,3	لا تعرف
%100	42,8	28,9	15,0	13,3	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (10-11) أشهر
المجموع	أكثر حدة	حاد	متوسط	منخفض	
40,9	6,9	6,9	23,6	3,5	عجائن
59,1	31,3	22,9	4,9	0	لا تعرف
%100	38,2	29,9	28,5	3,5	المجموع

و بعد تحليل النتائج إتضح ما يلي:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر على الريف، بحيث تم تسجيل 38,2% منها 31,3% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن، أما في الريف فتمثل 42,8% منها 28,0% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن.

و بهذا، فإن نسب قصر القامة ترتفع عند الأم التي لا تعرف كيف تنوع في تغذية طفلها.

جدول رقم 118³: نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة حسب التنوع الغذائي للطفل بين العمر (12-18) أشهر.

المناطق الريفية					مكان الإقامة
ولاد عيش و بعرفة					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (12-18) أشهر
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0,6	0,3	2,1	3,2	6,2	سمك بالدمسم
0	0	0,9	0,9	1,8	المخ
0	0,3	0,6	2,4	3,2	بقول جافة
12,7	13,6	0,6	2,4	29,3	غذاء الأسرة
0	0,9	24,8	33,9	59,6	لا تعرف
13,3	15,0	28,9	42,8	%100	المجموع
المناطق الحضرية					مكان الإقامة
حي الموز و 19 جوان					القطاع الصحي
نسب سوء التغذية حسب قصر القامة (نقص في الطول بالنسبة للعمر HAZ)					التنوع الغذائي بين العمر (12-18) أشهر
منخفض	متوسط	حاد	أكثر حدة	المجموع	
0	2,1	4,2	5,6	11,8	سمك بالدمسم
3,5	26,4	0,7	1,4	32	غذاء الأسرة
0	0	25,0	31,3	56,2	لا تعرف
3,5	28,5	29,9	38,2	%100	المجموع

و بالدراسة و التحليل النتائج تبين:

ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بحيث تمثل في الريف 42,8% منها 33,9% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن، و أما في الحضر فتسجل 38,2% منها 31,3% من الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن.

تعتبر التغذية الصحية السليمة أساسا لحماية الجسم من الأمراض، حيث تساعده على النمو العقلي و البدني بشكل سليم، خال من الأمراض و المعوقات الصحية، و تعاني الكثير من المناطق الريفية و الحضرية من أمراض سوء التغذية بالنسبة للأطفال، ويرجع ذلك إلى عدم توفير الغذاء الصحي للأطفال سواء من ناحية الكم، أي إحتياجات الجسم، أو من ناحية نوعية الغذاء، و ما يتضمنه من فيتامينات و معادن و بروتينات يحتاجها الجسم لتمده بالمناعة اللازمة لمقاومة الأمراض، و تساعد على بنائه و تكوينه بشكل مناسب، و تمد الجسم بالطاقة و النشاط الحيوي اللازم لممارسة دوره بشكل سليم، و تعد العوامل الإقتصادية و توفر الإمكانيات المادية هي المعوق الحقيقي الذي ينعكس بصورة كبيرة على ظهور أمراض سوء التغذية، و يضاف إلى ذلك عدة إعتبارات أخرى،

تتمثل في زيادة عدد الأطفال في الأسرة الواحدة، و الأثر السلبي لذلك هو عدم القدرة على رعاية الأطفال، و تغذيتهم بشكل سليم و متكامل.

العوامل الإجتماعية والسلوكية، تؤثر على كيفية توجيه إستخدام المصادر وبالتالي التغذية، على سبيل المثال على مستوى المنزل هذا يتضمن ممارسات قد تؤثر في عملية تناول الطعام، الصحة، النظافة الشخصية، بالإضافة إلى نواحي إجتماعية نفسية.

إن رعاية الطفل تتأثر بمجموعة واسعة من العوامل والتي تؤثر على تغذية الطفل، هناك العناية المباشرة للطفل من قبل أفراد العائلة، بشكل خاص الأم و يشمل ذلك الرضاعة الطبيعية، الفطام، تشخيص الأمراض، التحفيز على الكلام وتوسيع قدرة الإدراك، بالإضافة للدعم العاطفي. أما أنماط السلوك الأخرى التي تؤثر في رعاية الطفل بشكل غير مباشر، تتضمن أماكن حفظ الطعام داخل المنزل، مقدم الرعاية، السلوك والمواقف اللذان يؤثران على إستخدام الخدمات الصحية، المياه و الصرف الصحي، وممارسات النظافة العامة بالإضافة إلى أن المعتقدات الثقافية والعرفية ستؤثر أيضاً على ممارسات الرعاية

وهناك دلائل تشير إلى أن الأمهات يملن إلى التأخر نسبياً في البدء بتقديم الأطعمة البروتينية، والأطعمة الغنية بالحديد إلى أطفالهن. و حسب منظمة الصحة العالمية في سنة 2003[349]ص5 تؤكد على أن الثلث فقط 31,6% من الأمهات يقدمن لحما، دجاجاً، أو سمكا إلى النظام الغذائي لأطفالهن بعمر ثمانية شهور، و فقط 69,7% بعمر سنة واحدة. على أية حال، هناك القليل من المعلومات حول البدء بتقديم المصادر البديلة للبروتين والأطعمة الغنية بالحديد (مثل العدس والخضار الورقية الخضراء).

إن الأساس السليم الذي يتم الإعتماد عليه لينمو الأطفال بطريقة صحيحة وسليمة هو الغذاء الذي يتناوله الأطفال، طبعاً هذا بالإضافة إلى حصولهم على فرص لتنمية نشاطاتهم وتفريغ طاقاتهم، وأيضاً فرص حصولهم على التعليم المناسب الذي يضمن مستقبلهم.

لكن كيف يمكن أن يحدد الأطفال الطعام الذي يفضلونه أو الذي لا يرغبون في تناوله، ومن الملاحظ أن كثيراً من الأطفال يفضلون تناول اللحوم ويرفضون تناول الخضراوات والفواكه، فهل هذه الخيارات تنتج عن الفطرة مع ولادة الطفل نفسه، أم أن هناك أسباب أخرى تدفع بالأطفال للإقبال على هذه المأكولات؟

ومن أجل الحصول على جواب علمي صحيح حول السؤال السابق قامت مجموعة من العلماء بإجراء إختبار هو الأول من نوعه في العالم، وإستطاعت نتائج هذا الإختبار أن تثبت بأن تعود الأطفال على أكل اللحوم والأسماك يعود إلى عوامل وراثية، أما تعود الأطفال على أكل الخضراوات والحلويات فيعود إلى الظروف البيئية التي يعيشونها منذ ولادتهم.

ولقد شمل الإختبار 214 طفل أقل من عامين، وقد قام العلماء ببحث عاداتهم الغذائية مقارنة بعادات آبائهم وأمهاتهم في الأكل، وتم وضع 77 نوع من الأطعمة أمام آباء وأمهات هؤلاء الأطفال ليحددوا المأكولات التي يفضلونها ويفضلها أولادهم أيضاً، فوجد العلماء أن هؤلاء الآباء والأمهات يحبون نفس المأكولات التي يفضلها أولادهم.

وبينت النتائج أن عادات الأطفال في تناول المأكولات الغنية، كالحوم البقر والغنم والأسماك والبيض وغيرها، تعود إلى عوامل وراثية بنسبة أكثر من عادة تناول المأكولات الأخرى، وبشكل خاص أكثر من عادة أكل الخضراوات والفواكه والحلويات التي تتأصل من تأثير الظروف البيئية والمعيشية، وهذه العوامل الوراثية تأتي من الأب والأم وربما من الجيل السابق للعائلة.

وميزة الأغذية العلاجية الجاهزة للإستعمال أنها عجينة لا يتعين خلطها بالماء، مما يمكن من تلافي مخاطر تكاثر الجراثيم في حالات التلوث التي تحدث بدون قصد. و يمكن أن يُستهلك هذا المُنتج، الذي يحتوي على خليط من زبدة الفول السوداني واللبن المقشود والفيتامينات والمعادن، بشكل مباشر من قبل الطفل، وهو يوفر مدخولاً كافياً من المغذيات اللازمة للشفاء التام من سوء التغذية. و يمكن تخزينه لمدة تتراوح بين ثلاثة وأربعة أشهر دون الإضرار إلى تبريده، حتى في درجات الحرارة المدارية. ويجري، فعلاً، إنتاج عجينة الأغذية العلاجية الجاهزة للإستعمال في عدة بلدان منها الكونغو وإثيوبيا وملاوي والنيجر.

وفي أعقاب توافق الآراء، الذي تم بلوغه بشأن التدبير العلاجي المجتمعي لحالات سوء التغذية الحادة، في مشاوررة غير رسمية عُقدت في عام 2005 من طرف المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف على إعداد دليل ميداني في هذا المجال، كما تم تنقيح الدلائل الواردة في التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة لمراعاة مبادئ العلاج المنزلي الجديدة.

إن خلق العادات الغذائية الصحية لدى الأطفال، وتعويدهم على تناول الوجبات الغذائية

المتوازنة، وعدم الإفراط في تناول صنف معين من الطعام على حساب صنف آخر، وتجنب التركيز على الكربوهيدرات من الأرز والبطاطا والحلويات والسكريات وغيرها، والإهتمام بالمواد الغذائية الغنية بعنصر الحديد، منها اللحوم والكبد والحبوب والخضراوات الطازجة، وذلك حفاظاً على قيمتها الغذائية، لأن الأغذية المجمدة والمحفوظة تتناقص قيمتها الغذائية وتقل عن الطازجة.

مليون طفل الأقل من عامين يعانون من نقص في الفيتامين أ، الذي قد يؤدي تناول جرعات عالية منه إلى الإصابة بالعمى، وزيادة خطر أن يموت الطفل نتيجة أمراض مثل الحصبة والإسهال وإلتهابات الجهاز التنفسي الحادة. و إن نقص فيتامين د، يؤدي بالنهاية إلى نقص في كالسيوم الدم، وهذا بدوره يثير نشاط متزايد للغدد الجاردرقية والتي تفرز هرمونا يذيب كالسيوم العظام ويحوّله إلى الدم، وهكذا يختل التكلس الطبيعي للعظام وخاصة في مناطق النمو الرئيسية، مما يؤدي إلى ليونتها وهشاشتها وتشوه أشكالها، بالإضافة إلى الآثار الجانبية المترتبة على نقص الكالسيوم في وظائف العضلات والقلب والجهاز التنفسي والدم.

إن نقص فيتامين د، يؤدي إلى إصابة الأطفال بمرض لين العظام (Rickets)، إن الجنين عادة ما يحصل على إحتياجاته من فيتامين د من الأم الحامل عبر المشيمة حتى مع إنخفاض أو نقص مخزون الأم من هذا الفيتامين، غير أن ذلك يصبح متعذراً بالطبع في حالات النقص الشديد بمخزون الأم. يزداد مرض لين العظام شيوعاً في السنة الأولى والثانية من عمر الطفل، وتظهر الأعراض بعد نقص فيتامين د لعدة أشهر.

و تزداد شدة أعراض المرض مع تأخر علاج الحالة أو حسب مصاحبته لمسببات مرضية أخرى، وأهم أعراض المرض كما يلي: [350]ص456

- 1.الرأس: رخاوة في المناطق المجاورة لمفاصل الجمجمة، وإستمرار إتساع منطقة اليافوخ مع إزداد حجم الرأس وبروز الجبهة وتغير شكله الدائري، وتأخر أوعدم ظهور الأسنان.
- 2.الصدر: ظهور نتوءات على شكل مسبحة في أطراف الأضلاع في منطقة إتصالها بعظمة القفص، مع بروز عظام الصدر إلى الأمام لتعطي شكلاً شبيهاً بصدور الطيور، ووجود تقعر في الجزء السفلي من الأضلاع على إمتداد إرتباط الحاجز بجدار الصدر من الداخل.
- 3.العمود الفقري: قد يتعرض العمود الفقري إلى إنحناءات جانبية أو أمامية غير طبيعية.
- 4.الحوض: يتأخر نمو عظام الحوض مع حدوث تشوهات متنوعة.

5. الأطراف: تتضخم نهايات عظام الأطراف حول الرسغ و الكاحل، مع وجود إنحناءات في العظام الطويلة للأطراف العلوية والسفلية تظهر بشكل أوضح في تقوس السيقان أو تلامس الركبتين، وقد تؤدي هذه التشوهات في العمود الفقري والأطراف السفلية إلى قصر القامة.
6. الأربطة: تتعرض أربطة المفاصل إلى إرتخاءات و ليونة.
7. العضلات: يؤدي هذا المرض إلى تأخر نمو العضلات وضعف عام، ينجر عنه تأخر النمو العضلي لدى الطفل، بحيث يتأخر الطفل في الزحف والحبو والجلوس والوقوف والمشي، كما يؤكد نقص أملاح الكالسيوم إلى تقلصات عضلية وحالات تشنج متكررة.
8. أعراض أخرى: نتيجة سوء التغذية تصاحب المرض أعراض أخرى، كفقر الدم أو أمراض نقص الفيتامينات أو المواد الغذائية الأخرى، كما تزداد نسبة الإصابة بالأمراض الصدرية، وضعف العضلات، بروز الجبهة، تضخم نهايات العظام، أورام عظمية غضروفية، تقوس وتشوه العظام وكلها أعراض لمرض لين العظام.

إذا إستمر التقوس ولو بسيطاً أو إذا ساءت حالة الطفل بعد عمر 3 سنوات، أو إذا كان التقوس شديداً، يجب اللجوء إلى الطبيب، الذي قد ينصح بإرتداء الطفل لحذاء طبي خاص يعمل على لف القدم إلى الخارج، وفي بعض الأحيان قد يلجأ الطبيب إلى التدخل الجراحي.

الفصل 12

تحليل تصوري لمنهجية الدراسة و مناقشة النتائج النهائية

نحاول في هذا الفصل إعطاء تحليل تصوري لمنهجية الدراسة السوسولوجية لظاهرة سوء التغذية، و هذا بالتحليل التفسيري لسوء التغذية عند الأطفال الأقل من عامين، المعرضين لسوء التغذية حسب مؤشر HAZ.

إن التحليل الوصفي للوضعية التغذوية للأطفال الأقل من عامين في البلدية، يعتبر كتمهيد وبالتحليل التفسيري بإستخدام نموذج الانحدار اللوجيستيكي «La Régression Logistique»، الذي يقوم بتحليل العلاقة بين نموذج الإصابة بسوء التغذية و المتغيرات الخاصة بالإشكالية و الفرضيات و هذا حسب مؤشر النقص في الطول بالنسبة للعمر (HAZ) ، و من أجل معرفة تأثير المتغيرات المدروسة على سوء التغذية، سوف نستعمل كل المتغيرات النوعية و الكمية على حدة، بوجود معادلة الإنحدار اللوجيستي.

1.12. نموذج سوء التغذية لدى الأطفال الأقل من عامين حسب مؤشر قصر القامة HAZ

إن نموذج سوء تغذية الأطفال حسب مؤشر قصر القامة HAZ، يفسر تأثير المتغيرات الحقيقية لسوء التغذية الطفل، بتدخل محددات مباشرة متمثلة في الخصائص الشخصية للطفل، و أما المحددات غير المباشرة تتمثل في المسكن و الأسرة والأم.

$$\text{Logit } y = c + B_{1 \times 1} + \dots + B_{17 \times 17} + E$$

بحيث: $y =$ الطول بالسنتيمتر، والطول عند الولادة يقدر بالنسبة إلى E ، بينما الكميات المتغيرة لقيمة B ليست متوافقة مع المتغيرات البيولوجية. وهكذا المنحنى الممثل لكل طفل يتميز بتمثيل الكميات المتغيرة للقيم التي تتلخص بمعلومات. و إستخدام مؤشر WALS، لمعرفة أي من المتغيرات لها تأثير في النموذج، و يتم حذف المتغيرات التي ليس لها علاقة بسوء التغذية.

جدول رقم 119: نموذج سوء التغذية الأطفال الأقل من عامين حسب مؤشر قصر القامة 95%.

Exp(B)	df	WALD	Bi	المتغيرات
0,4021	1	6,5423	-2,4013	TYHABITA (نوعية المسكن)
0,6623	1	17,7812	-1,2569	TYMENAG (نوع الأسرة)
1,9756	1	8,2531	-4,2213	TYTRAVCH (نوع عمل رب الأسرة)
0,2097	1	7,2233	-1,7017	PERSGR (عدد أفراد الأسرة)
1,0658	1	10,9900	-1,4932	SALLARM (دخل الأسرة)
1,8732	1	5,4569	-1,8820	ESPAMARG (مدة الزواج)
1,1150	1	16,1287	-0,4470	NEMBEBF (عدد الأطفال)
0,4162	1	7,7830	-1,1660	LIEACCOUC (مكان الولادة)
0,6589	1	25,5736	-1,7912	ALLMATENUF (تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي)
0,5698	1	20,4301	-1,5520	ENTALLMER (تذكر تغذية أمها)
0,6589	1	18,7112	-3,7886	NEVOU (المستوى التعليمي للأم)
0,2147	1	8,9682	-1,4931	TYTRAVAIF (نوع عمل الأم)
1,9156	1	29,1236	-2,0503	MTROMOD (الميل للطب الحديث أو الشعبي)
0,3320	1	30,5468	-2,0803	ALLMA (الرضاعة الطبيعية)
0,2210	1	13,2580	-5,4450	SEXE (التفضيل بين الجنسين)
1,7023	1	34,4569	-2,2560	AGENTRI (التنوع الغذائي حسب عمر الطفل)
0,1664	1	26,4578	-1,3352	AIRBENF (إستعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها)

النتائج تبين ما يلي:

1.1.12. خصائص النمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية

1.1.1.12. نوعية المسكن

و التي تعكس الفوارق في التغذية بين نوعين، و قد تبين أهمية هذا المتغير في النموذج، من خلال مؤشر WALD 6,5423 و مضروب Bi سالبا -0,8474، أما الخطر المطلق 1,3106.

يمكن تفسير هذا المتغير بظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من انخفاض لمستوى الخدمات المقدمة في تلك المناطق، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية من جهة، ومن جهة أخرى التأثير السلبي للهجرة إلى المدن للحصول على كافة أنواع الخدمات، كالإسكان و المياه و الكهرباء والصرف الصحي، والمواصلات والإتصالات، و كذا إرتفاع الكثافة السكانية في المناطق الحضرية.

و بهذا تطلق كلمة "النزوح الريفي" على الأفراد والأسر أو الجماعات، التي تفقد الموارد التي تمكنها من الحصول على التنوع الغذائي كما يعرف الدكتور باقر محمد حسين النزوح الريفي بأنه: "الغذاء الملائم والمألوف في المجتمعات التي ينتمون إليها حالة من الحرمان المادي، التي تتجلى أهم

مظهره في إنخفاض إستهلاك الغذاء كمًا ونوعًا، وتدني الحالة الصحية والمستوى التعليمي والوضع السكني، والحرمان من السلع الضرورية والأصول المادية الأخرى، و فقدان الإحتياطي أو الضمان لمواجهة الحالات الصعبة كالمرض والإعاقة والبطالة والكوارث والأزمات" [351]ص12.

ويعد النزوح الريفي ظاهرة مركبة تنشأ بسبب عوامل متعددة إقتصادية، وإجتماعية وثقافية وسياسية، ولذلك تناول الباحثون معالجة ظاهرة الفقر حسب تخصصاتهم العلمية وإهتماماتهم البحثية. وقد إستحوذ التفسير الثقافي على معظم الدراسات السوسولوجية، التي تناقش النزوح الريفي، حيث ورد مصطلح "الثقافة الحضرية" لأول مرة في دراسة الباحث "أوسكار لويس"، التي أشار فيها إلى قائمة من السمات الخاصة بالنزوح الريفي.

وأوضح لويس أنها ليست مجرد نقص وحرمان إقتصادي وسوء تنظيم، وإنما هي طريقة في الحياة، حيث تظهر في فترات التغير السريع ولذا فإن لويس لم يبلغ العوامل الإقتصادية والنمو الحضري المتسارع والحروب والإجتماعية والسياسية والنفسية، التي تتضمنها ثقافة الفقر، التي تنتج عن جهود الفئات الفقيرة في التغلب على المشاكل، والشعور باليأس الناتج عن عدم قدرة هذه الفئات على تحقيق النجاح في إطار قيم المجتمع. ومع مرور الزمن يكتسب الأطفال المقيمين في المناطق العشوائية إتجاهات وقيم وثقافة الفقر، وتصبح طريقة الحياة هذه هي التي تحقق لهم التكيف، والإستمرار في العيش في بيئتهم.

2.1.12. تحليل مقارن لتأثير الأعراض السوسيوديمغرافية على نمط تغذية الطفل

1.2.1.12. نوع الأسرة

لنوع الأسرة تأثير على النموذج، بحيث مؤشر WALD يمثل 17,7812 ومضروب Bi سالبا 1,2569-، أما الخطر المطلق $Exp(B)$ يمثل معدل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر قصر القامة و هذا بحوالي 0,6623.

وكل هذا يمكن تفسيره بتدخل المتغيرات الخاصة بالمحيط و الأم و الطفل، بحيث نقص الوعي لدى بعض الأسر بأهمية تتبع المتغيرات الإجتماعية، و تغيير السلوك السلبي و الذي يدعو إلى الزواج المبكر، بسبب إرتفاع نسبة الأمية الناتج من عدم الوعي بأهمية تعليم البنات. وبهذا فإن التغيير في نوعية الأسرة في حد ذاته يلقي كثيرا من الرفض و المقاومة، خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات و التقاليد الإجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد.

إن الدعم في الرعاية الأسرية، هو أمر حاسم من أجل نمو الطفل حتى يصل لأقصى إمكانياته، بحيث نجد أن الأسر في مختلف أنحاء العالم تواجه عقبات هائلة مثل زيادة الفقر، والنزوح من الريف إلى الحضر للبحث عن عمل، وغيرها. غالباً ما تقتصر الأسر إلى المهارات، والثقافة لتنشئة الأطفال حتى يصلوا لأقصى إمكانياتهم.

بهذا تركز اليونيسيف على وضع برامج الرعاية الأسرية، المصممة وفقاً للإحتياجات المختلفة للأطفال والقائمين على رعايتهم (الوالدين) من أجل تحسين مهارات الأسر ورفع مستوى ثقافتهم في توفير الرعاية، والتغذية، والحماية للأطفال. فعلى سبيل المثال، يمكن التركيز على برامج التدريب لمقدمي الرعاية أو الأمهات لتوسيع مدارك فهمهم لنمو أطفالهم. ويمكنها أيضاً التركيز على تحسين مهارات الأسرة، في مجالات قد لا تكون لها صلة مباشرة بالرعاية الأسرة، وقد تشمل هذه المهارات على دورات العمل لتمكين الأسرة لكسب المزيد من الدخل الذي من شأنه أن يؤدي إلى قدرتهم على تكريس المزيد من الموارد لقطاعات الصحة والتغذية والتعليم لأبنائهم.

كما تعمل اليونيسيف مع وسائل الإعلام الوطنية والمحلية لتوصيل رسائل أساسية ولكنها فعّالة. كما يقوم فنيين مدربين بزيارة المنازل وتقديم الإرشادات إلى الأسرة أو مقدمي الرعاية. و يقوم المتطوعين والمدربين بالتحدث مع الأسر وجها لوجه أو في مجموعات. و تتبادل مجموعات الأسر الخبرات وتتاح لهم الاستفادة من تجارب الآخرين. وهذا لدعم نمو تطور الطفل لأقصى إمكانياته، في الجانب العاطفي، والاجتماعي، والإدراكي، والصحي.

وإدراكاً بأن العمل الجاد يبدأ بتحديد المشكلات والتحديات المتراكمة والمتوقعة للتعامل معها بأسلوب عملي وموضوعي والتي يأتي في مقدمتها:

1. التحولات الاقتصادية وما صاحبها في بعض الدول العربية من برامج إعادة الهيكلة الاقتصادية، والانضمام لاتفاقيات تجارية عالمية، وتقليص حجم الإنفاق الاجتماعي، والمشكلات الناجمة عن حدة الفقر واتساع رقعته، وارتفاع معدلات البطالة، وإغفال البعد الديمغرافي في بعض السياسات التنموية، وزيادة حدة التفاوت الاجتماعي مما يندر بالتنافر والإغتراب،
2. الضغوط التي تواجه دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية وتربية الأجيال الناشئة، نتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والدور المتعاظم للعولمة بما يؤثر سلباً على منظومة القيم والمفاهيم والاتجاهات ومشاعر الانتماء والروابط الأسرية،

3. معاناة أعداد كبيرة من الأطفال خاصة الأطفال الرضع وأمهات من نقص الرعاية الصحية الأولية والخدمات الصحية الأساسية، وسوء التغذية والتغذية غير المتوازنة، وعدم توفر مياه الشرب النقية والمرافق الصحية والملائمة خاصة في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة، وازدياد مخاطر التلوث البيئي، ومخاطر انتشار مرض نقص المناعة المكتسب، ونقص أوجه الرعاية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

2.2.1.12. نوع عمل رب الأسرة

نوع عمل رب الأسرة له تأثير على النموذج، بحيث مؤشر WALD يمثل 8,2531 ومضروب B_i سالباً -4,2213، أما الخطر المطلق $\text{Exp}(B)$ يمثل معدل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر قصر القامة و هذا بحوالي 1,9756.

إن نوع عمل رب الأسرة حسب النموذج يمكن تحليله بالرضا عن العمل، فحسب الدراسة الميدانية يحقق العمل إشباعاً نفسياً وإجتماعياً، و لكن ظروف العمل بحاجة إلى التحسين في الدخل، فالدخل المنخفض الذي لا يتناسب مع الجهد المبذول مع عدد الساعات الإضافية، و خاصة و أن مستوى المعيشة في إرتفاع مستمر، و من ثم يجب إعادة النظر إلى الأجور و الرتب، و رفعها بما يتناسب مع أسعار السلع و تكلفة المعيشة المرتفعة.

ومن خلال الدراسة توضح أن نوع عمل أرباب الأسر قبل نزوحهم، كانوا يعملون في الإنتاج الزراعي وتربية المواشي. بالإضافة إلى الأعمال الحرفية والتجارة. وعلى الرغم من إكتساب أرباب الأسر بعض المهارات اليدوية، في مجالات النجارة والبناء والميكانيك وغيرها، إلا أننا لاحظنا أنهم يستغلون هذه المهارات لكسب العيش، وبهذا أصبح عملهم ينحصر على أعمال هامشية غير إنتاجية تنحصر في الأعمال غير الإنتاجية كغسيل السيارات والأعمال المنزلية والباعة المتجولين وغيرها، وعلى الإعانات والمساعدات والإغاثة، التي تقدمها الجمعيات الخيرية.

بالإضافة إلى أثر النمو السكاني على نوع عمل رب الأسرة، بحيث يزيد النمو السكاني من عرض قوة العمل، لكن هذا العرض الإضافي لا يساهم في زيادة الإنتاج إذا لم يتناسب مع الموارد المتاحة، وإنما سيؤدي إلى زيادة معدلات البطالة ويخفض من مستوى الأجور وبالتالي يتدنى المستوى التأهيل لقوة العمل المستقبلية، بسبب تأثير إنخفاض الأجور على التركيب التعليمي للسكان. وقد حاولت الكاتبة "سويلا لوثر" في كتابها عن تكيف الطفل مع نوع عمل رب الأسرة، و هذا بإيجاد آليات تربوية ونفسية للتخفيف من حدة ووطأة الفقر على الأطفال وترى الكاتبة أن الإهتمام بتنمية

الطفل وتكيفه أمر ليس بجديد، ولكن الجديد في الأمر أن دراسات الطفولة أفادت كثيرًا من التقدم في الأبحاث العلمية والتحليلية، إضافة إلى التقدم الحادث في العلوم الإجتماعية والبيولوجية، وظهور نظريات فرعية تركز على أن نسبة الفقر بين الأطفال ترجع لأسباب عديدة ، أهمها:

1. حدوث الكوارث الطبيعية كالجفاف والتصحر والفيضانات بصورة متكررة.

2. الحروب الأهلية وعدم الاستقرار السياسي.

3. نزوح سكان الريف المنتجين إلى المدن والمراكز الحضرية الكبرى.

4. فساد الإدارة وأجهزة الحكم وغياب الشفافية والمسؤولية.

5. المناطق المنعزلة ومناطق السكن العشوائي التي تستقطب المجموعات النازحة، تتمدد فيها مساحة الفقر بمعدلات متزايدة.

