

جامعة سعد دحلب بالبليدة
كلية الآداب والعلوم الإجتماعية
قسم علم الإجتماع

مذكرة ماجستير

التخصص: علم الإجتماع الثقافي

الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات
في ولاية البليدة

من طرف

موساوي سامية

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا
مشرفا ومقررا
عضوا مناقشا
عضوا مناقشا

أستاذ محاضر، جامعة البليدة
أستاذ التعليم العالي، جامعة الجزائر
أستاذ محاضر، جامعة البليدة
أستاذ التعليم العالي، جامعة الجزائر

د/جمال معنوق
د/عبد الغني مغربي
د/كشاد رابح
د/بوزبرة خليفة

البليدة، سبتمبر 2005

ملخص

إن الطعام الجيد والتلقيح والنظافة هي عوامل يمكن أن تنفذ الطفل، من المرض والموت؛ الوالدين لهم دور حيوي في تحسين صحة أطفالهم. وضرورة تعليم أمهاتهم حيث مستقبل أمهات أساسي في تربية المراهقين؛ ولغرض وحيد تحسين صحة أطفال العالم. حسب الإتفاقية حقوق الطفل لسنة 1989 والتي صدقت عليها معظم بلدان العالم على حق الطفل في الحياة، التطور والحماية، وتندير بالعناية الصحية في السنوات الأولى من مرحلة أو مراحل حياة الطفل.

القمة العالمية للأطفال عام 1990 التي سمحت بتطوير خطة العمل والتي تمثلت في أهم الأهداف هي، خفض نسبة سوء التغذية إلى نصف النسبة مما كانت عليها عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات. إن الرضاعة عن طريق الثدي حسنة للطفل والأم ويمكن أن ينفذا من الأمراض، سوء الحظ أكثر فأكثر الأمهات تختار أن تغذي طفلها بواسطة القنينة الإرضاع؛ ومن هنا دور المرشحات في توضيح لهؤلاء الأمهات والتكلم أكثر عن دور وفائدة وحول إطعام الصدر في كل منطقة، هكذا حتى تعيد فهم الإرضاع الطبيعي مع الأمهات التي ترضع؛ مع إستراتيجية حتى تتوضح الأمور وترسل الرسالة بشكل واضح، حتى تنفذ وبشكل كبير وفيات الرضع من سوء التغذية والتي تعتبر آفة إجتماعية.

إن هذه الفحوصات، قد أهملت غالبا من قبل الدول الإفريقية، آسيا وأمريكا اللاتينية، كما أنه من الصعب الحصول على المعلومات حول الطعام الغذائي المحلي ومن الأكثر الطرق المستعملة، المقاييس الأنتروبوميترية، وهي الأكثر الوسائل العملية والبسيطة لقياس الوضعية التغذوية، بقياس الطول والوزن حسب العمر. إن طريقة فحص الأعراض، يجب أن يمارس من قبل شخص يسمى بالطبيب، حتى لا تكون هناك خطأ في البيانات قد تكون نتائجها ناقصة أو مزيفة؛ أما المقاييس الأنتروبوميترية، يمكن أن يؤخذ من قبل موظفين، ليس بشرط أن يكون طبيبا.

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الجداول والأشكال

الفهرس

14	مقدمة
19	1. المقاربة المنهجية العامة
19	1.1. أسباب إختيار الموضوع
19	2.1. أهداف الموضوع
20	3.1. الإشكالية
20	1.3.1. القسم العام
22	2.3.1. القسم الخاص
22	4.1. الفرضيات
22	1.4.1. شرح وتفسير الفرضيات
22	5.1. تحديد المفاهيم
22	6.1. الإقتراب النظري
29	7.1. المناهج
29	1.7.1. المنهج الوصفي
29	2.7.1. المنهج التفسيري
29	3.7.1. المنهج الإحصائي
29	4.7.1. المنهج المقارن
29	8.1. التقنيات
29	1.8.1. الأدوات والتقنيات المستعملة للدراسة
39	9.1. مجالات الدراسة
39	1.9.1. المجال الزمني
39	2.9.1. المجال المكاني
39	10.1. العينة
40	11.1. صعوبات الدراسة
41	2. الدراسات السابقة للوضعية التغذوية عبر العالم
42	1.2. العوامل المؤثرة في الحالة التغذوية
42	1.1.2. الصحة والتغذية
48	2.1.2. البيئة والتغذية
50	2.2. العوامل الإجتماعية والثقافية للتغذية
50	1.2.2. العادات التغذوية وأصلها
51	2.2.2. الفوائد التغذوية للعادات الأغذية التقليدية
52	3.2.2. العادات الجديدة للتغذية الصارة
52	3.2. عوامل النمو الديمغرافي والتغذية
52	1.3.2. السكان، التغذية، الغذاء والتخطيط العائلي
53	2.3.2. النمو الديمغرافي
54	3.3.2. التعمير

55	..... 4.3.2. الخصوبة والحالة التغذوية
56	..... 5.3.2. الرضاعة، الخصوبة والتخطيط العائلي
56	..... 6.3.2. التغذية خلال المراحل الهامة للحياة
62	..... 4.2. مشكلة سوء التغذية
63	..... 1.4.2. بيانات الوصف الكلينيكي لسوء التغذية
64	..... 1.4.2. ماهي سوء التغذية؟
65	..... 2.4.2. سوء التغذية والأزمة
65	..... 3.4.2. الإطار للأسباب سوء التغذية
66	..... 4.4.2. سوء التغذية في الدول المصنعة
66	..... 5.2. العناصر الآمنة والغير الآمنة لتغذية الأسرة
67	..... 1.5.2. العناصر الآمن التغذوي داخل الأسرة
67	..... 2.5.2. العناصر الغير الآمنة للتغذية داخل الأسرة
67	..... 3.5.2. الطعام والتغذية
74	..... 3. الدراسات الخاصة بالحالة التغذوية للأم
75	..... 1.3. عوامل الرضاعة الطبيعية والتغذية
76	..... 1.1.3. تغذية المرأة أثناء فترتي الحمل والرضاعة
77	..... 2.1.3. مشكل الرضاعة الإصطناعية أو بدائل الرضاعة الطبيعية
80	..... 62 4.1.3. كيف هو حليب الأم؟
80	..... 5.1.3. الميولات الخاصة بالتغذية الطفل
81	..... 6.1.3. سلوكيات الأمهات والتحليل الإيثنوغرافية حول الرضاعة الطبيعية
83	..... 7.1.3. تنظيم الرضاعة الطبيعية
84	..... 2.3. وضعية الأطفال في العالم من ناحية التطور وتعليم البنات
84	..... 1.2.3. تربية البنات
86	..... 2.2.3. تثقيف المرأة حول التغذية وتحسين وضعيتها
87	..... 3.3. العناية والرعاية الأمومة
89	..... 4.3. أسباب ومصادر سوء التغذية عند الأم
89	..... 1.4.3. الحصص الغذائية الغير الملائمة
90	..... 2.4.3. التبذير المرتفع للطاقة
90	..... 3.4.3. الحماية الغذائية الفقيرة للعناصر الأساسية الدقيقة
91	..... 4.4.3. الطلب خلال الحمل والرضاعة
92	..... 5.4.3. دراسة حالة سوء التغذية الأم الحامل
93	..... 4. الدراسات الخاصة بالوضعية التغذوية للأطفال
94	..... 1.4. سوء التغذية والأطفال
94	..... 1.1.4. سوء التغذية و حقوق النساء
95	..... 2.1.4. أسباب سوء تغذية الأطفال
97	..... 3.1.4. سوء التغذية ووفيات الأطفال
99	..... 4.1.4. بيانات سوء التغذية ووفيات الأطفال في العالم
100	..... 5.1.4. بيانات سوء التغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب المناطق
102	..... 6.1.4. إرتظام سوء التغذية بالنمو الطفل
107	..... 2.4. التغذية والأطفال
107	..... 1-2-4. التغذية عند الرضع والأطفال الأقل من خمسة سنوات
107	..... 2-2-4. حصص الحماية الغير ملائمة والفترة المرضية
108	..... 3-4. الطفل والعائلة

109	1.3.4. تأثير الفقر على الوضعية التغذوية للأطفال
110	2.3.4. صحة الأطفال
112	4.4. حقوق الأطفال
112	1.4.4. لجنة حقوق الأطفال تقرير المرحلة الثانية بالبنغلاداش
112	2.4.4. لجنة حقوق الطفل المقال 44 من الإتفاقية
114	5. الحلول والبرامج الرامية إلى النهوض بأوضاع التغذية
115	1.5. تحسين الأمن الغذائي الأسري
116	1.1.5. التحسين التغذوي طبيعته وتطوره
117	2.1.5. من أجل تغذية جيدة = الفترات «الثلاثة A»
117	3.1.5. التغذية وتدخلات القطاع الإجتماعي
120	2.5. رعاية الأمومة والطفولة
121	1.2.5. برنامج فيما يخص تغذية الطفل
124	2.2.5. التغذية عند الأطفال الصغار وحديثوا الولادة
125	3.2.5. الوقاية من الأمراض المزمنة فيما يخص الطفل
127	4.2.5. حماية الأطفال من سوء التغذية
130	5.2.5. حماية، ترقية وتدعيم الرضاعة الطبيعية
131	6.2.5. مبادرة المستشفيات إتجاه الرضع
132	7.2.5. دور البرامج الهادفة إلى تحسين الوضعية التغذوية لدى الأم خلال الحمل والرضاعة
133	8.2.5. العناية ورعاية الأمومة
135	3.5. مهاجمة القصور التغذوي للعناصر الأساسية
135	1.3.5. قرص من الملح لتخفيض الإضطرابات الناتجة عن نقائص في اليود
136	2.3.5. الفيتامين أ
140	3.3.5. أن تحسن الخدمات الصحية الأساسية
140	4.3.5. البرامج الخاصة بالتأسيس التربوية والمعلوماتها
140	5.3.5. وسائل جديدة لقياس سوء التغذية
140	6.3.5. حالات إمتحان الملح المعالج باليود
140	7.3.5. التزويد بالكمبيوتر الإستعلامات على فقر الدم
141	4.5. المكافحة والحماية التغذوية الجيدة، تناول المحاضرة العالمية للتغذية
141	1.4.5. السكان
142	2.4.5. الفقر
142	3.4.5. علم الأمراض
143	4.4.5. منظورية متعددة العوامل
145	5.5. معرفة حقوق التغذية
145	6.5. اليونيساف وبرنامج التغذية في العالم
145	1.6.5. عمان و "الثلاثة A"
146	2.6.5. الإحتفال بالتقدم المنفذ لصحة الأطفال في البرازيل
146	7.5. دور المختصين في التغذية للسياسة الأسرة و السكان
147	8.5. العناية والتغذية مع الإستعمالات التقليدية
149	9.5. حماية وترقية لنموذج الحياة الصحية
149	1.9.5. التغذية عند الفئة المحرومة
150	6. الحالة التغذوية للأطفال في الدول العربية
151	1.6. الحالة التغذوية في البلدان العربية من خلال المعطيات المشروع PAPchild
159	1.1.6. الاختلافات في الحالة التغذوية بين الدول العربية

166	2.1.6. الحالة التغذوية وبعض الظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل.....
168	3.1.6. الإصابة بالاسهال.....
169	4.1.6. العلاقة بين الوفيات والإصابة بسوء التغذية.....
169	2.6. الحالة التغذوية للأطفال في الجزائر حسب (MDG1995 و EDG2000).....
170	1.2.6. دراستين MDG و EDG.....
171	2.2.6. الطول بالنسبة للعمر (HAZ).....
171	3.2.6. نقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ).....
174	4.2.6. نقص الوزن بالنسبة للطول (WHZ).....
175	7. الدراسات التحليلية لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل في الجزائر.....
176	1.7. تحليل وصفي لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل.....
183	1.1.7. خصائص المحيط والمسكن.....
192	2.1.7. خصائص الأم.....
194	3.1.7. خصائص الشخصية للطفل.....
196	2.7. التحليل التفسيري لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل.....
198	1.2.7. نموذج سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن (WAZ).....
199	8. دراسة تحليلية لسوء تغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل لولاية البليدة.....
201	1.8. التحليل الوصفي لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل.....
207	1.1.8. خصائص المحيط وسوء تغذية الطفل.....
221	2.1.8. خصائص الأم.....
229	3.1.8. خصائص الطفل وسوء تغذيته.....
231	2.8. التحليل التفسيري لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل.....
231	1.2.8. نموذج سوء التغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن (WAZ).....
240	خاتمة.....
241	الملاحق.....
262	قائمة المراجع.....

قائمة الجداول

الرقم	الصفحة
01	نقد حدة سوء التغذية بالتركيز على تقدير المؤشرات سوء التغذية والنسب EDG بالجزائر 2000
02	المساهمة في ضمان معظم الأغذية للنساء في سن الإنجاب
03	الإحتياجات الطاقوية للأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم
04	تقدير التغذية المزممة في مناطق الدول النامية
05	المجتمعات الذين يعانون من نقص الخطير للعناصر الغذائية الدقيقة (بالمليون).
06	تقديرات لضعف في الأوزان عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب المناطق
07	مضامين التغذية بالمقدار 100 غرام من الحليب الأمومي و100 غرام من حليب البقر
08	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة في بعض الدول العربية (%).
09	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب الجنس والدولة (%).
10	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن حسب العمر والدولة (%).
11	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب العمر والدولة (%).
12	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من النحافة حسب العمر والدولة (%).

- 13 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب طول الفترة السابقة بين الولادات والدولة (%).
- 14 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب مكان الإقامة والدولة (%).
- 15 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب المستوى التعليمي للأم والدولة (%).
- 16 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب نوعية أرضية المسكن والدولة (%).
- 17 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود المطبخ والدولة (%).
- 18 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود شبكة المياه والدولة (%).
- 19 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب طريقة تنقية المياه والدولة (%).
- 20 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب نوعية المراض والدولة (%).
- 21 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب طريقة التخلص من القمامة والدولة (%).
- 22 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب عدد مرات التخلص من القمامة والدولة (%).
- 23 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب الإصابة بالإسهال والدولة (%).
- 24 معدلات وفيات الأطفال والرضع في أربع دول عربية حسب ما إذا كان بالأسر طفلاً يعاني من سوء التغذية أم لا (%).
- 25 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة المتوسط والحاد حسب MDG و EDG.
- 26 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن المتوسط والحاد حسب MDG و EDG.