ومما يعرض الأطفال للإصابة بالأمراض، من بينها الإسهال، الملاريا وتسمم الدم، والإلتهاب الرئوي وفقدان السوائل والنزلات المعوية والأنيميا وأمراض القلب وكذا نقص في التغذية.

3.2.1.12. متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة

متوسط عدد أفراد الأسرة بكل شقة له تأثير على النموذج، بحيث مؤشر WALD يمثل 7,2233 ومضروب B_i سالباً -1,7017، أما الخطر المطلق $Exp(B)$ يمثل معدل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر قصر القامة و هذا بحوالي 0,2097.

من خلال هذا المتغير نلاحظ أن الأمية و نقص الثقافة والوعي بمفهوم بناء الأسرة، يؤثر سلباً على التمسك بالعادات و التقاليد الموروثة، و عدم الإقبال على تنظيم النسل يعمل على زيادة في عدد الأفراد داخل الأسرة بالإضافة إلى الضيق في الشقة أين تتعدم فيها التهوية(مسكن مغلق).

وإن إستخدام الطاقة (الغاز والماء والكهرباء وغيرها) في المنازل مرتبط بتحقيق الأهداف الإنمائية للأسرة، ولاسيما بتخفيض معدل وفيات الأطفال، وتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وإتاحة الفرص لإستحداث الدخل وإستئصال الفقر المزمن، وضمان الإستدامة البيئية. وتعتبر منظمة الصحة العالمية "نسبة السكان الذين يستخدمون الوقود الصلب لأغراض طهي الطعام"، كمؤشر لتقييم التقدم المحرز صوب إدراج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية. غير أنّ الدور الجوهري الذي تؤديه الطاقة المستخدمة في المنازل لا يزال غير منعكس في السياسات الرامية إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتتراوح التدابير الهادفة إلى الحد من تلوث الهواء في المساكن المغلقة، ومن الآثار الصحية ذات الصلة من إختيار بدائل أنظف، مثل الغاز والكهرباء

والطاقة الشمسية، إلى تحسين المواعِد أو أغطيتها لكي تفرز الملوثات المضرّة بالصحة إلى الخارج، فضلاً عن تغيير السلوك في هذا المجال. وهناك حاجة ماسّة تبيّن التدخلات الفعالة وكيفية الإطلاع عليها بطريقة ناجحة ومستدامة من الناحية المالية.

تقوم منظمة الصحة العالمية، باعتبارها الوكالة العالمية المعنية بالصحة العمومية، بالدعوة إلى إدراج مسألة التغذية في السياسات والبرامج الوطنية والدولية الخاصة بالطاقة. كما تقوم المنظمة بجمع وتقييم الفئات ذات الصلة بتأثير الطاقة المستخدمة في المنازل على الصحة وبمدى فعالية التدخلات في تخفيف العبء التغذوي لكل من الأطفال والنساء والفئات الأخرى سريعة التأثير. ويقوم برنامج المنظمة الخاص بالطاقة المستخدمة في المنازل والصحة على أربعة أسس هي كالتالي:

1. توثيق العبء التغذوي الذي يشكّله تلوث الهواء في المساكن المغلقة والطاقة المستخدمة في المنازل ستقوم منظمة الصحة العالمية بتوفير معلومات محدّثة بانتظام عن العلاقات القائمة بين الطاقة المستخدمة في المنازل والتغذية كما ستقوم، كلما أمكن ذلك، بتوفير الدعم اللازم للبحوث الأساسية في هذا المجال.

2. تقييم فعالية الحلول التقنية وإمكانية تطبيقها: إنّ الأنشطة الرامية إلى استنباط أدوات بسيطة من أجل رصد فعالية التدخلات في مجال تحسين التغذية وإلى بناء القدرات اللازمة للإطلاع بعمليات تقييم من هذا النوع ستسهم في استحداث معلومات جد ضرورية انطلاقاً من المشاريع الجارية على النطاقين الصغير والواسع. وستتيح تلك المعلومات إمكانية وضع قائمة بالخيارات التي تمكّن من استعراض كل من فعالية التدخلات والدروس المستخلصة لدى الإطلاع عليها.

3. القيام، على الصعيد العالمي، بأنشطة للدعوة من أجل جعل التغذية عنصراً من العناصر الأساسية المكوّنة للسياسات الوطنية والدولية الخاصة بالطاقة، سيرغب راسمو السياسات، في آخر المطاف، في معرفة ما إذا كان الاستثمار في العمليات الواسعة النطاق للحد من تلوث الهواء في المساكن المغلقة أمراً مجزياً. وفيما يخص التغذية، توحى إحدى الدراسات المُطلع عليها مؤخراً في مجال تحليل مردودية بعض التدخلات المختلفة، بأنّ تحسين المواعِد والتحوّل إلى استخدام الكيروسين والغاز من الحلول العالية المردود. و كما تقوم منظمة الصحة العالمية بدراسة لتحليل التكلفة والفوائد المرتبطة بالتدخلات التي ستأخذ في حسابها، فضلاً عن مسألة التغذية، جميع المنافع المتأتية من تحسين الممارسات المنزلية المرتبطة باستخدام الطاقة .

4.متابعة التغيرات التي تطرأ على العادات الخاصة باستخدام الطاقة في المنازل، هناك شح في المعلومات المتعلقة بعادات الأسر الفقيرة، التي يسكن معظمها الأرياف، في مجال استخدام الطاقة؛ ومن مهام منظمة الصحة العالمية العمل من أجل إحراز تقدم في هذا المجال، وتقديم تقارير سنوية عن المؤشر 29 للأهداف الإنمائية للألفية وهو: "نسبة السكان الذين يستخدمون الوقود الصلب.

4.2.1.12. دخل الأسرة

دخل الأسرة له تأثير على النموذج، بحيث مؤشر WALD يمثل 10,9900 ومضروب Bi سالبا 1,4932-، أما الخطر المطلق $Exp(B)$ يمثل معدل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر قصر القامة و هذا بحوالي 1,0658.

يمكن تفسير المتغير بإرتباطه بالعوامل الإقتصادية و المادية، التي تعتبر المعوق الحقيقي الذي ينعكس بالضرورة وبصورة كبيرة على ظهور أمراض سوء التغذية. يضاف إلى ذلك عدة إعتبارات أخرى تتمثل في: زيادة عدد الأطفال في الأسر الواحدة، و الأثر السلبي لذلك على القدرة على رعاية الأطفال و تغذيتهم بشكل سليم ومتكامل، و زيادة معدلات النمو السكاني بما يفوق إمكانات المناطق الفقيرة ذات الموارد الإقتصادية و الثروات الطبيعية المحدودة، و إرتفاع نسبة الخصوبة و نقص التوعية والإرشاد سواء بالنسبة للتوعية بضرورة تنظيم الأسرة أو الرعاية الصحية و الغذائية المطلوبة.

و عمل الباحث Dean T. Jamison على تقديم أولويات مكافحة الأمراض التي تصيب الطفل الرضيع، وهذا بالمساهمة في تحسين متوسط الدخل والمستوى التعليمي لتحقيق المكاسب الصحية في كل أنحاء العالم. ومع ذلك، فإن مما له مغزى أكبر من حيث الكمية، إيجاد ونشر معارف جديدة وتكنولوجيات ملائمة ذات تكلفة منخفضة. وقد تسببت زيادة إمكانية الحصول على المعارف والتكنولوجيا في تحقيق ما يصل إلى ثلثي معدل الإنخفاض السنوي لوفيات الأطفال الرضع بنسبة تدعو للإعجاب قدرها 2 %.

كما أن التحسن التغذوي ساهم بصورة ملحوظة في الرفاهية الاقتصادية. وقد إرتفع متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي في البلدان النامية في العقود التي تلت الستينيات، وتشير الأبحاث الاقتصادية إلى أن تحسن في الأوضاع التغذوية يكون بين 10 إلى 15 % من الناتج القومي الإجمالي. ومع أن إجمالي الناتج القومي يشمل تكاليف تقديم الرعاية الطبية، ويعكس التغيرات في الاستهلاك المرتبط بالتغذية، مثل كمية الطعام ونوعيته.

وبهذا فإن أولويات مكافحة الأمراض التي تصيب أطفال الأسر ذوي الدخل المنخفض أكثر مما هو عليه من أطفال الأسر ذوي الدخل المرتفع. و رغم أن علاقة السببية لم تكن إطلاقاً واضحة في تحليلات كهذه، فإن أنواعاً مختلفة من الشواهد تشير إلى الإنتظام المرجح لوجود تأثير سببي بين التغذية و نمو الطفل. و إنخفاض في المستوى التغذوي يمكن أن يؤدي إلى زيادة الفقر و سوء الأوضاع الصحية، و عدم الإمداد بالمياه الصالحة للشرب و الصرف الصحي وغيرها.

ويمكن القول بأن التحسن الكبير في الأوضاع الصحية في العالم خلال القرن العشرين، قد أسهم في تحسن الرفاهية العامة بقدر يساوي أو يزيد عما أسهمت به أوجه الابتكار الكبيرة، في تقديم السلع المادية والخدمات و توسع نطاق توفرها. ومع المدى الكبير الذي يمكن فيه للإستثمارات في مجال الصحة، أن تسهم في إستمرار تخفيض معدلات المرض و الوفيات الأطفال، فإن من المرجح أن تكون عوائد الرفاهية الإقتصادية على الإستثمارات الصحية ممتازة وإيجابية، وأن تكون لها آثار لم تكن معروفة من ذي قبل على تخصيص موارد القطاع العام.

3.1.12. تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية و الحضرية على تغذية إبنها

1.3.1.12. مدة الزواج

يعطي هذا المتغير أهمية في النموذج، فمؤشر 5,4569WALD ومضروب -1,8820Bi وأما الخطر المطلق 1,8732.

هذا المتغير يمكن إعطاؤه تحليلاً تفسيرياً، بحيث زواج البنت في سن مبكرة و إنجابها لأطفالها في سن مبكرة أيضاً، يجعل أمامها فرصة لتربية طفلها وهي محتفظة بحيويتها و قوتها، كما يجعل الفاصل الزمني في العمر بينها و بين أطفالها قصيراً. وهكذا يعتقد الكثير من أهالي القرى، و قد عبرت بعض الأمهات عن ذلك بقولهن: «الزواج من بكري أحسن، اللي يتزوج بكري، ويربوا ولآدهم و يشوفوهم لما يكبروا، و يتمتعوا بخيرهم، و يلحقوا يزوجوهم و يربوا أولادهم، واللي يتزوج متأخر يمكن ما يلحقوش على أولادهم و يمكن أن يموتوا قبل ما يفرحوا بخلافتهم»، كما عبرت أمهات أخريات حول هذا المعنى أيضاً بقولهن: «الولادة بكري مصلحة الواحدة لما تولد بكري ولآدها يطلعوا بين رجليها»، أي أن أطفالها يكونون متقاربين معها في السن.

والجدير بالذكر أن هناك شواهد ميدانية تؤكد على أن الزواج المبكر و تكرار مرات الحمل و الولادة و عمليات الإجهاض المتكررة يؤدي إلى تدهور صحة الأم إصابتها بالمرض، نظراً لضعف

قوتها البدنية و إنخفاض مقاومتها للمرض، و قد يؤدي إلى موتها في سن مبكر قبل أن تتمكن من تربية أطفالها. وأحد عناصر الزواج المبكر هو الإنجاب، فكثرة الإنجاب هي الاعتقاد السائد في المجتمع، بأنه دليل قوة للعائلة وأساس ديمومة لها، كما أن أحد عناصر الخوف من تأخر سن الزواج هو في مدة إخصاب المرأة. وكثيرات ممن حرمن من الإنجاب المبكر يتعرضن للمشاكل العائلية والاجتماعية والزوجية مهما كان سبب عدم هذا الإنجاب، فهن يفقدن ثقتهن بأنفسهن، وينتهي بهن الأمر إلى العصاب والكآبة. وهناك زوجات يتجاوزن الخامسة والعشرين أصبن بالهلع والخوف من المستقبل لأنهن لم ينجبن طفلا واحدا على الأقل وعن إحساس المرأة بأن العمر يتقدم، وأن الإنجاب لم يحصل، يولد لديها عقدة نقص قوية تؤثر بدورها على تصرفاتها في المجتمع.

إن الإنجاب المبكر الذي يتم دون الثامنة عشر من العمر له سلبيات طبية إلى جانب سلبياته النفسية. فالفتاة التي هي في طور النمو والبلوغ والاكتمال وإحلال التوازن النفسي والجسدي والهورموني، يعرضها للخطر عند إنجابها طفل. وكذلك فإن كثرة الإنجاب في سن مبكرة بلا تخطيط يجعل المرأة متوترة، مرهقة، مكتئبة، وأحيانا مريضه جسديا.

و أقوى حليف للزواج هو الطفل المولود، وإنجاب الأطفال هو أسمى مهمة تقوم بها المرأة على الإطلاق، لأنه يساعد في تدعيم الزواج وتحسينه. فالطفل هو الرباط القوي الذي يجمع بين الزوجين ويشدهما إلى بعضهما البعض. من أجل هذا الطفل وحده تهون كل المتاعب وتسوى كل الخلافات التي قد تعكر صفو الأجواء. إن هذا الطفل الصغير قادر على أن يحقق المعجزات في حياة الأسرة. وأخيرا، الزواج وسيلة وليس غاية، إنه السبيل الوحيد لاستمرار البشرية، إنه سر الوجود والتقدم، فيه تتجلى المرأة بقدرتها على الحمل والإنجاب والمثابرة على الإرضاع والتربية والتنشئة، كما يتجلى الرجل بقدرته على مساعدة زوجته وتحسين عائلته وبنين دعائمها وأسسها. إذا نجح الزواج سعد جميع أفراد الأسرة وأصبح للحياة هدف ومعنى.

وتؤكد الدراسات والبحوث التي أجريت حول تعليم المرأة، أن تعليمها يقلل من ظاهرة الزواج المبكر فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، كلما أدى إلى تأخير سن الزواج لديها، وأظهرت نتائج مسح ظاهرة الفقر في المجتمع الجزائري عام 2006م [352]ص10، أن من أسباب التسرب من التعليم الأساسي للأسر الفقيرة وغير الفقيرة هو ترك الدراسة من أجل الزواج؛ حيث بلغت نسبة ترك الدراسة من أجل الزواج في الأسر الفقيرة، بحيث تمثل 29,4% في الحضر و34,0% ريف

و من بين أسباب ودوافع الزواج المبكر في الريف و الحضر تتلخص فيما يلي:

1. الحالة الاقتصادية للأسرة، ومستوى الفقر.
2. معظم الأسر الريفية الحضرية تعتبر الزواج المبكر ضمان، وصيانة لشرف العائلة.
3. التسرب من التعليم يعد أحد أسباب الزواج المبكر؛ فالأسر المتعلمة لا تزوج أبنائها إلا بعد إكمال مراحل الدراسة والعكس.
4. الرغبة في زيادة عدد النسل نظر لسيادة بعض المفاهيم لدى بعض الأسر.

ويشير الباحثين إلى أن العادات والتقاليد تمثل أهم أسباب الزواج المبكر. يعتبر الزواج المبكر في الجزائر ظاهرة تحمل خصوصية ترتبط بالعادات والتقاليد المجتمع، وارتباطه أيضاً بالجانب الديني للمجتمع الريفي و الحضري، الذي ينظر إلى الزواج على أنه واجباً دينياً، وإحسان للرجل والمرأة من الوقوع في الخطأ.

كما تشير الدراسات والإحصاءات التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة 2006، إلى أن للزواج المبكر الكثير من الانعكاسات السلبية على مستوى الفرد، والمجتمع، والأسرة؛

حيث تؤكد معظم الدراسات على أن الزواج المبكر يسهم في تكريس الأمية والفقر في المجتمع اليمني مثلاً بشكل عام، وبين النساء بشكل خاص، كما أنه عامل أساس من عوامل ارتفاع نسبة الخصوبة في اليمن، وله آثار سلبية على صحة الأطفال، والأمهات في نفس الوقت، وغيرها من الآثار السلبية ووفق دراسة عن أوضاع المرأة الريفية والحضرية، وقضايا النوع الاجتماعي (2001). والتي أوضحت أن المرأة الريفية مازالت تعاني من ارتفاع نسبة الأمية التي تصل إلى 34,0% وأما المرأة الحضرية فتمثل 29,4% و هاتين النسبتين ترتبطان بإستمرار الزواج المبكر للنساء في عمر (15-19) سنة، وإن الزواج المبكر يحرم المرأة من مواصلة التعليم.

2.3.1.12. عدد الأطفال

يعطي بأهميته في النموذج بوضوح، فالمؤشر $16,1287WALD$ ومضروب $-0,4470 Bi$ وأما الخطر المطلق $1,1150$.

يظهر هذا المتغير بين الأسر ذات الدخل المتوسط و هذا لكل من الحضر و الريف، وبالرغم من الوعي بغلاء المعيشة نجد الزيادة في عدد الأطفال، إلا أن درجة الوعي في الريف أقل بكثير مما هو الحال في الحضر، و تبرز في الريف علاقة بين حجم الأسرة و بين المكانة الإجتماعية الإقتصادية من حيث مكانة المرأة داخل الأسرة، و تظهر هذه العلاقة على كافة مستويات مجتمع مع إختلاف الهدف النهائي منها. ففي الأسر ذات المستوى الإقتصادي المرتفع يكون الهدف من إنجاب عدد كبير من الأطفال (خاصة الذكور) هو تدعيم الأسرة و المحافظة على ميراثها.

و بهذا فإن الإهتمام بصحة الأم أصبح من إحدى الإهتمامات الصحية الضرورية في أي مجتمع، وذلك لأن حالات وظروف الصحة الإنجابية تشكل عبئاً صحياً وتنموياً على المجتمع، ولأن هذا الإهتمام بصحة الأم يعتبر أساسياً وضرورياً، في خلق وضع صحيح وسليم للمجتمع في كل الحالات ولصحة الأم والطفل في المستقبل. و بهذا فإن الصحة الإنجابية للأمم ضرورية، والتي تعني لها حالة السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية العامة، وهو ما يحافظ على سلامة بدنها وجسدها من أي عارض مرضي.

ولكن لا بد من مراعاة التوقيت والظروف المناسبة للإنجاب، من حيث عمر المرأة في سن الإنجاب والظروف التي تمر بها حتى لا يكون هناك مخاطر صحية عليها. فالمرأة تحتاج إلى الوصول إلى مرحلة النضج الجسماني حتى يكون الحمل سليماً أو بالأصح أقل خطورة، والحمل الأول بشكل عام له متاعب وأخطار على صحة الأم والطفل، فلا بد أن يصل عمرها إلى أكثر من 20 عاماً حتى لا يكون هناك مخاطر على حياتها. ويجب أن يصل كل أعضاء الجسم إلى مرحلة الإستقرار، أي أن يكتمل نموها حتى تكون قادرة على تحمل مسؤولية الإنجاب خاصة أعضاء جسمها.

بحيث يعتبر الحمل عبئاً على جسم المرأة، ويحدث تغيرات في الجسم ويضيف مهاماً وأعباءً لكل جزء من الجسم، فالهيكل العظمي يجب أن يكون مستعداً لحمل جديد، ويزيد وزن الحامل بمقدار 12 إلى 15 كيلوغرام خلال فترة الحمل، وأكبر أجزاء الهيكل العظمي له علاقة بالحمل وهو الحوض والذي ينمو فيه المولود. بالإضافة إلى الاستعداد النفسي والاجتماعي، فبعد سن العشرين تكون المرأة أكثر إستعداداً للحمل وتحمل المشاق وكذا تكون أكثر استعداداً لرعاية حملها بمسؤولية وتتقبل المولود وتكون مستعدة لرعايته والاهتمام به، ونلاحظ أن النسبة في وفيات حديثي الولادة، في الشهر الأول للولادة، هي أكثر فهي تتعدى 60% عند الأم التي يقل عمرها عن العشرين عاماً، ولكنها تقل من الخمسين عند الأمهات في العمر (20-30) سنة.

وقد بين تقرير حول صحة الأسرة و السكان لعام 2006 أن متوسط العمر في الزواج الأول للفتاة الجزائرية هو 16 سنة أي أن نصف النساء في الجزائر يتزوجن في عمر 16 سنة فأقل، و هذا الزواج مرتبط بحمل مبكر فقد بين نفس التقرير أن الحمل في 16 سنة خلال السنة الأولى من الزواج المبكر للمرأة تبلغ 30,0% في الحضر و 29,7% في الريف و هذا يزيد من خطورة على صحة الأمهات.

3.3.1.12. مكان الولادة

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 7,7830 و مضروب Bi 1,1660- و أما الخطر المطلق 0,4162.

تعد هذه المرحلة من المتابعة فترة من أكثر الفترات حساسية و خطورة على حياة الأم و الطفل معا، ولهذا تتطلب عناية خاصة تتفق مع حجم الأخطار والأمراض التي تصيب الطفل. فقلة المرافق الصحية المتخصصة في الأرياف، إضافة إلى العادات والتقاليد السائدة في المناطق الريفية و التي غالبا ما تحدد ولادة المرأة في البيت، أما في المناطق الحضرية، فنجد نقص في إمداد المستشفيات بالكفاءات البشرية المدربة والمؤهلة للقيام بعملية الوضع، والحفاظ على حياة الأمهات و المولود و ذلك سواء من طرف الأطباء أو هيئة التمريض أو التقنيين السامين في الصحة. بالإضافة إلى نقص الوعي لدى المواطنين بأهمية الولادة على أيد مؤهلة، و القضاء على المعتقدات و السلوكات الإجتماعية القديمة التي تدعو أحيانا للتخلف و عدم مواكبة التطور.

إن وجود الرعاية الإسعافية وسهولة الحصول عليها أمر ضروري لإسعاف النساء اللاتي يعانين من المضاعفات الخطيرة، كالنزيف وتعسر الولادة وتسمم الحمل ومضاعفات الإجهاض غير الآمن. فجميع النساء الحوامل حتى الأكثر صحة منهن تكون أكثر عرضة لإحتمال حدوث مضاعفات. لذا لا يمكن التنبؤ أو الوقاية من بعض المضاعفات، وكل ما نحتاجه هو القدرة على معالجة هذه المضاعفات التي ينبغي أن تكون المحور الرئيسي لأي برنامج يهتم بتخفيض وفيات الأمومة.

والوسائل التي تمكنا من علاج المضاعفات كالمضادات الحيوية لمعالجة تسمم الحمل، والعملية القيصرية لمعالجة تعسر الولادة، ونقل الدم لمعالجة النزيف وغيرها من التدخلات جميعها متوفرة. ولكن سهولة الوصول إلى خدمة ذي نوعية عالية تعتبر عقبة كبيرة لكثير من النساء بسبب العوائق الفنية والاقتصادية للدولة، انه ليس بالإمكان تخفيض نسبة وفيات الأمومة تخفيضا كبيرا من خلال الوقاية فقط إذا لم يسانده القدرة الطبية على معالجة المضاعفات في الوقت المناسب.

فقد أظهرت التجارب في أمريكا إلى تخفيض حدة قصر القامة عند الأطفال، و هذا بتحسين الوضع الغذائي والبيئي الذي نتج عن النمو الاجتماعي والاقتصادي، ولكن في خلال هذه الفترة لم تنقص نسبة وفيات الأمومة كما حدث لقصر القامة عند الأطفال الأقل من عامين، إلا بعد اكتشاف التكنولوجيا الطبية في منتصف الثلاثينات لمعالجة المضاعفات كالمضادات الحيوية، ووسائل نقل الدم، وتحسين التدخلات الجراحية أثناء الولادة والإجهاض. ويعود ذلك إلى أن قصر القامة تتأثر متأثراً مباشراً بالعوامل البيئية، بينما أكثر مضاعفات الحمل التي تؤدي إلى الوفيات بين الأمهات لا يمكن تجنبها بتحسين الصحة العامة للمرأة فقط.

إن الوضع العام للمرأة في المجتمع هو انعكاس واضح لمستوى العدالة الاجتماعية، وينطوي على مجموعة معقدة من العوامل المترابطة، ويوصف وضع المرأة عادة من حيث عدة مؤشرات اقتصادية وسكانية واجتماعية وصحية (مستوى دخلها، وعمالها، وتعليمها وصحتها، وخصوبتها، والدور الذي تقوم به في الأسرة والمجتمع)، كما ينطوي على إدراك المجتمع أياً كان لهذا الدور والقيمة التي يعطيها له لأن كل ما تفعله المرأة من أعمال ومهام (عملها في الزراعة أو الصناعة وإسهامها في تأمين دخل الأسرة وتدبير شؤون المنزل وتنظيم المجتمع والتنمية ودورها في الأسرة وتغذية الأطفال) لا يؤثر على صحة المرأة وحسب ولكن يتأثر بها.

4.3.1.12. الميل للطب الحديث أو الشعبي

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 29,1236 و مضروب 2,0503Bi- و أما الخطر المطلق 1,9156.

من خلال هذا المتغير تبين لنا الإزدواجية بين الطب الحديث و الشعبي وهو كما يلي:

(أ) تبدأ محاولات الأسرة من خلال تقديم بعض الوصفات العلاجية المأخوذة من الثقافة الشعبية، كبعض الأعشاب المغلية التي تقدم للطفل الأقل من عامين، مثلاً الحمامة: «الحمامة لها تسمية شعبية الحشاشوية»، تحمي الطفل من عدم التعرض للإصابة بالمرض لمدة سنة كاملة.

(ب) خلال هذه المحاولة و إنتظار نتائجها، من الممكن أن تقوم الأسرة بإستشارة الصيدلي عن بعض الأدوية بعد وصف الحالة، وهو لا يتردد في تقديم الدواء للشخص المريض، حتى ولو كانت عقاقير بجرعات محددة. أما في بعض الحالات البسيطة كالصداع والآلام الخفيفة فمن الممكن تناول الطفل لأقراص الأسبرين و مسكنات الآلام التي يمكن الحصول عليها من الجار أو غيرها.

و في كلتا الحالتين فإن الأسرة تحاول توفير المبلغ الذي ستدفعه للطبيب و شراء الدواء الذي سوف يصفه لها، و حسب رأي الأمهات: «وليداتي يصيبوا روحهم مع الطبيب الحديث»، «الطب الحديث مطور بكثير من الطب الشعبي من حيث التحاليل والأجهزة والأدوات وغيرها»، «الطب الحديث يجب أن يكون أطباؤه مختصين في مجال معين و لهم خبرة طويلة». و في كل منطقة حضرية أو ريفية يوجد قطاع صحي يقوم بتقديم النصح في مثل هذه الحالات، و كثيرا ما تلجأ الأسرة إليه للإستفسار عن بعض الأمور، و تكون مهمته إعطاء الحقن و الأقراص للمريض و أحيانا يطلب منه الذهاب إلى الطبيب.

(ج). وفي حالة تأزم الحالة الصحية للطفل تلجأ الأسرة إلى بديلين هما:

1. الذهاب إلى الوحدة الصحية للحصول على الكشف والعلاج.
2. التوجه إلى العيادة الخاصة بالمدينة. و يعتمد إختيار الأسر من بين هذه البدائل على خطورة الحالة، و المستوى الإقتصادي و الإجتماعي للأسرة، و حالة الطفل المريض في الأسرة (ذكر أو أنثى، كبير أو صغير، متعلم أو غير متعلم و غيرها).

وتحقيقاً لهذا الهدف وإيماناً بنجاح العلاج الطبيعي في معظم الأحيان، فإن لكل أم طريقة تنتفع بها في علاج كثير من الأمراض، والتي جاءت في كتب الطب العربي القديم، و تجربها كثير من الناس فأحظوا بشفاء تام لأولادهم. وقد وضع لكل مرض أكثر من طريقة لعلاجه حتى يتسنى للأم أن تختار لطفلها ما يناسبه، وما يتوفر لديها من الأعشاب اللازمة للعلاج.

5.3.1.12. المستوى التعليمي للأم

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر 18,7112WALD ومضروب -3,7886Bi و أما الخطر المطلق 0,6589.

بالرغم من ظهور إجماع عام تقريبا حول مزايا التعليم من خلال التحليل الوصفي، لكن عند إستجواب المبحوثات حول قصورهن في التعليم، يشرن ما يلي:

1. أن التعليم يتطلب كثيرا من المصاريف، وكثيرا من الصبر حتى يحصل الفرد على الشهادة و على العمل،
- 2- التعليم قد يمنع من المشاركة في العمل الزراعي أو العمل المأجور الذي يحسن من دخل الأسرة،

- 3- يمكن أن يؤثر التعليم على تأخير الفتاة في الزواج، و هو أمر قد لا تفضله الأسرة،
- 4- تعليم الفتاة يجعل الأسرة تنفق عليها و زوجها هو المستفيد من وظيفتها أكثر من أسرتها، و هذا ما أكدت عليه المبحوثات فيما يلي : «دراهمي بين يد رجل هو اللي يتصرف في تسيير داروا، أهلي يقرأ و أهل زوجي يدوا الواجد، دراهمي و دراهم رجل بين يد عجوزتي، يندامتني على قرابت بناتي»،
- 5- يرى البعض أن التعليم قد يفسد «أخلاق» الفتاة. فسوف تصبح الفتاة تهتم أكثر بالمكياج، و تخالط الرجال، و لا تهتم بأداء الأعمال المنزلية، الأمر الذي يجعل من الصعب عليها المعيشة في الأسرة و تتفانى في خدمتها بعد الزواج،
- 6- إن التعليم قد يغير الدور التقليدي للبنات داخل أسرتها.

و بهذا يعتبر التعليم الركيزة الأساسية للتنمية البشرية، و المورد الاستراتيجي الذي يمد المجتمع بكافة احتياجاته من الكوادر، و أصبح التعليم أيضاً طاقة إنتاجية متنوعة و متجددة تؤدي إلى تعزيز النمو الاقتصادي و زيادة القيمة المضافة و كذلك تحسين مستوى الحياة الإنسانية، إن التعليم عامل ذو أهمية بالغة لأنه يحدد مكانة المرأة في الأسرة و المجتمع، و صحتها، و خصوبتها، و سلوكها الصحية و الإنجابية.

فالمرأة المتعلمة أكثر احتمالاً للإستفادة من الخدمات الصحية، و أكثر إستخداماً لوسائل تنظيم الأسرة، و تتم ولادتها في بيئة آمنة، و أفضل صحة من المرأة الأمية كما تبين أن تعليم المرأة يجعله في وضع أكثر ملائمة للحصول على وظيفة أفضل من ناحية الأجر. و تميل إلى إنجاب الأطفال في سن متأخرة، و إلى أن يكون لديها عدد أقل من الأطفال، كما أنها أكثر ميلاً إلى أن تستثمر دخلها في صحة و تغذية و تعليم أطفالها، و التغذية و التعليم هما وسيلتان قويتان لكسر حلقة إنتقال الفقر بين الأجيال.

6.3.1.12. نوع عمل الأم

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر 8,9682WALD و مضروب 1,4931Bi- و أما الخطر المطلق 0,2147.

يؤثر نوع عمل المرأة على بقاء الأطفال على قيد الحياة، نظراً لما قد توفره الأمهات من المتطلبات الضرورية التي يحتاجها الرضيع (غذاء و العلاج، وغيرها).

كما أن عمل الأم مرتبط بحياة المرأة الريفية و الحضرية، و هذا بوجود حلقة وسطى التي تبدأ بعد الزوج و تنتهي عندما تبدأ المرأة تلعب دور الحماة و بهذا فإن الحلقة الوسطى هي أشقها جميعا و أكثرها إزدحاما بالأنشطة و الأعباء و أشكال المعاناة، و يتضح على النحو التالي:

1. إن هذه الفترة عادة تكون فترة الخصوبة، و تتولى من خلالها عدد مرات الحمل والولادة و الإجهاض، مما يعرض الطفل إلى سوء تغذيته و وفاته. وفي نفس الوقت تقوم الأم بمسؤولية تلبية كل المتطلبات الضرورية في المنزل، و رعاية الزوج و الأطفال و غير ذلك خاصة إذا كانت الأم تقيم في أسرة نووية مع زوجها و أطفالها فقط.

2. إذا كانت تقيم مع زوجها في منزل والديه، أي في إطار الأسرة الممتدة، فمن الممكن أن تساعدوا الحماة أو بعض أخوات الزوج في العناية بأطفالها و رعايتهم، و لكن علينا ألا نتصور الأمر هكذا على أنه ميزة لصالحها، لأنها في المقابل تتحمل أعباء مضاعفة، حيث تكون مسؤولة عن «خدمة» أهل المنزل جميعا و ليس زوجها و أطفالها فحسب، إضافة إلى خضوعها لسيطرة الحماة، و علاقات التنافس أو الصراع مع «السلايف» أي زوجات أخوة الزوج و شقيقات الزوج، إلى غير ذلك من المشكلات و التعقيدات التي تشهدها شبكة العلاقات في إطار الأسرة الممتدة.

3. لأن أطفالها خلال هذه الحلقة من حلقات دورة حياتها يكونون صغارا و في أطوار التنشئة، و لا يمكنهم تقديم يد المعاونة الفعالة إليها، بإعتبارهم أكثر من يعلق عليهم آمالها و مطامحها في هذا الصدد، فهي تترقب يوما ترى فيه هؤلاء الصغار يشاركونها جانبا من المسؤولية و يخففون عنها قدرا من المعاناة.

و بهذا فإن عبء العمل الثقيل يعيق المرأة من الرعاية الصحية. فبالإضافة على الحمل والولادة والإرضاع تقوم المرأة بالرعاية لبقية الأفراد في العائلة وتشمل الطهي والتنظيف والإدارة المنزلية والرعاية الصحية والتربوية لأطفالها بجانب عملها غير المنزلي مثل العمل في الفلاحة و الإدارة و هذا لكل من الريف و الحضر على التوالي، مما لا تجد معه الوقت الكافي للجوء إلى المرفق الصحي إلا بعد أن يشتد بها المرض.

فقد تبين من الدراسة حول العوامل الخطرة لوفيات الأمومة أن النساء في الأرياف يعرفن بأن الإنجاب المتقارب يشكل خطورة على حياتهن، إلا أن مجموعة كبيرة منهن يواجهن هذه المخاطر لكي يحصلن على الراحة في خلال الأربعين يوما بعد الولادة، إن تخصيص المرأة الريفية بالإهتمام

لا يعتبر امتيازاً لها وإنما يعود إلى واقع ظروف التخلف التي عانت منها المرأة عبر سنين طويلة نتيجة للترسبات التاريخية وما أحرزته من مواقف وإتجاهات حدثت من مشاركتها في الحياة الاجتماعية وجعلت حضورها ضعيفاً وتابعاً على مسرح الحياة. كما يعود إلى أهمية أدوارها كأم وزوجة وربة بيت وعاملة منتجة في الفلاحة والأعمال اليدوية والصناعات الحرفية التقليدية وغير ذلك من الأعمال الإنتاجية .

ومع التغيرات المختلفة التي شهدتها المجتمع شبه حديث، يتحول دور المرأة من دور الزوجة والأم الذي لازمها أجيالا عديدة إلى دور المرأة العاملة في المجتمع شبه حديث، ولكنها تجد نفسها مضطرة إلى الجمع بين الدورين وما يصاحب ذلك من صراع واضح بينهما. ويصبح التحدي البارز أمامها في مدى قدرتها على ابتكار الصيغ المناسبة، للتوفيق بين عملها خارج المنزل وبين مسؤولياتها العديدة داخل المنزل. ومن الآثار السلبية التي تسجلها بعض الدراسات لعمل المرأة، هو حرمان الأطفال من الرعاية بمعنى حرمانهم من الخدمات المنزلية المختلفة كإعداد الطعام وغسل الملابس وكذا حرمانهم من الرعاية النفسية والعاطفية التي توفرها الأم لأطفالها.

7.3.1.12. تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 25,5736 و مضروب 1,7912Bi- و أما الخطر المطلق 0,6589.

ما يمكن تحليله، أن هناك إغفال بأهمية تغذية الأم بعد الولادة، فإن معظم المبحوثات أجمعت على عدم إتباعهن لنظام الغذائي بعد الولادة، و يكون طعامهن هو نفس الطعام المعتاد الذي تأكل منه الأسرة. و مع ذلك فقد أفصحت الدراسة المعمقة عن بعض القيود و المعتقدات الخاصة بتغذية الأم المرضعة منها:

«نغلي مصران الخروف في الماء و نصفيه، نشرب باش يجيب لحليب»،

«نأكل السلطة الزرقة على مدى طول مدة الرضاعة و تبعد الحوامض»،

«بومزيوف لهو، نأكل الزليف مع السردين باش يجيب لحليب»،

«نمص المخ للسمك الميرلوا».

كما تبين أن سوء التغذية عند الطفل الأقل من عامين، تظهر بنفس الرأي لكل من الأم الريفية و الحضرية، لهو «واش نصيب نكلوا»، «كي كنت حامل كنت نتشرط واش نأكل، بعدها خلاص».

من هنا نلاحظ عدم مناسبة المستوى المعيشي و الإقتصادي للأم المرضعة، و عدم المساهمة في مساعدة الأم على الحصول على كافة إحتياجاتها و رعايتها صحيا و غذائيا، كما تبين أن البيئة الإجتماعية تعمل على دعم مفاهيم غير صحيحة بوجود أفكار إجتماعية سلبية، و مورثات ثقافية التي تتعامل مع الطفل بشكل خاطئ، حيث تختلف الظروف البيئية بإختلاف التعليم و الثقافة. تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي لطفلها مرتبط بنقص في فيتامين "د" الذي يهدد حياة النساء، بحيث أفادت نتائج إحدى الدراسات العالمية التي أجريت مؤخراً، أن إثنين من بين كل ثلاث نساء على الصعيد العالمي تعانين من نقص فيتامين "د"، وأن 81% من نساء العالم في مرحلة ما بعد سن اليأس اللواتي خضعن لفحص هشاشة العظام يعانين من نقص في مستويات هذا الفيتامين.

وفي دراسة أجريت مؤخراً بمنحة من جائزة الشيخ حمدان للعلوم الطبية، يوضح الدكتور عبد الباسط محمد علي، أستاذ الطب و العلوم الصحية المساعد بجامعة الإمارات أن: «غالبية النساء اللواتي تطوعن للمشاركة في الدراسة، و عددهن 255 امرأة، و خضعن لفحص مستوى فيتامين "د" تبين أنهن يعانين من مستويات متدنية من هذا الفيتامين مما يجعلهن عرضة للإصابة بهشاشة العظام.

كما تبين أن تغذية الأم خلال الإرضاع الطبيعي من المأكولات البحرية، تساعد على نمو و تطور الجهاز العصبي للأطفال. كما أشار د. محمد بن حسن عدار في مجلة لأنسيت الطبية في شهر فيفري 2007 إلى دراسة تفيد، بأن تناول المأكولات البحرية أثناء الإرضاع الطبيعي يفيد في نمو و تطور الجهاز العصبي لدى الأطفال. و أفادت الدراسة بأن المأكولات البحرية تحتوي على عناصر غذائية عديدة أهمها، الأحماض الدهنية أوميغا 3 (omega-3 fatty acids)، الذي يعتبر عنصراً أساسياً لنمو الجهاز العصبي المثالي.

وأوضح عضو جمعية التغذية الأمريكية الدكتور نور عثمان الحسن، أن الآثار المدمرة لسوء التغذية سواء للأب أو للأم أو كليهما ربما تنتقل من جيل إلى الجيل الذي يليه تماماً، كما تنتقل فوائد التغذية الجيدة عبر الأجيال و تنتقل هذه الآثار عبر الجينات المنقولة من الأبوين إلى أطفالهما. وإن توفير بداية تغذوية قوية للطفل لها أثر يدوم طوال الحياة على نموه الجسدي و العقلي و الإجتماعي و ينقله لأجياله القادمة هو أيضاً. وقال في بحث له نشر مؤخراً « إن سوء التغذية يعمل على إضعاف جهاز المناعة في الجسم، مما يجعل الطفل عرضة للإصابة بالأمراض أكثر من غيره، ويزيد من شدة مرضه و يُعيق من تعافيه وشفائه. و الطفل المريض بدوره سرعان ما يُصاب بسوء التغذية وهي أيضاً تعيق من تعافي الطفل بسرعة. و بإستطاعة كل من الرضاعة الطبيعية و المكملات الغذائية، الملائمتين

لعمر الطفل، إلى جانب توفير الرعاية الصحية الملائمة له، أن تكسر هذه الدائرة المفرغة» [353]ص45.

وأشار إلى احتمال أن تلد الأم المصابة بسوء التغذية المزمن رضيعاً يعاني من نقص الوزن عند الولادة، وقد ينمو هذا الوليد متقزماً وقد يُسهم هو الآخر بدوره في المستقبل في ولادة رضيع آخر يعاني من سوء التغذية أيضاً. أما المرأة ذات التغذية المتوازنة، التي تجاوز عمرها 18 عاماً، فلديها فرصة أكبر بكثير في المحافظة على الحمل، ولدى طفلها فرصة أكبر كذلك في النمو بصحة وعافية.

وأضاف الدكتور نور عثمان الحسن: « إن الحل يكمل في الوقاية من سوء التغذية في هذه الفترة الزمنية، فلو أن كل طفل أُرضع رضاعة طبيعية خالصة لمدة ستة أشهر على الأقل سواء من حليب الأم أو أي حليب صناعي مخصص للرضع ملائم لعمر الطفل، لكان من الممكن إنقاذ حياة حوالي 1,3 مليون طفل آخر سنوياً، وملايين من الأطفال وغيرهم سوف يستفيدون من ذلك، من حيث الصحة، والذكاء والإنتاجية» [354]ص50.

8.3.1.12. تذكر تغذية أمها

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 20,4301 و مضروب 1,5520Bi- و أما الخطر المطلق 0,5698.

نلاحظ أن أغلبية النساء الريفيات و الحضريات، حسب مؤشر سوء تغذية الطفل الأقل من عامين لا تتذكر طريقة تغذية أمها عندما كانت صغيرة. أما اللواتي يتذكرن، فنلاحظ أن نوعية الأغذية كانت تقتصر على العصائد بدون بروتين و مشتقات الحليب، و هناك أصناف أخرى لعدم تذكرهن بسبب موت الأم أو انفصال الوالدين، كما نجد آراء الأمهات:

«معيشة بكري كان كل الخير، بصح ذرك ماكانش هذا الخير،..... كانت توكلني حليب البقرة، و الخضرة التي تزرعها في الجنان»، هنا يدخل العامل الإقتصادي من توفر الإمكانيات المادية و التي تعتبر المعوق الحقيقي الذي ينعكس بصورة كبيرة على ظهور أمراض سوء التغذية، وهناك من الأمهات لا تتبعن تغذية أمهاتهم بسبب فرض أهل الزوج قواعد جديدة بتحديد الحماة أو السلفة أو أحد أفراد أسرة الزوج في تغذية أطفالهن، يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، و إذا عارضت الأم أهل الزوج في تغذية طفلها سيحدث خلاف قد يؤدي إلى العنف و بالتالي الانفصال أو الطلاق.

بالإضافة إلى تذكر الأم تغذية أمها لها والذي يساعدها على إكتشاف الواقع وعلى تعديل هذا الجدول ليتلاءم أكثر مع أطفالهن، تبين ما يلي:

1-تغذية الأم خلال الأسابيع الأولى بعد الولادة، هو الإكثار من تناول الأطعمة المغذية. وينبغي إعطاء الأم المرضعة الأولوية في الحصول على الأكل المغذي في المنزل، لأنها في أشد الحاجة إليه كي ترضع طفلها وتستعيد قوتها.

2-حالة إصابتها بقلة الشهية: هناك متلازمات لقلة الشهية، منها انخفاض مناعة الجسم ضد الأمراض وبالتالي العدوى المرضية، وإصابة الجسم بالهزال بالإضافة ل فقر الدم وتوابعه كالغثيان والضعف العام وضعف النمو وغيرها، إنحطاط عام في الجسم، وتعب سريع، لذلك كانت المعالجة من فقدان الشهية كما يلي:

*يفضل دائما وضع طبقتين غذائيتين مختلفتين على مائدة الطعام لفائدتين، الأولى هي تنوع المواد الغذائية المتناولة في الوجبة يؤدي لإفادة الجسم ب مواد غذائية متنوعة يحتاجه، والثاني هي لإستساغة الطبق لدى أفراد العائلة، فربما أحد الأطباق المعدة لا يستسيغها أحد الأفراد فيتوجه لتناول الطبق الآخر.

*يوضع على المائدة أحد أنواع المواد الغذائية ذات رائحة شهية وطيارة، مثل خل التفاح أو قشور الليمون، فالزيوت الطيارة التي تحتويها هذه المواد الغذائية تؤدي لإسالة اللعاب، وبالتالي ترطيب التجويف الفموي وتهئية الجهاز الهضمي لتناول الطعام، أي تعمل رائحة خل التفاح أو رائحة الليمون على تهبيح الغدد اللعابية وغدد المعدة الفارزة للعصارات الهاضمة، وبالتالي تعمل على فتح الشهية.

*إعداد المواد الغذائية بطريقة تحتوي على أحد فئات الشهية المعروفة، كالفلفل أو الخل أو الليمون (التوابل)، فكل هذه المواد الغذائية تعمل على فتح الشهية، من خلال زيادة إفرازات الأنبوب الهضمي (وضع عدد مختلف من التوابل داخل الطعام أثناء طهيها)، كما يعتبر البصل من فئات الشهية الطبيعية.

4.1.12. عرض لنمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية

1.4.1.12. التفضيل بين الجنسين

التفضيل بين الجنسين، هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر 13,2580WALD و مضروب 5,4450Bi- و أما الخطر المطلق 0,2210.

ويمكن تفسير تفضيل الذكر على الأنثى كما يلي:

الذكر يحمل إسم العائلة و نجده دائما حاضرا في كل حالات (الفرح، أزمة أو مشكلة تخص عائلته، و غيرها)، أما البنت فتعتبر بمثابة ضيف في العائلة لأنها تتزوج و تنتقل إلى عائلتها الجديدة، حاملة معها التقاليد والعادات التي توارثتها من أجدادها، بالإضافة إلى أن مكانتها تقف على بقائها في المنزل لتربية أطفالها، مع تلبية وخدمة كل المتطلبات الضرورية لكل أفراد العائلة داخل المنزل، مما ينعكس على سوء التغذية لدى الأنثى على الذكر.

وبناء على هذا المتغير، فإنه مهما كانت العوامل التي تدفع الأسرة إلى تفضيل الأسرة صغيرة الحجم، فإن الإتجاه العام المرتبط بتفضيل الذكر على الأنثى يظل قائما و مؤثرا. و يظهر ذلك عندما يكون المولودان الأولان إناث، هنا نجد أن الأسرة قلقة خاصة أثناء الحمل الثالث، و يأتي قلقها من توقع إنجاب أنثى أخرى.

و لقد حاولنا من خلال الدراسة المعمقة، أن نبحت عن الوظيفة أو الوظائف الموكلة للذكر و التي تخلق هذا الإتجاه في تفضيل الذكر على الأنثى، و جاءت هذه الوظائف كما يلي:

- الذكر أكثر قدرة على العمل و أكثر قدرة على الكسب،
- الذكر يحمل إسم الأسرة،
- الذكر يرعى إخواته البنات و يزوجهن و يكون لهن سندا،
- الذكر يسير في جنازة والده و أفراح إخواته الإناث،
- الذكر يرعى الوالدين أثناء الكبر و يتكفل بهما،
- الذكر يرث ملكية الأسرة كما يرث إسمها.

وهذه الوظائف تجمع عليها كل من الأم الريفية و الحضرية، بصرف النظر عن إختلاف إتجاهاتهن نحو الحجم المثالي للأسرة، و تبدووا هذه الوظائف واضحة و ظاهرة و يمكن إكتشافها بسهولة، و لكن هناك وظيفة أخرى ضمنية لا يمكن التصريح بها بسهولة، و ترتبط بدور الذكر في إضفاء الإستقرار في العلاقة بين الزوجين و ضمان إستمرارها.

هناك عاملان ثقافي و ديني، يدفعان إلى إنجاب عدد كبير من الأطفال و هذا حسب آراء المبحوثات:

«واش عطا ربي هذاك هو»،.....«لي عطا ربي مرحبا»،.....«نحب ولادي و المهم هو صيفة الإسلام»،.....«الأولاد خلقهم الله و لا نستطيع التحكم في قضاء الله»،.....«الكل هبة من الله و الحمد و الشكر على كل نعمة»،.....«لي مدو ربي لازم نرضى بيه كثير و لا قليل»،.....«نحب ولادي و ربي لي يملّي»،.....«واش جاب ربي الحمد لله»،.....«صيفت المسلمين كيما عطا ربي ولادي».

ما يمكن إستخلاصة من هذه التصريحات كما يلي:

إن العادات الإجتماعية التي تدعوا إلى الزواج المبكر تعمل على زيادة في عدد الأطفال، و هذا يرجع إلى عدم الوعي الأم بأهمية تنظيم الأسرة. كما نلاحظ أن كلا المنطقتين الريفية و الحضرية، يعانين من الأمية و نقص الثقافة و الوعي في بناء الأسرة، بسبب تمسك الأم بالعادات و التقاليد المتوارثة من الأجيال السابقة.

وبالرغم من أن الجزائر تبذل جهوداً كبيرة، لتحقيق الأهداف الوطنية و الدولية في التغذية خاصة تغذية الإناث، إنطلاقاً من كونه إستثماراً بشرياً تنموياً هاماً للمجتمع، غير أن تقييم واقع تغذية الأم في الجزائر يكشف وجود تفاوت حاد في نسب التغذية، في مختلف مراحلها بين الذكور و الإناث لصالح الذكور، مما يعني أن الفجوة النوعية لا زالت موجودةً و كبيرةً بين الجنسين و أنها لا تضيق إلا بنسب بسيطة.

و هذا التفاوت راجع إلى سيادة قيم ثقافية تقليدية لا زالت تفرق بين الجنسين و تعزل الإناث عن الحياة العامة. و تظهر سيطرة هذه القيم في الريف أكثر منها في الحضر. كما تلعب العوامل الإقتصادية في المجتمع دورها في تفضيل تغذية الذكور على الإناث عند موازنة الأولويات لدى الأسر محدودة الدخل. و على الرغم من التطور الملموس في مجال التغذية و تأهيل المرأة و تأثيره الإيجابي في إسهامها في التنمية كقوة عاملة و وصولها إلى مختلف المواقع الإجتماعية و السياسية.

إلا أن هناك مؤشرين متصلان بالوضع التغذوي الراهن للإناث نوجزها فيما يلي:

*الفقر و إنعكاساته السلبية على الأسرة، التي تضطرها إلى تفضيل تغذية الإبن على البنت لإعتبارات إجتماعية متوارثة، كون الذكر هو من تقع على عاتقه مسؤوليات كثيرة بإعتباره مصدراً للرزق.
*الزواج المبكر الذي يدخل الفتاة في دائرة الإنجاب و المسؤوليات الأسرية، التي تشكل عائقاً أمام صحتها بسبب سوء تغذيتها.

2.4.1.12. التنوع في النظام الغذائي حسب عمر الطفل

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 34,4569 و مضروب 1,3352Bi- و أما الخطر المطلق 1,7023.

تعتبر التغذية الصحية أساساً لحماية الجسم من الأمراض، و تساعده على النمو العقلي و البدني بشكل سليم خال من الأمراض و المعوقات الصحية، و تعاني الكثير من المناطق الريفية و الحضرية من أمراض سوء التغذية بالنسبة للأطفال، و نظراً لعدم توفر الغذاء الصحي المناسب للأطفال سواء من ناحية الكم (أي إحتياجات الجسم)، أو من ناحية نوعية الغذاء و ما يتضمنه من فيتامينات و معادن و بروتينات يحتاجها الجسم لتمده بالمناعة اللازمة لمقاومة الأمراض، و تساعد على بنائه و تكوينه بشكل مناسب، و تمد الجسم بالطاقة و النشاط الحيوية اللازمة لممارسة دوره بشكل سليم.

و تعد العوامل الإقتصادية و توفر الإمكانيات المادية هي المعوق الحقيقي الذي ينعكس بصورة كبيرة على ظهور أمراض سوء التغذية، يضاف إلى ذلك عدة إعتبرات أخرى تتمثل في زيادة عدد الأطفال في الأسرة الواحدة، و الأثر السلبي لذلك على القدرة على رعاية الأطفال و تغذيتهم بشكل سليم و متكامل، و هذا ما أكدت عليه بعض من المبحوثات:

«نبقى صائمة و نبعث ولادي عند يما باش ياكلوا»، «نبعث ولادي باش يجيبوا بقايا الحلوة عند اللي يبيع الحلوة و الخبز على ساعة الرابعة صباحاً»، «نشمخ الخبز بالماء أو النعناع باش ياكلوا ولادي»، «لي رزقوا ربي هناك هو».

وما يمكن تحليله من آراء المبحوثات، أن الزيادة في معدلات النمو الأسري يفوق إمكانيات الأسر الفقيرة ذات الموارد الإقتصادية و الثروات الطبيعية المحدودة، وكذا إرتفاع في معدلات الخصوبة بسبب نقص التوعية و الإرشاد فيما يخص تنظيم الأسرة، و نقص في الرعاية الصحية و الغذائية للأم و الطفل معاً.

يوفر الطعام العناصر الغذائية المطلوبة لبناء أجسام قوية. فالغذاء يمد الجسم بالطاقة التي يحتاجها للنمو و اللعب و التعلم و المحافظة على الصحة. و من الضروري تنويع الأطعمة المقدمة للطفل حتى يوفر إحتياجاته من المواد الغذائية الأساسية للنمو. فكل نوع من أنواع الأطعمة يحتوي على نوعية خاصة من الأغذية و التي بدورها تقوم بوظائف مختلفة في الجسم، و لا يوجد نوع من الأغذية أهم من الآخر فالجسم يحتاجها جميعاً من أجل صحة أفضل.

ويقول الباحث Sanghvi, T و آخرون مختصون في طب الأطفال، وأعضاء الجمعية العالمية للحساسية والمناعة، إن من أسباب الحرمان الغذائي: [355]ص50 الحرمان من الرضاعة الطبيعية، وعدم المساواة في الحصول على الغذاء لتفضيل الذكور على الإناث، والأمية الغذائية، مما يترتب عليها تناول وجبات غير صحية من ناحية الكم والنوع قبل تناول أطعمة غير مناسبة للعمر أو الحالة المرضية أو تناول كميات أقل من المطلوب أو أكثر، فضلا عن الوجبات السريعة التي تحرم الإنسان من الغذاء الحقيقي.

وبالإضافة، إن سوء التغذية يعني نقص عنصر أو أكثر من العناصر الغذائية اللازمة لصحة الطفل ومنها:

1. نقص البروتين والطاقة، فأكثر أنواع سوء التغذية شيوعا والأشد خطورة خاصة على الأطفال، و ينتج بسبب الوجبات الغذائية التي تفتقر إلى الطاقة والبروتينات، لنقص المكونات الغذائية الرئيسية أي الكربوهيدرات والدهون والبروتينات.
2. فشل في النمو الغذائي، كأن يعاني الطفل من عدم زيادة الوزن مطلقا، ويصبح هزيلا مقارنة بالأطفال من نفس فئته العمرية.
3. مرض كواشيركور، الذي يحدث بسبب نقص البروتينات في غذاء الطفل، حيث يعاني من الأنيميا وتزايد سقوط الشعر الذي يصبح هشًا خفيفًا، مع انخفاض الجهاز المناعي، مما يجعله معرض للإلتهابات المتكررة، مثل الإلتهاب الرئوي والنزلات المعوية التي تسبب الجفاف وربما تؤدي بحياة الطفل. وأشار إلى أن هذا المرض يسبب أيضا تورم الوجه والأقدام والأرجل، بالإضافة إلى اضطرابات عقلية مما يفقد الطفل الإحساس بما حوله، وفقد الشهية والكسل وتضخم الكبد نتيجة ترسب الدهون به، مع مشاكل جلدية مميزة حيث يصبح لون الجلد داكنا ويتشقق مع ظهور حساسية جلدية.

فقد الشهية مشكلة يعاني منها الكثير من الأطفال في المراحل الأولى من العمر، وخصوصا الأقل من عامين، و لا يشترط وجود أي خلل عند الأطفال الذين يتغذون طبيعيا، من حدوث فقدان الشهية فقد تكون مرحلة مؤقتة وتمر بأمان، وكذلك بعض الأطفال يستخدمون طريقة عدم الأكل للضغط على الأباء في شيء معين يطلبونه، لذلك يجب أن نضع في الاعتبار هذه النقطة، ومن الممكن أن يكون هناك سبب مرضي، وللعلم فإن أي خلل في جسم الطفل سوف يؤدي بالضرورة إلى

فقدان شهيته للأكل، وفيما يلي أهم الأسباب والخطوات الفعالة للتغلب على مشكلة فقدان الشهية عند الأطفال يرجع إلى:

1. إصابته ببعض الإضطرابات النفسية، مثل القلق والخوف والحزن، مما يؤثر بصورة مباشرة على المخ،
2. تناول الأطفال لكميات كبيرة من المواد السكرية المتمثلة في الحلويات، وعدم تمتع الطفل بوقت كاف من الراحة وممارسة الرياضة،
3. وإصرار الأم على أن يتناول إبنها كم معين من الطعام، قد يفقده شهيته لأنه يهرب من هذه الكميات الكبيرة التي تفرض عليه ليأكلها،
4. عدم الإنتظام في مواعيد إطعام الطفل،
5. تعرض الطفل للمرض، منها بعض الديدان والطفيليات التي تؤثر على جهازه الهضمي.