- 27 نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من النحافة المتوسط والحاد حسب MDG و EDG. 174
- 28 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب مكان الإقامة. 176
- 29 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب الوسط السكاني. 177
- 30 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب نوعية المسكن. 178
- 31 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متوسط عدد الأفراد بكل حجرة. 179
- 32 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب مصدر المياه الصالحة للشرب. 180
- 33 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب تواجد شبكة الصرف الصحي. 181
- 34 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات مصابين بالسوء التغذية حسب عمر الأم. 183
- 35 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات مصابين بالسوء التغذية حسب الخصوبة. 184
- 36 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة. 185
- 37 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم عند آخر حمل لها. 186
- 38 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب المكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير. 187
- 39 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم للرعاية خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع. 188
- 40 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته. 189

- 41 189 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب إستعمال الأم التلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها.
- 42 190 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي.
- 43 192 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الجنس.
- 44 193 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب عمر الطفل بالأشهر.
- 45 198 نموذج سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن.
- 46 202 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب مكان الإقامة.
- 47 203 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الوسط السكاني.
- 48 204 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب نوعية المسكن.
- 49 205 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متوسط عدد الأفراد بكل حجرة.
- 50 206 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب مصدر المياه الصالحة للشرب.
- 51 207 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب تواجد شبكات الصرف الصحي.
- 52 208 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب عمر الأم.
- 53 209 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الخصوبة.
- 54 210 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب إستخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة.

- 211 55 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم خلال آخر حمل لها.
- 212 56 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب المكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير.
- 213 57 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم للرعاية خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته.
- 214 58 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من الوضع.
- 215 59 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب إستعمال الأم للتلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها.
- 215 60 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب معرفتها بالأمراض التي تصيب طفلها.
- 217 61 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب المستوى التعليمي للأم.
- 218 62 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب تفضيل الأم للرضاعة الطبيعية أو الإصطناعية.
- 219 63 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب ميل الأم للطب الحديث أو التقليدي.
- 220 64 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب عمل الأم.
- 220 65 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الدخل الفردي للأسرة.
- 222 66 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب عمر الطفل.
- 223 67 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب التمييز بين الجنسين.
- 224 68 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب تواجد الدفتر الصحي.

- 225 69 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة تعليمات الدفتر الصحي.
- 226 70 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب التلقيحات.
- 227 71 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الوقاية ضد الكساح.
- 228 72 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب التنوع الغذائي.
- 229 73 نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الأشهر الذي يتم فيه التنوع الغذائي.
- 239 74 نموذج سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب مؤشر نقص في الوزن عند 95%.

قائمة الأشكال

الرقم	الصفحة
01	الوزن بالنسبة إلى العمر للذكور والإناث من (0 - 36) شهرا حسب (OMS/NCHS).
02	النمو الديمغرافي عبر العالم
03	التغذية خلال المراحل الهامة من الحياة (الحمل، الرضاعة، الرضع والأطفال الصغار، الرجل القادر على الإنجاب).
04	قواعد الحمل والرضاعة للنساء بين (18-43) سنة.
05	سوء التغذية ووفيات الأطفال بسبب الأمراض.
06	سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب المناطق.
07	نتائج التأخر في النمو حسب منطقة Philippines.
08	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الجنس والدولة.
09	نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب طول الفترة بين الولادات والدولة.
10	نسب وتكرار الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من النحافة حسب مكان الإقامة والدولة.
11	نسب وتكرار الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب تواجد المرحاض الصحي.
12	نسب وتكرار الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الإصابة بالإسهال.
13	معدلات سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب خصائص الأسرة و المسكن.
14	نسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب خصائص الأم و سلوكها الحضري.
15	نسب سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب خصائص الطفل.

مقدمة

عندما نتحدث عن المستقبل، ذلك المتعلق بالأطفال خصوصا، هم ليسوا بحاجة للإسقاط العلمي بالأجهزة الكمبيوتر. بل بالرسم الطريق للأطفالنا اللذين منهم يحذرون اليوم يكونون كفاية أن نكشف الجزء الكبير ماسيحدث في الألفية القادمة. العالم غدا سيؤثر لربما بالعلم والتكنولوجيا، لكن هو يشكل نفسه مسبقا وقبل كل شيء في الأجسام وأرواح أطفالنا.

من تقرير حالة الأطفال في العالم 1998 (L' UNICEF)، بمساعدة الأمم المتحدة الوحيدة التي كرسست نفسها بشكل خاص وفعلي للأطفال بحقائق بسيطة، لكن هذا مهم بحيث تغذية جيدة يمكن أن تحول حياة الأطفال، بتحسين تطورهم الفيزيائي والعقلي، يحمي صحتهم ويعطي مستند مغلق في معدل إنتاجهم المستقبلي. أكثر من 200 مليون طفل أقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية في الدول النامية. ونفس الشيء بالنسبة لمجموع دول العالم، سوء التغذية تساهم بالأكثر من نصف الوفيات حوالي 12 مليون من الأطفال الأقل من خمسة سنوات تحدث سنويا في الدول النامية، هي تأثيرات تحدث بشكل متكرر عند الطفل الذي يعتبر خسارة ثمينة للسعة العقلية. الأطفال المعرضين لسوء التغذية هم غالبا الأكثر تعرضا للمرض، وإذا بقوا على قيد الحياة يمكن أن يصبحوا مسجلين بالعاهات الفيزيائية أو العقلية.

كل ماسبق ذكره، كل هذا الألم الإنساني له أسباب متعددة: المرض، الذي يمكن أن نتجنبه كجزئ كبير الفطام الغير الناضج، الإعتقادات الثقافية السيئة للأهمية تغذية الطفل، بسبب الحكم الغير الصائب المتجذر والذي يسجن النساء والأطفال في عالم الفقر. وعلى الرغم من كل هذا، العالم يعرف ما هو ضروري لأن تجعل نهاية لسوء التغذية. بوضع قاعدة متينة من التعاون بين الجماعات المحلية. ليس المنظمات الحكومية، الهيئات والمؤسسات الدولية، مستقبل حياة الأطفال يمكن أن يأخذ الشكل الذي نرغب والذي يستحقونه، ذلك من نمو وتطور منسجم ومعدل الإنتاج المتزايد والعدالة والسلام.

سوء التغذية تظهر على نحو واسع أيضا، بحيث ثلاثة أرباع من الأطفال عبر العالم يتوفون بسبب سوء التغذية والتي أثارت إنتباه المختصين لهذه الآفة، لكن لم تحرز أي تقدم ولا علامة تذكر للتحذير.

والضريبة المأخوذة منها عبر العالم ليست أولى من الأولويات المجاعة، الحروب والكوارث الطبيعية الأخرى، في الحقيقة هذه الأحداث مسؤولة فقط لجزئ صغير، والجزئ الأكبر يتمثل في حماية وتوعية المجتمع من الأمراض ومجانية العناية بالأطفال الصغار والجماعات الضعيفة ويستلمونها بإقناع. الدراسات توضح الصلة بين سوء التغذية خلال الفترة الجنينية والظهور اللاحق للمرض المزمن، كأمرض التاجية، مرض السكر وضغط الدم العالي [1] ص 12، تعطي نتائج المسبقة لمشكلة رئيسية لحواجز جديدة للقلق.

إن المجموعات الأكثر ضعفا هم الأجنة، والأطفال الأقل من ثلاث سنوات والنساء قبل وخلال الحمل والإرضاع. عند الأطفال، سوء التغذية تصيب الحمية الغذائية فهي ليست تغذويا صحية، وليسوا محميين من الأمراض المتكررة ولا يستلمون العناية الكافية. الأمراض تظهر بشكل متكرر نتيجة سوء التغذية وهي بالتالي وغالبا نتيجة المرض. كالمالريا تعتبر كالسبب رئيسي لوفيات الأطفال في المناطق واسعة من العالم، يعارض بشكل كبير نمو وتطور الأطفال. في مناطق إفريقيا نجد المالريا قوية جدا، حوالي ثلث حالات سوء التغذية الأطفال بسبب المالريا. ليس فقط هذا المرض عنده نتائج تغذوية خطيرة للنساء الحوامل، بحيث يتميزن بالضعف في الوزن وبالتالي أطفالهم معرضون لفقر في الدم وضعف في الوزن.

سوء التغذية يظهر بالأشكال مختلفة ومتكافئة، كالسوء التغذية في الطاقة والبروتين، وإضطرابات تعالج بسبب نقص في اليود والحديد والفيتامين A، الإكتشافات التي تظهر بشكل متكرر بالسبب نقص في «العناصر الغذائية الدقيقة» الجوهرية كالفيتامين A واليود أين الجسم الإنساني لا يمكن أن يصنعها، والتي تعتبر ضرورية كما تنظم مجموعة من الوظائف الفيسيولوجيا الأساسية.

نقص في اليود يتسبب في فقر في الدم هو عامل يعطي تعقيدات في الحمل والولادة الذي يعرض 585000 امرأة للوفاة كل عام، غياب حمض Folique عند النساء الحوامل يمكن أن يثير تشوهات فطرية للرضيع مثل Spina bifida، المساهمة الغير كافية للفيتامين D يعمل على التعظم وبالتالي ينتهي بالداء الكساح. نقص في الفيتامين A، الذي يمثل حوالي 100 مليون طفل عبر العالم، كان يعرف مسبقا كسبب لفقدان في البصر. لكن أصبح أكثر وضوحا من هذا النقص، بأن يعدل بتحصينه، لمقاومته من الإسهال، الذي يأخذ 2,2 مليون طفل سنويا، أما الحصبة، الذي يقتل قرابة مليون طفل سنويا. كما توجد هناك ملاحظات جديدة تقترح بأن نقص في الفيتامين يعتبر كالعامل لوفيات الأمهات، خاصتا اللواتي يعيشن في المناطق الفقيرة [2] ص 58.

التمييز بين الجنسين يعتبر كسبب رئيسي لسوء التغذية، بحيث المرأة هي المصدر الرئيسي لتغذية خلال الأوقات الأكثر حسما من تطور الطفل، بحيث عدم التساوي بين الرجل والمرأة في توزيع الأدوار داخل الأسرة والجماعة والمجتمع وإعطاء كامل الحقوق للرجل بإعتباره الممثل الرئيسي، أما المرأة ينزع منها الحق في التربية والعمل، وبالتالي من مستحيل تصحيح هذه المعلومات والوصول إلى نتائج إيجابية للقضاء على سوء التغذية.

سوء التغذية على مستوى الأسرة، من حيث الدخل المعيشي والضغوطات القوية في العجزو الأمراض المرتبطة بسوء التغذية، التي تثقل بأعبائها على الأسر الفقيرذوي الدخل الضعيف والمسؤولين على متابعة الأطفالهم. فقط في سنة 1990، نجد الخسارة العالمية في معدل الإنتاج الإجتماعي كانت أسبابها للأنواع المختلفة لسوء التغذية التي تتداخل لتعطي النحول وتأخر في النمو، الإضطراب بسبب نقص في اليود والحديد وفي الفيتامين A حوالي 46 مليون كل سنة من حياة الطفل [3] ص79. الضعف في مقاومة الأطفال المعرضين لسوء التغذية راجعة إلى كفاءة المصادر المعتبرة التي تصرف عليها، فهي تتضمن وصول الأسر إلى خدمات الصحة الأساسية وإلى التنقية. ودور الحكومات وشركائهم في التربية الأساسية تساهم بالتأثيراتها السلبية لسوء التغذية من جهة التطور الثقافي و نتائج توعية المثقف [4] ص584.

العديد من الأطفال في العالم يعانون من الأنواع المتعددة من سوء التغذية، والأرقام متداخلة فيما بينها. لكن التقدير الموثوق منه عبر العالم، 226 مليون من الأطفال يمثلون تأخر في نموهم ويتميزون بالقصر القامة غير طبيعية بالمقارنة بأعمارهم [5] ص1-3. هناك ما يبرره بالإختلاف الوراثي، وفي الوقت الحاضر الخطر يزداد على النساء المعرضات لتعقيدات في التوليد بسبب نقص في الطول وإن التأخر في النمو مرتبط بإطالة في التغذية، وتساهم في غالب إلى حلقات المكررة للمرض وإلى الحمية دون مستوى.

نجد 67 مليون من الأطفال يعانون من النحافة، ويقصد به تحت الوزن الذي يجب أن يكونوا عليه وهناك 183 مليون من الأطفال يوزنون بأقل من المتوسط الطبيعي لعمرهم، الدراسة توضح بأن الأطفال الذين يتميزون بالتقدم في الوزن الضعيف هي بين إثنان وثمانية الأكثر تعرضا للوفاة في السنة القادمة من الأطفال الذين لهم وزن طبيعي [6] ص17. أكثر من إثنان ملايين شخص، خصوصا النساء والأطفال لهم

نقص في الحديد [7] ص12، والمنظمة العالمية للصحة (OMS) لديها احتمالات للدول النامية بالنسبة 51% من الأطفال الأقل من أربعة سنوات لهم فقر في الدم [8] ص786-781-97.

معدلات سوء التغذية نقصت خلال 20 سنة الأخيرة في أغلبية مناطق العالم النامي، لكن في إقاعات مختلفة الحدة. في إفريقيا هي حالة إستثنائية لأن نسب سوء التغذية بدأ يزداد في بداية التسعينات، بعد الإنحطاط الإقتصادي الإقليمي الذي بدأ في نهاية الثمانينات. الخدمات الإجتماعية والصحية قد أصبحت من الصعب الإلتحاق بها نظرا للطرق الصعبة. من Royaume-Unis، الأطفال ذوي الأسر الفقيرة معرضون للأخطار الصحية المرتبطة بالغذاء، طبقا للدراسة الأخيرة التي صرحت نسب عالية من فقر الدم، التشوهات الخلقية، مشاكل في الولادة، السمنة وإرتفاع ضغط الدم [9] ص1545.

في أوروبا المركزية والشرقية، توضح التقلبات الإقتصادية التي ترافق الإننتقال نحو إقتصاد السوق ويسقطان الضوء في دور البرامج الإجتماعية التي لديها تأثير عميق على سوء التغذية الطفل والأم. في Fédération Russie، التقديرات لتأخر في نمو الأطفال الأقل من خمسة سنتين تمثلان من 9% في 1992 إلى 15% في 1994. أما République d'Asie أيضا Kazakstan 60% من النساء الحوامل والأطفال الصغار معرضين لفقر الدم [10] ص10. في الجزائر، تم تسطير برنامج خاص بالتغذية لسنة 2000، يهدف إلى تخفيض سوء التغذية البرتيني الطاقوي بما يصل إلى 20% والمتوسط بما يصل 30%. وتخفيض النقص في مستوى الحديد بالمقدار 20% وخفض العجز في مستوى اليود بالمقدار 50%، لكن نسبة سوء التغذية تمثل 28% لسنة 1975، وفي 1987 إنخفضت هذه النسبة إلى 11,2% وإلى 9,2% في 1992 [11] ص12.

الإتفاقيات الهادفة إلى إزالة الإشكال الخاص بالتمييز بين الجنسين، والتي بنيت في 1979، وهذا بأخذ كل المقاييس المناسبة لتأمين كامل الحقوق للمرأة، من عناية صحية وتربوية والتوعية والتغذية الكافية خلال الحمل والرضاعة. كما نجد القمة العالمية للطفل لسنة 1990، تعرف بأهدافها مسطرة من التغذية الدقيقة للأطفال والنساء، بشكل بارز أن يجهز الطعام الكافي خلال الحمل، وأن تحمي وتدعم إستعمالات الإضافية للغذاء مع مراقبة نمو الطفل بأخذ المقاييس المناسبة للمتابعة ومراقبة التغذية. الحالة التغذوية تمثل عامل أساسي، بحيث خلال فترة الحمل وفي العمر ثلاث سنوات تتشكل أعضاء وأنسجة الطفل، دماغه و العظام و إمكانياته الثقافية والفيزيائية. لأن الإنسان يتطور بطريقة سريعة خصوصا

خلال 18 أشهر الأولى من حياته، الحالة التغذوية للنساء الحوامل أو المرضعات و الأطفال الصغار لهم أهمية رئيسية في التطور العقلي و الإجتماعي فيزيائي للطفل.

الطفل حديث الولادة الصحي يتم دراسة طول ووزنه بالمعدل 3250 غرام من المتوسط [12] ص 45، ووزنه سيتضاعف عند الولادة خلال أربعة شهور، في أعياد الميلاد الطفل الصحي سيكون أربعة مرارة ونصف أثقل. خلية الدماغ تنتشر في النسبة من 250000 للدقيقة من الأسبوع الثالث للحمل [13] ص 56. في ذلك الوقت عند ولادة الطفل يتحصل على 100 ملايين من الخلايا العصبية، الارتباطات تتشكل خلال 13 أسبوع من الحمل [14] ص 15. التقدم السريع جدا بعد الولادة، الجزئ الأكبر بسبب التنبيه والعناية بالطفل، ومن ملايين هذه الارتباطات تصل إلى الطفل وهو يبلغ من العمر عامين ونصف، التطور العقلي والإدراكي الفيزيائي، تعتمد على هذه الصلات إتصال بين الشبكات العصبية بدونهم، الرسائل لا تستطيع العبور والعضلات لن تتحرك والعمليات المعقدة للفكر والتعلم لن يكونا.

إن تحسين في الحالة التغذوية يزيد في أمل بقاء الأطفال على قيد الحياة، لكن هذه العلاقة يجب أن يواكبها تغيير في العادات والتقاليد ونمط الحياة، إذ أن مفهوم الصحة لا يعني الصحة الجسدية فقط بل يعني كذلك تحسين الوضعية الإجتماعية والإقتصادية والثقافية. سسنناول في هذه الدراسة الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر لهذا تم تقسيم هذا البحث إلى بابين. نقدم في الفصل الأول المقاربة المنهجية العامة للبحث وفيه نتطرق إلى أسباب إختيار الموضوع، وتحديد الأهداف والإشكالية التي تتضمن قسم عام وخاص وتحديد الفرضيات وتحديد الإجرائي للمفاهيم و الإقتراب النظري ثم المناهج والتقنيات وتحديد الزمان والمكان والعينة، بالإضافة إلى صعوبات الدراسة.

ونتطرق إلى الباب الأول والمتمثل في الجزئ النظري، والذي يحتوي على مقدمة الباب ثم يأتي الفصل الثاني يحتوي على الدراسات السابقة للحالة التغذوية عبر العالم. أما الفصل الثالث يتعلق بدراسة الحالة التغذوية للأم والفصل الرابع إلى تغذية الطفل و الفصل الخامس على الحلول والبرامج الرامية للنهوض بأوضاع التغذية، ثم يأتي الفصل السادس الذي يتضمن الحالة التغذوي للأطفال في الدول العربية، أما الفصل السابع فيحتوي على الباب الميداني أين نتطرق إلى دراسة الوضعية الحقيقية لتغذية الأطفال في الجزائر،

وهذا بالإعتماد على التحليل الوصفي والتفسيري للمتغيرات. ثم ننهي الدراسة بالخلاصة عامة للباين وكل فصل يبدأ بالمقدمة وينتهي بملخص.

الفصل 1

المقاربة المنهجية العامة

1.1. أسباب إختيار الموضوع

- (1)- تشجيع بعض المعطيات الخاصة بالوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر، (معطيات الحالة المدنية، المسوحات الوطنية، الإحصائيات،) على مثل هذه الدراسة.
- (2)- دراسة مدى مناسبة المستوى المعيشي والإقتصادي للمرأة الحامل، ومساهمة في مساعدة الأم على الحصول على كافة الإحتياجات ورعايتها صحيا وغذائيا.
- (3)- دراسة البيئة الإجتماعية للأم الحامل والعمل على دعم المفاهيم الصحية السليمة والقضاء على الأفكار الإجتماعية السلبية، والمورثات الثقافية التي تتعامل مع الطفل بشكل خاطئ حيث تختلف الظروف البيئية بالإختلاف المستوى التعليمي والثقافي.
- (4)- نجد نقص الوعي في فهم المتغيرات الخاصة بتغذية الطفل، بحيث يتم تحويل السلوكات الإجتماعية من الإيجابية إلى السلبية، والتي تدعوا إلى الزواج المبكر، إرتفاع نسبة الأمية، وعدم الوعي بأهمية تعليم البنات، عدم الإهتمام بالتنظيم الأسرة، وغيرها من المتغيرات التي تؤدي إلى إرتفاع معدلات سوء التغذية.

2.1. أهداف الدراسة

- (1)- تحديد الأسباب الرئيسية المؤدية إلى سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات.
- (2)- الكشف عن مدى أهمية تحسين المستوى الصحي والثقافي للأم في سلامة طفلها.
- (3)- معالجة بعض المتغيرات التي يتعرض لها خلال الدراسات السابقة مثل، المحيط (الأسرة والمسكن) و الأم
(خصائصها الصحية والشخصية) والطفل (خصائصه الصحية والشخصية).

3.1. الإشكالية

1.3.1. القسم العام

تعتبر السنوات الأولى من الحياة الطفل الفترة الحيوية إلى أقصى الحدود، فخلالها يوضع الأساس من أجل بقاء الطفل ونموه وصحته والإنجازاته اللاحقة. كما تتطور في هذه المدة من الزمن المنظومة العصبية في الدماغ، ويعتمد ذلك إلى حد بعيد على ما يتلقاه الطفل من دافعية ورعاية، وقبل أن يبلغ الطفل سنتين ونصف السنة تكون ملايين الروابط العصبية قد تشكلت، وهي الروابط يتوقف عليها النمو الجسدي والعقلي والمعرفي إلى حد كبير. الرعاية المبكرة بالنسبة للغالبية العظمى من أطفال العالم منذ لحظة ولادته والذي يقدر بالمليون طفل، تستلزم إدراك لأهمية التداخل مابين الصحة والغذاء والنمو الإنفعالي للأطفال، والقائمين على رعايتهم الأولية.

وتعني العناية بالطفل بالضرورة الإهتمام بالظروف التي تواجهها المرأة في المجتمع بشكل عام، بالإضافة إلى توفير المسكن و الجو يتمتع فيها الأطفال بالحماية من الأمراض، وبإمكانية الحصول على الماء الصالح للشرب والتغذية الوافية. من هنا نطلق، في دراسة الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، التي تتطلب العناية بالبرنامج الغذائي للطفل من دراسة نوعية الطعام التي يحتاجها لكي نمده بالفيتامينات اللازمة لحيويته ونشاطه ونموه بشكل صحيح. تعتبر التغذية الصحية السليمة كالأساس لحماية الجسم من الأمراض، وتساعد على النمو العقلي والبدني بشكل سليم خال من الأمراض والمعوقات الصحية. وتعاني الكثير من دول العالم لمخاطر سوء التغذية، فنصف من أطفال جنوب آسيا وتثلث أطفال بلدان إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، هم ضحايا سوء التغذية وحالات المرض المتكررة التي تصاحبه الخمول الذي يمكن أن يحول دون تمتع الأطفال بالرعاية التي يستحقونها.

الحالة التغذوية للأطفال، تمثل أحد المحددات الرئيسية للحالة الصحية وفرص الحياة. فأمرض المعدية تشكل أحد الأسباب الأساسية للوفاة بين الأطفال في الجزائر، رغم أنها إنخفضت في السنوات الثمانينات، خصوصا بعد تطبيق البرنامج للمكافحة ضد وفيات الأطفال في 1984، قبل 1980 كان معدل وفيات الأطفال في حدود 100 لكل ألف مولود حي، وفي 1992 يصل 55,4 لكل ألف مولود حي، كما أن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات خلال التسعينات إنخفضت من 150 بالألف إلى 49 بالألف [15] ص 18، تتأثر الحالة التغذوية للطفل بصورة مباشرة بالعاملين هما، الأمراض من

الناحية والتغذية بكمها وكيفية من ناحية الأخرى، يلعب كل منهما دور في تدهور المستوى التغذوي للطفل مما يؤدي بدوره إلى الأمراض والتي ينتج عنها العديد من الآثار السلبية وقد تنتهي بالوفاة أو الإعاقة.

وهذا ما أفادته نتائج دراسات لسوء التغذية في السنوات 1975 و1987 و1992، بحيث في 1975، 28% من الأطفال الأقل من خمسة سنوات يعانون من سوء التغذية، وفي 1987، إنخفضت هذه النسبة إلى 11,2% وإلى 9,2% في 1992. هذا الإنخفاض يرجع إلى البرامج الصحية المسطرة من قبل الحكومة في الجزائر و الرامية إلى تحسين المستوى الصحي للأطفال، مع مجموعة من التوصيات الوزارية، وتدريب العاملين بالوزارة الصحة وإتباع أحكام منظمة الأمم المتحدة و اليونيساف فيما يخص صحة الأم والطفل. ففي المجال المالي تميزت عشرية التسعينات في الجزائر بآثار الأزمة الاقتصادية التي ولدت إنخفاض في القدرة الشرائية التي زادت من نسبة المحرومين. فبالرغم من وجود جهاز للحفاظ على العلاجات الصحية (من الحفاظ على مجانية العلاج بالنسبة للمحرومين منذ 1974 إنشاء صيداليات التضامن لمساعدة المرضى المحرومين المصابين بالأمراض المزمنة)، إن الصعوبات الإقتصادية تساهم في خفض وتيرة تقليص الوفيات وتزيد في الحالات المرضية كما يمكنها أن تسيء إلى المكاسب التي تم تحقيقها[16] ص78.

أثبتت الدراسات العالمية تأثيرات بعض العوامل المتعلقة بالمحيط والأسرة على صحة الطفل فإن الخصائص البيئية التي يعيش فيها الأطفال مرتبطة بالوفاة والمرض، بحيث الأطفال المقيمين في المساكن التي تستخدم مياه الشرب من الشبكات العامة و التي تستخدم شبكات الصرف الغير صحية(ملاحيض) والمساكن المحاطة بالمناطق نظيفة يتمتعون بإحتمالات الحياة أعلى من غيرهم. وفيما يخص مكان الإقامة، فإن الوضع التغذوي للطفل الحضر يبدا أفضل من الريف بسبب توفير الخدمات الصحية والإجتماعية بإضافة إلى وعي الأمهات من مخاطر سوء التغذية. كما أن صحة الأم لها دور هام، بحيث مازالت تشكل النساء في سن الإنجاب الفئة المهزولة نظرا للأهمية وفيات الأمومة التي تسجل حتى اليوم. إذ قدرة مستوى وفيات الأمهات في الجزائر، لسنة 1989 بالحوالي 230 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية، و1992 تقلص هذا المعدل إلى 215 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية[17] ص73.

لقد أثبتت الدراسة الشاملة التي قام المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، أن معدل وفيات الأمهات في 1999 بالمعدل 117,4 لكل مئة ألف ولادة حية. يبقى هذا المستوى غير مقبول ويتطلب تدعيم البرامج الصحية من أجل أمومة آمنة. فالوفيات الأمومة في سنة 1997 بمعدل 53 لكل مئة ألف ولادة حية مقابل 78 لكل مئة ألف ولادة حية في سنة 1992. صحة الأم قد يكون لها تأثير على صحة

طفلها، من حيث إستخدامها أو عدم إستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات لتجنب فترات الأمومة الغير آمنة والرضاعة الطبيعي وتلقيحاتها ضد الأمراض وتوعيتها التربوية والثقافية لها ولطفلها، بالإضافة إلى التمييز بين الجنسين فهناك ما يفضل الذكر على الأنثى بإعتباره الممثل الرئيسي للأسرته ومنحه كامل الحقوق والواجبات في مختلف الميادين.

كما يتفق علماء التغذية على ضرورة تطوير الموارد الفردية والإقتصادية والإجتماعية للمرأة، بالإضافة إلى الموارد المرتبطة بالمجتمع المحلي. (Shorter، 1987). أما بالنسبة أما بالنسبة Matorell وTeresa 1984، فإن سوء التغذية الخفيف يكون له تأثير محدود على الحركة الجسدية للطفل، بينما يتضاعف تأثير سوء التغذية المتوسط على الحركة والنمو، كما يؤدي إلى ظهور بعض الظواهر المرضية والنحافة. ويشدد تأثير سوء التغذية عندما تقوى درجته ويصبح لها تأثير كبير على الحركة الجسدية والنمو ويزيد ظهور الظواهر المرضية. وقد عرض Mosely لأول مرة في 1984، نموذج الذي يعرف بالنموذج التصوري [18] ص42.

2.3.1. القسم الخاص

ومن خلال كل هذه الملاحظات تدفعنا إلى طرح الأسئلة التالية:

- 1.- كيف يمكن أن نعتبر الأوضاع الإقتصادية و الإجتماعية والثقافية لهم تأثير في تغذية الطفل؟
- 2.- هل التغطية الصحية تلعب وحدها دورا هاما وكافيا أم أنها مرتبطة بتحسين الوعي الثقافي للأم؟
- 3.- هل الأسس ومبادئ التي يتحقق في ضوءها تغذية الطفل؟
- 4.- هل الطرق الفعالة التي تؤدي إلى خفض معدلات سوء التغذية؟

4.1. الفرضيات

- 1.- ظروف المحيط السيئة التي يعيش فيها الأطفال الأقل من خمسة سنوات تشكل أحد المحددات الأساسية في سوء تغذيتهم.
- 2.- يعتبر تدني الوعي الثقافي للأم كأحد الأسباب الرئيسية المؤدية لتعرض طفلها لسوء التغذية.
- 3.- التمييز بين الجنسين له علاقة سلبية على تغذية البنت.