و بهذا فإن التغذية السليمة، تبدأ من المنزل عن طريق الغذاء الصحي وإتباع عادات الأكل الصحية، ولنتذكر أن الصغار يقلدون الكبار في كثير من تصرفاتهم سواء أحبوا أم لا. لذا يجب أن تكون بمثابة قدوة لهم بإتباع عادات غذائية سليمة.

3.4.1.12. إستعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 26,4578 و مضروب 1,3352Bi- و أما الخطر المطلق 0,1664.

تبين أن هناك من الأمهات يستعملن الأعشاب في مداواة أطفالهن و التي تكون على شكل مواد نباتية خام، مثل الأوراق أو الزهور أو الفواكه أو البذور أو الجذور أو الخشب أو الجذور أو الأجزاء النباتية الأخرى، التي قد تكون في شكل مكتمل أو مجزأ أو مسحوق. و هناك من تستعملن المواد العشبية، وتشمل هذه المواد، إضافة إلى الأعشاب، العصائر الطازجة وأشكال الصمغ والزيوت الثابتة والمساحيق العشبية الجافة. ويمكن إعداد هذه المواد، بإتباع إجراءات محلية مختلفة، مثل التبخير أو التحميص أو الطهي في الفرن، بالاعسل أو المشروبات الكحولية أو مواد أخرى.

أما المستحضرات العشبية، تمثل هذه المستحضرات الأساس الذي يقوم عليه إعداد المنتجات العشبية الجاهزة، وقد تشمل المواد العشبية المفتتة أو المسحوقة أو مشتقات المواد العشبية. وتنتج هذه المستحضرات عن طريق الإستخلاص أو التجزيء أو التنقية أو التركيز أو غير ذلك، من العمليات الفيزيائية أو البيولوجية. كما تعتمد على المواد العشبية الجاهزة، تشمل هذه المواد المستحضرات العشبية المصنوعة من نبات واحد أو عدة نباتات.

و يمكن أيضاً، في حالة إستخدام أكثر من نبات واحد، إستعمال مصطلح "منتج المزيج العشبي". وقد تحتوي المواد العشبية الجاهزة أو منتجات المزيج العشبي. غير أنّ المنتجات الجاهزة أو منتجات المزيج العشبي، التي تُضاف إليها مواد فاعلة تُعرف تركيبها الكيميائية، بما في ذلك المركبات الإصطناعية والمكوّنات المعزولة من مواد عشبية، لا تُعتبر مواد عشبية.

ومما سبق أكدت النتائج، أن هناك تناقصاً في درجة إهتمام الأم الريفية و الحضرية بالرعاية الصحية، والإهتمام أكثر بالتداوي بالأعشاب المقدمة من طرف أشخاص مسنين. و هذا ما توضحه تصريحات بعض المبحوثات كالاتي:

*لويزة حماتي: «الحلبة نضيف لها و رق النعناع و البسباس»

*تيزانة تنحي غازات: فطور ثلاث أيام: كمون و كروية و مرور و زيت الزيتون نخليهم فالماء يغلوا، بعدها نصفهم في كومبراس و نقطرهم على الفم تنحي كل الغازات»

*«ورق اللفت، حشيش القارص، تيرتيوت، تغريفت، تارك وشت، تاحرويت، سكسوا»

*«ورق الزعرور، لارنج، و الزعتر، الشب»

*أعشاب تستعمل لثلاث أيام لفتح الشهية للطفل، الذي يسمى بالمرور: «ورق العليق، ميريوثا الثوم و البصل»

*«ورق الزعيرة، حبة الحلاوة، لويزة، حب الرشا ونضعهم على صدوروا باش تروح السعلة»

*«حبة الحلاوة، شيخ مبشور، فيجل، نديرهم في كومبراس و يشربو مع الحليب اللي نرضع بيه وليدي»

*«ورق السفرجل، زعرور نغليهم فالماء و نصفهم مع إضافة سكر، باش تنحي وجاع الكرش»

*«ورق لكليل مع 1/2 ورقة نعناع مع اللويزة، لارنج، قرفة العود مع العسل الحر و السكر»

*«باش تبعدوا من العين، نستعمل سنوج و التيزانة»

*«الخل و القرفة، نديرهم في رأس وليدي، تنحي وجع رأسوا»

*« فيجلة: حبق صغير نضعه تحت المخدة باش يرقد»

- * «عثة مريوث: تنحي الوجع في الكرش، ورق الزعرور، لارنج و القارص»
- * «لويزة، زعتر، العلايق، قلب ورق تع زيت الزيتون مع قطرات من حليب»
- * «نوكلوا العسل الحر باش يخشان و يصبح صحيح»
- * «تيزانة عجوزتي: ورق البرتقال، القارص و لارنج و الكمون والبسباس»
- * «كمون ينقص الذكاء للطفل، طيبب منعي»
- * «إذا كان عند و ليدي مشكل الربو: عسل الحر، زيت السانوج، حب الرشاد وزريعة الصنوبر»
- * «ندير لوليدي الرباط الأخضر، نسيمه ذو كناس القبائلي، باش تبعدوا من الأشباح و ينام»
- * «قطرات من حليب الحمامة يشربهم و ليدي باش ياكل»
- * «نشر ب لوليدي تيزانة مع السانوج باش تبعدوا من العين و الحسد»
- * «كل جمعة ندير لوا حنة باش تبعدوا من العين»
- * «درت الثوم على صرة بنتي برات و تأكل»

و من خلال الصفات التي تعتمد عليها الأم في مداواة طفلها تتوقف على مدى نجاحها، في الوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين الحالة الصحية للطفل؛ وإلى تغيير الحالة الجسدية أو النفسية بطريقة مفيدة.

من هنا نشير إلى مصطلح "المكونات الفاعلة"، أي مكونات الأدوية العشبية ذات التأثير العلاجي. و ينبغي ملائمة الأدوية العشبية التي تحدد المكونات الفاعلة، والتي تحتوي على كميات محددة من تلك المكونات، وذلك في حالة توفر الأساليب التحليلية المناسبة. ويمكن، إذا لم يتسن تحديد المكونات الفاعلة، إعتبار الدواء العشبي بأكمله مكوناً فاعلاً.

أوضح الدكتور أ. البوشي: «أن زيت الزيتون من الزيوت النباتية التي يفضل إستخدامها، لإحتوائه على فيتامين "ه"، وهو مادة لها خاصية منع الأكسدة التي تسبب الأورام السرطانية، و وجودها في أي مصدر يحافظ على سلامة الجسم ضد ما يسمى بالشقائق الحرة، التي تؤكسد المواد الحيوية الموجودة في الجسم الطفل والتي تتولد منه نتيجة عوامل، كالتعرض للأشعة فوق البنفسجية لفترات طويلة في بعض الحالات، وهذه الشقائق الحرة في الجسم لها آثار تدميرية على الخلايا خاصة المواد الدهنية، التي تعد أساس تكوين جدران الخلايا، وعند تعرض جدران الخلايا للأكسدة بفعل الشقائق الحرة يحدث تدمير للخلية» [356]ص69.

كما يؤكد الدكتور الشوبكي أن استخدام زيت الزيتون في الطعام، يمنع الإصابة بتصلب الشرايين وبقية من العديد من الأمراض، ولكنه ينصح باستخدام زيت الزيتون طازجا ومن دون طهي قدر الإمكان حتى تتم الاستفادة الكاملة منه.

4.4.1.12. الرضاعة الطبيعية

هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 30,5468 و مضروب 2,0803Bi- و أما الخطر المطلق 0,3320.

هناك نقص في توعية الأم بأهمية الرضاعة الطبيعية، و دورها المتميز في الحفاظ على حياة طفلها و وقايتها و تحصينه في التعرض للعديد من الأمراض، ويوصي الطب بأهمية الرضاعة الطبيعية، كما نلاحظ إهمال الأم للنمط التغذوي للطفل الذي يتأثر بصورة مباشرة بعاملين: الأمراض المعدية من جهة و التغذية بكمها و نوعها من جهة أخرى، هنا تلعب الرضاعة دورا هاما في صحة الطفل، إذ يؤدي التخلي عنها إلى تدهور نوعية غذاء الطفل، و هو ما يساعد على إصابتهم بالأمراض ذات الآثار السلبية التي تنتهي بالإعاقة و بالتالي تعرضه للإصابة بسوء التغذية.

لبن الأم هو أول غذاء طبيعي يتناوله الرضع، وهو يوفر كل ما يلزم للرضيع من طاقة وعناصر مغذية في الأشهر الأولى من حياته، كما يستمر ذلك اللبن في تغطية نحو نصف احتياجات الطفل التغذوية أو أكثر من ذلك خلال الشهر الثاني من العام الأول، ونحو ثلث تلك الاحتياجات خلال العام الثاني من حياته.

ويسهم لبن الأم في النمو الحسي والمعرفي، و حماية الرضع من الأمراض المعدية والمزمنة. و التقليل في مدة الإرضاع الطبيعي، سوف يعرض الطفل إلى عدة أمراض منها، الإسهال أو الالتهاب الرئوي و نقص في التغذية. كما أن الإرضاع يعزز صحة الأمهات وعافيتهن، كما يساعد على تباعد الولادات، ويحدّ من مخاطر الإصابة بسرطان الرحم أو سرطان الثدي.

وحسب رأي المديرية التنفيذية لليونيسف أن م. فينمان: "إن الرضاعة الطبيعية بمثابة وسيلة التحصين الأولى للطفل، كما لها أهمية كبيرة في جهود مكافحة الجوع وتعزيز نجاة الأطفال، فضلاً عن دورها في التقدم نحو هدف الألفية الإنمائي لخفض معدل سوء تغذية الأطفال بحلول عام 2015" [357]ص19.

وتعمل اليونيسف على إيجاد بيئة تمكن الأمهات من اتخاذ القرارات الصائبة في ما يتعلق برضاعة وتغذية أطفالهن، وذلك من خلال تدعيم السياسات والأنظمة التي تعمل على تحسين المهارات الصحية ومساندة المجتمعات في توعية الأمهات بفوائد الرضاعة الطبيعية، و من أهم مميزاتها منها: [358]ص12.

1* يحتوي على مواد تساعد على إمتصاص بعض المعادن الموجودة في الحليب - كالحديد مثلاً - بشكل كبير على الرغم من قلة كميته فيه، إذا ما قورن بالحليب المعدل الذي يحوي كمية أكبر ولكن الإمتصاص أقل بكثير.

2* ومن حيث النظافة والتعقيم، فإن حليب الأم السليمة يخلو من أي جرثومة، وذلك أنه يتدفق من جسم الأم إلى فم الطفل فلا مجال لتلوثه. بعكس الحليب الذي يحضّر في عدة أوانٍ ويمر بعدة خطوات من غلي الماء، و تبريده، ومزج الحليب بالماء... إلخ، وكل خطوة من هذه الخطوات قد تكون مصدراً من مصادر تلوث الحليب؛ لذا فإن معدل إصابة الأطفال الذين يتناولون مثل هذا الحليب -الذي يحتاج إلى عدة خطوات في التحضير والإعداد- عالٍ نسبياً، كما أن مجال الخطأ في كمية الحليب المضافة إلى الماء من زيادة أو نقص، أمر وارد الحدوث عند تحضير الوجبة مما يضر بالرضيع في كلتا الحالتين.

3* مقاومته للأمراض، يحتوي حليب الأم المتدفق في الأيام الأولى بعد الولادة - حليب اللبأ - على كميات كبيرة من الأجسام المضادة والخلايا البيضاء والأنزيمات والخمائر، وبعض البروتينات التي تقي الطفل كثيراً من الأمراض، وهذه الميزة مقتصرة على حليب الأم فقط.

4* اليسر وسهولة التحضير، حليب الأم يسهل الحصول عليه، ولا يحتاج من الأم جهداً في التحضير - سواء في الليل أو النهار، داخل أو خارج البيت - يقارن هذا بالوقت والجهد اللازم لتحضير وجبة حليب مع ما يلزم من "معدّات" التحضير، خصوصاً خارج البيت، أو تحضير وجبة حليب لطفل جائع بعد منتصف الليل، إن حليب الأم يتدفق من جسم الأم إلى فم الطفل بدرجة حرارة مناسبة فلا يحتاج إلى تسخين.

5* إن التكلفة الاقتصادية الشهرية لعائلة ترضع طفلها حليباً حيوانياً معدلاً، لا تقارن بما تكلفه الرضاعة الطبيعية التي لا تكلف شيئاً.

6* حليب الأم معقم ومعقم، حليب الأم يحتوي على مواد تعقم أمعاء الرضيع والوليد من الجراثيم الضارة، كما أن حليب الأم يحمي الرضيع من الإمساك الذي ينتشر بين الأطفال الذين يتناولون حليباً معدلاً.

7* حليب الأم يساعد الرضيع على الإشباع بطريقة مضبوطة، إذ تزداد كمية الدهون في الجزء الأخير من حليب الأم المتدفق أثناء وجبة الرضاعة، وهذه الدهون التي تختلف نوعاً وكماً عنها في الحليب المعدل - تمنح الرضيع الشعور بالإشباع.

8* الراحة النفسية والإشباع العاطفي، إن الرضاعة الطبيعية تعطي الطفل شعوراً بالأمان أثناء حمل أمه له، وإرضاعها إياه، وهذا الترابط العاطفي يزداد بين الأم والطفل يوماً بعد يوم، وهو مهم جداً في تكوين الطفل من الناحية العاطفية والسلوكية.

9* التحسس، الأطفال الذين يتناولون حليباً معدلاً - حيواني المصدر - معرضون للإصابة بأمراض مقتصره عليهم فقط، مثل عدم احتمال حليب البقر أو الإصابة بالتحسس لحليب البقر. كما أن أمراضاً أخرى - كالأكزيما ومغص الرضع - أكثر شيوعاً عند مثل هؤلاء الأطفال. 10* حليب الأم أكثر أماناً وسلامة من الحليب المعدل، وذلك لتدني نسبة الأمراض التي قد تصيب الرضيع في الحالة الأولى عنها في الحالة الثانية.

1.12. مناقشة النتائج النهائية

نظراً لأهمية ظاهرة سوء تغذية الأطفال كمقياس لمستوى التطور الإقتصادي و الإجتماعي و كمؤشر لنوعية الخدمات الصحية للأم و الطفل، أصبح من الضروري دراسة هذه الظاهرة، قصد إبراز أهم العوامل المؤثرة فيها، و إثراء لهذا النوع من البحوث الإجتماعية، وجدنا أن هذه الظاهرة تتأثر بعدة عوامل منها: ديمغرافية والثقافية والإقتصادية والطبية وغيرها)، ولكن بدرجات متفاوتة. لهذا جاءت دراستنا لتستعرض أهم هذه العوامل حسب ما سمحت به معطيات الدراسة في المراكز حماية الأمومة و الطفولة في ولاية البليدة، و الذي لم يفتح لنا مجالاً واسعاً في التحليل، و ذلك لأن العينة المدروسة صممت في واقع الأمر لفحص المستوى التغذوي للطفل الأقل من عامين، يضاف إلى ذلك نقص في الأجهزة و المعدات مع عدم وجود مختصين لقياس سوء التغذية الطفل.

و يمكن إرجاع هذه النتائج إلى تأثيرات عشوائية ناتجة عن العينة المدروسة. و في واقع الأمر لا يحق لنا دراسة الظاهرة (سوء تغذية الأطفال) حسب العمر والطول والوزن بشكل مفصل (حساب المقاييس الأنثروبومترية) خلال فترة الملاحظة، و هكذا حتى و إن وافقت النتائج المعيار النظري، فهي في واقع الأمر تعتبر نتائج لعوامل العشوائية فقط. بالإضافة إلى نقص في الإمكانيات من وسائل و تقنيات خاصة لقياس سوء تغذية الأطفال و أيضا إنعدام المختصين في التغذية و هذا في كل المراكز حماية الأمومة و الطفولة التي أجري فيها البحث الميداني.

و بهذا يمكن مناقشة أهم النتائج النهائية للدراسة من خلال النقاط الأربع الآتية:

1. خصائص النمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية و الحضرية، هذا المتغير يمكن تفسيره بالدور الذي تلعبه الأم داخل المنزل، من حيث نظافة المسكن من أرضية المنزل الغير سهلة التنظيف والحاملة لمختلف أنواع الجراثيم و التي تنتقل بسهولة بين الأطفال الصغار، بالإضافة إلى تواجد الازدحام و الفوضى بسبب حجم المتزايد من الأفراد داخل المسكن و كل هذا يحفز على الإصابة بالسوء التغذية. هذه النتائج يمكن تفسيرها على أن الوضعية التغذوية للطفل، تظهر من خلال تأثرها بالممارسات الوقائية داخل الأسرة، و أن فئة الأطفال هم الأكثر تعرضا للأمراض و الأقل مقاومة للتلوث البيئي، بالإضافة إلى أن أغلب الأمراض راجعة إلى تدهور نظافة المحيط.

و كل هذا يرجع إلى الدور الذي تلعبه الأم في النظافة الصحية لطفلها و للأفراد أسرتها. كما تعتبر العوامل البيئية خاصة المرتبطة بالمسكن(نوع المسكن، أرضية المسكن، تواجد المطبخ، مصدر المياه الصالحة للشرب، الصرف الصحي) أحد أهم أسباب ارتفاع نسب قصر القامة(في حالة عدم و فرتها)، ذلك لأن المسكن هو البيئة الأولى التي يرتبط بها الطفل و يتأثر بها، نظرا لكونهم أكثر حساسية للأمراض و أقل مقاومة للتلوث البيئي.

و يظهر الارتباط بين خصائص البيئة و مستوى قصر القامة في كل من الحضر و الريف، ذلك أن الفوارق تزداد عندما تقارن معطيات منطقتي السكن. بحيث يظهر تأثير تواجد المطبخ على قصر قامة الطفل، و تبلغ نسب قصر القامة الحاد في المنازل التي لا يتواجد فيها مطبخ 33,0% في الريف بالمقابل 25,7% في الحضر، و بهذا تعكس المناطق الريفية هذا الارتباط بشكل كبير.

و بهذا فإن أي تحسن في تغذية الطفل مرتبط بالطهي الجيد للأم، بحيث يقضي على معظم الكائنات العضوية المسببة للمرض والموجودة في اللحوم والأسماك والطيور النيئة. و لهذا يجب طبخ جميع أنواع اللحوم الحمراء (البقر والغنم، وخاصة اللحم المفروم)، إلى أن تصل درجة حرارة اللحم الداخلية إلى درجة الغليان. لا يعتمد على المظهر لتعرف على نضج اللحم، بل إستخدم ميزان حرارة خاص باللحوم، يثبت ميزان الحرارة في وسط اللحم المشوي (الروستو) أو الهامبورغر أو في أفخاذ الدجاج، قراءة درجة الحرارة.

فإذا كانت مرتفعة بالقدر الكافي فينتظر خمس دقائق أخرى ثم تقرئ ثانية. وحينذاك يكون الطعام جاهزاً للأكل. أما إذا كانت درجة الحرارة متدنية جداً لدى أول قراءة لها، فتنزع ميزان الحرارة وتغسل بالماء الساخن والصابون، لنزع الميكروبات التي علفت من وسط اللحم الذي مازال بارداً. ثم يعاد قياس درجة الحرارة مرة كل 15 دقيقة، إلى أن تصل إلى درجة الحرارة المناسبة.

و يوضح التحليل التفسيري تأثير متغير نوع المسكن على نمط تغذية الطفل بحيث هذا المتغير يمكن تفسيره بظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من انخفاض مستوى الخدمات في المناطق الريفية، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية في المناطق الحضرية. و التي تعكس الفوارق في التغذية بين نوعين، و قد تبين أهمية هذا المتغير في النموذج، من خلال مؤشر WALD 6,5423 و مضروب Bi سالبا -0,8474، أما الخطر المطلق 1,3106.

ونخلص بهذا إلى عدم ثبوت فرضيتنا التي مفادها: خصائص نمط تغذية الطفل في الأسرة الريفية و الحضرية تنعكس على نمط الرعاية الصحية له. بل تشكل إحدى العوامل الرئيسية و هذا ما توصلنا من خلال مقارنة نسب قصر القامة حسب منطقة الإقامة طبقاً لأهم الخصائص البيئية خصوصاً المرتبطة بالمسكن ذلك لأنه يشكل البيئة الأولى التي يرتبط بها الطفل و يتأثر بها. و بهذا فإن نفي الفرض المتعلق بأن المحيط البيئي للطفل لا يحدد نمطه التغذوي، بل هناك محددات أخرى تؤثر على نمط تغذية الطفل.

2. تحليل مقارن لتأثير الثقافة الأسرية الريفية/الحضرية على نمط تغذية الطفل، فالبرغم من رغبة المرأة الريفية المتعلمة في الاستقلال إلا أنها ما تزال تخضع للرابط القرابة التقليدية و لذلك نجد أن المرأة المتعلمة التي تعيش في أسرة ممتدة لا تحقق قوة و استقلال مثل نظيرتها التي تعيش في أسرة نوية. إن مثل هذه المرأة لا تخضع فقط لسيطرة الرجال في الأسرة الممتدة، بلا تخضع أيضاً لسيطرة الإناث من كبار السن.

و لذلك نجد أن المرأة الحضرية المتعلمة تمارس تأثيراً في اختيار شريك حياتها و في تحديد حجم أسرتها، و إن المرأة المتعلمة الريفية لا تمارس بالضرورة مثل هذا التأثير. فالروابط القرابة و التقليدية أقوى من طموحها في القوة و الاستقلال. و هذا بعد طرح مجموعة من التساؤلات كالاتي، هل لنمط تغذية الأسرة الريفية لأبنها نفس مميزات و خصائص الأسرة الحضرية؟، هل تلعب الثقافة الأسرية دوراً في تحديد نمط تغذية الأم الريفية لأبنها؟ أما الفرضية تتمثل في تفاعل ثقافة الأسرة

الريفية مع محيطها السوسولوجي، يمكن من تحديد مستويات الإختلاف مع الأسرة الحضرية من خلال خصائص النمط التغذوي لكل منها.

و من خلال التحليل الوصفي للنمط التغذوي للطفل حسب خصائصه السوسيوديمغرافية تبين أن نسب الأطفال المعرضين لقصر القامة الأكثر حدة ترتفع في المنطقة الريفية بحيث تمثل 25,1% أما المنطقة الحضرية 20,8% من الأطفال المقيمين في أسر تشغل شقتين. و أما نتائج التحليل التفسيري تؤكد بأن نوع الأسرة له تأثير على النموذج، بحيث مؤشر WALD يمثل 17,7812 ومضروب B_i سالباً -1,2569، أما الخطر المطلق $Exp(B)$ يمثل معدل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر قصر القامة و هذا بحوالي 0,6623.

و بهذا يعتبر توفير الرعاية الفردية داخل الأسرة من الجوانب المهمة لسلوك الطفل. و يعتمد نوع الرعاية المقدمة على موارد الأسرة و مواقف أولئك الذين يتخذون القرارات فيما يتعلق باستخدامها. و مما يحتاجه الأطفال كي يتمكنوا من حماية رفايتهم التغذوية و تحسينها، و كذلك من هم في رعايتهم، و من المعلومات الأساسية للإحتياجات التغذوية و الصحية و كيفية تليبيتها على النحو الأمثل في حدود الموارد المتاحة.

و تتوقف الحالة التغذوية للأسرة إلى حد كبير على معارف أفرادها ومواقفهم وممارساتهم، ولاسيما رب الأسرة، و تنشأ سوء التغذية عن الفهم القاصر للإحتياجات التغذوية المتغيرة لجسم الطفل خلال دورة حياته وكيفية تليبيتها على أفضل نحو بإستخدام الأغذية المتوفرة، و من ثم فإن المحرمات والبدع الغذائية وعادات الأكل غير السليمة، وتدني أساليب إعداد الطعام، والفهم القاصر للمخاطر الصحية، والإحتياجات الغذائية والحالات الفيزيولوجية الخاصة، تسهم كلها في سوء التغذية، لكن التوعية التغذوية يمكن أن تمثل تدخلا مناسباً فعالاً في المساعدة على الوقاية من المشكلات التغذوية وتداركها.

وقد يقوم على توفير الرعاية للأسرة الأم والأب وربما بعض الأفراد الآخرين، لكن يلاحظ أن طابع نشاط الأم في الكثير من البلدان، بما يتسم به من كثرة الأعباء وضيق الوقت له تأثير كبير على أنواع الأطعمة التي تأكلها الأسرة، وكيفية أعدادها، وعلى مقدار الدعم للأطفال الصغار و الإستجابة لإحتياجاتهم، كل هذه الجوانب التي تميز الحياة اليومية للأسرة تؤثر على الحالة التغذوية، كما أن لها في المجتمعات الفقيرة تأثير بالغ الأهمية في الوقاية من سوء التغذية بين الأطفال، لذلك فإنه من الضروري الإهتمام بدور المرأة ومعارفها وحوافزها، والوقت المتاح لها ومدى سيطرتها على

الموارد بما في ذلك دخل الأسرة. ويلاحظ أن الأمهات اللاتي يتمتعن بقدرة من التعليم و الموارد أقدر على الإستجابة لإحتياجات الأطفال في حالات المرض و غير ذلك من المشكلات، كما أن تلبية المرأة في كثير من المجتمعات قد تكون من الأسباب الأساسية المهمة لسوء التغذية، و يعد الأطفال و النساء الضحايا الأوائل للفقر و سوء التغذية في الحالات التي تضيء فيها المعتقدات السائدة نوعا من الشرعية على مركزهم المتدني في المجتمع.

وهذا ما أكد صحة هذا الفرض، بحيث نقص الوعي لدى بعض الأسر بأهمية تتبع المتغيرات الإجتماعية، و تغيير السلوك السلبي و الذي يدعو إلى الزواج المبكر، بسبب إرتفاع نسبة الأمية الناتج من عدم الوعي بأهمية تعليم البنات. وبهذا فإن التغيير في نوعية الأسرة في حد ذاته يلقي كثيرا من الرفض و المقاومة، خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات و التقاليد الإجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد.

3. تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية و الحضرية على تغذية أبنها، من خلال هذه النتائج يمكن تفسيرها كما يلي: العادات الاجتماعية التي تدعو إلى الزواج المبكر، و زيادة عدد الأطفال، و عدم الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، و إهمال و سائل تنظيم الأسرة على مستوى الأفراد. كما تعاني كثير من الأمهات من الأمية و نقص الثقافة و الوعي، بمفهوم بناء الأسرة، مما يؤثر سلبيا على التمسك بالعادات و التقاليد الموروثة، و عدم الإقبال على مفاهيم تنظيم النسل لتوفير حياة أفضل للأجيال المستقبلية، و إن تغيير في حد ذاته يلقي كثيرا من الرفض و المقاومة. خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات و التقاليد الاجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد، و يتطلب جهودا مكثفة من طرف طبقة المثقفين و المعلمين.

بحيث تبين من خلال دراستنا لتأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية و الحضرية على تغذية أبنها. بحيث تم طرح مجموعة من التساؤلات كالآتي، ما هي مميزات النمط التغذوي للأم الريفية و كيف تعكس ذلك على تغذية أبنها؟، إلى أي مدى تؤثر الخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم على تغذية أبنها؟، هل تلعب الثقافة الأسرية دورا في تحديد نمط تغذية الأم الريفية لأبنها؟، هل للنمط التغذوي للأم و الأسرة الريفية نفس التأثير على تغذية الطفل مقارنة بالأم و الأسرة الحضرية؟. أما الفرضية الأولى تتمثل في تحليل مقارن لنمط تغذية الأم الريفية و الحضرية من خلال النمط الأسري لهما يمكن وضع نمطية لتغذية الطفل.