1.4.1. شرح وتفسير الفرضيات

1.1.4.1. الفرضية الأولى

نحاول دراسة الفوارق في مستوى الإصابة بسوء التغذية. بين كل من الحضر والريف، الإشارة إلى أهمية تأثير الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل على حالته التغذوية، وبالتالي بنيانه الجسدي ومقاومته للأمراض وخاصتا المعدية منها. ونوضح، أن توافر كل من الماء الصالح للشرب، وشبكة الصرف الصحي، ومتوسط عدد الأفراد بكل حجرة والوسط السكاني ونوعية المسكن، تقلل من إنتشار الأمراض المعدية والتي بدورها تزيد من تعرضهم للإصابة بسوء التغذية.

2.1.4.1. الفرضية الثانية

نلاحظ أن الوعي الثقافي للأُم تلعب دورا هاما في تحسين الوضع التغذوي للطفل، فالمرأة المتعلمة تنزج غالبا في سن متأخر نسبيا، وأكثر إستخداما لوسائل تنظيم الأسرة والمبياعدة بين الولادات وتجنب الولادات في فترات الأمومة الغير الآمنة، مما يؤثر تأثيرا مباشرا على صحة الأم والطفل، خلافا لسلوك المرأة الأمية أو الأقل تعليما.

3.1.4.1. الفرضية الثالثة

هناك تفضيل الذكور على الإناث هذا ما يعكس سلبا على تغذيتها. كذلك كلما تقدمت في عمرها، فإنها تحتاج إلى تغذية صحية سليمة من كل مخاطر سوء التغذية.

5.1. تحديد المفاهيم

1.5.1. المحيط

هو نظام ديناميكي يتركب من العوامل الطبيعية والإنسانية، بحيث تكون هذه العوامل في تفاعل متبادل ثابت ومتغير في الزمان والمكان وذلك حسب الثقافات. وتم ربط مفهوم المحيط في دراستي هذه بمدى توفر المسكن على شروط الصحة [19] ص 41.

2.5.1. الجنس

يشير هذا المصطلح من وجهة السوسولوجية، إلى الإنقسام البيولوجي والوظيفي بين الذكر والأنثى إلى مكانتين كبيرتين، حيث يتم تصنيف السلوك طبقاً لهما. أوظفه لكي أوضح الاختلاف في التمييز الذكور على الإناث [20] ص.58

3.5.1. التغذية

بأنها مجموعة من العمليات التي بواسطتها يحصل جسم الإنسان على المواد اللازمة لنموه وحفاظ على حياته وتجديد أنسجته وتوليد الطاقة اللازمة لذلك [21] ص.50

4.5.1. سوء التغذية

يقصد منها نقص في البروتينات والفيتامينات، التي تلحق بالطفل إلى نقص في الوزن أو الطول، لكن نذهب إلى أبعد من هذا نقوم بدراسة، تأثير المتغيرات الإقتصادية والثقافية والإجتماعية والصحية، على بقاء الطفل على قيد الحياة [22] ص.73.

5.5.1. الوعي الثقافي للأم

يشير هذا المصطلح، إلى القيم والتقاليد والمعتقدات التي تكتسبها الأم التي قد تأثر بطريقة مباشرة على صحة طفلها، فإتباع النظام الغذائي معين قد يؤثر على وزن المولود (بالزيادة والنقصان) أي تعرضه إلى سوء التغذية [23] ص.52.

6.1. الإقتراب النظري

نظرية التغير الإجتماعي، هي عملية إجتماعية يتحقق عن طريقها تغيير في المجتمع بأكمله، أي في الأنظمة الإجتماعية أو التغير في النظام الإجتماعي معين كالنظام الإقتصادي أو السياسي أو الصحي.....، وذلك في حدود فترة زمنية محددة. كما يشير هذا المصطلح، إلى الأوضاع الجديدة تطراً على البناء الإجتماعي، والنظم والعادات وأدوات المجتمع نتيجة لتشريع أو قاعدة جديدة لضبط السلوك، أو كنتيجة

للتغير أما في البناء الفرعي معين أو جانب من جوانب الوجود الاجتماعي أو البيئة الطبيعية أو الاجتماعية.

وقد عرض «L. Von Wiese»، التغير الاجتماعي بأنه حل محل مصطلحات أخرى مثل التطور والنمو، فيرى أنه إما أن يستخدم كبديل محايد لفكرة التقدم أو أن يستخدم إستخداما إحصائيا يجعل من التغير تصورا كميًا خالصا. أما «Rose»، فيعني التغير الاجتماعي بالنمو الاجتماعي، من خلال التعديلات التي تحدث في المعاني والقيم المجتمع، أو بين بعض جماعته الفرعية.

الجزائر كالباقى الدول الأخرى، عرفت تغير ثقافي وإجتماعي في مجتمعاته له إنعكاسات على الأفراد والأسرة. بل نجد الإهتمام يكمل في المجال المالي، تميزت عشرية التسعينات في الجزائر، بآثار الأزمة الاقتصادية التي ولدت إنخفاض في القدرة الشرائية التي زادت من نسبة المحرومين أي الفقر. فبالرغم من وجود جهاز للحفاظ على العلاجات الصحية (من الحفاظ على مجانية العلاج بالنسبة للمحرومين، منذ 1974، إنشاء صيدليات التضامن لمساعدة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة،.....)، أن الصعوبات الاقتصادية تساهم في خفض وتيرة تقليص الوفيات وتزيد في الحالات المرضية، كما يمكنها أن تسيء إلى المكاسب التي تم تحقيقها.

فدافعي من إختياري هذه المقاربة (نظرية التغير الاجتماعي)، هو الوصول إلى تطبيقها على الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر، فأفادة النتائج الدراسات لسوء التغذية في اغلسنوات 1975، 1987، 1992. ففي 1975، 28% من الأطفال الأقل من خمسة سنوات يعانون من سوء التغذية، أما 1987 إنخفضت هذه النسبة إلى 11,2% وإلى 9,2% في 1992 [24] ص 15-48. هذا الإنخفاض يرجع إلى البرامج الصحية المسطرة من قبل الحكومة في الجزائر، والرامية إلى تحسين المستوى الصحي والثقافي للأطفال، مع مجموعة من التوصيات الوزارية، وتدريب العاملين بوزارة الصحة والتربية والثقافة، وإتباع أحكام منظمة الأمم المتحدة واليونيساف فيما يخص صحة الأم والطفل.

من خلال التغير الاجتماعي، سوف نتعرف على العوامل المتعلقة بالمحيط بمعنى الخصائص الأسرة والمسكن، التي يعيش فيها الأطفال فهي مرتبطة بالوفاة والمرض، بحيث الأطفال المقيمين في المساكن المحاطة بالمناطق النظيفة، يتمتعون بإحتمالات الحيات أعلى من غيرهم، وهذا بسبب وعي الأمهات من مخاطر سوء التغذية. لكن هذه العوامل يجب أن يواكبها تغير في العادات والتقاليد ونمط الحياة، إذ أن

مفهوم الصحة لايعني الصحة الجسدية فقط، بل يعني كذلك تحسين الوضعية الإجتماعية والثقافية. تقريبا كل الحكومات البلدان تقوم بالتطوير مع العمل التحسيسية بمساعدة المنظمات الدولية (OMS- UNICEF).

ويعني التطور التغيير الإقتصادي سياسي، الإجتماعي، الثقافي. مع أحيانا تعديل القيم الفردية وحتى الجماعية، مع إقتراح أدوات التغيير الذي يجب أن يحقق بشكل دقيق لنتحصل على نتيجة إيجابية، هناك ثمان إستراتيجيات لترقية الغذاء المناسب وطريقة الصحية الجيدة والسليمة من الأمراض المعدية. إنه من الواضح ذلك التغيير ومن الضروري في منطقة تتواجد بها سوء التغذية مع وجود أمراض ووجود بيئة غير صحية، ومن هنا جاءت الفكرة والحاجة إلى تحسين معرفة، مصادر ومستوى الحياة.

التغيير السريع خلال 50 سنة الأخيرة: عدلت طريقة الحياة، إستعمالات الإجتماعية سلالية تختفي وطعام التقليدي يستبدل بالطعام الغربي، بعض من هذه التغييرات ساهمت في تحسين الصحة، نقص وفاة الطفل وبعض الأشكال الخطيرة لسوء التغذية. لكن غالباً، هذه التغييرات جلبت سلسلة من المشاكل الجديدة للصحة والتغذية في المجتمع من أمراض القلب، السمنة، أمراض السلطان، تسوس الأسنان، مرض السكر، ناتج من تعديلات أسلوب الحياة والطعام وفي نفس الوقت زيادة الأطفال المتشردين، القاصرين الصغار، ترك العجائز بدون عناية والأمراض العقلية.

كل التغييرات نحو التضرر، خاصة الفئة التي لاتعاني من مشاكل التغذية فهي سلبية، قد تكون إيجابية للفئة المحتاجة والفقيرة الذي تحتاج إلى الحماية والعناية الصحية والطعام الكافي. نحن لانعني إن التغيير سلبي 100% بل هو حتمي وضروري لتحسين التغذية والصحة، وكل بلد يجب أن يختار أفعالها بشكل حر، عندما تقرر بالتغيير. فعلى البلدان يجب أن تحمي كل الإستعمالات التقليدية المادحة إلى الصحة وإلى التغذية الجيدة، وأن تعطي أولوية في الحماية الطعام التقليدي الجيد.

تهدف الإستراتيجيات إلى طريقة الحياة أصح حول الطعام، توجيهات حول مختلف الميادين: التربية، الإتصال مع وزراء الزراعة، حول الصحة والتربية المرأة أو حول تطور الجماعة... إلخ، لكل مجتمع له نمط غذائي معين، ويجب المحافظة عليه مع إدخال بعض التعديلات. التربية الغذائية قد إستعملت على النحو واسع للسنوات، للترقية والنمو الجيد للأطفال وتتناقص كل أشكال سوء التغذية، أي برنامج مغذي يجب أن يشجع إستهلاك الطعام المتكيف. في أغلب الحالات، محتويات التربية الغذائية، يجب أن تكون واسعة بعد تحليل المشكلة، التربية أي التغذية يجب أن تكون المعنية فيما يتعلق بالحقيقة اليومية.

السبب الرئيسي لسوء التغذية في آسيا، إفريقيا وفي أمريكا اللاتينية هي سرعة الحرارة الغير كافية، النصيحة الأولية، أن تعطي بنفس الكمية ولكن مع إضافة تعديلات، والسبب يعود إلى فشل البرامج التغذوية خاصة إلى المعيير لأي بلد، من إعطاء الحليب 3 كؤوس أو سمك أو بيضة، لحوم إلى أطفالهم يوميا؛ من المستحيل خاصة العائلات الفقيرة. وبالتالي هناك توافق في البرنامج التغذوي مع مساهمة كل الوزارات (الصحة، الزراعة، التربية، تطور الجماعة)، وأيضا وسائل قد تكون غالية وفعالة الراديو و قناة التلفزيون والإعلانات. على الرغم من بعض النجاحات، إلا أن التربية المغذية فشلت بشكل عالمي في محاولتها أن تحسن الطعام وأن تخفض سوء التغذية ضمن بلد أو ضمن جماعة لأن السبب يعود إلى الطرق المستعملة للتغييرات المتوقعة وأيضا إلى السلوك. تتمثل الإستراتيجيات حول التربية الغذائية وهي سبعة [25] ص 70-72-73:

- (1)- تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات بشكل متكرر بالطعام الموجود.
- (2)- زيادة الحجم في كل وجبة خلال فترة الفطام.
- (3)- تشجيع الإطعام الأمومي وتنشيط إستعمال قنينة الإرضاع.
- (4)- تشجيع الإستشارات الولادية مع إضافات لكل من الحديد وحمض الفوليك لتجنب مخاطر الولادة.
- (5)- تشجيع الزيارات في مراكز الأمومة والطفولة (PMI) لمتابعة النمو والتلقيح.
- تعليم وتوعية للأهمية ودور المواد الأساسية من البروتين وغيرها للجسم ولنمو الطفل ونظافة مع دور المياه.
- (6)- أهمية تتبع الإطعام الأمومي في حالة الإسهال وعلى إستعمال الوسائل المتوفرة في البيت و محاليل التمييه (SOP).
- (7)- معلومات حول تباعد بين الولادات والوسائل مع تحديد حجم العائلة.

تتمثل في الأطفال الأقل من خمسة سنوات والحوامل والتي ترضع يعانون من نقص في التغذية للأسباب متعددة، يتأثر مستوى الحالة التغذوية للأطفال والأمهات بعدة عوامل ديمغرافية وإقتصادية وإجتماعية وبيئية مثل عمر الطفل وترتيبه بين أخواته والمدة بينه وبين المولود السابق ومستوى تعليم الأم، الخصوبة، الزواج المبكر، سن الأم، ومكان الإقامة وخصائص الذي يعيش فيه مثل نوع المرحاض، نوع الأرضية،.....إلخ.

ويرجع أيضا إلى الظروف السيئة في عدم وجود أدوات وأجهزة حديثة تسهل عمليات الطهي، وتحسن ظروف إنتاج الغذاء وحفظ المؤن والمأكولات حتى لا تتلف، كما أن الأطفال الذين يعيشون في المساكن

أرضيتها ترابية أو غير صحية، هم أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية وخاصة الأطفال الأقل من خمسة سنوات فإذا كانت الأرضية غير قابلة أو غير سهلة للتنظيف، فإنها تصبح مصدرا رئيسيا لنقل العدوى للعديد من الأمراض.

كما يؤثر مستوى تعليم المرأة على الوضع التغذوي للطفل من حيث نقص التوعية خاصة حول أهمية الرضاعة الطبيعية والمواد الغذائية الأساسية ومصدرها من الحديد، اليود، الزنك، البروتينات، الدهون التي لا تقل منه أهمية، حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم، كلما تحسن إنتاج الصحة داخل الأسرة ومن ثم تغذية الطفل. النقص المزمن في كمية الأغذية التي يتناولها الطفل أو إلى تكرار الإصابة بالأمراض وإلى التغذية الغير سليمة، الذي يدل في قصر القامة على بطء في النمو الطبيعي.

وبالرغم من هذا البطء قد يبدأ منذ الميلاد، إلا أنه قد لا يتضح إلا بعد عدة سنوات فيتضاعف تأثير سوء التغذية المتوسط على الحركة والنمو، كما يؤدي إلى ظهور بعض الظواهر المرضية والنحافة ويشدد تأثير سوء التغذية عندما تقوى درجته ويصبح لها تأثير كبير على الحركة الجسدية والنمو، فيصاب بسوء التغذية المزمن مع وفاة الطفل؛ حيث تعتبر مشكلة نقص الغذاء أو قلة جودته من العوامل المرتبطة بالمستوى الإقتصادي للأسرة. كما تنتشر النحافة في الأسر محدودة الموارد، حيث تكون تغذية الأطفال غير كافية أو غير ملائمة، حيث هناك تكامل بيولوجي بين سوء التغذية و الأمراض المعدية، هذه الأخيرة تفقد الشهية والقابلية للإمتصاص عن طريق الجهاز الهضمي وتفاعلات الأيضية عن طريق الغذاء الذي يتناوله الرضيع بوجود محددات وسيطية هي، التلوث البيئي للمحيط ومميزات الأسرة والمسكن، الإزدحام، أسرة متعددة، شروط النظافة، عدم توفر المياه الصالحة للشرب.

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 و من ثم يكون عرضة للإصابة بالسوء التغذية. من نقص في الطول والنحافة والوزن، بإضافة إلى الصعوبات المعيشة القاسية للعائلة يؤثر سلبا على صحة الطفل، كما تؤثر المتغيرات البيئية والظروف السكانية التي يعيش فيها الطفل على حالته الصحية والتغذوية فإن الكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب الغير نقية، كما أن عدم توفر الصرف الصحي وعدم نظافة المسكن يساعد على إنتشار الميكروبات والطفيليات التي تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للأطفال، بالإضافة إلى إزدحام المسكن المتعلقة بمستوى معيشة أفراد الأسرة وهذا ما أكد عليه Moesly في نموذجة التصوري.

7.1. المناهج

1.7.1. المنهج الوصفي

أستعمل هذا المنهج في بحثي، لوصف التطور الذي عرفته الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، وتحليل مدى تأثير العوامل الاقتصادية والإجتماعية والثقافية عليها.

2.7.1. المنهج التفسيري

هو تكملة للمنهج الوصفي، بحيث أبحث عن أسباب تأثير هذه العوامل على سوء تغذية الأطفال، وهذا عن طريق عدة متغيرات ليس بمتغيرين فقط.

3.7.1. المنهج الإحصائي

هو مجموعة من الطرق و أساليب والوسائل، التي تهدف إلى جمع وتصنيف وتبويب وعرض ووصف وتحليل، البيانات لإستخراج النتائج والمؤشرات وإختيارها لإستخدامها في الأغراض التنبؤ والتقدير وإتخاذ القرارات الخاصة بالموضوع.

4.7.1. المنهج المقارن

أستعمل هذا المنهج، للمقارنة بين العوامل المؤثرة في تغذية الطفل، مقارنة مستوياتها خلال الفترات المكونة للمجال الزمني للدراسة حسب الخصائص المحيط والأم والطفل.

8.1. التقنيات

1.8.1. الأدوات المستعملة للدراسة حسب EDG

نعتمد في دراستنا على المسح الوطني لنهاية القرن العشرين حول صحة الأم والطفل EDG، المحددة من طرف القمة العالمية من أجل الطفل والتي أنجزت في ماي 2000. دراسة EDG تحققت، بالمبادرة من وزارة الصحة والسكان بالمعهد العالمي لصحة السكان، مع مشاركة الأعمال العالمية الإحصائيات، و بمساعدة اليونيساف. هذه الدراسة تعطي معلومات مفيدة لصحة الطفل، بحيث [26] ص 15-45:

- (1)- تساعد على تحليل النتائج بطريقة منظمة.
- (2)- تعطي أكبر المحاور المؤثرة في رعاية الأطفال لأنهم الفئة الأكثر تعرضا للوفاة.
- (3)- الأخذ بعين الاعتبار التحكم في الوقاية من اصابة الطفل.

1.1.8.1. الهدف من دراسة

أهداف الدراسة مسطرة، من طرف اليونيساف التي تدخل في اطار تقديرات العالمية للمعايير. وتتمثل

فيما يلي :

- (1)- تساعد على تقييم الأهداف الخاصة بالبرامج العالمية في الوقت الحالي وفعاليتها في الجزائر.
- (2)- تشكيل مؤشرات مفيدة للبرامج الصحية.
- (3)- المتغيرات التي تدرس حسب: الجنس، العمر، مكان الإقامة، حسب المناطق الصحية، ومستوى سوسيواقتصادي، معدل الغرف المشغولة ونوعية المسكن، يسمحون بتقدير الفوارق الموجودة في الصحة حسب هذه المتغيرات. فتقاطع بين المتغيرات المختلفة، لها واجهة لدراسة تطور مختلف الظواهر.

2.1.8.1 . العينة المدروسة

حجم العينة تتحدد، بالإعتماد على معطيات حديثة، منها الدراسات المأخوذة [26] ص 15-45:

(1) MDG- بالجزائر 1995.

(2)- معطيات التعداد العام للسكان والسكن (RGPH.1998)

(3)- معطيات ONS وعمليات التخطيط MSP من 1998.

عدد الأشخاص ضروري N تكون محددة بمساعدة صيغة الآتية [29] ص 25:

$$N = k \frac{\mu^2}{i^2} p(1-p)$$

مجال الثقة: يركز على 95% ($\mu=2$)، دقة (i) من 0.05، وفي حالة العنقود (k) تساوي اثنين لكل مجموع المتغيرات.

$$N = 3200 * p(1-p) \quad \text{أو}$$

ما عدى للمياه وتنقية أو حالة العناقيد تساوي 10.

$$N = 1600 * P(1-P) \quad \text{أو}$$

عدد المواضيع محددة بعدد الأسر (Nm) وهذا لكل الأدلة.

وهذا التقرير، يأخذ بعين الاعتبار متوسط عدد الأسرة والنسبة السكان معرضين للدراسة، ترجيح يمكن كتابتها بشكل التالي:

$$Nm = (1 / \text{ترجيح}) (\text{نسبة السكان}) (\text{متوسط عدد الأسرة})$$

3.1.8.1. الإستهيبان الدراسة

إستهيبان EDG2000 موجه خاصتا، إلى الأسر والنساء المتزوجات والتي أعمارهن بين (15-49) سنة، وعلى الأطفال الأقل من 15 سنة. من المواضيع المعالجة من هذا المسح، الرضاعة الطبيعية، الوفيات الأطفال حسب الأعمار، الصحة الإنجابية، وغيرها من المواضيع. لكن المهم في دراستنا هو التطرق الى الحالة التغذوية الأطفال الأقل من خمسة سنوات في جزائر حسب الدراسة EDG. فالوضع التغذوي للأطفال الأقل من خمسة سنوات يتأثرون بعدم كفاية الغذاء الذي يتناولونه، أو بتعرضهم للإصابات المتكررة بالأمراض المعدية.

4.1.8.1. التقنيات الإحصائية لدراسة EDG

سنحاول تحليل تغيرات الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، انطلاقا من الإشكالية المطروحة والفرضيات المقترحة. وهذا من خلال المعطيات الموجودة والحديثة.

أ. التحليل الوصفي

نقوم بتصنيف وتبويب البيانات الإحصائية، حتى يسهل فهم مدلولها وسرعة تحديدها ومقارنتها. عن طريق البرنامج SPSS، وهذا كالاتي:

1. جمع البيانات: ويتم جمع البيانات بأساليب عديدة منها أسلوب الحصر الشامل، وأسلوب العينات.
2. تصنيف البيانات: ويتم تصنيف طبقا لنوع من البيانات الكيفية كانت أو كمية كما أن هناك العديد من التصنيفات للبيانات طبقا لمصدرها.
3. التبويب: ويتم تبويب في الجداول العادية والمزدوجة والمركبة بناء على التوزيعات التكرارية.
4. عرض البيانات: ويتم عرض البيانات لسهولة التعرف عليها بطرق عديدة منها، الأعمدة البياتية، الرسم الدائري، المدرج التكراري، والمنحنى التكراري.

(5). تحليل البيانات: وفي هذه المرحلة يتم دراسة الخصائص الأساسية للظاهرة المدروسة وتجاهاتها وتحديد المؤشرات الإحصائية التي نعتد عليها للوصول إلى الحقائق المتعلقة بالظاهرة المدروسة.

(6). إختبار المؤشرات: وفي هذه المرحلة يتم إختبار هذه المؤشرات من حيث حقيقتها ومعنويتها لإمكان التنبؤ والتقدير بناء عليها.

ولابد من تصنيف هذه البيانات في المجموعات تربط بينها علاقات معينة. وهذا التقسيم وترتيب يتوقف على غرض الدراسة ونتيجة، الذي نرغب في استخلاصها من البيانات الإحصائية المجمع. نقوم بوصف، بالأعداد المطلقة والنسب المئوية لظاهرة سوء التغذية بين الأطفال الأقل من 5 سنوات. ومتغيرات خاصة بدراسة، حسب الإشكالية والفرضيات المقترحة، كالآتي :

1- متغيرات خاصة بالمحيط.

2- متغيرات خاصة بالأم.

3- متغيرات خاصة بالأطفال.

(1). إختبار χ^2

ونعتمد على قياس العلاقة الإحصائية على الإختبارات الفرضيات الدراسة، وهو إختبار χ^2 . وهو من أهم الطرق التي تستعمل في مقارنة مجموعة من النتائج المشاهدة أو المتحصل عليها من تجربة حقيقية بمجموعة أخرى فرضية وضعت على أساس النظرية الفرضية التي يراد إختبارها. الأسس التي بنيت عليها هذا الإختبار، وتعتمد على افتراض وجود عينة عشوائية بها (N) من المفردات قسمت إلى χ^2 من الفئات المتشابهة بحيث يقع كل فرد في العينة في إحدى هذه الفئات فقط. ثم مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات النظرية، يقصد معرفة مدى أنطباق التكرارات المشاهدة على النظرية باستعمال إختبار χ^2 [27] ص 19.

$$\chi^2 = \frac{(O-e)^2}{e}$$

حيث:

O= القيم الملاحظة

القيم الفرضية = e

ونجد، كلما كانت χ^2 المحسوبة أكبر أو تساوي من χ^2 الجدولة، نقول أن هناك ارتباط بين المتغيرين. بينما إذا كان هناك العكس، أي χ^2 المحسوبة أصغر من χ^2 الجدولة، نقول أنه لا يوجد ارتباط بين المتغيرين. ويتبع هذا الاحصاء توزيع درجات الحرية (k-1)، عند 95%.

(2). المقاييس الأنثروبومترية للحالة التغذوية للأطفال

تم استخدام المقاييس الموصى بها من قبل، منظمة الصحة العالمية لدراسة الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، وهي:

(أ)- الطول بالنسبة للعمر فهو مؤشر لقصر القامة (HAZ).

(ب)- الوزن بالنسبة للعمر فهو مؤشر لنقص الوزن (WAZ).

(ج)- الوزن بالنسبة للعمر فهو مؤشر للنحافة (WHZ).

وللتعرف على الأطفال ذوي المقاييس الأنثروبومترية المنخفضة، تم استخدام مجتمعا جيد في التغذية كمرجع، وحدد مدى معين حول المستوى الوسيط، بحيث يمكن اعتبار الأطفال الواقعين داخله جيدي التغذية أو طبيعيين. وللحصول على بيانات قابلة للمقارنة، تم استخدام المجتمع المرجعي الدولي المرشح من قبل منظمة الصحة العالمية (NCHS/OMS) المقترح من اليونيساف وOMS. ويستند إختيارنا لهذا المجتمع المرجعي إلى افتراض أنه بإستثناء قليل من المجتمعات التي تتميز بالطول أو قصر، فإن الأطفال الذين لا يعانون من سوء التغذية في جميع الدول تقريبا يتبعون أنماطا متشابهة في النمو قبل سن البلوغ.

ويتم 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 وثلاثة أمثال الانحراف المعياري (-3SD, -2SD) يعانون من سوء التغذية متوسط. وتبلغ هذه النسبة في المجتمع المرجعي 2.2%. أما الأطفال الأقل من الوسيط، بمقدار ثلاثة أمثال الانحراف المعياري على الأقل فإنهم يعانون من سوء التغذية شديد أو الحاد وتبلغ هذه النسبة 0,1%

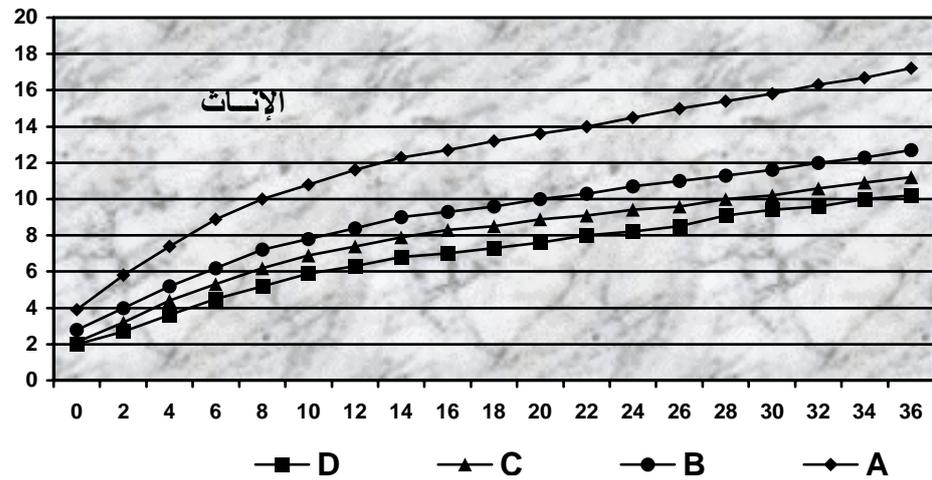
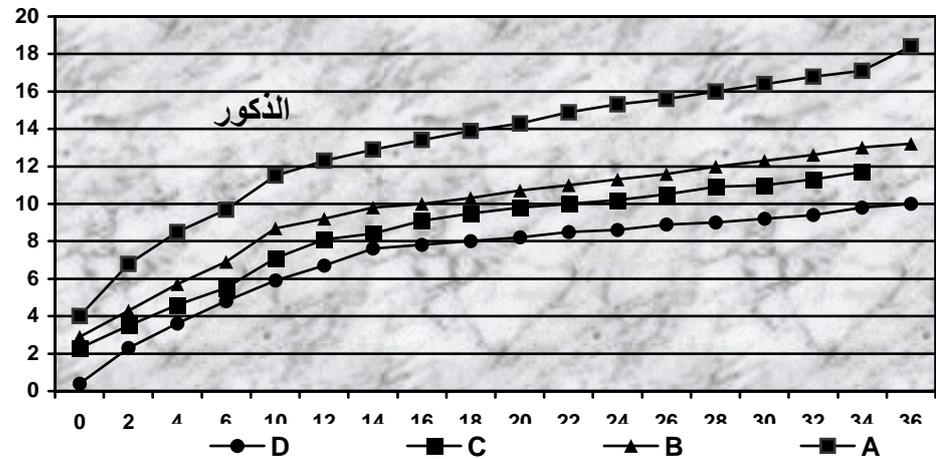
فهناك منحني مرجعي، ناتج عن عرض بيانات التي أجريت على الطفل، جيدون في التغذية والصحة، التي عينت إنطلاقاً من معطيات ويمكن أن نبرز على المنحني كل من (A.B.C.D):

* المنطقة الطبيعية A: تمثل الحدود الأعلى من المنحني، تأخذ مقدار 97 % أو +2SD، وفي أسفل المنحني تمثل 15 % أو -1SD.