تبين من خلال نتائج الدراسة، أن العادات الإجتماعية تدعوا إلى الزواج المبكر، و زيادة عدد الأطفال بسبب عدم الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، و إهمال و سائل تنظيم الأسرة على مستوى الأفراد. كما تعاني كثير من الأمهات من الأمية و نقص الثقافة والوعي، بمفهوم بناء الأسرة، مما يؤثر سلبيا على التمسك بالعادات و التقاليد الموروثة، و عدم الإقبال على مفاهيم تنظيم النسل لتوفير حياة أفضل للأجيال المستقبلية، و إن تغيير على مستوى الأسرة في حد ذاته يلقي كثيرا من الرفض و المقاومة. خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات و التقاليد الاجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد، و يتطلب جهودا مكثفة من طرف طبقة المثقفين و المعلمين.

وفي الفرضية الثانية، تعتبر الخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأمم محددا رئيسيا لخصائص و نوعية تغذية إبنها.

يعتبر الإهتمام بتغذية الأم (والتي تشمل تغذية الأم خلال فترة الإرضاع الطبيعي لطفلها، تذكر الأم تغذية أمها و ميل الأم للطب الحديث أم الشعبي) تأثيرا بالغا على تغذية الأطفال، لذلك ركزنا في دراستنا على الرعاية التغذوية للأم بعد الولادة، وأثناء إرضاعها الطبيعي لطفلها، محاولين الكشف عن مدى تأثير هذه الرعاية على المولود الجديد.

بحيث ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث في الحضر 26,4% من الأمهات يتغذين على ما يوجد فقط، أما في الريف 15,6% من الأمهات يتغذين على ما يوجد فقط. و حسب النموذج التصوري تبين أن معدل الإصابة بقصر القامة (WALD) حسب المتغير يمثل 25,5736 و مضروب $1,7912B_i -$ و أما الخطر المطلق 0,6589. وما يمكن تحليله، أن هناك إغفال بأهمية تغذية الأم بعد الولادة، فإن معظم المبحوثات أجمعت على عدم إتباعهن لنظام الغذائي بعد الولادة، و يكون طعامهن هو نفس الطعام المعتاد الذي تأكل منه الأسرة.

و مع ذلك فقد أفصحت الدراسة المعمقة عن بعض القيود و المعتقدات الخاصة بتغذية الأم المرضعة منها:

وبهذا حدد مؤتمر القمة العالمي للطفل في عام 1990 أهداف العقد المتمثلة في خفض معدل وفيات الأمهات أثناء النفاس، والحد من الإصابة بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد في النساء بنسبة الثلث. ولم يُحرز سوى تقدم ضئيل في هذين الأمرين. ففي كل سنة، لا تزال تموت 515.000 امرأة أثناء

الحمل والولادة، وتعاني 50% من النساء الحوامل من فقر الدم بسبب نقص الحديد الذي قد يكون مسؤولاً عن 20% من وفيات الأمهات أثناء النفاس.

إن القضاء على سوء التغذية لدى الأمهات قد يحد من حدوث إعاقات لدى أطفالهن الرضع بنحو الثلث تقريباً. كما أن تناول كمية غير كافية من المغذيات الدقيقة الأخرى - فيتامين أ، واليود، والفولات، والزنك - له تأثير كبير على الأم وجنينها أثناء الحمل. ويرتبط نقص الفيتامين أ بوفاة الأم. وقد يسبب عدم توفر قدر كاف من الفولات خلال الأشهر الأولى من الحمل عيوباً خلقية في القناة العصبية. كما تزيد من خطر ولادة طفل نحيف ووفاة الأم. ويزيد نقص اليود من زيادة خطر الإجهاض وولادة الجنين ميتاً، وقد يسبب إعاقة شديدة في التعلم لدى الأطفال. وقد يؤدي نقص الزنك إلى إطالة فترة المخاض الذي يزيد من احتمالات وفاة الأم وإصابة الجنين بإعاقة في النمو.

و من بين المسائل المتصلة بتغذية الأم أثناء النفاس، هو الحفاظ على صحة الأم لأنها تشكل جزءاً حيوياً من ثنائية تغذية الأم لطفلها الرضيع، ويعد دعم الرضاعة الطبيعية وسيلة لرعايتها ورعاية طفلها الرضيع، إن تغذية الأم تؤثر على صحتها وطاقتها ورفاهها. و بهذا ينبغي على الأم التي تُرضع طفلها رضاعة طبيعية أن تتناول قرابة 500 سعرة حرارية إضافية يومياً أكثر مما كانت تتناوله قبل حملها، ويفضل أن تأتي هذه السعرات الحرارية كجزء من إتباع نظام غذائي عادي وصحي، يحتوي على كميات كافية من البروتين والفيتامينات والمعادن.

وينبغي أن تتناول الأغذية الغنية بالحديد والكالسيوم وفيتامين أ، ويوصى بتناول حامض الفوليك مع الملح المعالج باليود. وليس من الضروري تناول الأطعمة الخاصة والمكلفة. وبعبارة أخرى، تحتاج الأم إلى كمية إضافية من أفضل الأطعمة المتوفرة لدى الأسرة، تماماً كما كانت تفعل أثناء الحمل. وهي تحتاج إلى هذه الأطعمة خلال فترة السنتين من الرضاعة الطبيعية، وليس فقط في الأشهر الأولى.

وإذا كانت الأم مصابة بسوء تغذية متوسط، فإنها ستستمر في إفراز نوعية جيدة من الحليب، أفضل من حليب الأطفال الإصطناعي. وإذا كانت تعاني من سوء تغذية حاد، فقد تقل كمية الحليب التي تنتجها الأم في كل مرة ترضع فيها. وفي كلتا الحالتين، ومن أجل صحة الأم وطفلها، من الأفضل والأكثر أماناً تغذية الأم تغذية كافية، وفي الوقت نفسه، مساعدتها في مواصلة الرضاعة الطبيعية. وعندما تكون الأغذية أو الفيتامينات المكملّة متوفرة، يفضل تقديمها إلى الأم التي ترضع

رضاعة طبيعية، وليس إلى الرضيع. إذ سيؤدي ذلك إلى تحسين صحة الأم، ويكفل وجود قدر كاف من الفيتامينات في حليبها، وحماية الرضيع من مخاطر التغذية الإصطناعية.

وبصورة عامة، فإن كمية الغذاء التي تتناولها الأم لن تؤدي إلى زيادة كمية حليب الأم الذي تستطيع أن تنتجه في يوم واحد. إن حالتها الغذائية قبل وخلال فترة الحمل مهمة من أجل محتوى حليبها، إلا أن تأثيره بشكل عام يكون هامشياً بما أن جسدها يكفل حصول حليب الأم على الفيتامينات والمعادن المتاحة. وإذا كانت الأم قلقة بأنها لا توفر لطفلها قدرًا كافيًا من الحليب، فإنها تستطيع التأكد من أن الرضيع يتناول ما لا يقل عن 5-7 مرات في اليوم، وأيضاً يتبين حسب عمره ونظامه الغذائي. ويجب على الأم أن تعرف أن تناول ما يكفي من الأغذية المتاحة، وتنويعها عند الإمكان، وزيادة عدد مرات الإرضاع ليلاً ونهاراً، من شأنه أن يدعم ويزيد من إنتاج حليبها.

وحسب رأي الخبير المتخصص في التغذية روجر شريمبتون، الذي يعمل لدى شريك اليونيسف "هيلين كيلر إنترناشونال" كما يلي: «حيثما كانت النساء تسيطر على موارد الأسرة، كان هناك مستوى أقل من سوء التغذية. وحيثما جرى قمع النساء، وحيثما لم تُعامل النساء على قدم المساواة (مع الرجال)، يحدث سوء التغذية بمستوى أكبر» [359]ص14.

من المفهوم نلاحظ أن الوضع المتدني للنساء، وضعف تغذية الأمهات والرعاية غير الملائمة قبل الولادة والعبء غير المتناسب للعمل الجسدي الذي تتحمله النساء تمثل، من أكبر المعوقات التي تعترض سبيل تحسين الوضع التغذوي الراهن. وعندما ينتشر التمييز ضد المرأة، ينتشر أيضاً ضعف تغذيتها بصرف النظر عن النمو الاقتصادي. فنلثا أطفال العالم الذين يعانون من سوء التغذية، والبالغ عددهم 150 مليوناً، يعيشون في آسيا. وفي كل عام، يولد 11 مليون طفل معرض لقصر في القامة في جنوب آسيا، و3,6 مليون طفل في إفريقيا جنوب الصحراء. وثمة سببان مهمان للإرتفاع الكبير في مستويات سوء التغذية وقصر القامة في جنوب آسيا، هما: الإستفادة المحدودة للنساء من التعليم ومن فرص العمل.

كما ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف أكبر من الحضر، بحيث المنطقة الريفية سجلت 25,4% من الأمهات اللواتي لا يتذكرن تغذيتهن في الصغر، أما في الحضر 17,4% من الأمهات اللواتي يتذكرن و لا يتذكرن تغذيتهن. و هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 20,4301 و مضروب Bi -1,5520 و أما الخطر المطلق 0,5698. و بهذا

نلاحظ أن أغلبية النساء سواءا من الريف أو الحضر، لا يتذكرن تغذيتهن في الصغر و هذا لعدة أسباب من بينها موت الأم أو انفصال الوالدين، و هناك تدخل العامل الإقتصادي الذي كان موجود في الماضي أحسن من الحاضر، وهذا بتوفر الإمكانيات الضرورية للطفل من (غذاء ملبس مأك...و غيرها)، بالإضافة إلى المتابعة الصحية للأم و الطفل (أطباء و ممرضات متنقلين إلى المناطق البعيدة، و إعلانات و إشهارات خاصة بالرعاية الصحية للأم و الطفل).

و ما يمكن إستنتاجه هو أن الأمهات اللواتي لا تتبعن تغذية أمهاتهم، بسبب فرض أهل الزوج لقوانين جديدة بتحديد الحماة أو السلفة أو أحد أفراد الأسرة الزوج في تغذية أطفالهن، يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، و إذا خالفت الأم أهل الزوج في تغذية طفلها سيحدث خلاف الذي يؤدي إلى العنف و بالتالي الانفصال أو الطلاق.

بالإضافة إلى تدخل العامل الاقتصادي، بحيث نلاحظ أن المستوى المعيشي في الماضي كان أحسن بكثير من اليوم، كانت الأسر الريفية والحضرية في الماضي قادرة على تغذية أطفالهم و عدم تعرضهم للمرض، أما اليوم أصبحت الأم غير قادرة على تلبية كل المتطلبات الضرورية لأطفالها نظرا لارتفاع الأسعار و غلاء المعيشة بسبب الدخل الضعيف للأسرة.

و قد يلاحظ أن إستبدال الطرق التقليدية لتغذية الأم في الصغر بالتغذية الحديثة لطفلها، قد يتسبب بمشكلات عديدة، منها:

1. إن إستخدام زجاجة الرضاعة والحليب (اللبن) المجفف، أصبح منتشراً في كثير من بلادنا على الرغم من أن الرضاعة الطبيعية هي الأفضل والأسلم والأوفر، ويعود سبب إنتشار زجاجة الرضاعة إلى الدعاية التي تقوم بها شركات إنتاج الحليب العالمية، فهي تخدع الناس بإعلاناتها الزائفة التي تزعم أن الحليب المجفف يتفوق على لبن الأم. ولحسن الحظ بدأت الدول العربية اليوم بتبني التشريعات الدولية الخاصة ببدايل حليب (لبن) الأم وصحة الطفل الرضيع، من خلال حقه في الرضاعة الطبيعية.

2. ينفق الكثير من المجتمعات في كلا المنطقتين -خصوصاً في الحضر- الكثير من المال على شراء المأكولات غير المغذية لأطفالهم (بل المضرة بهم)، بدلاً من شراء المأكولات الطازجة والمغذية. مثال على ذلك: الإكثار من شرب المشروبات الغازية وتناول السكاكر والحلويات الغنية بالسكر المصنّع والفقيرة بالمواد المفيدة للجسم، إن الإفراط في تناول هذه المأكولات يؤدي إلى تسوّس الأسنان والسمنة والإصابة بمرض السكري ومشكلات في القلب وغيرها من المشكلات الصحية.

3.يجري استعمال العقاقير والأدوية الحديثة بدلاً من الوصفات الطبية الشعبية التي مارسها الناس عبر مئات السنين. يكون إستبدال الأدوية الحديثة في بعض الأحيان أكثر فائدة، ولكن كثيراً ما تحقق الوصفات الشعبية والعلاجات التقليدية الفعالية نفسها بشكل أسلم وأكثر أماناً. ويعود الإسراف في استخدام الأدوية، أساساً، إلى حملات الترويج والدعاية التي تقوم بها شركات الأدوية. وقد أصبح هذا الإفراط في وصف الأدوية إستهلاكها مشكلة ليست صحية فقط، بل إقتصادية أيضاً.

كما يلاحظ إرتفاع في نسب قصر القامة الأكثر حدة في المنطقة الحضرية أكبر من الريف، فالمنطقة الحضرية تمثل 24,2% من الأمهات اللواتي لديهن ميل للطب الشعبي، أما المنطقة الريفية 18,9% من الأمهات اللواتي لديهن ميل للطب الشعبي، وهذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 29,1236 و مضروب $B_i - 2,0503$ و أما الخطر المطلق 1,9156.

توضح البيانات الميدانية مدى شيوع و انتشار الطب الشعبي في المنطقتين (الريف و الحضر)، بحيث أن الأم التي لا تثق في نوع الخدمات المقدمة في هذه المراكز، و أنها ترى أنه من الأفضل التردد على طبيب شعبي، لكن سوء التغذية تظهر بسبب استمرار المعتقدات التقليدية المرتبطة بالطب الشعبي، وهناك درجة من التمسك المتصلة بأسباب سوء التغذية (العين الشريرة و الحسد) و المتصلة بالعلاج من الأمراض (كالسحر و الممارسات الطبية الشعبية)، كما يمكن إعتبار حسب آراء المبحوثات أن الطب الشعبي أقل تكلفة من الطب الحديث.

و لكن هناك طب يجمع بين الحديث و التقليدي و المتمثل في الطب البديل الذي أصبح واقعا أساسيا في حياتنا، تناول الدكتور كزاوري زانغ في كتابه "الطب البديل" [360]ص123، الذي يعمل به إلى يومنا هذا في عالمنا العربي كما لو أنه ولد من جديد مع أنه كان حاضرا أيام الجاهلية العربية وبداية إنتشار الإسلام ولكن خلال 200 سنة الأخيرة غاب في الوطن العربي وأخذ يحتل مساحة في الغرب، ومنذ سنوات قليلة بدأ بالعودة إلى موطنه، وأخذت الفضائيات تفتح له الأبواب، والوسائل الإعلامية والإعلانية تهتم به وتقدمه كبديل في ظل تقليدية الطب العادي.

وفي هذا المجال تعمل إنتصار حسين أحمد صالح التي أصدرت منذ أيام كتابها الجديد «الطاقة الشفائية إنتصار على الأمراض في الطب البديل»، حيث سعت إلى تبسيط المعلومة وإغناء فكر الناس بها وإلى أن يعملوا بها كما لو كانت بينهم، أي بعيدا عن التعقيدات التي تواجه الناس في تواصلهم مع الطب أو العلاج التقليدي.

و من بين الأمراض التي تصيب الطفل والمتعارف عليها، كالإسهال والإمساك والسعال وغير ذلك من الأمراض المنتشرة، وفي كثير من الأحيان يكون علاج هذه الأمراض في بدايتها أمراً سهلاً ميسراً دون أن يحتاج الأمر للذهاب إلى الطبيب، وتراكم الكثير من الأدوية التي إن كثرت أكسبت جسم الطفل مناعة، مما يجعلها لا تفيد إذا اشتد المرض نظراً لهذه المناعة. ولذا يجب على الأم أن تكون على دراية تامة بطريقة معالجة طفلها داخل البيت بالأعشاب الطبيعية، التي غالباً إن لم تكن تنفع فإنها لا تضر، فإن فشل مع طفلها العلاج بالطرق الطبيعية تذهب به إلى الطبيب المختص، لأنه في هذه الحالة يكون على دراية بسبب المرض وطرق علاجه.

بدأ الطب البديل خلال العقدين الأخيرين يعود بقوة في العلاج، بعد الاعتماد شبه الكلي على وسائل العلاج الكيميائي الدوائي طوال العقود الماضية، وبدأ العلماء الغربيون يهتمون بالطب الوقائي والعلاج بالغذاء، وكان من الطبيعي أن يتوجه هؤلاء إلى ما ورد في القرآن والسنة من آيات قرآنية وأحاديث نبوية تدل البشرية على ما فيه الخير لهم في كل شيء، حتى في طعامهم وشرابهم.

و إكتشف العلماء من خلال النصوص القرآنية والأحاديث النبوية من الحقائق العلمية ما جعلهم يدرجونه تحت بند الإعجاز، وفي هذه الحلقة نحاول فهم بعض جوانب الإعجاز النبوي فيما يتعلق بالعلاج بالغذاء من خلال نتائج البحث العلمي الحديث ومطابقتها لما ورد في بعض الأحاديث النبوية وكيفية الوقاية من الأمراض عبر نظام غذائي سوي وسليم، وذلك مع الدكتور عبد الباسط محمد سيد (رئيس قسم الكيمياء الحيوية بالمركز القومي للبحوث في مصر، وعضو هيئة الإعجاز العلمي للقرآن والسنة).

و تشكل وفرة الخدمات الصحية في المجتمعات المحلية أثراً إيجابياً كبيراً على تغذية الطفل، إذ تزداد درجة الخطر (قصر القامة) كلما إنعدمت أو قلت إلى حد كبير. بحيث هناك إرتفاع متزايد في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الريف تمثل 31,0% من الأطفال الأمهات اللواتي لا يتبعن النصح، أما في الحضر 20,1% من أطفال الأمهات اللواتي لا يتبعن النصح.

إن خبرة الأم الريفية و الحضرية في علاج أطفالهن تحدث داخل إطار من التفاعل، و تتمثل في العملية التي من خلالها «أشياء تنجز»، و الأشياء التي لا تنجز إلا من خلال عملية التفاعل بين الأفراد الذين يودون إنجازها. ولذلك فإن دراسة التفاعل داخل وحدة معيشية، كفيل بأن يلقي الضوء على قوة و تأثير كل فرد من أعضائها في المسائل والقرارات المطروحة داخلها.

وبغض النظر عما إذا كان الوضع العام والصحي للمرأة يتحسن بشكل أو بآخر، فإن الحاجة ماسة إلى استراتيجيات وخطط من أجل تحقيق مكاسب أكبر، ولا يمثل زيادة الإحساس بالمشاكل التي تواجه المرأة وإدراك الحاجة إلى المزيد من العمل ناتج فرعي لنضال المرأة العام، وإنما هو ثمرة تزايد الوعي بأهمية صحة المرأة وأهمية إشراكها في الرعاية الصحية وهما مفتاحان أساسيان لتحقيق هدف توفير الصحة للجميع.

فالكثير من المجتمعات تعتمد بشدة على النساء في تقديم الرعاية الصحية وقد حققت الكثير من الدول هدف الصحة للجميع ولا تزال بلادنا تتعثر بالمسير نحو ذلك، فالمرأة لا تواجه مشكلاتها الصحية والإنجابية الخاصة بالمرض، والحمل والولادة فحسب وإنما هي تطلع عادة بالقسم الأكبر من رعاية عائلتها، فإذا كانت المرأة جاهلة أو تعاني من سوء التغذية أو الإرهاق بسبب كثرة العمل وتحمل عددا كبيرا من الأطفال في عمر مبكر، فإن ذلك كله سيكون على حساب صحتها هي كما هو على حساب صحة عائلتها كاملة، وهذا صحيح بوجه خاص بالنسبة للملايين من النساء اللاتي يواجهن الأمية، والفقر، وسوء العناية الصحية وعدم كفاية المرافق الصحية من ناحية وتدني عدد المترددات عليها من ناحية أخرى، إلى جانب عدم توفر الإمكانيات المادية والاقتصادية للوصول إلى هذه المرافق.

تبين من جهة أخرى أن الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل ذات أثر إيجابي على صحة الطفل، إذ لاحظنا أن أطفال الأمهات اللواتي تلقين كشفا طبيا، منخفضة مقارنة بمن لم تتعرض أمهاتهم لذلك (و تفوق نسب سوء التغذية في الريف نظيرتها في الحضر).

و يرجع سبب عدم تعرض الأمهات للكشف في تعرضهن لمشاكل صحية، مما يعني أن الطلب على استخدام الرعاية أثناء الحمل يتم غالبا لمعالجة المشاكل الصحية التي تحدث أثناء الحمل وليس لمتابعة الحمل (الحمل نفسه). يلي ذلك سبب آخر لا يقل أهمية و هو عدم وجود مراكز صحية خصوصا في الريف. وهو ما يدعوا إلى النظر في العدالة و توزيع المرافق الصحية بين الوسطين. و تمثل الفكرة السائدة لدى الكثير من الأمهات (تفضيل الولادة في المنزل) من الأفكار سلوكا قد يسبب خطرا على الطفل و أمه.

يشكل نوع عمل الأم مقابل أجر نقدي أحد العوامل السوسيواقتصادية التي لها علاقة (قد تكون غير مباشرة) بتعرض الطفل لقصر القامة الأكثر حدة، بحيث في الريف تمثل 37,8% من أطفال الأمهات اللواتي يعلمن في الفلاحة، أما في الحضر 34,0% من أطفال الأمهات اللواتي يعلمن في الإدارة، أن نسب الإصابة بقصر القامة تختلف حسب نوع عمل الأم، فالريفيات يعملن في الفلاحة

والحضرية يعملن في الإدارة. بهذا يؤثر نوع عمل الأم مقابل أجر نقدي على بقاء الأطفال على قيد الحياة و عدم تعرضهم للإصابة بسوء التغذية، نظرا لما قد توفره الأمهات من المتطلبات الضرورية التي يحتاجها الطفل(غذاء، علاج، تعليم،....).

إن حصول المرأة على حق التعليم قد فتح أمامها مجال العمل كتطور طبيعي في هذا الجانب، وهذا الحق كفه الدستور والقوانين. ونتج عن خروج المرأة إلى العمل آثار مباشرة في الأوضاع الأسرية بكافة جوانبها وفي العلاقات بين الأفراد في العائلة الواحدة، وبالرغم من الارتباط بين حق عمل المرأة وتعليمها فإن المرأة العاملة ليست بالضرورة امرأة متعلمة. ولا يمثل التعليم شرطاً أساسياً للعمل في المجتمع. ومع ذلك يظل الارتباط بين المتغيرين قائماً، ويبقى التعليم أحد المتغيرات ذات العلاقة بالعمل.

ويظل التعليم و العمل أهم عنصرين غيرا وضع المرأة، فبدون التعليم ما كان لها أن تلتحق بالعمل الحديث كما أن التعليم غير من قيم الناس ومواقفهم الاجتماعية ونظرتهم إلى عمل المرأة. وقد لعبت عوامل الاجتماعية و الإقتصادية و الثقافية دوراً في تغيير هذه النظرة تجاه عمل المرأة حيث لم يعد هناك اختلاف من حيث المبدأ حول أن المجتمع بحاجة الى مشاركة المرأة، من جانب آخر أدى فقدان الحماية في الأسرة الممتدة، بعد تفكك البنيان التقليدي لتلك الأسرة في سياق تحولها إلى أسرة نووية جعل عمل المرأة بديلاً لتلك الحماية. أما إذا كانت المرأة فقيرة فيصبح العمل ضماناً لها أمام متاعب الحياة وتشتد حاجتها إليه في ظل ظروف الفقر والحاجة المادية ويصبح بالنسبة لها ضرورة ملحة .

4. عرض لنمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية، تعرض الطفل الأقل من عامين لسوء التغذية حسب الخصائص السوسيوثقافية، يتسبب في إعاقة الفرد و اضطراب معدلات نموه خلال فترة حياة حيث تمتد آثاره السلبية لتصبح الإنسان خلال فترة حياته كلها، ولها أبعاد نفسية و اجتماعية بالغة السوء، بالإضافة من صعوبة محو فكرة العادات و التقاليد السلبية لمجتمع متمسك بها و التي تنعكس على الوضعية التغذوية للطفل.

بحيث حاولنا في دراستنا عرض لنمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية، بحيث تم طرح مجموعة من التساؤلات كالاتي، ما هي أهم المحددات المباشرة و غير المباشرة لسوء التغذية الأطفال الأقل من عامين؟، أما الفرضية تتمثل في، تحليل محددات سوء تغذية الطفل الأقل من عامين يمكن من إبراز العناصر الحقيقية المؤثرة على الظاهرة.

و تجدر الإشارة إلى تأثير المحددات المباشرة لسوء تغذية الطفل، فقد تم السؤال عن كل طفل ولد و معرض لقصر القامة من خلال المسح الاجتماعي. عما إذا كان الطفل قد عانى من بعض الأعراض المحددة خلال فترة الدراسة، و يلاحظ أن السبب الرئيسي لقصر القامة في الشهر الأول من الولادة المبكرة. لكن لتفسير هذه البيانات يجب أن تأخذ بمنتهى الحرص، حيث أن إجابات الأم تتعرض إلى أخطاء الذاكرة، كما أن ظهور عرض معين خلال الأشهر من عمر الطفل قد لا يكون مؤشرا كافيا عن السبب المباشر لسوء التغذية.

نجد أن الأمراض المعدية تصبح هي السبب الرئيسي لسوء التغذية بعد الشهر الحادي عشر من عمر الطفل حيث يمثل الإسهال العرض الأكثر ظهورا، و يتفاوت بين المنطقتين بنسب أقل في الحضر مقارنة بالريف. بحيث تمثل على التوالي 39,5% في الريف و 35,4% في الحضر من الأمهات لا يعرفن معالجة أطفالهن من الإسهال.

و يرجع خطر الإصابة بالإسهال، إلى إصابة وظائف الأمعاء، مما قد يؤدي إلى إصابة الطفل بالجفاف، و قد يؤدي الإسهال إلى الإصابة بسوء التغذية و ذلك من خلال تأثيره على شهية الطفل من ناحية، و على قدرة الجسم على امتصاص العناصر الغذائية من ناحية أخرى. كما أن بعض الأمهات يقللن من كمية الغذاء، الذي تعطى للطفل عند إصابته بالإسهال مما يضاعف من الآثار السلبية لهذا المرض. و يعد استعمال المحلول الخاص بمعالجة الإسهال من أهم توصيات الهيئات الصحية للتخفيف من حدوث الجفاف و سوء تغذية الطفل.

كما يلاحظ ارتفاع في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف حسب الإرضاع الإصطناعي للطفل، بحيث المنطقة الحضرية تمثل 34,7% و 28,6% في المنطقة الريفية من الأطفال الذين أرضعوا رضاعة إصطناعية. بينما ترتفع نسب قصر القامة الأكثر حدة في كلا المنطقتين حسب أول إرضاع طبيعي للطفل، بحيث تمثل المنطقة الريفية 36,9% من أطفال الأمهات اللواتي أرضعن بأكثر من شهر بعد الولادة، و المنطقة الحضرية تمثل 38,2% من أطفال الأمهات اللواتي أرضعن شهرا بعد الولادة. وأثبت النموذج أن هناك إهمال في الإرضاع الطبيعي للطفل و هذا برغم من أهميتها، بحيث تمثل معدل الإصابة بقصر القامة WALT 30,5468 و مضروب 2,0803Bi- و أما الخطر المطلق 0,3320.

ونستخلص من هذه النتائج هو أن الأم الريفية أكثر تشجيعا للرضاعة الطبيعية مقارنة بالأم الحضرية، بهذا فإن الرضاعة الطبيعية لا تزال أحسن طريقة لضمان تغذية سليمة للطفل. و بهذا تلعب

الرضاعة الطبيعية دورا هاما في صحة الأطفال، إذ يؤدي التخلي عنها إلى تدهور نوعية غذاء الطفل، و هو ما يساعد على إصابتهم بالأمراض ذات الآثار السلبية التي تنتهي بالإعاقة من سوء التغذية أو الوفاة، كما نلاحظ أن الرضاعة الطبيعية للطفل يتأثر بالمتغيرات من بينها تغذية الأم خلال الإرضاع، المشاكل و الضغوطات من حيث العقلية والتقاليد التي تحدث بين الأهل الزوج، المستوى المعيشي....الخ.

و بهذا ردت كلمة الرضاعة ومشتقاتها في القرآن الكريم إحدى عشرة مرة، كما تكررت كلمة الفصال ومشتقاتها ثلاث مرات في القرآن الكريم، في سبع سور وثمانى آيات كريمات منها قوله تعالى:

- 1* (والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة) (صورة البقرة الآية 233).
- 2* (وحمله وفصاله ثلاثون شهرا) (صورة الأحقاف الآية 15).
- 3* (ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصاله في عامين) (صورة لقمان الآية 14).
- 4* (وأوحينا إلى أم موسى أن أرضعيه) (صورة القصص الآية 7).

هذه الآيات الكريمة تشير إلى ثلاث نقاط رئيسية:

- 1* أهمية أن ترضع الأم مولودها، وأن يتغذى المولود بحليب البشر لا حليب الحيوانات.
- 2* أن تكون الرضاعة طويلة الأمد.
- 3* إتمام الرضاعة عامين كاملين، وما ينبني على ذلك من فوائد صحية وأحكام شرعية. وقال ابن كثير رحمه الله: هذا إرشاد من الله تعالى للوالدات، أن يرضعن أولادهن إكمال الرضاعة وهي سنتان، فلا إعتبار بالرضاعة بعد ذلك، ولهذا قال: (لمن أراد أن يتم الرضاعة). وعن قتادة بن دعامة السدوسي أن إرضاع الأم الحولين كان فرضاً، ثم خفف بقوله تعالى: (لمن أراد أن يتم الرضاعة). والغاية من التحديد دفع اختلاف الزوجين في وقت الفطام، إذ المدة المعتبرة شرعاً للرضاع هي سنتان، على أنه يجوز لهما التنقيص منها إذا تشاورا وتراضيا، بما لا يتضرر به الرضيع. قال الله تعالى: (فإن أرادا فصالا عن تراض منهما وتشاور فلا جناح عليهما) (سورة البقرة الآية 233).

لقد بين القرآن الكريم قبل ما يزيد على 14 قرناً، أهمية الرضاعة الطبيعية، وحدد بدقة نوعية الحليب الصالح للمولود، وأفضل مدة للإرضاع، كل ذلك في آية المعجزة سورة البقرة الآية 233.

فقبل ثلاثة عقود، أوصت الهيئات الطبية ومؤسسات رعاية الأمومة والطفولة الغربية بضرورة إرضاع الأم طفلها ستة أشهر. لكنهم عادوا فزادوا مدة الرضاعة إلى سنة كاملة. وسرعان ما أعادوا حساباتهم، فنصحوا الأمهات بتغذية أطفاله إلى حولين كاملين، فتوصلوا بعد عشرات السنين من البحث، وعشرات ألوف البحوث العلمية والتقارير الميدانية، وعشرات- إن لم نقل مئات- ملايين الدولارات من الإنفاق، توصلوا إلى ما ذكره كتاب الله الكريم قبل أكثر من 1400 عام، وفي آية معجزة واحدة.

وفي ضوء إختلاف الخبراء في تحديد أفضل مدة لإرضاع الطفل، قامت منظمة الصحة بتشكيل لجنة علمية لتحليل أكثر من ثلاثة آلاف دراسة وبحث في هذا الموضوع الحيوي. وبعد عام من البحث والتحليل توصلت اللجنة العالمية للصحة في مارس 2001م، إلى وجود ارتباط وثيق بين ذكاء الطفل (قدراته العقلية) والرضاعة حتى العامين. و يحث التقرير الذي أعدته منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع اليونيسيف، الأمهات على الإستمرار في إرضاع الأطفال مدة عامين على الأقل، ويؤكد التقرير إلى أن أي مدة أقل من العامين تسبب الضرر للطفل.

وأفادت الجمعية الأمريكية لأطباء العائلة، بأن فطم الطفل قبل بلوغه العامين من العمر يعرضه للأمراض. وقد أكدت دراسة أجراها باحثون على أطفال في كينيا ضرورة إرضاع. وقد دفعت هذه الدراسات والتقارير كبير الجراحين، تبين أن حليب الأم يبقى مصدرًا رئيسًا لتزويد الطفل بحاجاته الغذائية الضرورية حتى العامين من عمره، فهو يغطي جميع إحتياجات الطفل الغذائية في الأشهر الستة الأولى من عمره، و يغطي نصف إحتياجاته الغذائية في الأشهر الستة التي تلي ذلك، بينما يغطي نصف لتر من حليب الأم ثلث إحتياجات الرضيع في عامه الثاني من البروتين والطاقة، وقسطًا كبيرًا من حاجته للفيتامينات.

و حسب الإستشارية في " مجموعة لي ليتش الدولية (Le Leche League International) كارول هوتاري (Carol Huotari) لتشجيع الرضاعة الطبيعية، بما يلي: «إن الحليب الصناعي لن يتمكن من مجارة حليب الأمهات أبدًا» [361]ص85. وتضيف قائلة: «وحتى لو إستطاعت الشركات مطابقة مكونات الحليب الصناعي بحليب الأمهات، فإنها لن تستطيع ممانلة الفوائد النفسية والعاطفية والتغيرات الهرمونية والتكوينية التي تتوفر في الإرضاع الطبيعي» [362] ص673.

إن إستعمال الأم للأعشاب في مداواة طفلها يسجل إرتفاعا في نسب قصر القامة الأكثر حدة في الحضر أكبر من الريف، بحيث تمثل في الحضر 29,9% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن زيت الزيتون، و الريف تمثل 24,2% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن زيت زيتون. وأما عشبة الكمون تبلغ النسبة في الحضر 35,4% والريف 32,2% من أطفال الأمهات اللواتي يستعملن عشبة الكمون. كما يلاحظ تزايد في نسب قصر القامة الأكثر حدة لكلا المنطقتين الريفية و الحضرية، بحيث سجلت المنطقة الريفية 34,5% و في المنطقة الحضرية 35,4% من أطفال الأمهات اللواتي لا يستعملن تيزانة.

كما نلاحظ أن كل من الأم الريفية أو الحضرية لا تثق بدور المراكز الصحية في علاج طفلها، لذا تلجأ إلى إستعمال الأعشاب الطبيعية دون معرفتها بخطورة هذه الأعشاب التي تستمدها من مصادر غير موثوق منها، و يصبح طفلها موضع للتجارب و هذا ما يعرضه للإصابة بقصر القامة، بحيث معدلات الإصابة بقصر القامة حسب النموذج يمثل WALD 26,4578 و مضروب $1,3352Bi$ و أما الخطر المطلق $0,1664$.

ما يمكن تحليله من هذا المتغير، أن هناك نقص في وعي الأم في طرق تقديم الأعشاب الطبيعية لطفلها حينما تشعر بأن طفلها مريض، ومعظم هذه الوصفات مستمدة من مصادر غير موثوق منها، بالإضافة إلى نقص في دور المراكز الصحية في توعية الأم بكيفية رعاية طفلها من سوء التغذية. و عدم التركيز على أهمية الإعلان الصحي الخاص بالتداوي بالأعشاب. و بهذا يرجع إهتمام الأم بمداواة طفلها بالأعشاب، إلى إنخفاض نسب التغطية على صحة الأطفال من حمايتهم من الأمراض المعدية، وما ينتج عن ذلك من آثار سلبية على مناعة الطفل و نموه بشكل طبيعي، و إعاقته النفسية و البدنية، من جراء التهاون في تنفيذ البرامج الصحية بالكيفية و الجودة المطلوبة.

وأكدت البحوث التي أجراها الدكتور فوزي الشوبكي، أستاذ التغذية بالمركز القومي المصري للبحوث، أن إستخدام زيت الزيتون في طهي الأطعمة يمنع الإصابة بسرطان المعدة لفوائده الوقائية الكبيرة. كما أظهرت هذه البحوث أن زيت الزيتون يتفاعل مع الحامض المعوي، و يمنع الإصابة بسرطان الأمعاء والمستقيم.

وذكر الدكتور أحمد الكوفحي، أستاذ علم العقاقير والنباتات الطبية ونائب عميد كلية الصيدلة في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، أن عشبة اللوزة و الكمون يظهران نتائج جيدة كمسكن للألم و خافض للحرارة ومضاد للإلتهابات عند الأطفال الأقل من عامين. كما تعمل على فتح الشهية عند

الطفل وتساعد على عملية الهضم، وتستخدم أوراقها كطاردة للغازات في حالات الإنتفاخ والمغص ، ومسكن ومضاد للتشنجات وآلام المعدة ومسكن ومطهر في حالات إلتهاب البلعوم، وتدخل في العديد من المستحضرات الصيدلانية. وأوضح أن إستعمال زيت اللوزة و الكمون بكثرة ولفترات طويلة، يتسبب في تغييرات نسيجية في الدماغ، كما لا ينصح بإعطائه للأطفال الرضع نظرا لإحتوائه على نسبة عالية من مادة الميثول.

و بهذا فإن التأكيد على أهمية دور الإعلام المرئي والمسموع والمقروء، في دفع وتحفيز جهود تغذية الطفل الأقل من عامين، مع تنوع الوسائل الإعلامية بإختلاف المجتمع المستهدف، وخاصة غير المباشر منها، وتوفير التدريب اللازم لذلك. وزيادة الوقت المخصص لبرامج المداواة بالأعشاب والبرامج السكانية، خاصة في الشبكات المحلية بعد أن ثبت أن الإذاعة تلعب دوراً مهماً في التعريف بالمداواة بالأعشاب في الريف والحضر. وضرورة التنسيق بين مواعيد بث الموضوعات السكانية في الشبكات الإذاعية المختلفة بحيث لا تزداد في وقت واحد أو في أوقات متقاربة. والاهتمام بتقديم البرامج السكانية في الإذاعة والتلفزيون في الأوقات التي ترتفع فيها كثافة الإستماع والمشاهدة.

ضرورة تبنى المجتمع لبرنامج الطب البديل و هذا في إطار برامج التنمية الشاملة، متضمنا برامج متكاملة تحقق نتائج أكثر إيجابية سواء بالنسبة لمستويات التنمية أو السيطرة على النمو السكاني، على أن يستهدف هذا البرنامج إلى تحديد صحة الأطفال و عدم تعرضه لسوء التغذية، وهو ما يتطلب من المجتمع تبني الطب البديل الذي يجمع بين الطب الحديث و الشعبي. ولكي يتحقق هذا البرنامج لابد أن تتضافر الجهود الحكومية وغير الحكومية(جهود الأفراد والجماعات)، وأن يلتزم به المخططون والمنفذون ويقتنع به الممارسون.

تبين من خلال الدراسة أن نسب قصر القامة ترتفع عند أطفال الأمهات اللواتي لا تعرفن كيف ينوعن في تغذية أطفالهن، بحيث تسجل 37% في كلا المنطقتين عند العمر(1-4)أشهر بينما تنخفض النسبة عند الأمهات اللواتي يقدمن العصائد لأطفالهن عند العمر(4-6)أشهر بين 18,9% في الريف و 12,5% في الحضر، أما فيما يخص الأشهر المتبقية من عمر الطفل بين (6إلى غاية18)شهرها يلاحظ عودة إلى إرتفاع في نسب قصر القامة عند الأمهات اللواتي لا ينوعن في تغذية أطفالهن. وهذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشرWALD 34,4569 و مضروب 1,3352Bi- و أما الخطر المطلق1,7023.

يتضح من النتائج أن أغلبية النساء الريفيات و الحضريات لا تعرفن كيف تنوعن في تغذية أطفالهن، بسبب عدم توفر الغذاء الصحي المناسب سواء من ناحية الكم أي احتياجات الجسم أو من

ناحية نوعية الغذاء و ما يتضمنه من فيتامينات و معادن والبروتينات يحتاجها الجسم لتمده بالمناعة اللازمة لمقاومة الأمراض، و تساعد على النمو العقلي و البدني بشكل سليم خال من الأمراض و المعوقات الصحية. و تعد العوامل الإقتصادية و عدم توفر الإمكانيات المادية هي المعوق الحقيقي الذي ينعكس بصورة كبيرة على ظهور أمراض سوء التغذية.

و حسب رأي الدكتور علي عودة، يعتبر فقر الدم بسبب نقص الحديد من أكثر أنواع الأنيميا "فقر الدم" شيوعاً عند الأطفال، ويعود ذلك بشكل عام إلى نقص كمية الحديد الوارد "كمية الحديد التي يتناولها الطفل من خلال غذائه" من جهة. وزيادة الحاجة بسبب نمو الطفل السريع من جهة أخرى، وحيث إن الحديد يعتبر من العناصر الأساسية في تكوين خضاب الدم، لذا نرى أن الطفل الوليد يأخذ من أمه خلال فترة الحمل "الجنين" كل ما يحتاجه وهو ما يعادل 75 ملغرام من الحديد لكل كيلوغرام من وزنه، وهذا يكفي مع الحديد الموجود في الخضاب الزائد عند الوليد، ومع ما يتناوله الطفل من الحديد الموجود في الحليب لتكوين الخضاب اللازم للطفل حتى الشهر السادس من العمر، لذا نجد أن الطفل (الخديج والنحيف) أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم بنقص الحديد من الوليد التام.

وفي هذه الفترة من العمر "بعد الشهر السادس" يكون قد حان الوقت للبدء بإعطاء الطفل الأغذية الإضافية التي تؤمن له كمية كافية من الحديد، وإذا لم يتم ذلك فإن الطفل يصاب بفقر الدم بنقص الحديد، وهنا تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من وجود الحديد بكميات صغيرة في حليب الأم إلا أنه يلعب دوراً في تأخير حدوث فقر الدم بنقص الحديد، وعلى عكس الحليب الصناعي الذي تنخفض فيه كمية الحديد، كذلك نقص نسبة إمتصاص الحديد الموجود في الحليب الصناعي في الأمعاء، كما أن هناك بعض أنواع الحديد الصناعي التي تؤدي إلى نزيف من الجهاز الهضمي "في الأمعاء" مما يؤدي إلى زيادة فقدان الحديد من الجسم، وهذا كله يفسر كيف يمكن أن يلعب الحليب الصناعي دوراً في حدوث فقر الدم بنقص الحديد. وهنا يجب أن ننوه إلى أن نسبة 10% فقط من الحليب الوارد يتم إمتصاصه في الجهاز الهضمي، كما يتم يومياً طرح أقل من 1 ملغم/دل وبشكل طبيعي.

كشفت دراسة حديثة نشرتها صحيفة التايمز البريطانية، أن الألياف الكثيرة والدهون القليلة في الطعام من الممكن أن تؤدي إلى نقص الفيتامينات وتؤخر النمو لدى الأطفال الأقل من عامين، وهذا يعني أن الأطفال الصغار الذين تفرض عليهم وجبات كاملة، من الخبز والحلوى والفاكهة يشعرون بالشبع سريعاً، ولا يكون لديهم رغبة في تناول طعام إضافي، مثل منتجات الألبان واللحوم والبيض والسّمك، والتي تحتوي على عناصر غذائية حيوية من أجل النمو.

إذن كيف يمكن للأمم أن تحقق التوازن الغذائي لطفلها؟ يلاحظ أن الأطفال ينمون جيداً من خلال تناول أغذية متنوعة، من الحبوب والبطاطس والخبز والحلوى والعجائن والأرز، والأغذية الغنية بالكالسيوم، مثل البيض والدجاج واللحوم البيضاء واللحوم الحمراء ومنتجات الذرة، إضافة إلى الفواكه والخضروات. و السؤال المهم هو ما هي الكمية التي يتناولونها من كل هذه المواد الغذائية خلال فترات عمرهم المختلفة؟. وهذا يتوقف على حجم الطفل وشهيته.

يسبب نقص التغذية مشاكل كبيرة لصحة الأم و الطفل. لهذا سطر برنامج خاص بالتغذية يتكون من عدة محاور، تهتم بسوء التغذية البروتينية الطاقوية، نقص الفيتامين د و نقص الحديد و اليود. خلاله حددت عدة أهداف حتى سنة 2000 نذكر أهمها فيما يلي:

* خفض سوء التغذية البروتيني الطاقوي (MPE) بما يصل إلى 20% و المتوسط بما يصل إلى 30%.

* خفض أثر الراشيتيزم بحوالي 50%.

* تخفيض النقص في مستوى الحديد بالمقدار 20%.

* خفض العجز في مستوى اليود بالمقدار 50%.

و لهذا الغرض تم وضع 96 مركزا (إثنين لكل ولاية) بغية مراقبة الحالة الغذائية للأمهات و الأطفال.

ومن خلال هذه الدراسة المتواضعة إرتأينا أن نقدم بعض التوصيات و الإقتراحات التي قد تكون

ذات فائدة

وفقاً للإستراتيجية العالمية لتغذية الرضيع و الطفل الصغير (منظمة الصحة العالمية - اليونيسف 2003)، يتمثل الهدف العام لليونيسف في هذا المجال البرنامجي في حماية و تشجيع ودعم الممارسات المثلى لتغذية الرضيع و الطفل الصغير. و النتائج المتوقعة هي تحسُّن وضع الرضع و صغار الأطفال التغذوي و تحسُّن نموهم و نمائهم و صحتهم، و بقائهم على قيد الحياة في نهاية المطاف.

ومن المعلوم تماماً أن الفترة الممتدة من الولادة إلى حين بلوغ الطفل عامه الثاني هي "فرصة سامحة وبالغة الأهمية" لتحقيق جودة النمو السلوكي و الصحة و النمو. ولذا، تعتبر التغذية المثلى للرضيع و للطفل الصغير حاسمة الأهمية أثناء هذه الفترة. و التغذية المثلى للرضيع و للطفل الصغير معناها تمكين الأمهات من الشروع في الرضاعة الطبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة،

وإرضاع الطفل الرضاعة الطبيعية الحصرية طيلة الأشهر الستة الأولى من عمره، ومواصلة إرضاعه طبيعياً لمدة سنتين أو أكثر، إلى جانب التغذية التكميلية الوافية تغذوياً والمأمونة والمناسبة لعمر الطفل بدءاً من شهره السادس. وتغذية الأم هامة أيضاً لكفالة وضع تغذوي جيد للرضيع، وكذلك لحماية صحة المرأة.

وتشدد استراتيجية اليونيسف وأعمالها الداعمة لتغذية الرضيع والطفل الصغير، من خلال خطتها الاستراتيجية المتوسطة الأجل، على أهمية اتباع نهج متعدد القطاعات لتحسين الصحة والتغذية، بالتوسع في مجموعات من التدخلات تستند إلى أدلة. وهذه الاستراتيجية تستند إلى إعلان اينوسنتي الصادر عام 1990 بشأن حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها، و إعلان اينوسنتي الصادر عام 2005 بشأن تغذية الرضيع والطفل الصغير، و الاستراتيجية العالمية بشأن تغذية الرضيع والطفل الصغير الصادرة عام 2003.

وتعترف جهود اليونيسف بحقوق الأطفال والأسر وتشمل أنشطة ثبتت جدواها لممارسة الدعوة وكذلك دعم الإجراءات الحكومية وغير الحكومية على ثلاثة مستويات: الوطني، والنظام الصحي، والمجتمع.

تنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن تغذية الرضع، وصغار الأطفال وافقت جمعية الصحة العالمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية على "الاستراتيجية العالمية بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال" في ماي 2002. وفي سبتمبر 2002، أقرّ المجلس التنفيذي لليونيسف "الاستراتيجية العالمية" باعتبارها أساساً لعمل اليونيسف لدعم التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال من أجل بقاء ونمو الأطفال في أنحاء العالم.

و من بين الأنشطة التي تدعم عالمياً صحياً للأطفال:

1**"الرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة ستة أشهر، (تقلل بشكل ملحوظ معدل وفيات الأطفال وسوء التغذية)

2**مواصلة الرضاعة الطبيعية مع تغذية تكميلية، مأمونة وملائمة وكافية حتى يبلغ الطفل السنتين أو أكثر من العمر (يقلل من وفيات الأطفال والتقرم)

3* إن التغذية ذات الصلة والرعاية الصحية الإنجابية للأم، التي تشمل تأخير الولادة الأولى والمباعدة بين الولادات من ثلاث إلى خمس سنوات، تسهم أيضاً في إعطاء أفضل النتائج الغذائية وبقاء كل من الأم والطفل.

وستقرّ الجهود التي تبذلها اليونيسف بحقوق ومسؤوليات الأطفال والأسر، وستتضمن الأنشطة المقترحة المثبتة للدعوة، ودعم الإجراءات التي تتخذها الحكومات والمنظمات غير الحكومية، على ثلاثة أصعدة هي: الإلتزام الوطني، وإدخال تحسينات على الرعاية الصحية، والمجتمع المحلي.

1* دعم الإلتزام الوطني المتعدد القطاعات من خلال التشجيع على:

-إنشاء هيئة وطنية للرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية، ولجنة وطنية متعدد القطاعات
-وضع سياسات وبروتوكولات ومعايير بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في سياق السياسات والبرامج الوطنية، والمنظمات الصحية المهنية.
-وضع تشريعات وتنفيذ المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم، وقرارات جمعية الصحة العالمية اللاحقة ذات الصلة، واتفاقيه حماية الأمومة لمنظمة العمل الدولية.

2*تحسين تنفيذ الخدمات الصحية وإصلاح التدريب (الرعاية الصحية الملائمة للرضع):

إقامة وصيانة رعاية صحية ملائمة للرضع:

-دعم التنفيذ الكامل لمبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال الرضع في جميع الخدمات المتعلقة بالأمومة، بما في ذلك الخطوة 10 التي تنص على تطوير الأنشطة المجتمعية لدعم رضاعة الأم من الثدي.

-الدعوة وتقديم المساعدة التقنية في مجال وضع معايير للرعاية الصحية الملائمة للرضع، وإدراجها في نظم المعلومات الصحية الوطنية.

-استعراض جميع اتصالات النظام الصحي لكفالة بحيث تشمل جميع الإتصالات على دعم التغذية لدى الأم والطفل وأن تكون ملائمة للمرحلة العمرية.

-تقديم مساعدة تقنية لتنقيح مناهج التدريب ما قبل الخدمة لتشمل الرضاعة الطبيعية ودعم مهارات التغذية التكميلية، وتقديم المساعدة الملائمة في مكان العمل لدعم تحسين ممارسات الرعاية الصحية على جميع المستويات.

-إدراج تقديم الدعم للمباعدة بين الولادات لما لا يقل عن 3 سنوات من أجل صحة الأم والطفل وبقائهما (يفضل 3-5 سنوات) في جميع البرامج.

3* تقديم الدعم لبرامج الاتصالات/ المجتمع المحلي/ الدعوة الاجتماعية بواسطة:

-تشجيع التركيز على الدعم الاجتماعي للأُم وإمكانية الإحالة لحصولها على دعم طبي عند الحاجة، وعلى الدعم الأسري والمجتمعي لوضع المعيار الأمثل لتغذية الرضع وصغار الأطفال والمباعدة بين الولادات لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات. وسيتم دعم الاتصالات الوطنية وأنشطة التعبئة الاجتماعية.

- معالجة القضايا الشاملة لعدة قطاعات ومسائل الشراكة:

يشمل ذلك بناء القدرات، والرصد والتقييم، والتوجيه بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال في ظروف صعبة للغاية، والدعم ذو الصلة الذي تحتاج إليه الأمهات والأسر ومقدمو الرعاية، في ظل الأوضاع غير المستقرة مثل الأسر/المجتمعات المحلية التي تعيش مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، أو في حالات الطوارئ الطبيعية التي هي من صنع الإنسان.

- المرأة والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة:

1*تنفيذ حملات توعية اجتماعية حول الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتستهدف القضاء على المفاهيم الخاطئة لتبرير كثرة الأطفال مثل الفهم الخاطئ لوجهة نظر الدين في تنظيم الأسرة / سيادة مفهوم أن كثرة الأولاد تمنع الزواج من الزواج بأخرى ، إنجاب المواليد حتى يأتي الذكر/ إقناع الرجال ببرامج تنظيم الأسرة.

2*المشاركة في البرامج الهادفة إلى تخفيض معدلات الخصوبة إلى دون خمسة أطفال لكل سيدة.

3*المشاركة في البرامج والحملات الهادفة إلى رفع مستوى الوعي الصحي لدى المرأة، حول قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وإرشادها إلى إتباع الطرق الصحيحة للمباعدة بين الحمل، ومعرفة سن الإنجاب وما هي الوسائل المتعددة لمنع الحمل وفوائدها وسليبياتها.

- الطفولة والأمومة السليمة:

1*التركيز من خلال البرامج الإرشادية الصحية على الفئات الأكثر تعرضاً للإصابات كالأمهات الحوامل والأطفال..

2*المشاركة في تنفيذ البرامج الهادفة إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال دون السنة، ودون الخمس سنوات انسجاماً مع خطط الدولة بهذا الشأن.

3*إرشاد المرأة حول كيفية الحفاظ على البيئة المنزلية، وذلك بتجنب الحوادث المنزلية التي تحدث بسبب التعرض للتيار الكهربائي، والمواد السامة والعقاقير والأدوات الحادة.

4*تعريف الأم والأب بحقوق الطفل وضرورة مراعاتها.

5*تشجيع النساء لممارسة الرضاعة الطبيعية للأطفال لمدة سنتين على الأقل وكذلك إعطاء الطفل لقاحاته التامة ومراقبة نموه بمراحله العمرية وإرشادها لزيارة المراكز الصحية هي وطفلها باستمرار.

6*التنبية لعدم ممارسة أي شكل من أشكال العنف والاستغلال على الطفل.

7*إرشاد المرأة لأهمية تحقيق الانسجام العائلي والجو اللطيف بين أفراد العائلة كي ينمو الطفل بدون أية ضغوطات أو إعاقات نفسية.

وأما الأمومة السليمة فنتحقق بـ:

1*إرشاد المرأة الحامل إلى أهمية الخضوع إلى الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل، وإتباعها الأنظمة الغذائية المتوازنة، والابتعاد عن التدخين أثناء فترة الحمل، والتأكيد على أن تتم عملية الولادة بإشراف الطبيب أو القابلة.

2*تنقيف النساء بالأمراض الخاصة بالنساء وأعراضها والوقاية منها، وكذلك الأمراض التي تصيب الأم بعد الولادة والأمراض التي قد تصيب الأطفال وأعراضها والوقاية منها.

3*تدريب ربات البيوت على التمريض في المنزل للعناية بأفراد الأسرة.

-المرأة والتعليم:

1*التنسيق مع الجهات المعنية بمسائل محو الأمية، لوضع خطة لتعليم الكبار من النساء في ضوء إستراتيجية الدولة في هذا المجال.

2*المساهمة في تنفيذ برامج محو الأمية، في الريف بغية التخلص من هذه المشكلة نهائياً وبخاصة لدى النساء.

3*تضمين البرامج الإرشادية ضرورة تعليم الفتيات على الأقل إلى مستوى التعليم الإلجباري.

4*تشجيع الإناث الريفيات الراغبات في متابعة التعليم ما بعد الإلجباري، وتقديم العناية الكافية للإرتقاء بواقعهم.

-مشاكل الطفولة الصغرى ذات الأولوية:

في ختام تحليل الوضعية الوارد أعلاه، يظهر أن المشاكل التالية تستدعي عناية خاصة في السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى، وذلك بغية إيجاد حلول مناسبة لها.

ويتعلق الأمر على وجه الخصوص بما يلي:

*في مجال الصحة:

- ضعف النفاذ الجغرافي والمالي إلى التشكيلات الصحية، ونقص التجهيزات المناسبة والطاقم المؤهل لهذه التشكيلات في المناطق الريفية، خاصة فيما يتعلق بصحة الأم والطفل؛
- عدم كفاية التغطية اللقاحية في المناطق الريفية المعزولة؛
- محدودية مراقبة نوعية الأدوية، رغم إنشاء مختبر لمراقبة المنتوجات الصيدلانية؛
- غياب سياسة وطنية لا مركزية في مجال التربية الصحية، من شأنها أن تنشر الخطابات المناسبة لدى كافة المستهدفين؛
- غياب إطار وطني للبحث العملي والتطبيقي حول كافة الجوانب المتعلقة بالطفولة الصغرى؛
- عدم كفاية التكفل المندمج بأمراض الطفولة الأولى داخل الدوائر الصحية؛
- انتشار الإصابة بالطفيليات عند الأطفال وغياب برامج للتطهير التلقائي منها؛
- عدم كفاية التدخل للوقاية من الملاريا.

* في مجال التغذية:

- تدني مستوى تغطية البلاد بمراكز التغذية الجماعية والتهديب الغذائي
- عدم التكفل بحالات سوء التغذية بشكل مناسب؛
- غياب التربية الأسرية في مجالي التغذية والفظام؛
- نقص الطاقم المختص في مجال التغذية بالدوائر الموجودة؛
- عدم ضمان الأمن الغذائي للفئات ذات الوضعية الهشة؛
- ضعف الوسائل المالية والمادية التي تتوفر عليها التعاونيات النسوية العاملة في مجال الإنتاج الغذائي؛
- ترسخ العادات الغذائية وعادات الطبخ التي تؤثر من حيث الكم و الكيف، مع غياب المنتوجات المحلية الغنية بمواد اليود والحديد وفيتامين أ وغيرها.