* منطقة الإنذار B: الحد الأعلى والأسفل من المنحني، بمعدل 3 % أو -2SD.

* منطقة الخطر C: الحد الأعلى، بمعدل 3 % أو -2SD وفي الأسفل 0.14 % أو -3SD.

* المنطقة الأكثر خطورة D: فهي تمثل، الفراغ السفلي للمنحني بمعدل 0.14 % أو -3SD. شكل رقم 01.



شكل رقم 01: الوزن بالنسبة إلى العمر للذكور وإناث من (0-36) شهرا حسب NCHS/OMS

[28] ص 52.

المصدر: 28. FAO, Guide pour les projets participatifs de nutrition, Rome, (1993),

لكن هناك مفهوم آخر، يلغي النقطة الموصى بها من قبل (NCHS/OMS)، فهو تفسير الأنتروبوميتر حسب المفهوم المطبق من قبل الولايات المتحدة الأمريكية [29] ص459: يمكننا من تقدير الوضع التغذوي على مستوى الشخص والمجتمع. فعلى المستوى الشخصي، يجب مراعات الزمن ووجود معلومات شخصية لتبيان العجز الغذائي. وهذه النتائج يمكننا بالنظر إليها بجديّة، والحذر فيما يخص صحتها كالنتيجة نهائية أما على مستوى المجتمع، فالمعطيات المتحصل عليها معظمها تكون جاهزة ناتجة بالتقاطع المجزىء إلى أجزاء من البيانات التفصيلية. وتوزيع المؤشرات الأنتروبوميترية، يمكننا من توضيح العبارة Z-score، فهي متعلقة بالمعيار الانحراف SD وتأخذ مجتمع مرجعي له توزيع طبيعي مختصر. كثيرا ما تكون المؤشرات التغذية WAZ، HAZ، WHZ معتبرة على حالة التغذية معينة، لهذا فيستعمل المؤشر WAZ كدليل هذه الحالة عوضا من استعمال كل هذه المؤشرات، ففي هذه الدراسة نقوم بدراسة معمقة WAZ دون الأخرتين.

* نقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ) فهو مؤشر مركب لسوء التغذية الحاد والمزمن. حيث أنه يعكس كل من الحالة التغذوية السابقة والحالية، ويستخدم هذا المقياس عادة في عيادات الأطفال لتتبع النمو، ولكن يجب توخي الحذر عند تفسيره لأنه يتأثر بالتغيرات الموسمية. فإذا كان نقص الوزن أقل أو يساوي إثنين من الانحراف المعياري ($<2SD$) نعتبرهم مصابين بسوء التغذية متوسط أو الحاد، أما الأقل من ثلاث انحراف المعياري بالنسبة للمتوسط ($<3SD$) معرضين لسوء التغذية الحاد (الجدول 1.1).

جدول رقم 01: نقد حدة سوء التغذية بالتركيز على تقدير المؤشرات سوء التغذية والنسب، EDG الجزائر 2000 [30] ص45

المصدر: FAO, Guide pour les projets participatifs de nutrition, Rome, (1993), 52

حدة سوء التغذية				المؤشرات
أكثر ارتفاعا	مرتفع	متوسط	منخفض	
أكبر أو يساوي 40	39-30	29-20	أقل من 20	تأخر في النمو (HAZ)
أكبر أو يساوي 30	29-20	19-10	أقل من 10	نقص الوزن (WAZ)
أكبر أو يساوي 15	14-10	9-5	أقل من 5	الهزل (WHZ)

(1). نموذج الانحدار اللوجستي (La régression logistique)

نموذج الانحدار اللوجستي يعتبر جزء من نماذج المعروفة الانحدار لوجيت (Logit liniars). والذي لهم هدف تحليل النتائج المنطقية (ratios). في النموذج الانحدار اللوجستي، الكمية النموذجية مبنية على العلاقة بين الفئتين مميزة للسكان: أحدهما تحمل ميزة مدروسة (سوء التغذية مثلا) بشكل متناسب p_j ، والتي لاتحملها (تغذية حسنة)، التي تكون $(1-p_j)$ [31] ص 78.

نموذج الانحدار اللوجستي يتوقف مع المميزات النادرة في السكان، بالقدر ما تدرس للحوادث التي ليس لها تواجب (التشوّهات الخلقية، سوء التغذية،.....).

$$y_j = \frac{p_j}{1-p_j}$$

حساب الارتباط الحظي (المجموع المنطقي Odds ratios) [32] ص 69 :

الشكل العام للنموذج الانحدار اللوجستي، هو :

$$y_j = \frac{\exp(b_i X_{ij})}{1 + \exp(b_i X_{ij})} \quad (1)$$

مع b_i : معاملات المعادلة.

X_{ij} : المتغيرات الدالة.

$$y_j = y_0 \exp(b_i X_{ij})$$

المسماة « الارتباط بالحظ » للحدث الغير متوقع المدروس،

$$D_j = \frac{y_j}{y_0}$$

الارتباط،

$$\exp(b_i X_{ij})$$

والتي

الشكل (1) تكون متعددة، من أجل التمكن للحصول على نتائج تحت أشكال معاملات إضافية، نكتفي بأخذ لوجيت (Logit) للنموذج.

$$\text{Logit}(y_j) = \text{Logit}(y_0) \exp(b_i X_{ij})$$

$$\longrightarrow B_i X_{ij} = \text{Logit } D_j = \text{Logit } (y_j/y_0)$$

$$\longrightarrow \boxed{\text{Logit}(y_j) = \text{Logit}(y_0) + b_i X_{ij}}$$

مع : $\text{Logit}(y_0) =$ ثابت التي يمكن كتابتها c

فالشكل النهائي هو :

$$\boxed{\text{Logit}(y_j) = c + b_i X_{ij}} \dots\dots\dots(2)$$

لنتذكر بأن ، y_j ليست متناسبة لكن بالإرتباط للمجموع المتناسب (odde ratio) الخطر النسبي،

$$\boxed{y_j = p_j / (1-p_j)}$$

لكي نتحصل على تناسب بحد ذاته، يمكننا تحويل المعادلة (2) كالتالي :

$$\boxed{\text{Logit}(y_0) = c = (p_0 / (1 - p_0))}$$
 بالشكل الأساسي:

$$\boxed{\text{Exp}(c) = \exp(p_0 / (1 - p_0))} \longrightarrow \boxed{P_0 = (\exp(c)) / (1 + \exp(c))}$$

2). إختبار WALD

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. وبالنسبة لهذه الحالة لا يكون للمتغير تأثير للحالات المختلفة لمتغير معين مقارنة بالحالة المرجعية التي وقع اعتمادها في التحليل، وان كان المضروب سالبا فهذا معناه، أن التأثير الحالة على سوء التغذية أقوى من تأثير الحالة المرجعية وعكس ذلك صحيح إن كان المضروب موجب [33] ص 18. هذا الاختبار يساعد على :

- 1)- يقترح جمع ثانيا ومن جهة يوضح بوجود واحد أو أكثر من مداخل.
- 2)- نستطيع بالتصرف من خطوة إلى خطوة للنزول، نختار نموذج أكثر بساطة نتحدث على النموذج المشبع بمجموعة من المتغيرات X_k .
- 3)- المتغير X_p في ثابت B_p هو أقل معنى ويحذف في النموذج.
- 4)- X_p يقارن أوجه التشابه بمساعدة الإختبارات. نستمر حتى الإختلافات المتشابهة ذو معنى.

أوضحت نتائج التحليل الوصفي في الفصول السابقة، أن تعرض الطفل للإصابة بسوء التغذية ليست مشكلة صحية فقط، وإنما تحدث نتيجة تفاعل عديد من العوامل الصحية والإقتصادية و الإجتماعية والبيئية والديمغرافية وغيرها. ولهذا فإن دراستنا تستوجب تحليلا أكثر عمقا للإصابة بسوء التغذية وهذه العوامل الأخرى، بإستخدام النموذج التالي :

$$\text{Logit } y = c + b_i X_{ij}$$

$$Y = C + B_i X_j$$

بحيث : Y المتغير التابع، الإصابة بسوء التغذية وتأخذ القيمتان 0 إذا كان الطفل مصابا بالحالة التغذوية و 1 إذا كان غير مصابا. أما بالنسبة للمتغيرات المستقلة (X_i) فقد تم إدخال المتغيرات التالية:

1- متغيرات خاصة بالمحيط والأسرة.

2- متغيرات خاصة الأم.

3- متغيرات خاصة الطفل.

9.1. مجالات الدراسة

1.9.1. المجال الزمني

الدراسة طبقت في المستشفى الجامعي بن بولعيد بالبلدية، وفي القسم الخاص بالمصلحة طب الأطفال. بحيث تم أخذ عينة مكونة من الأطفال الأقل من خمسة سنوات 100. بحيث تم تحديد الفترة الزمنية في 7 أكتوبر 2004، أي في الفترة الخريفية أين يكثر تواجد الأسر بالمصلحة طب الأطفال. وأيضا من خلال استعمال تقنية الإستبيان على الأمهات أو أحد أفراد الأسرة حول الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات.

2.9.1. المجال المكاني

كانت عيادة بن بولعيد خلال الثمانينات قطاعا صحيا، ثم تحولت إلى وحدة تابعة للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية إثر إعادة هيكلة قطاع الصحة العمومية والذي تم خلال سنة 1984. تقع وحدة بن بولعيد بشارع محمد بوضياف وتتوسط كل من مسجد حي بن بولعيد والحي الجامعي للبنات. وتعتبر وحد بن بولعيد إحدى الوحدات الصحية التابعة للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية وتتمتع باستقلالية تامة في مجال التسيير وتتشكل من الأجهزة الإدارية التالية:

الأمانة، مكتب الدخول، المراقبة العامة، كما يحتوي على 83 طبيب و 300 ممرضين و العمال المهنيين 324 و 90 إداري..... إلخ، لكن الأهم في بحثنا هو التركيز بالقسم الخاص بالمصلحة طب الأطفال.

10.1. العينة

كانت عيادة بن بولعيد خلال الثمانينات قطاعا صحيا، ثم تحولت إلى وحدة تابعة للمركز الإستشفائي الجامعي في مثل هذه الدراسة، الخاصة بالوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، نلجأ إلى الطريقة العلمية تمكننا من الإستمرار في البحث والحصول على النتائج الحسنة، هي أن نأخذ مجموعة صغيرة من المفردات تسمى العينة والتي تقدر 100، من المجموعة الكبيرة التي نريد بحثها والتي تسمى بالمجتمع الأصلي والتي تقدر . وخواص هذه العينة، هي تقريبا نفس خواص المجتمع الأصلي، ونعتمد في قولنا هذا على، أن العينة يجب أن تكون غير متحيزة. أي أنها قد أخذت من بين المفردات المجتمع الأصلي عشوائيا، ولذلك فهي تسمى بالعشوائية، فالعينة تستعمل:

(1)- لإختبار فرضيات عن، المجتمع الأصلي الذي سحبت منه العينة.

(2)- إستخلاص إستنتاجات عن، طبيعة ذلك المجتمع الأصلي.

وهذان الإستعمالان، هما جزئ من المشكلة العامة للإستدلال الإحصائي ومن الممكن أن نشير إليها ب: إختبار الفرضيات الدراسة وتقدير. كما يمكن إعطاء كل التفسيرات والمبررات التي بنية لتشكيل العينة، وهي كالآتي:

تم إختيار عينة مكونة من 100 بإعتبارها كافية لتحليل الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في ولاية البليدة. كما تم إختيار المصلحة الطبية بالمستشفى الجامعي لولاية البليدة، بالإعتباره المستشفى الوحيد، الذي يستقبل الحالات الطارئة خاصة سوء تغذية الأطفال وهذا بالمصلحة طب الأطفال، بالإضافة إلى كفاءة المختصين بالمصلحة هذا ما أكده ثقة المجتمع البلدي.

11.1. صعوبات البحث

تلقينا من إتمام هذا العمل بعض الصعوبات والتي تتمثل، أساسا في:

- (1)- ضيق الوقت المخصص للدراسة، وهذا بسبب كثافة البرنامج المسطر.
- (2)- نقص المراجع حول إستعمال طرق تحليل المعطيات في العلوم الإجتماعية.
- (3)- غياب قاعة للإستعمال الكمبيوتر والدراسات التحليلية في المعهد الآداب والعلوم الإجتماعية.



الفصل 2

الدراسات السابقة للوضعية التغذوية عبر العالم

أن التنمية في تطور مستمر، الصعوبات الاقتصادية، التمدن الذي يغير بشكل سريع، والتلوث البيئي، هم من العوامل التي تساهم في ظهور أمراض السل، الدفتيريا و حمى المستنقعات عبر العالم. في نفس الوقت، ظهور أمراض جديدة، كالحمى النازفة، بشكل مخيف، بدون ما نتحدث عن مرض السيدا، من أهم مشاكل الصحة من هذا القرن التفاعل بين سوء التغذية والتلوث هو السبب الأول للأمراض ووفيات الأطفال في أغلب البلدان إفريقيا، آسيا، أمريكا اللاتينية. عدد الإصابات بالفيروسات، والبيكتيريات والطفيليات هي بأوضاع مرتفعة كل نوع من الإصابات يمكن أن تأخذ صدى سلبي على الحالة التغذوية للأطفال. البعض من الدراسات توضح اليوم بأن التأثيرات المحيط الغير صحية لا تتحدد بنفسها بل تظهر على شكل حلقات المرض. كما نجد العرض الذي يأكده الباحثون لطيور الزريبة، بأن الأطفال الذين يعيشون بشكل غير صحي يرون بأن نظام تحصينهم يخضع إلى هجمات الكثافة الضعيفة، لكن ثابتة تقريبا والذي تعيق نموهم.