* في مجال الماء والصرف الصحي:

- تدني مستوى التغطية بموارد التزود بالماء في المدارس والتشكيلات الصحية والدوائر ما قبل المدرسية؛
- عدم وجود معايير في هذا المجال؛
- غياب مساهمة البلديات في هذه المجالات؛
- غياب برامج التحسيس حول حماية الأطفال ضد مخاطر الغرق ومضار المياه الراكدة؛

- نقص المراكز في التشكيلات الصحية والمؤسسات ما قبل المدرسية والمدرسية؛
- غياب شبكات الصرف الصحي في البلديات، وعلى وجه الخصوص في المدارس والهيئات ما قبل المدرسية.

*النفذ إلى الخدمات الاجتماعية القاعدية:

إن الشرط اللازم لتحقيق التنمية الشاملة للطفولة الصغرى، هو توفير خدمات ذات نوعية وكم كاف لصالح الأطفال، خاصة في مجال الصحة، والتربية ما قبل المدرسية، والتعليم الأساسي، والتغذية، والغذاء والصرف الصحي، والرعاية الخاصة. ويشكل نفاذ الأطفال المبكر إلى هذه الخدمات في حد ذاته تحدياً بالنظر إلى أن بعض المؤشرات في هذا الشأن لا تزال ضعيفة.

* في مجال الصحة:

في مجال الصحة، يتعين على الخدمات المقدمة أن تأخذ في الحسبان في الوقت ذاته احتياجات المرأة الحامل والمرأة المرضعة، إضافة إلى احتياجات الطفل طيلة مختلف مراحل نموه. وهكذا، فإن السياسة تترسم كهدف في هذا المجال، تحسين الخدمات من أجل التمكين من القيام بتكفل مندمج بكافة الأمراض المتعلقة بالطفل وأمه، أثناء فترة الحمل وبعد الولادة.

وستتمثل الأهداف العامة في مجال الصحة في:

-تحسين التغطية للقاحية؛

-دمج التلقيح ضد الهموفيليس الإفلونزا ضمن البرنامج الوطني للتلقيح الاعتيادي؛

-تعزيز مكافحة للأمراض منها، الإسهال، و الإنتهابات التنفسية الحادة، و الملا ريا؛

-ضمان التكفل الشامل والمندمج باحتياجات المرأة الحامل في مجال الصحة؛

-تحسين النفاذ إلى عمليات التوليد ذات النوعية؛

-تنفيذ رزمة الأنشطة النموذجية في مجال التربية والصحة، على المستوى الجهوي للوصول إلى

أكبر قدر من المستهدفين بهذه الأنشطة؛

-تحسين مستوى التغطية للقاحية، خاصة في المناطق الريفية والمناطق المعزولة؛

-تحسين مستوى الرقابة على نوعية الأدوية

-ضمان التوفير الكامل والأمن لنقل الدم؛

-القيام بحملة تحسيس للحصول على بنك للدم؛

-تحسين مستوى النظافة والصرف الصحي في الأوساط العمومية والمدرسية وما قبل المدرسية؛

-تحسين مستوى التغطية الصحية، خاصة في الوسط الريفي؛

-تحسين مستوى النفاذ إلى عمليات التوليد تحت الرعاية الطبية.

لتحقيق الأهداف التي حددتها السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في مجال الصحة، ستقوم الحكومة بتنفيذ أو تعزيز نشاط عدد من البرامج الإنمائية التي تستجيب للمشاكل الصحية للمرأة والطفل.

وهكذا فإن تنفيذ الاستراتيجيات التالية سيمكّن من حل المشاكل ذات الأولوية:

-تحسين مستوى التغطية الصحية، خاصة في المستوى الريفي، من خلال عمليات البناء والتجهيز والتكوين المستمر للطاقم، وإتباع المعايير؛

-إرساء مجانية العلاجات بالنسبة للأطفال ذوي الوضعيات الهشة وأسرهم؛

-متابعة سياسة اللامركزية، وتعزيزها، من أجل الوصول إلى مستوى لامركزية الولاية؛

-إدخال عملية التخطيط والإشراف إلى المستويات الجهوية والمحلية والبلدية؛

-إنجاز دراسات والتجارب النموذجية حول المراكز الصحية،

-تحسين الرقابة على نوعية الأدوية؛

بالنسبة للنساء الحوامل والأطفال الأقل من عامين:

-تحديد رزمة للأنشطة بغية التكفل المندمج بأمراض المرأة الحامل، والمرأة المرضعة والطفل الصغير، من خلال برنامج التكفل المندمج لأمراض الطفل، والبرنامج الوطني لمكافحة الملاريا، والبرنامج الوطني لمكافحة السل، وبرنامج التلقيح الموسع، والبرنامج الوطني للصحة الإنجابية و غيرها.

-في مجال التغذية:

في هذا المجال، ستقوم الجهود التي ستُبذل في إطار السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى ، على دعم الأنشطة الرامية إلى ترقية تغذية متوازنة، وعلى مكافحة كافة أشكال سوء التغذية والالتهابات التي تنجم عنه.

وتتمثل الأهداف العامة في هذا الشأن في:

* الحد من انتشار الأمراض المتعلقة بنقص المكوّنات الدقيقة؛

- * تحسين مستوى التغطية بمراكز الانتشال والتهديب الغذائي ومراكز الإطعام الجماعي ومراكز التغذية الجماعية؛
- * ضمان التزويد المنتظم بالمنتجات الغذائية، وبأسعار معقولة، للسكان الفقراء ؛ تقديم الدعم الفني والاقتصادي للنساء العاملات في مجال الإنتاج الغذائي؛
- * تربية السكان حول طرق تنويع الأغذية؛
- * القيام بجرد للمنتجات المحلية الغنية بالحديد وفيتامين أ واليود، وذلك بغية ترقية استخدامها.

أما بالنسبة للأهداف الخصوصية، في مجال التغذية، فهي حسب الفئات العمرية على النحو التالي:

إنّ تنمية الأنشطة الرامية إلى تحسين ترقية مراكز الإطعام الجماعي ومراكز التغذية الجماعية ومراكز إعادة التأهيل والتهديب الغذائي، وتشجيع الرضاعة الطبيعية، واستخدام المنتجات الغذائية المحلية، وتوسيع مدى تدخل مراكز إعادة الانتشال، والتهديب الغذائي ومراكز التغذية الجماعية، واستخدام المكملات الغذائية، وتكوين الطاقم المتخصص، تشكّل الأولويات الكبرى في الوقت الراهن، للتكفل الأمثل بالوضعية الغذائية للأطفال. القيام بالتربية الأسرية ضروري من أجل التكفل بمشاكل تغذية الطفل، وتحسين نموه من خلال التحفيز السيكولوجي والاجتماعي.

خاتمة

لاشك في أن مواجهة تحديات التغذية مهمة وضخمة، غير أنها ممكنة إذا توفر إلتزام عالمي وعمل متضافر من طرف الحكومات والمجتمعات المحلية، والمنظمات غير حكومية، والقطاعات الخاصة، والمنظمات العالمية. والضرورة الأساسية في حالات كثيرة هي، أن يركز المخططون و واضعوا السياسات إهتمامهم، بكل بساطة، على الحاجة إلى النهوض بالتنمية البشرية باعتبارها الهدف الرئيسي للحالة التغذوية للطفل.

إن عملية تحليل قضايا الأمن الغذائي في الجزائر لم تشمل حتى الآن كافة المؤشرات الممكنة ولا تزال تنقصها الدراسات و المسوحات الشاملة المتخصصة للتركيز على كافة مظاهر وأشكال هذه الظاهرة. ولكن تبقى الدراسات السابقة التي أجريت حتى الآن حول الفقر والأمن الغذائي منطلقاً لكل الأبحاث المستقبلية سواء على مستوى القطر ككل أو في مناطق محددة مثل المناطق الريفية وهي الأماكن التي تتركز فيها نسب أعلى من الفقر وهي تعتبر من الخصائص الأساسية الجغرافية المميزة للفقر. حيث تشير أحدث الدراسات حول الفقر في جزائر وهي الدراسة التي نفذها برنامج الأمم المتحدة للتنمية ونشرت في عام 2005 إلى تركيز الفقر في المناطق الريفية في جزائر.

و تناولت الدراسة تحليل الوضع التغذوي للأطفال الأقل من عامين سنوات في الجزائر، حسب معطيات المسح حول صحة الأم و الطفل سنة 2000. وقد أعتد التحليل على استخدام، مؤشر الأنثروبوميترى واحد لقياس الحالة التغذوية، والموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، وهو مؤشر نقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ). وقد أوضحت الدراسة إلى حدوث تغيرات في سوء التغذية الأطفال خلال 8 سنوات (المسح حول صحة الأم و الطفل خلال الفترة 1992 إلى 2000) وهذا بين مختلف المتغيرات المحيط و المسكن و الأم و الطفل.

إن البحوث التغذوية لا تحظى في أحيان كثيرة بالأولوية لدى المجتمع، و تجدر الإشارة بصفة خاصة إلى أن البحوث الصحية المرتبطة بالتغذية أهملت بصورة عامة في مجالات البحث التطبيقي، و الإهتمامات الإقتصادية، و إدارة البرنامج، و الإتصالات الإجتماعية، و لهذا ننصح بتوجيه هذه المجالات نحو تعزيز مراكز البحوث الموجودة و إنشاء مراكز جيدة للبحث.

الملاحق



الملحق رقم 1: المحيط الخارجي للمسكن أين تتعدم فيها أَدنى شروط الحياة.



الملحق رقم 2: توضح الصورتان عدم توفر الشروط الصحية لتواجد الصرف الصحي



الملحق رقم3: توضح الصورة المحيط الداخلي للمسكن



الملحق رقم4: توضح الصورة المحيط الخارجي للمسكن في أحد المناطق الريفية لولاية البليلة.



الملحق رقم5: توضح الصورة المحيط الخارجي للمسكن لأحد المناطق الريفية
لولاية البليدة.



الملحق رقم6: توضح الصورة المحيط الداخلي للمسكن لأحد المساكن
الريفية لولاية البليدة

أبواب الاستثمارة

الباب الأول: خصائص الأم و الأسرة

خصائص الأم:

1- كم يتراوح عمرك:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> سنة (29 - 25) | <input type="checkbox"/> سنة (24 - 20) | <input type="checkbox"/> سنة (19 - 15) |
| <input type="checkbox"/> سنة (44 - 40) | <input type="checkbox"/> سنة (39 - 35) | <input type="checkbox"/> سنة (34 - 30) |
| | | <input type="checkbox"/> سنة (49 - 45) |

2- عدد الأطفال:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> أطفال (7 - 5) | <input type="checkbox"/> أطفال (4 - 2) | <input type="checkbox"/> طفل واحد |
| | | <input type="checkbox"/> 8 أطفال فأكثر |

3- مدة الزواج

- < عام (5-1) سنوات < 5 سنوات

4- مهنة الأم:

- تعمل لا تعمل

إذا كنت تعلمي في أي مجال:

5- المستوى التعليمي:

- لم تلتحق بالمدرسة ابتدائي متوسط ثانوي
- جامعي فأكثر

6- مكان الولادة:

- مركز صحي عمومي (مستشفى) مركز صحي خاص (عيادة)
- في البيت

خصائص الأسرة:

7- نوع الأسرة:

الأفراد الذين يعيشون تحت سقف واحد:

- الأولاد الجد و الجدة العم / العمة آخرون

9- مهنة الزوج:

- يعمل لا يعمل

إذا كان يعمل في أي مجال.....

10- المسافة عن عائلة الزوج:

< 50 كلم (50-100) كلم < 100 كلم

المسافة عن عائلة الزوجة:

< 50 كلم (50-100) كلم < 100 كلم

11- الدخل الأسري:

< 10 000 دج (10 000 – 20 000) دج < 20 000 دج

الباب الثاني: المحيط الأسري (الأم):

12- كم عدد الغرف الموجودة في المسكن؟

غرف ثلاث غرف أربع غرف أو أكثر

13- هو عدد الأفراد الذين يشغلون المسكن؟

< 3 أفراد (3-5) أفراد < 5 أفراد

14- مكان الإقامة:

ريف حضر

15- نوعية المسكن:

شقة مسكن فردي مسكن تقليدي

آخر.....

16- نوعية أرضية المسكن:

إسمنتية بلاط خشب ترابية

آخر.....

18- هل لديكم مطبخ:

نعم لا

إذا كان لا أين يتم الطبخ:.....

.....

19- ما هي مصادر المياه الصالحة للشرب المستعملة من طرف أسرتك؟

- تقنيات المرتبطة بالشبكة المياه الصالحة للشرب
 التقنيات الجماعية البئر الطبيعة

آخر، حدده:.....

20- كيف يتم تصريف المياه القذرة؟

- قنوات صرف المياه التصريف التقليدي الهواء الطلق

آخر، حدده:.....

الباب الثالث: مؤشرات سوء التغذية و النمط التغذوي للأم

21- عمر الطفل:

- أقل من 6 أشهر (6 - 11) شهرا (12 - 24) شهرا

22- وزن الطفل (كغم):

23- الطول (سم):

24- هل أرضعت من ثديك؟

- نعم لا
إذا كان نعم، متى بدأ الرضاعة لأول مرة؟

- بعد الولادة مباشرة شهر بعد الولادة أكثر من شهر بعد الولادة

ماهي أسباب ذلك (مهما كان الجواب):.....

.....

إذا كان لا، فهل هذا يعود إلى:

- الطفل كان مريضا الطفل توفي رفض الطفل ثدي الأم
 الأم مريضة الأم ليس لديها حليب مشاكل الحلمة
 ذهاب الأم إلى العمل تفضل الرضاعة الاصطناعية
 محافظة على رشاقتها وجماله أخرى

25- منذ ولادة طفلك ماهي المدة التي أرضعت فيها؟

- < شهر 6 أشهر < 6 أشهر

26- هل توقفت عن الرضاعة؟

- نعم لا

إذا كان بنعم، فهل هذا يعود إلى:

- حليب الثدي ليس كافياً لنمو الطفل وصل إلى سن مناسب للتوقف
 رفض الطفل الثدي الطفل كان مريضاً
 الأم ليس لديها الحليب الأم كانت مريضة
 الرغبة في استعمال حبوب منع الحمل الرغبة في إنجاب طفل آخر
 التغذية الصناعية أفضل للعمل أو العودة إلى العمل
 للمحافظة على جمال و رشاقة

أخرى.....

إذا كان بلا فهل هذا يعود إلى:

.....

.....

.....

27- ماهية السوائل التي أعطيت قبل أن يبدأ حليب الثدي بصفة مستمرة؟

- حليب (من غير الحليب) ماء الماء بالسكر أو غلوكوز
 محلول ماء وسكر وملح عصير الفواكه حليب بودرة شاي أو محلول
 أعشاب عسل زيت الزيتون أخرى (تحدد)

32- كم من مرة خلال النهار أو الليل تناول ابنك من السوائل و الأطعمة التي سأذكرها لكي؟

- مياه الشرب حليب طبيعي كامل الدسم حليب مبستر في زجاجة
 حليب بودرة للأطفال حليب محفوظ عصير الفواكه
 عصير الخضر ماء بالسكر ماء أرز
 محلول أعشاب طبيعية يارورت طعام أعد في المنزل
 أطعمة محفوظة للأطفال طعام أعد للأسرة حساء الخضر

أخرى.....

.....

.....

33- في حالة إصابة ابنك بالإسهال فهل تقدمي له الأملاح؟

- نعم لا

إذا كان بنعم، فهل تقدمين له:

اثنين معا

الطب الشعبي
 مرتين في الأسبوع

الطب الحديث
 مرة في الأسبوع

36- كيف ترضعين طفلك بالقنينة الإرضاع؟

- نائم على ظهره ترك القنينة في فم طفلك يرضع تلقائيا
 في حالة انسداد أنفه (الإفرازات و الالتهابات) إرغام طفلك على الرضاعة
 نصف جالسة و أنت ترضعي

آخر.....

37- عند إرضاعك طبيعي لطفلك، هل تناولت نوع خاص من الأغذية؟

- ضمنية (بالعسل الحر و الزبد، بالحر و (القرفة، الكمون، الفلفل أسود،.....الخ))
 البيض المسلوق بالعسل الحر عجائن غذائية حارة(برك وكس، لسان عصفور
كسلس،...)
 حار بقول الجافة خبز فطير سمك بالشوك

آخر.....
.....

38- هل تتذكرين كيف كانت أمك تغذيك و أنت صغيرة السن؟

نعم لا

إذا كان نعم، فهل تتمني أن تطبقي طريقة التغذية ابنك على أنواع الغذاء:

- عسيده بدون بروتين (ذرة أو رز) مشتقات الحليب (يغور، جبن، لبن مصغر)
 لحم غير دسم مفروم ومطبوخ كبد صفار البيض مسلوق
 سمك غير دسم لحوم بيضاء (دجاج) حساء خضر طازجة
 عصير فواكه عسيده حبوب (قمح) سمك نصف دهني (سلطان إبراهيم)
 دقيق بالحليب شعيرات بيض مسلوق كامل
 عجائن غذائية (لسان عصفور، تلتلي، كسلس، خيز..)
 سمك دسم (سردين، توما....)
 بقول جافة مواد غذائية جاهزة من الصيدلية مخ

آخر.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

إذا كان لا، فهل هذا يعود إلى:

.....
.....

39- ما هي أهم العناصر الغذائية المذكورة أعلاه التي تعطيها لأبنك؟

زيت الزيتون: نعم لا
كمون: نعم لا

آخر.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

40- هل تأخذين نصيحة أي شخص بخصوص تغذية ابنك؟

نعم لا

إذا كان نعم فهل هذه الاستشارة تمت من طرف:

الكنه الجارة صديقة الزوج
أهل الزوج أهل الزوجة راقبي أو العطار
خدمة صحية حكومية طبيب خاص صيدلي
عطار (عشبا) تقليدي

آخر.....
.....
.....
.....

إذا كان لا فهل هذا يعود إلى:

الإصابة خفيف لديها خبرة سابقة مشغولة / زوج مشغول
الخدمة غير متوفرة / المكان بعيد خلافات من أسرة الزوج

آخر.....
.....
.....
.....

41- إذا تعرض ابنك إلى ارتفاع في درجة الحرارة أو كحة أو أي مرض آخر فكيف تتصرفين معه؟

خبرة سابقة

دلكه باستعمال مواد طبيعية (ماء الزهر، خليط من الزيت الزيتون و عطر أو الخل)

استعمال حليب الأم طبيعي في الأنف

استعمال الأعشاب الطبيعية (تيزانة، قرفة و الكمون ومعدنوس)

42- هل لديك تفضيل الطفل على الطفلة؟

نعم لا

إذا كان نعم فهل هذا يرجع :

يمثل الأسرة (فرح أو حزن أو مشكل.....)

له الحق في الإرث يعطي مكانة وقيمة بالنسبة لزوجها و أهله

آخر.....

قائمة المراجع

- 1.FAO، التغذية والتنمية ، تقدير العالمي، المؤتمر العالمي المعني بالتغذية.
- 2.المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.
- 3.التقرير حول صحة الأسرة والسكان في الجزائر لسنة2006، وزارة الصحة و السكان، 2006.
- 4.التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة2006، وزارة الصحة والسكان، 2006.
- 5.CAERON M.,HOFVANDERY.Manuel sure l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants, New York, 1999.
- 6.Chen, L., Interaction of Diarrhoea and Malnutrition, in Diarrhoea and Malnutrition : Interaction, Mechanisms and Interventions., Plenum Press, New York, 2003.
- 7.UNICEF, Fonds des Nation Unies pour l'enfance, La situation des enfants dans le monde 2003, UNICEF, New York.
- 8.UNICEF, Projections fondées sur des données figurent dans les tableaux statistiques 1-10, les notes sur méthodologie employée figurent dans la notes technique sur cette page
- 9.FAO, Malnutrition: Its Nature, Causes, Magnitude and Policy Implications. Committee on Agriculture, Rome. (COAG/83/6), 1996.
- 10.Wolgemuth, J., Latham, M. ,Hall, A., Chesher A. And Compton D., Worker Productivity and the Nutritional Status of Kenyan Construction Workers, American Journal of Clinical Nutrition, 1998.
- 11.Mason, J.B., Habitat, J-P., Tabatabai, J. and Valverde, V., Nutritional Surveillance, WHO, Geneva, 1999.
- 1².Keller, W.D. and Fillmore, C., Prevalence of Protein-Energy Malnutrition, Word Health Statistics Quarterly, 1999.
- 1³.Bonvalet.c, Merlin.p : Transformation de la famille et habitat, INED-Paris, PUE, 1998.

14.FAO/OMS, Nutrition et développement – Une évolution d'ensemble conférence Internationale sur la nutrition, 1992.

15.FAO/OMS, Nutrition et développement – Une évolution d'ensemble conférence Internationale sur la nutrition, 1992.

16.Pallet, E., Malnutrition and Infection in the Classroom, UNESCO, Paris, 1999.

17. FAO ، التغذية والتنمية ، تقدير العالمي، المؤتمر العالمي المعني بالتغذية.

18.Reutlinger,and Slows,M.,«Malnutrition and Poverty :Magnitude and Policy Options»,World Bank Staff Occasionnels Papiers NO. 23, Washington DC.

19.Reutlinger,and Slows,M.,«Malnutrition and Poverty : Magnitude and Policy Options»,World Bank Staff Occasionnels Papiers NO. 23, Washington DC.

20.Martorell, R., Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children, Americana J. Dis. Child, 2000.

21.Martorell, R., Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children, Americana J. Dis. Child, 2000.

²²Martorell, R., Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children, Americana J. Dis. Child, 2000.

23.المسوحات السكانية والصحية، 1990-1999.

24.Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, Santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie2000, Ministère de la santé et de la population, OMS, UNICEF, INSP, Alger 2001.

25.اليونيسيف،مسيرة الأمم 2000 ،منظمة الأمم المتحدة للطفولة المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

26. FAO ، التغذية والتنمية ، تقدير العالمي، المؤتمر العالمي المعني بالتغذية.

27.Keller, W.D. and Kraut, H.A., Works and Nutrition, in World Review of Nutrition and Dietetics, Bourne G.H. (ed). Vol.3, 65-81, 2001.

28. Martorell, R., Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children, *American J. Dis. Child*, 2000.
29. James, W.P.T., Body Mass Index: An Objective Measure for the Estimation of Chronic Energy Deficiency in Adults. Rowley Research Institut, Aberdeen, 2002
30. Spur, G., «Physical Activity, Nutritional Status and Physical Work Capacity in Relation to Agricultural Productivity, in Energy Intake and Activity », New York, 2001.
31. Alderman, H., Nutritional Status in Ghana and its Determinants, Social Dimensions of Adjustment in Suds-Saharan Africa, Working Paper No 5, World Bank, Washington, DC. 1999.
32. Behrman, J.R., Deshoulières, A.B. and Wolfe, B.I., Nutriments: Impacts and Déterminants, The World Banks Economic Review, 2000.
33. Chambers, R., Longhurst, R. And Pacey, A., (Eds), Seasonal Dimensions to Rural Poverty, Fences Pinter, London, 2001.
34. Heller, P. and Drake, W., Malnutrition, Child Morbidity and the Family Decision Process, *Development Economics*, 6:203-235, 2003.
35. Longhurst, R., The Energy Trap: Work, Nutrition and Child Malnutrition in Northern Nigeria, Cornell International Nutrition Monograph Series No13, Ithaca.
36. Hornik, R, Nutrition Education-A State-of-the-Art Review, ACC/SCN Nutrition Policy Discussion Paper No1, Geneva.
- ³⁷. Martorell, R., Leslie, J. and Mocks, P, Characteristics and Determinants of Child Nutritional Status in Nepal, *American, Clinical Nutrition*, 2001.
38. Vallin, J, La lutte contre la mort, influence des population sociales et des politique de santé sur l'évolution de mortalité, INED-Paris, PUE, 1999, p128.
39. Vallin, J, La lutte contre la mort, influence des population sociales et des politique de santé sur l'évolution de mortalité, INED-Paris, PUE, 1999.

40Kiel Mann A. et al, Child and Maternal Health Services in Rural India : The Narangwal Experiment, Integrated Nutrition and Health Car, Volume1. Johns Hopkins Press, Baltimore, 2002, p454.

41Chen, L, Interaction of Diarrhoea and Malnutrition, in Diarrhoea and Malnutrition : Interaction, Mechanisms and Interventions, Plenum Press, New York, p3-19, 2003.

42.FAO/OMS, Nutrition et développement – Une évolution d'ensemble conférence Internationale sur la nutrition, 1992.

43.اليونيسيف،مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2000.

44.اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2000.

45.اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2000.

46Rowland M, et al, A Quantitative Tidy Into the Role of Infection in Determining Nutritional Status in Gambian Village Children, British J. Nutrition, 2004.

47Rowland, M., et al., A Quantitative Tidy Into the Role of Infection in Determining Nutritional Status in Gambian Village Children, British J. Nutrition, 2004.

48Tompkins, A. and Watson, F, Malnutrition and Infection : A Review, ACC/SCN State-of-the-Art Séries Nutrition Police Discussion Papier No 5, Genève. 2000.

49Wolfe, B. and Behr man, J., Determinants of Child Nutrition, Heath, and Nutrition in A Developing Country, Development Economics, 2001.

50Lipton, R., Poverty, under nutrition and Hunger, World Bank Staff Working Paper No597, Washington DC, 1999.

51Hagar,J.G,and Mlason,J.B,Food Distribution Within the Family : Evidence and Implications for Research and Programmes, Food Policy, 2002.

52 Beller, P. and Drake, W., Malnutrition, Child Morbidity and the Family Decision Process, Development Economics, 6:203-235, 2004.

53 Scrimshaw, N., Taylor C. And Gordon J., Interaction of Nutrition and Infection, WHO, Geneva, 2003.

54. المسوح السكانية والصحية ، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، (1999-1990).

55 OMS, Manuel de L'allaitement des Nourrissons et des Jeunes Enfants, OMS, 2000.

56. اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق وشمال إفريقيا، 2000.

57. اليونيسيف، نفس المرجع السابق.

58. اليونيسيف، مسيرة الأمم 2000 ، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عمان، مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق وشمال إفريقيا، 2000.

59 Vallin, J., La Lutte Contre la Mort, Influence des Population Sociales et Politiques de Santé sur L'évolution de la Mortalité , INED -Paris, PUE, 2001.

60 Hornlike, R., Nutrition Education- A Stet-of-the-Art Review ACC/SCN Nutrition Policy Discussion Paper, No1, Geneva, p45, 2001.

61 Tompkins, A., Nutrition Status and Severity of Diarrhoea among Preschool Children in Rural. Nigeria, Lancet, 1:860-862, 2000.

62 Shan, D.E., (ed), Seasonal Variability in Third World Agriculture : The Consequences Food Security, Johns Hopkins Press, Baltimore, p79, 2001.

63 Berg, A., Malnourished People: A Policy View, World Bank. Washington, 2003.

64 Pinstripe-Andersen, A., Macroeconomic Adjustment Policies and Human Nutrition: Available Evidence and Research Needs, UNU Food and Nutrition Bulletin, 2000.

65 Shoptalk, W.B. and Secular, W., Nutrition Implications of Political and Economic Changes in Eastern Europe., Proc. Nutrition Society, 2004.

66 World Bank. Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries: A World Bank policy Study, Washington DC, 2001.

67Demery, L. Addison, T, The Alleviation of Poverty Under Structural Adjustment, Word Bank, Washington, DC, 2003.

68Demery, L. Addison, T., op cit.

69Trail, B. and Henson, S., The Nutritional Implications of Changing Food Systems in Eastern Europe, Proc Nutrition Society, 2005.

70Maxwell, S. (Ed),Cash Crops in Developing Countries, Ids Bulletin, 2001.

⁷¹ Maxwell, S. (Ed), Food Security in Developing Countries, IDS Bulletin, 2002.

72UNICEF,Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, UNICEF, Policy Review, No1, New York, 2003.

73Harp ham, T. and Stephens, C. Urbanization and Health in Developing Countries, World Health Statistics Quarterly,2001.

74WHO, Our Planet, Our Health: Report of the Who Commission on Health and Environment, Geneva, 2000.

75FAO, Agricultural Issues in Structural Adjustment Programs, FAO Economic and Social Development Paper, No66, Rome, 2002.

76Mc Guiro, J. and Poking, B, Helping Women Improve Nutrition in the Developing World : Beating the Zero Sum Game, World Bank Technical Paper, No114, Washington, 2003.