العوامل الاجتماعية ثقافية عندها، تأثير كبير جدا على ما يأكلونه الناس في طريقة تحضير الغذاء وعاداتهم وتفضيلهم لنوع من الأغذية، وعلى الرغم من هذا، الطرق الثقافية للأغذية هي نادرة بالكثير وتعتبر كالأسباب الرئيسية مهمة لسوء التغذية. إن زيادة السكان عبر العالم، في رأي العديد من المفكرين والمختصين في التطور، المشكلة الأكثر ضخما وخطرا التي تهدد بالضغط على الإنسانية، إنه واضح بأن التقرير بين عدد القائمين وكميات الأغذية المتوفرة عندها صدى على التغذية، بحيث السكان في المناطق الحضرية يرتفعون بسبب زيادة في نسبة الخصوبة، بالإضافة إلى الهجرة الريفية إلى الحضر. سكان المدن يستهلكون المواد الغذائية بدلا من المنتجة، كما أنهم أكثر فأكثر عددا بالمقارنة بالريف، الإنتاج الزراعي يصبح حمل أكثر فأكثر ثقل.

النساء اللواتي يتبعن الحمية من الأغذية الناقصة خلال فترات حملهن، وبالتفصيل أكثر المساهمة الكبيرة للطاقة تعطي احتمالا لولادة الرضيع يتميز بالقصر القامة، والتعرض للوفيات الرضع بسبب ضعف في الوزن، وبهذا الغذاء الأمومي الفقير يؤدي إلى إرتفاع لمخاطر للرضع إن سوء التغذية عند الطفل الأقل من خمسة سنوات في الوقت الحاضر، كما تعد مشكلة تغذوية خطيرة، في كثير من بلدان العالم، آسيا وأمريكا اللاتينية، في الشرق الأوسط وإفريقيا. نقص في السعرات الحرارية، هو السبب

الرئيسي لسوء التغذية. على العموم سوء التغذية هو ثمرة تجمع بين مساهمة الغذاء الناقص والأمراض عند الأطفال الصغار، سوء التغذية هي مرادفة للإضطرابات في النمو، التغذية السيئة للأطفال الصغار معرضين لقصر القامة ونقص في الوزن بالنسبة لأعمارهم.

2.1. العوامل المؤثرة الحالة التغذوية

1.1.2. الصحة والتغذية

1.1.1.2. مصالحي الصحة والمياه الصالحة للشرب وتنقياتها

العنصر الأساسي من الصحة الحسنة هو الوصول إلى الدواء وخدمات الصحة الوقائية المقبولة والكلفة الصحيحة. الأسرة يجب أن يكون عندها مركز الصحة في المسافات معقولة، مع موظفين مؤهلين ومجهزون لإعطاء النصائح والعناية المطلوبة. من خلال البرامج الأمم المتحدة للتطور (PNUD)، شروط التغيير كبيرة لكن ليس في أقل من 35 للبلدان الأكثر فقرا، بين 30% و50% من السكان تتعدم فيها المصالح الصحية [34] ص 69. في إفريقيا، عرفت البرنامج تحت إسم مبادرة Bamako التي إنطلقت في 1987، هدفها تأثير على أزمة العناية الصحية التي ظهرت من الإنحطاط الإقتصادي لسنوات الثمانينات. إنه إستراتيجية تهدف أن تحسن خدمات الصحة بإزالة الولاية القضائية المركزية، أن تعدهم إلى الجماعات، في التحكم بالإدارة وجزء من التمويل.

اليوم التيار أصبح منتشر في بعض بلدان إفريقيا، مبادئ المبادرة تبنى وتتكيف في المناطق الأخرى، النتائج التي تدعو إلى التفاؤل: تجهيز الأدوية الأساسية في مراكز الصحة الأكثر إنظاما، مع المساعدات المجانية والمعقولة للخدمات الأساسية للمجتمع. هناك تحدي إضافي، يتضمن في خلق مناخ حيث قطاعات العناية و التغذية ستكاملان نموذج Bamako، لكن الخدمات الوقائية للصحة و التغذية أقل طلبا من العناية العلاجية. وعلى الرغم من هذا التقرير الممتاز يكلف كفاءة. فيما يتعلق نظافة البيئة أو المحيط، نقص الوصول السهل إلى التجهيزات المياه الصالحة للشرب والأنظمة التقنية الفعالة. ومعالجة الغذاء في شروط صحية قليلة وأيضا إنعدام الصحة داخل وخارج المنزل، والتي تعطي في أغلب الأحيان الإسهال عند الأطفال وعندها نتائج معتبرة على توزيع و إنتشار الأمراض المعدية.

علاوة على ذلك، عندما الغذاء يعالج بدون إحترام أساليب النظافة وعندما المحيط يكون غير صحي، مغطى بالبقايا الحيوانات والإنسان يأتزان على الأطفال الأكثر حساسية للطفيليات المعوية، وهناك سبب

آخر تأخر في النمو وسوء التغذية. إن المرأة هي المسؤولة الأولى في توفير وإختيار المياه الصالحة للشرب لكل أفراد الأسرة خاصة للأطفال الصغار، كما يحتمل أن نقص المسافة للإحضار المياه، تسمح للنساء أن يحفظن إحتياجات جيدة من الطاقة، حتى 300 إلى 600 من السرعات الحرارية في اليوم [35] ص5. على الرغم من التقدم المنفذ في الوصول إلى المياه الصالحة للشرب، ليس أكثر من 1,1 مليون شخص يستفيد دائما من هذا العنصر الأساسي في التغذية الجيدة [36] ص1. فيما يتعلق الإخلاء الصحي المبذر، العالم يفقد في الوقت الحاضر لممتلكاته من الأراضي، نسبة التغطية تنقص في المناطق الحضرية على المنطقة الريفية. في نهاية 1994، 82% من سكان المناطق الريفية [37] ص18، وبشكل عام حوالي 2,9 مليون شخص لم يتلقو تنقية كافية للمياه [38] ص184-185.

2.1.1.2. أزمة الصحة في العالم

التنمية في تطور مستمر، الصعوبات الإقتصادية، التمدن الذي يغير بشكل سريع، والتلوث البيئي، هم من العوامل التي تساهم في ظهور أمراض السل، الدفتيريا و حمى المستنقعات. في نفس الوقت، ظهور أمراض جديدة، كالحمى النازفة، بشكل مخيف، بدون ما نتحدث عن مرض السيدا، من أهم مشاكل الصحة من هذا القرن. تضاعف مع خطورة هذه الحالات، مع الصعوبات الإقتصادية، فإن المصالح الصحية عاجزة كليا على تلبية الحاجيات الأساسية للمرض. العلاج من السيدا يكلف 15000 إلى 20000 دولار لكل شخص. كما أن الوقاية بال (AZT) لمنع تنقل الفيروس (VIH) إلى الطفل حديث الولادة و خلال الولادة تبلغ 50 دولار لكل امرأة. عدد كبير من المشاكل التي تعاني منها الصحة، يعود إلى نقص في تجهيز المياه الصالحة للشرب، بينما يعتمد المياه على هذا السائل، الذي لا بديل له.

من 1995-1996 [39] ص13، وباء الدفتيريا الذي ضرب أوكرانيا، والدول البلطيقية، الإتحاد والشركات الوطنية، وحدوا قوتهم مع اليونيساف و المنظمة العالمية للصحة ضمن إطار حملة التلقيح حوالي 23 مليون ساكن، وبرامج مشابهة أخرى خلال أوبئة حمى النازفة والسحايا والحصبة. عدد كبير من البلدان تعاني من مرض السيدا، ليس لديهم إمكانيات شراء الأدوية لأنها باهضة الثمن، خاصة الأيام التي يقضيها في المستشفى. الأشخاص الحاملون لإيدز هم أشخاص لايعتنون من قبل عائلتهم، ففي مثل هذه الظروف، عمال و متطوعون من الصليب الأحمر والهلال الأحمر، قاموا بدور حاسم إتجاه المرضى، خاصة في التوعية ومدى خطورة ووسائل الوقاية. من العوامل التي تساعد في ظهور مرض السل، الفقر وظروف الحياة من نوعية المسكن وطريقة العيش والغذاء وقلة النظافة.

وللوقاية من هذه الأمراض، إن الشركات الوطنية، إستطاعت أن تتداخل وذلك بمساعدات غذائية. كما لعبت دور حيوي بمساهمة تحسين الشروط الصحية وتعليم الجماعة و طريقة إستعمال الأملاح (SRO)، وبرامج التلقيح بفضل متطوعين وإلى موظفين مختصين وممرضين وأطباء خلال التلقيح العام. النظافة والماء الصالح للشرب، يسمحان بتجنب الكوليرا والأمراض الإسهالية. 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 ويكون أكثر عرضة للإصابة بأمراض سوء التغذية.

3.1.1.2. الأمية والصحة

إشكالية التطور، التربية والصحة، لهم مكان خاص. إن التربية والصحة لهما تأثير على الآخر من جهة أخرى، تعتبر مؤشرات التطور. قامت الأمم المتحدة برامجا للتطور (PNUD)، تستعمل معطيات لحساب مؤشر التطور الإنساني. مؤشر التطور الإنساني (PNUD)، مؤشر بنيوي للتطور، مستند على فكرة ذلك التطور الإنساني ليست ظاهرة أحادية البعد ولكن يتدخل مع مجموع مظاهر الحياة. محسوب لكل بلد، مؤشر يدخل في معطيات كأخذ في الحسبان القوة الشرائية المحلية، مستوى خدمة الصحة العمومية (أمل الحياة عند الولادة) وأيضا محو الأمية ونسبة تردد الذكور والإناث للمدرسة،..... تستعمل IDH، كمؤشرات للتطور، والصحة والأمية، نتائج ومحددات في آن واحد.

الصحة عنصر أساسي للإستقلالية الشخص وسعادة الأفراد، إذا عملت كالنقطة صارمة حسب النظرة الإقتصادية، من حيث يساهم في النمو الإقتصادي بعدة أساليب. إن النتائج الإقتصادية لتحسين الصحة، مهمة، خاصة الفئة المحرومة، فهم أكثر عرضة للأمراض في إفريقيا، حيث اليد العاملة الخاصة بالنساء يقمن بإستغلال الموارد الطبيعية والتي تتواجد في مناطق تكثر فيها الأمراض. تردد الأطفال خاصة الذكور هم الأكثر من يترددون إلى المدارس مقارنة بالإناث. إن التدريس الإبتدائي للبنات يزيد عشرة نقاط من النسبة المئوية، يمكن أن يتوقع تناقص وفاة الأطفال من 4,1 وفاة لكل 100 ولادة حية [40] ص 8. التدريس الثانوي، تناقص من 5,6 وفاة لكل 100 ولادة حية. أظهرت الدراسات في باكستان، السنة الدراسية الإضافية للتدريس من 1000 بنت، سمح مع ذلك أن نتجنب 60 من وفيات الأطفال.

لكل عام، على الأكثر، المدة الزمنية التي نقضيها في المدرسة، يمكن أن يترجم بمؤشر الإرتداد البنيوي للخصوبة وإنخفاض نسبة حدة وفاة الأم عند الولادة. النساء الأميات، من البرازيل، تقدر 6,5 من المعدل المتوسط، أما النساء ذات المستوى الثانوي بمعدل 2,5 طفل. التدريس خصوصا، تدريس البنات، مقارنة بالذكور، تعاني من حيث النسب، توجد الصلة بين الصحة والنمو، وهذه الصلة هي قلب

للمشكلة والتي تهمنا. حقوق تعليم الأطفال معترف به، عالميا. إلا أن الحقيقة بعيدة جدا بين الحقوق والواقع. تقرير اليونيساف (UNICEF)، يشير إلى حقوق الأطفال في التعليم.

مع التصريح العالمي للحقوق الإنسان 1948، إتفاقية حقوق الطفل 1989، القمة العالمية للأطفال 1990 وأخيرا المؤتمر العالمي حول التعليم تضمنت سنة 1990 في تايلاندا. سنة، قبل عام 2000، تقريبا مليار من السكان العالم، لاتعرف القراءة والكتابة وحتى لا يستطيعون حتى ملء الإستثمارات أو إستعمال جهاز الكمبيوتر. ومليار شخص يعيشون في الظروف صحية سيئة والفقير، والعدد ما زال في إرتفاع. نتائج الأمية، عميقة، يمكن أن تضع حياة الشخص في خطر. كما صرح، في نفس القرن الماضي في التصريح العالمي لحقوق الإنسان، وفي 1989، إتفاقية حول حقوق الطفل، معاهدة حقوق الإنسان صدقت من قبل عدد كبير من البلدان [41] ص78.

أ. التعليم

بعد عقود كاملة من المناقشة، على الصلات التي يربط بين التعليم والتطور والمؤتمر العالمي حول التعلم للكل (1990 في تايلاند)، مصررة على ضرورة الإستثمار لصالح قطاع التعليم، خاصة التربوية الأساسية تحت شعار:

« التعلم يبدأ من الولادة». إعترف المشاركون، أن نظام التعليم الأساسي، هو أن يكون التعليم رسميا. كما وضعت برامج التعليم الإضافية للأمينين. في نفس الوقت، النظريات حول التطور الإنساني والتطور الجديد لسنوات 1980 وبداية 1990، نجدها في دراسة RDH. لكن، حسب Ozay Mehmet، إن النظريات لاتفيد في الوقت الحالي، وعلى الدول في طريق النمو، أن تؤمن وأن تتبع نصائح لمؤسساتها؛ وأن تمنح الأولوية إلى التكوين المهني وإلى كفاءة رجال الأعمال؛ بالإشتراك مع سوق « قوة العمل»، بمساعدة برامج التربية والإصلاحات، مثل ما حدث في البلدان الصناعية من آسيا.

من بين البراهين، التي أكدت على أنها القاعدة الصحيحة، للتطور أي المجتمع، حسب الدراسة RDH لسنة 1996. التي إعتمدت على البنك العالمي حيث 129 بلد مع تحليل حالة « النمو» في آسيا، مع تأكيد قيمة الإستثمار للموارد البشرية. طبقا لدراسة UNESCO، حول الأمية عند النساء، تتضمن 88 بلد في تطور؛ حيث نسبة محو الأمية من 20% إلى 30% مقابل 8% إلى 16% حسب (PIB). حسب الدراسات الأخرى، وعلى حساب المصرف العالمي في 1985، حول 61 بلد. حيث يشير Georg

Psacharopoulos، أن التربية الإبتدائية تعطي مكان إلى نسب العودة الإجتماعية أكثر إرتفاعا مقارنة بالتربية الثانوية[42] ص147.

4.1.1.2. التغذية والإصابة بالأمراض المعدية

التفاعل بين سوء التغذية والتلوث هو السبب الأول للأمراض ووفيات الأطفال في أغلب البلدان إفريقيا، آسيا، أمريكا اللاتينية. عدد الإصابات بالفيروسات، والبيكتيريات والطفيليات هي بأوضاع مرتفعة كل نوع من الإصابات يمكن أن تأخذ صدى سلبي على الحالة التغذوية للأطفال.