77Gross, R. and Montero, C.A.,Urban Nutrition in Developing Countries : Some Lesson to learn, UNU, Food and Nutrition Bulletin, 11(2) :14-20, 2001.

78Pop kin, .M. and Disgorge, E.Z., Urbanization and Nutrition in low Income Countries, UNU, Food and Nutrition Bulletin, 10(1): 3-23, 2003.

⁷⁹UNICEF,Guide pour la lutte contre les carences nutritionnelles, à l'usage des personnels de santé. Ministère de santé et de la population, UNICEF, , 2000.

80Premed, K., Banjo,M.S.and Demerara,M.,Nutrition,Fertility and Mortality: a review, FAO, Rome, 2002.

81.FAO،التغذية والتنمية،تقدير عالمي،المؤتمر الدولي المعني بالتغذية،منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة،منظمة الصحة العالمية، 2002 .

82.FAO, Urbanization, Food Consumption Patterns and Nutrition, Committee on Agriculture, Rome, (COAG/89/5), 2005.

83 World Bank. Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries: A World Bank policy Study, Washington DC, 2001.

84 World Bank.Op cit.

85.Fonds des Nations Unies pour l'´enfance,Levels, Trends and determinants of Primary school Participation and Gender Parity, Document de travail,2005.

86UNESCO, Organisation des Nation Unies pour l'´education, la science et la culture,initiatives phares de L'EPT, UNESCO, Paris, 2004.

87Fonds des Nations Unies pour l'´enfance progrès pour les enfants dans le monde 2005.

88.calculs de l'UNICEF basés sur des données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires(DHS) et d'Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) .

89.calculs de l'UNICEF basés sur des données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires(DHS) et d'Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS)

90.calculs de l'UNICEF basés sur des données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires(DHS) et d'Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS)

91UNICEF, Fonds des Nation Unies pour l'´enfance,Traite d'enfants en Afrique de l'Ouest,Réponses politiques,UNICEF,Innocenti Insight, Florence, Avril 2002.

92.Enquêtes en grappe à indicateurs multiples Enquêtes démographiques et Sanitaires

et autres enquêtes nationales.

93 UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, La situation des enfants dans le monde 2003, UNICEF, New York.

94 Landgren, Karin, The protective environment : Développement support for child protection, Human Rights Quarterly, Vol. 27.no1, Johns Hopkins University press, Baltimore, 2005.

95. Enquêtes en grappe à indicateurs multiples Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales.

⁹⁶. Assari, Aliou., Etudes sur les mariages précoces et les grossesses précoces au Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Libéria, Niger et Tchad, UNICEF Abidjan, 2000., Cité dans Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le mariage précoce, Innocenti Digest no7, UNICEF, Centre de recherche Innocenti, Florence, 2001.

97 MURRAY, CHRISTOPHER J. L., and ALAND. LOPEZ., The Global Burden of Disease, Cambridge, Massachusetts: The Harvard School of Public Health, 1996.

98. OMS, Définir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité comme une intervention pratiquée par des personnes ne possédant pas les qualifications nécessaires et/ou dans un environnement ne répondant pas aux normes médicales minimums, Nations Unies, Population et développement, 1995.

99. OMS, Définir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité comme une intervention pratiquée par des personnes ne possédant pas les qualifications nécessaires et/ou dans un environnement ne répondant pas aux normes médicales minimums, Nations Unies, 1995.

100 Nation Unies, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1996.

101 Opcite, Nation Unies, 1996.

102. UNAIDS, Organisation mondiale de la santé, The Global Epidemic, 1 December – 28 Novembre 2000.

103 UNAIDS, Organisation mondiale de la santé, The Global Epidemic, 1 December – 28 Novembre 2004.

104 SUSHEELA SINGH et GILDA SEDGH, Une étude de contraception et de l'avortement, réalisée en Amérique latine, 2002.

105 SERIES J, BALTIMORE, MARYLAND, Population Information Programme, Johns Hopkins School of Public Health, 2000.

106 MILLER, ROBERT, Communication personnelle; et exposé fait à l'Atelier sur la qualité des soins, organisé par le FNUAP, New York, 21-25 octobre 2000.

107 MILLER, ROBERT, Opcite.

108 ENGEL, Patrice, Men in families : Rapport of a consultation on the role of men and fathers in achieving gender equity, New York, UNICEF, p91, 1994.

109 HCIS., DAVID, LENVINSON, Violence in Cross-Cultural perspectives, New York : the population Council, 1995.

110 NATIONS UNIES, Population et développement, Programme d'action adopté à la conférence internationale sur la population, 1994.

111. Organisation mondiale de la santé, Maternal Health and safe Motherhood Programme (Genève), estimations non publiées, 2005.

112 Op.cit., NATIONS UNIES.

113 TIMYAN, JUDITH et AL, Access to Car : More than a problem of distance, 1993.

- 114 MAULDIN, W. PARKER, and Miller, VINENT C., Contraception use and commodity costs in developing countries. UNFPA, Technical Report, New York: FNUAP, 1994-2005.
- 115 DEBORAH S, VICTOR SILVA, A New perspective on the definition and measurement of unmet Need for contraception, International Family Planning Perspectives, Sri Lanka, 1996.
- 116 Op.Cit, Nation Unies, p32, 1995.
- 117 WESTOFF, CHARLES F, and AKININAL BONDOLE, Unmet Need for family planning, New York, 1990-1994.
- 118 BEGHINI ,EUSEBIOJ,VAN DERSTUYFT P ,KUSIN J. Evaluation des aspects nutritionnels d'un projet de développement, 1999.
- 119 EUSEBIOJ, et Coll., implantation and evaluation of interventions aimed at improving nutrition of the rural poor, 1998-1999, Los Bancos.
- 120 The logical framework, modification based on experience. Agency for International Development, Washington D.C, 1997.
- 121 ZOPP :An introduction to the method. Mars 1999. Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) Frankfurt.
122. EUSEBIO J.,et Coll. Development of a methodology for selection, formulation, implentation and evaluation of interventions aimed at improving nutrition of the rural poor. Scientific report, 1998-1999, Los Banos.
123. EUSEBIO J, et Coll. Development of a methodology for selection, formulation, implentation and evaluation of interventions aimed at improving nutrition of the rural poor. Scientific report, 1998-1999, Los Banos.
124. BEGHIN I, L'approche causale en nutrition. In : Les malnutritions dans les pays du tiers monde. Edition INSERM, série Colloque, 1998.
125. BEGHIN I., Evaluer :mesurer les résultats ou mesurer les efforts ? In : L'évaluation des actions de santé dans les pays en voie de développement, 1999.

- 126 BEGHIN I., L'approche causale en nutrition. In : Les malnutritions dans les pays du tiers monde. Edition INSERM, série Colloque, 1998.
- 127 BRAKOHAPA L.A., does prolonged breast-feeding adversely affect a child's nutritional status? Lancet, 1999.
- 128 DELPEUCH F. La consommation alimentaire du poisson et son rôle dans la nutrition de quatre pays africains. Série documentaire FAO, Rome, 1998.
- 129 LAUBER E., REINHARDT M. Prolonged lactation performance in a rural community of the Ivory Coast, 2000.
- 130 MICHAELSEN K.F. Letter to the Editor, 1999.
- 131 MOREY D., BICNELL J., WOODLAN M., Factors influencing the growth and nutrition status of infants and young children in a Nigerian village. Transe, 1998.
132. Nutrition et développement Une évolution d'ensemble conférence Internationale sur la nutrition, 1992.
- 133 ROHDE J.H. Letter to the Editor , 1999.
- 134 RUMEAU-ROUQUETTE C., BREART G., PADIEU R. Methods en epidemiology. 3ème ed. Flammarion, Paris, 1999.
- 135 TANGERMANN R.H., SERDULA M.K., COLEBUNDERS R., HAUCK F, Letter to the Editor, 1999.
136. TANGERMANN R. H., SERDULA M. K., COLEBUNDERS R., HAUCK F. «Letter to the Editor», Lancet, 1999.
- 137 VICTORA C.G., et al. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition, 2000.
138. WATERSTON T, Letter to the Editor , 1999.
139. WHO working group. «Use and interpretation of nutritional status». WHO, 2001
- 140 WHO working group. «Use and interpretation of nutritional status». WHO, 2001.

141 MAHU J.L., SUQUET J.P., BLEIBERG-DANIEL F., TURQUET M., LEMONNIER D., Enquête nutritionnelle chez les jeunes enfants à l'île de la Réunion : Prévalence de la MPE, des infections, et des parasitoses. In `Les carences nutritionnelles dans les pays en voie de développement, 2000.

142 LAURENT P., Relation entre protéines de la phase aiguë et défenses de l'organisme : application à la surveillance des états infectieux, 1996.

143. Premed, K., Banjo, M.S. and Demerara, M., Nutrition, Fertility and Mortality: a review, FAO, Rome, 2002.

144. Projections de l'UNICEF fondées sur les tableaux de statistiques 1 à 10.

145. Projections de l'UNICEF fondées sur les tableaux de statistiques 1 à 10.

146. Projections de l'UNICEF fondées sur les tableaux de statistiques 1 à 10.

147. Sauncers, Pater., Can social exclusion province a New framework or measuring poverty, 2003.

148. Ackinson, Lony, Social exclusion, Poverty and unemployment, in exclusion, employment and opportunity, sous la direction de A.B. Centre for analysis of social exclusion, Landres, janvier 1998.

149. Ackinson, Lony, Social exclusion, Poverty and unemployment, Landres, janvier 1998.

150. Nations Unies, Déclaration du millénaire, New York, 2000.

151. Assemblée générale des Nations Unies, Un monde digne des enfants, New York, Octobre 2002.

152. Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS).

153. Ibid., p. 15-17.

154 UNICEF, Projections fondées sur des données figurent dans les tableaux statistiques 1-10, les notes sur méthodologie employée figurent dans la notes technique sur cette page.

155 Nations Unies, projet du millénaire, Investir dans le développement , plan pratique pour réaliser les objectifs du millénaire pour le développement, Earthscan, London/sterling, VA, 2005.

156. Les données sur la mortalité infantile : UNICEF, Division de la population des Nations Unies et Division de statistique des Nations Unies; données sur les conflits armés : Stockholm International Peace Research Institute, SIPRI Year book 2005.

157. OMS, Manuel de L'allaitement des Nourrissons et des Jeunes Enfants, 2003

158 Organisation Mondiale de la Santé ,Nutrition for Health and Développement, Progress Report, OMS, France, 2000, p.14-15.

159 Fonds des Nations Unies pour l'enfance progrès pour les enfants ; Un bilan de la Vaccination, New York, septembre 2005.

160 BROCK J.F. AUTRET M. Le kwashiorkor en Afrique, Genève, OMS, série de Monographie n°8, 1999.

161 CANT A., GOULD M., BROOKE O.G., et coll. Etude nutritionnelle des enfants de moins de 5ans au Rwanda, 2000.

162. FAO, Malnutrition: Its Nature, Causes, Magnitude and Policy Implications, 1996.

163. OMS, Manuel de L'allaitement des Nourrissons et des Jeunes Enfants, 2003

164. CAERON M., HOFVANDERY. Manuel sur l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants, New York, 1999.

165. UNICEF, Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, UNICEF, Policy Review, No1, New York, 2003.

- 166.UNICEF, Guide pour la lutte contre les carences nutritionnelles, à l'usage des personnels de santé. Ministère de santé et de la population, UNICEF, 2000.
- 167.DUPIN H., RAIMBAULT A.M , Les troubles nutritionnels chez la mère et enfant : épidémiologie et prévention, 1998.
- 168.FAO,Urbanization,Food Consumption Patterns and Nutrition, Committee on Agriculture, Rome, 2005.
- 169.HERCBERG S., DUPIN H., et al. Nutrition publique: approche épidémiologique et politique de prévention, 1997.
- 170.JELLIFFE D.B. L'alimentation du nourrisson dans les régions tropicales et subtropicales, Genève, OMS, 1996.
- 171.MEBENGA L. Ethnography, Infant feeding practices in the Extreme-North Province of Cameroon, New York, 1999.
- 172.NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Growth curves for children, birth to 18 years, United States, 1995.
- 173.SCRIMSHAW N.S., TAYLOR C.E, GORDON J.E., Interaction entre l'état nutritionnel et les infections, Genève, OMS, 1998
- 174.WATERLOW, J.C., ASHWORTH, A, GRIFFITHS, M, Faltering in infant Growth in less Developed Countries, IANCET, 1999.
- 175.WADE S.,BLEIBERG-DANIELF.,Intérêt du dosage de la transhtyrétinen et des protéines de la réaction inflammatoire dans l'évaluation de la MPE modérée, Journées Internationales du GERM, 1995.
- 176.ENGLER R,Protéines de la réaction inflammatoire notion de profil, 1996
- 177.SAEZ C,Evaluation de l'état nutritionnel des enfants âge de 0-6 ans dans la vallée du Maroni, 1998.
- 178.WHO working group. Use and interpretation of nutritional status. WHO, 2001.
- 179.OMS. Use and interpretation of anthropometric indicateurs of nutritional status, WHO working group, Bull. WHO, 1992.

- 180INGENBLEEK Y, Les marqueurs sanguins de l'état nutritionnel, 1999.
- 181.182.183INGENBLEEKY., Les malnutritions dans les pays du Tiers Monde, 1999.
- 184.INGENBLEEK Y., Définition de l'état nutritionnel et inflammatoire. In : Les malnutritions dans les pays du Tiers Monde, 1999.
- 185SAEZ C., Evaluation de l'état nutritionnel des enfants âge de 0-6 ans, Université de Bordeaux II, 1999.
- 186MAHU J.L., SUQUET J.P., BLEIBERG-DANIEL F., TURQUET M., LEMONNIER D., Enquête nutritionnelle chez les jeunes enfants à l'île de la Réunion : Prévalence de la MPE, Journées Internationales du GERM, 2000.
- 187HENNART ph., RVOHABABISHA M., DRAMAIX M., BRASSEUR D., Devenir d'enfants âgés de 0-3ans et apport de la l'anthropométrie et de la biologie du couple mère-enfant en Afrique Centrale, 2000.
- 188INGENBLEEK Y., Définition de l'état nutritionnel et inflammatoire, 1999.
- 189POTIER DE COURCY G., DE CREPY A., CHRISTIDES J.P., Hypotrophie du nouveau-née à terms ET statue en folates dans une population de femmes enceintes à haut risqué, 1998.
- 190MEGHELLI-BOUCHENAK M., BOQUILLON M., BELLEVILLE J. Time cours of changes in rat serum apolipoproteins during the consumption of different low protein diet followed by a balanced diet, 1997.
- 191MEGHELLI-BOUCHENAK M., BOQUILLON M., BELLEVILLE J. Time cours of changes in rat serum apolipoproteins during the consumption of different low protein diet followed by a balanced diet, 1997.

- 192 RUMEAU-ROUQUETTE C., DU MAZAUBRUN C., RABARISON Y., Naître en France, 10 ans d'évolution, Les éditions INSERM, 1998.
193. Organisation Mondiale de la Santé, Nutrition for Health and Development, Aglobal agenda for combating malnutrition, OMS, France, 2000.
194. IINGENBLEEK Y., VAN DEN HOVE M.F., DURUELLE M., Defferences in the retinol circulating complex between healthy male and female infants, 1999.
- 195.196. IINGENBLEEK Y., VAN DEN HOVE M.F., DURUELLE M., Deference in the retinol circulating complex between healthy male and female infants, 1999.
- 197.198. APELGREN K. N., ROMBEAU J., PONTIER F., CHARREL M. Prealbumine ET retinol binding protein, 1995.
199. APELGREN K.N, TWOMEY P.L, et al. Comparison of nutritional indices and outcome in critically ill patients, 1995.
200. INGNEBLEEK Y., DE VISSCHER M., Hormonal_ and nutritional status: critical conditions for endemic goitres epidemiology? Metabolism, 1999.
- 201.202. INGENBLEEK Y., Albumin, transferring and thyroxin-binding prealbumin/retinol protein complex in assessment of malnutrition, 1997.
203. INGNEBLEEK Y., DE VISSCHER M., Hormonal and nutritional status: critical conditions for endemic goitres epidemiology? Métabolisme, 1999.
204. POTIER DE COURCY G., DE CREPY A., CHRISTIDES J.P., Hypotrophie du nouveau-né à terme et statut en folates dans une population de femmes enceintes à haut risque, 1998.

205 OMS, La fiche de croissance. Son utilisation pour les soins nourrissons et aux enfants, 1996.

206 GOPALAN C., CHATTERJEE M., Use of growth charts for promoting child nutrition. Are view of global experience, 1995.

207 CORNU A., DELPEUCH F., SIMONDON F., et al, Enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire au Congo, 1990.

208 KARLBERG J, On the modelling of human growth, 1997.

209 KARLBERG J., Analysis of linear growth using a mathematical model, From birth to three years, 1997.

210 KARLBERG J, Longitudinal analysis of infantile growth in an urban area of Lahore, 1998.

211.112 JOLICOEUR P, Lifetime asymptotic growth curve for human height, 1998.

213. OMS, La fiche de croissance. Son utilisation pour les soins nourrissons et aux enfants, 1996.

214 PERNIN N.O, Contribution à la méthodologie d'analyse de données longitudinales, Université Claude Bernard, 1996.

215 CORNU A., DELPEUCH F, Enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire au Congo, Paris, 1990.

216 WATERLOW J.O., Observations on the natural history of standing, In: Linear growth retardation in less developed countries, New York, 1996.

217 SCHOOL T. O., The utility of cross-sectional measurements of weight and length for age in screening for growth failure (chronic malnutrition) and clinically severe protein-energy malnutrition, 1993.

218 DUBERNET J. Esquisse d'une action sanitaire pour une amélioration de la nutrition à Mayotte, 1995.

219INGENBLEEK Y., Définition de l'état nutritionnel et inflammatoire. In : Les malnutritions dans les pays du Tiers Monde , 1999.

220IAN HAMEL, Mayotte sort enfin du Moyen Age, 1996.

221OMS .Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status, 1992.

222SAEZ C., Evaluation de l'état nutritionnel des enfants âge de 0-6 ans dans la vallée du Maroni, 1998.

223DUBERNET J. Esquisse d'une action sanitaire pour une amélioration de la nutrition à Mayotte, 1995.

224INGENBLEEK Y., Les marqueurs sanguins de l'état nutritionnel, 1999.

225ROMETTE J., Le syndrome inflammatoire et les modifications des protéines plasmatiques, 1996.

226.ROMETTE J, Le syndrome inflammatoire et les modifications des protéines plasmatiques, 1996.

227.OMS ,The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years, 1997.

.UNAIDS, Organisation mondial de la santé, 2000228.

229CANO N., Transthyretin (Pré albumine) sérique, 1999.

230. OMS,Nutrition for Heath and Développent, 2000.

231HENNART ph., Devenir d'enfants âgés de 0-3ans et apport de la l'anthropométrie et de la biologie du couple mère-enfant en Afrique Centrale, 2000.

232.UNICEF, Guide pour la lutte contre les carences nutritionnelles, 2000.

233MAHU J.L.,Enquête nutritionnelle chez les jeunes enfants à l'île de la Réunion : Prévalence de la MPE, des infections, et des parasitoses, 2000.

234.CANO N ,Transthyretin (Pré albumine) sérique., 1999.

235.المجلس العربي للطفولة و التنمية، واقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة، 2006.

236.المجلس العربي للطفولة و التنمية، واقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة، 2006.

237.المجلس العربي للطفولة و التنمية، واقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة، 2006.

238.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

239.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

240.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

241.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

242.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

243.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

244.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

245.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

246.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

247.المجلس العربي للطفولة و التنمية، نفس المرجع السابق.

248.WHO, 1992, Global , Database on chid growth and Malnutrition.

249.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الأقطار العربية، المؤتمر العربي لصحة الأم و الطفل، (7- 10) يونيو 1999.

250.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، المؤتمر العربي لصحة الأم و الطفل، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

251.حافظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق.

252.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، المؤتمر العربي لصحة الأم و الطفل، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

253.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، المؤتمر العربي لصحة الأم و الطفل، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

254.حافظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق.

- 255.حافظ شقير وآخرون، «الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية»، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 256.حفظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق.
- 257.حافظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق.
- 258.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 259.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 260.حافظ شقير وآخرون، «الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية»، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 261.حافظ شقير وآخرون، «الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية»، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 262.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 263.حافظ شقير وآخرون، «الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية»، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 264.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 265.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 266.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 267.حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.
- 268.Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : Santé de la mere et de l'enfant, MDG1995, Alger, UNICEF, 1996.
- 269.Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie :Santé de la mere et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , Alger , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
- 270.Enquête nationale sur les objectifs de fin-décennie : EDG 2000 Algérie, op.cit.

271. Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : MDG1995 Algérie , op.Cit.
272. Enquête nationale sur les objectifs de fin-décennie : EDG 2000 Algérie,opcit.
273. Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : MDG1995 Algérie , op.cit.
274. Enquête nationale sur les objectifs de fin-décennie : EDG 2000 Algérie,opcit.
275. Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : MDG1995 Algérie , op.Cit.
276. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
277. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
278. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
279. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
280. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
281. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
282. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
283. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.
284. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF,INSP,OMS, 2001.

285. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
286. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
287. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
288. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
289. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
290. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
291. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
292. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
293. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
294. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
295. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.
296. Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 , UNICEF, INSP, OMS, 2001.

297. المسح الجزائري حول الأسرة 2002 ، الجزائر 2003.
298. المسح الجزائري حول الأسرة 2002 ، الجزائر 2003.
299. المسح الجزائري حول الأسرة 2002 ، الجزائر 2003.
300. المسح الجزائري حول الأسرة 2002 ، الجزائر 2003.
301. المسح الجزائري حول الأسرة 2002 ، الجزائر 2003.

- 302.المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.
- 303.المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.
- 304.المسح الجزائري حول الأسرة 2002، الجزائر 2003.
- 305.مسح الدراسة الميدانية في الوحدات الصحية (PMI) ولاية البليدة، 2006.
- 306.المسح في الوحدات الصحية (PMI) ولاية البليدة، 2006.
- 307.المسح في الوحدات الصحية (PMI) ولاية البليدة، 2006.
- 308.مسح الدراسة الميدانية في للوحدات الصحية (PMI) ولاية البليدة، 2006.
- 309.Jonathan : Programs for Nutritionnel Anthropométrie Déviation of Epidémiologie ,Université of Michigan.
- 310.Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie :Santé de la mère et de l'enfant , EDG Algérie 2000 ,UNICEF,INSP,OMS, 2001.
- 311.OMS, La fiche de croissance. Son utilisation pour les soins nourrissons et aux enfants, OMS, Genève, 1996.
- 312.Bocquier. PH : Analyse des enquêtes biographiques, INSEE, 1996.
- 313.Bocquier. PH, op.cit.
- 314.OMS :Cours sur la régression logistique , INSP, OMS, 10-14 juillet, 1999.
- 315.Mosely, W.H. « An anal tical Framework for the sud of Child survival in Child survival-stratégies for research ». Population and développement, 1999.
- 316.Mosely, W.H. An analtical framework for the study of child survival in child survival-strategies for research . Population and developement review, 1999.
- 317.من إقتراح الباحثة.
- 318.النتائج الأولية للإحصاء العام للسكان و السكن جوان1998.
- 319.JELLIFFE D.B. La nutrition de l'enfant dans les pays en voie de développement, New York, 1995.
- 320.UNICEF, Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, New York, 2003.

321.التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة2006، وزارة الصحة و السكان، 2006.

322·DUBERNET J. Esquisse d'une action sanitaire poure une amélioration de la nutrition à Mayotte, Université de Bordeaux II, 1995.

323·Bonvalet.c, Merlin.p :Transformation de la famille et habitat, INED-Paris, PUE, 1998.

324·OMS, Manuel de L'allaitement des Nourrissons et des Jeunes Enfants, 2003

325·Vallin. J, La lutte contre la mort, influence de la population sociale et des politiques de santé sur l'évolution de mortalité, INED-Paris, PUE,2001

326. المجلس العربي للطفولة و التنمية، و اقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة.

327·Lipton, R., Poverty, under nutrition and Hunger, Washington DC, 1999.

328·UNESCO ,Organisation des Nation Unies pour l'éducation, la science et la culture ,UNESCO, Paris,2004.

329·UNICEF, Fonds des Nation Unies pour l'enfance, Traite d'enfants en Afrique de l'Ouest, UNICEF, Avril 2002.

330·Parsons Talcott & R.Bales :Family Socialization and Interaction Process, The Free Oress,2003.

331·FAO, Urbanization, Food Consumption Patterns and Nutrition, Rome, 2005.

332.المجلس العربي للطفولة و التنمية، واقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة.

333.التقرير حول صحة الأسرة و السكان في الجزائر لسنة2006، وزارة الصحة والسكان، 2006.

334· Beller, P. and Drake, W., Malnutrition, Child Morbidity and the Family Decision Process, 2004.

335 CAERON M., HOFVANDER Y., Manuel sure l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants, New York, 1999.

336 DUPIN H., RAIMBAULT A.M, Les troubles nutritionnels chez la mère et enfant : épidémiologie et prévention, 1998.

337 Heller, P. and Drake, W., Malnutrition, Child Morbidity and the Family Decision Process, 2003.

338 HENNART ph., RVOHABABISHA M., Devenir d'enfants âgés de 0-3ans et apport de la l'anthropométrie et de la biologie du couple mère-enfant en Afrique Centrale., 2000.

339 INGENBLEEK Y., Les marqueurs sanguins de l'état nutritionnel. Nés Journées Nationales de Biologie, Grenoble les 15-16-1999.

340 HENNART ph., RVOHABABISHA M., Devenir d'enfants âgés de 0-3ans et apport de la l'anthropométrie et de la biologie du couple mère-enfant en Afrique Centrale. , 2000.

341. د. عبد الباسط محمد علي: النباتات الطبية، زراعتها ومكوناتها، الدار العربية للكتاب، ليبيا وتونس، 2003.

342 American College of Obstetrics and Gynecology. 2007 Breastfeeding: Maternal and infant aspects. Special report from ACOG.

343 Kramer, M., Chalmers, B., Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the republic of Belarus, 2001.

344 Kroeger, M., & Smith, L. Impact of birthing practices on breastfeeding: Protecting the mother and baby continuum. Boston 2004.

345 Matthiesen, A., Ranjo, A., Nissen, E., & Uvnas-Moberg, K. Post-partum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking, 2001.

346 Sobhy, S. M., NA. The effect of earl initiation of breastfeeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor Egypt Public Health Association, 2004.

347 Widstrom, A., Ransjo-Arvidson, «Gastric suction in health newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour», 2001.

348 Fishman et al. Childhood and Maternal Underweight in Comparative Quantification of Health Risks. Geneva ,2004.

349 Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anaemia. Washington, 2005.

350.الدكتور باقر محمد حسين ، قياس وتحليل الفقر مع التركيز على الأساليب غير التقليدية في تحسين مستويات المعيشة في دول المشرق العربي ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لعربي آسيا ، بيروت ،1999.

351.المجلس العربي للطفولة و التنمية، و اقع الطفل العربي التقرير السنوي 2005، العدد السابع، القاهرة.

352. د. نور ، عثمان الحسن: صحة الأطفال ووفياتهم في إطار التغير الاجتماعي والاقتصادي في المملكة العربية السعودية ، مركز البحوث ، كلية الآداب جامعة الملك سعود ، الرياض، 2004.

353. د. نور ، عثمان الحسن: نفس المرجع السابق.

354. د. أ. البوشي: أنماط التغذية التكميلية للرضع المشاهدة في دمشق، أطروحة مقدمة إلى كلية الطب بجامعة دمشق. 2002.

355 Dimkin, P., & O'Hara, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2002.

356.أ. البندري عبد الرحمن أبو نيان: الرضاعة الطبيعية الخالصة تنقذ حياة ستة ملايين طفل سنويًا، وزارة الصحة و منظمة اليونيسيف، 2005.

357. UNICEF, Fonds des Nation Unies pour l'enfance, Traite d'enfants en Afrique de l'Ouest, Réponses politiques, UNICEF, Avril 2002.

358.الدكتور كزاوري زانغ(Xiaorui Zhang) : إدارة الطب البديل والأدوية الأساسية والسياسة الدوائية، منظمة الصحة العالمية/جنيف، 2004.

359.360 Lauer JA, Betran AP, «Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment», 2006.

362.361 الدكتور كزاوري زانغ (Xiaorui Zhang): إدارة الطب البديل والأدوية الأساسية والسياسة الدوائية، منظمة الصحة العالمية/جنيف، 2004.