* تأثيرات سوء التغذية في مقاومة الإصابات: عدد معتبر من الأعمال والدراسات المتخذة على سوء التغذية، فالأطفال المعرضين Kwashiorkor، كالمثال، هم غير قادرين على صنع المضادات الحيوية التابعة للتلقيحات ضد الديفتيريا. بعد العلاج البروتيني، يمكنهم من جديد المقاومة بشكل صحيح، بالنفس الطريقة، الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية البروتين الطاقوي، لهم ردود محصنة ناقصة عندما يتم تلقيحهم ضد الحمى الصفراء[43] ص198.

* تأثيرات الإسهال: الدراسات المتعددة توضح بأن الإصابات بالإلتهابات المعوية، خصوصا الإسهال، يهيج بالجدي لسوء التغذية البروتين الطاقوي. الإسهال مدته قصيرة بالنسبة للأطفال الصغار، وهو يمكن أن يكون قاتل. الرضاعة يستفيدون منها الأطفال غالبا من الحماية خلال الأشهر الأولى من حياتهم، الإسهال هو إذن غالبا ينقذ بالميزات فترات الفطام. الإسهال بالفطام له شدة قصيرة جدا في الجماعات الفقيرة لكل أنحاء العالم، أيضا في المناطق الإستوائية من المعتدلة. العديد من الدراسات توضح بأن حالات سوء التغذية في إرتفاع صيفا، عندما يكون الإسهال أكثر تكرارا. كالمثال، حسب الدراسات المطبقة في إيران، أكثر من مرتين لحالات سوء التغذية البروتين الطاقوي الذين تم إدخالهم إلى المستشفيات خلال الفترات الحارة من الخريف.

الدراسات التي أنجزت في المستشفيات والجماعات المستهدفة بأن في المستشفيات والجماعات المستهدفة بأن في الغالب الإلتهاب المعوي والأمراض المعدية الأخرى كالحصبة تتدهوران في حالات Xérophtalmie. تعتبر من الأسباب الرئيسية للعمى في بعض الدول من آسيا، هي أيضا منتشرة في معظم أجزاء إفريقيا، أمريكا اللاتينية، والشرق الأدنى. يمكن إعتبار الإسهال والجفاف الذي يمكن أن يرافقه، فالجفاف هو نقص في الماء والإلكترولونات المنحلة في معادن الجسم. في هذه الحالة تحمل إسم «

سوء التغذية في الإلكترونيات السائلة»، مساهمة الماء والمعادن الكافية رسمت في الأغذية المحضرة في المنزل، الرضاعة الطبيعية. لكن الفقر وسوء التغذية هم أساسيون في الدول أين بالحاجة أن تخفض تأثيرات الإسهال [44] ص 45-48.

* الوفيات بسبب الحصبة والأمراض المعدية الأخرى: الإيضاح الضارب من تأثير سوء التغذية على الأمراض المعدية تجهز لإعطاء معدلات الوفيات المتنوعة بالأمراض المحدودة للأطفال مثل الحصبة. مسؤولة على حوالي 15% من الوفيات في العديد من الدول الفقيرة. السبب من هذا هو أن الأطفال الصغار هم الذين يطورون هذا المرض بسبب الحالة التغذوية السيئة، والمقاومة الفيزيائية والصحية ضعيفة. في المكسيك، معدلات الوفيات بسبب الحصبة هو 180 مرة أكثر إرتفاعا من الولايات المتحدة، نجد 268 مرة أكثر إرتفاعا في Guatemala، و 480 مرة أكثر إرتفاعا في أمريكا الشمالية وأوروبا وفي الدول الأخرى المصنعة.

الإنحرافات الخطيرة الخاصة والمعدلات الوفيات من الحصبة بين الدول المتقدمة والنامية لا تأتي فقط إلى الاختلافات الحدية للفيروس لكن أيضا إلى الاختلافات في الحالة التغذوية للدولتين. من خلال وباء الحصبة في الولايات المتحدة يقترحون بأن الوفيات تعتبر من بين الأطفال ذوي الأسر الأكثر فقرا، يمكن ملاحظة الوفيات بسبب المرض نجدها نادرا في الأسر أو العائلات المتوسطة (الذين يستخدمون الخدمات الصحية مثلا). الدراسة التي أنجزت في الولايات المتحدة للوفيات للأطفال في 10 دول توضح بأن 35000 من وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات، سوء التغذية تمثل 57% حالة مصدرا للوفاة [45] ص 194.

*الدراسات المتدخلية: الدراسة المنجزة في Colombie، التي توضح بأن الأغذية الإضافية للأطفال تستلزم تناقص الصافي للإسهالات. قادت دراسة متشابهة في Guatemala، تلاحظ في مقدمة الجرائد للإضافات التغذوية للأطفال قبل التمدرس إستلزم تناقضا هاما من الوفيات والأمراض المثارة للعديد من الأمراض الخطيرة المعدية. الدراسة الكلاسيكية التي قادت في الهند، توضح بالشكل جدي قيمة البرنامج الذي يرتبط بالعلاج التغذوي والصحي. الأطفال قد قسموا إلى أربع مجموعات، المجموعة الأولى إستلمت الغذاء المكمل، الثانية العناية الصحية، الثالثة الغذاء المكمل والعناية الصحية، الرابعة كالمشاهد للمجموعات السابقة. والنتائج الإيجابية من خلال هذه الدراسة هي مجموعتين المجموعة الأولى والثالثة وهذا حسب إثباتات المجموعة الرابعة، لأن الصحة وحدها لاتستطيع القضاء على مخاطر سوء التغذية.

*التغذية، الأمراض والتطورات الوطنية: خلال القرن الماضي، وفي المدن الصناعية الكبيرة والضخمة من أوروبا وأمريكا الشمالية التي قورنت بالدول النامية والأكثر فقرا. بحيث في أمريكا خلال فصل الصيف لسنة 1892، معدلات وفيات الرضع كانت 340 بالألف، الإسهال كان المسؤول على نصف من المتوفين. التغطية لسوء التغذية والأمراض المعدية يضعان الخطر في الصحة وهذا لأغلبية السكان عبر العالم للحالة القلق، فالنقص التنبيهات الخاصة بالمحيط وحشد المصاعب الأخرى التي تتحدد بالفقر هي العوامل الأخرى التي تأثر على تطور هؤلاء الأطفال، إن رهان الوكلاء الصحيين، إقتصاديين والحكومات والمؤسسات الدولية أن يخفضوا الأمراض إلى الأفضل ونفس الشيء بالنسبة للوفيات. والتأثيرات اللاحقة ينتجان من التفاعل بين سوء التغذية والأمراض المعدية. إن المبادعة بين الولادات هي نقطة حاسمة، خصوصا للنساء اللذين زاد تحميلهم المسبق بالعمل والتناقص في التغذية. هو سيكون ضروري أن يساعد الوالدين أن يقرروا عدد الأطفال المرغوب بهم حسب إمكانياتهم، وعلى الرغم من كل هذا هناك خمول، غياب، معدل الإنتاج الضعيف والإجهاد يمكن أن يأخذ العوامل الثقافية والاجتماعية والصدى الإقتصادي على الفرد، العائلة والجماعة [46] ص19.

2.1.2. البيئة والتغذية

1.2.1.2. الأسباب الوبائية وأغراضها

إن سوء التغذية البروتين الطاقوي (MPE)، ينتج من نقص في العناصر الغذائية الكبيرة وليس في العناصر الغذائية الدقيقة، على الرغم من التنمية، إعترف أن سوء التغذية ينتج من نقص السرعات الحرارية، قبل كل شيء، بسبب الغذاء الغير كافي. ومن بين العوامل التي تساهم في MPE عند الطفل [47] ص91-116:

- الضرورات أو الإحتياجات الغذائية العالية للطفل، الطاقوي أكثر من البروتيني بالكيلوغرام حسب أعضاء العائلة.
- إستعمال الفطام الغير المناسب،
- إبدال الرضاعة عن طريق حليب الأم بالرضاعة عن طريق الحليب المطحون (الرضاعة الإصطناعية) عند العائلات الفقيرة،
- إستعمال التغذية ذات السرعات الحرارية القليلة، مفرنتا بالروتين والدهون عند العائلات الفقيرة،
- عدم وجود أو غياب العناية الكافية للطفل من قبل الأم، سبب ليس لها وقت كافي للعناية به أو لجهلها،
- نقص التغذية سببه الفقر، عدم التكافؤ، والمشاكل في التوزيع داخل العائلة.

- الأمراض (الفيروسية، البكتيرية والطفيلية المسؤولة عن فقدان الشهية للطعام، نقص إستهلاك الطعام، وإستعمال السيء للغذاء.

- المجاعة بسبب الجفاف، الكوارث الطبيعية، الحروب الأهلية.

- المولود الذي ولد مبكرا قبل أوانه، يتميز بالوزن الضعيف مع غياب الرضاعة أي حليب الأم غير كافي، يمكن أن يؤدي إلى سوء التغذية MPE في المجتمعات الفقيرة لأن الإطعام الأمومي هو الطريق الوحيد لإطعام الرضع. كما أن إستعمال الإطعام عن طريق الفئينة ستكون صعبة، إن الرضاعة الطبيعية بدون الغذاء الإضافي، وبعد 6 أشهر من عمر الطفل، يمكن أن يمنع أيضا من النمو الصحيح وإلى المرض Kwashiorkor .

2.2.1.2. الديدان والماء

القلة من الناس، إذا طلبنا بترقية الأمراض الأكثر إجابتا، نضع الديدان في قائمتها. وعلى الرغم من التعفّنات بسبب الدودة المعوية هم من أوائا الأمراض الأكثر تكرارا وتجاوزا، تحصلوا على أكثر من 30% من السكان في العالم. يمكن أن يأتروا على المسؤولية الفيزيائية والعقلية للمرضى تماما كالصحتهم ومعدل إنتاجهم. نجد 150000 من الأطفال سيستلمون سنويا إلى إعاقة معوية أو إلى تعقيدات البطنية، وملايين منهم، معرضين لسوء التغذية التي تعيق النمو، وتستلزم فقر الدم الخطير، وتأخر في سن البلوغ ومشاكل في التعليم و الذاكرة. في 1990، يحتمل أن 44 مليون من النساء الحوامل يعانين من Ankylostomiasis، ما يعرض للجنين إلى أخطار تأخر في النمو والتطور داخل الرحم، وولادة السابقة للأوان ونقائص في الوزن عند الولادة. الإنتقال السهل، خاصة هناك حيث النظافة والتنقية تتركان الرغبة الطفل يمكن أن يتعرض إلى Ankylostomiasis ، بالمشي حافيا وبدون ملابس و الدودة تعيش في أمعاء الإنسان تأتي بوضع الأصابع الوسخة في الفم[48] ص92.

3.2.1.2. نموذج في تربية الدواجن

البعض من الدراسات توضح اليوم بأن التأثيرات المحيط الغير صحية لا تتحدد بنفسها بل تظهر على شكل حلقات المرض. كما نجد العرض الذي يأكده الباحثون لطيور الزربية، بأن الأطفال الذين يعيشون بشكل غير صحي يرون بأن نظام تحصينهم يخضع إلى هجمات الكثافة الضعيفة، لكن ثابتة تقريبا والذي تعيق نموهم. بالنسبة للدكتور Noel Solomons وزملائه لمركز الدراسات حول الإعاقات الحسية، العجز وعملية الأيض، بحيث تم تصنيف ثلاث جوانب:

الأول يشمل الأطفال بالصحة حسنة (لايمثلون الأمراض خاصة)، أما الثاني يتمثل الأطفال الذين لهم تأثير على الأمراض الحادة (بالإشارات قابلة للكشف بشكل سهل من المرض)، والجانب الأخير خاص بالأطفال الحاملين للمرض(لاتقدم أي إشارة للمرض خاص)، من خلال هذه النتائج تم تفسير، بأن أسباب المرض الغير مبين والمزمن والتنبيهات للكثافة الضعيفة لنظام التحصين ربطت إلى الحياة المحيط الغير صحية. كما يعرف بشكل أحسن أخطار نقص الوصول إلى المياه الصالحة للشرب، مؤخرًا، تم إمتحان البيانات تجمع بالإستعلامات السكانية والصحية تسلط تدعيمها مع USAID، توضح الأرباح الصحية والتغذوية التي إشتقت بشكل أفضل والتي تجاوزت تلك المصاعب لتحسين الوصول إلى المياه الصالحة للشرب. تحت إشراف الدكتور Reynaldo Martorell لجامعة d'Emor، قام بدراسة التي توضح العلاقة بين التنقية وتأخر في النمو، تمثل 800 من الأطفال لمنطقة آسيا الشمالية و800 لمنطقة إفريقيا. بالإجماع الواسع لمجموعة من المعلومات النتيجة النهائية هي، تثبت أن التنقية الصحية، لتقاليد النظافة والمظاهر الأخرى للبيئة المحلية، تؤدي إلى إستعادة النمو الطبيعي للطفل [49] ص45.

2.2. العوامل الإجتماعية والثقافية للتغذية

1.2.2. العادات التغذوية وأصلها

العوامل الإجتماعية ثقافية عندها، تأثير كبير جدا على ما يأكلونه الناس في طريقة تحضير الغذاء وعاداتهم وتفضيلهم لنوع من الأغذية، وعلى الرغم من هذا، الطرق الثقافية للأغذية هي نادرة بالكثير وتعتبر كالأسباب الرئيسية في نفس الأهمية لسوء التغذية. على العكس، العديد من الطرق هي موجودة للمحافظة تحسين الصحة

(إعطاء الأغذية ذات الكثافة العالية من الطاقة للنساء اللواتي سوف يلدن كالمثال)، في الحقيقة البعض من المحرمات في طريقة الأغذية التقليدية يمكن أن يعطوا نقائص في الحالة التغذوية لمعظم المجتمعات.

كل المجتمعات لهم تفضيلات وإكراه للأغذية وأيضا إيمانهم للتغذية، والعديد منهم لا يريدون تغيير هذه العادات التغذوية، يميلون إلى ما تحضره الأم عندما كانوا صغار، والأطباق المحضرة توزع بين أفراد العائلة، يمكن إعتبارها غير صالحة للأكل أو مقرفة. إن الحليب الحيواني يستهلك عادتا وبشكل كبير في دول آسيا، إفريقيا، وأوروبا، وأمريكا، لكن نادرا ما يستهلك في الصين. في فرنسا يستهلكون لحم الحصان عكس الإنجليز. هناك مجموعة من المجتمعات تستهلك لحم القرود والأفعى و الكلاب والجراد والحشرات، بينما المسلمون لا يستهلكون لحم الخنزير، وفي الهند لا يستهلكون لحم البقر بل يعبدونها.

وهناك ما يرفضون إستهلاك الحبوب والخضر والثمار، كل هذا من الصعب أن نغير هذه العادات الثقافية لمختلف المجتمعات [50] ص45، ومن جهة أخرى يمكن نرجعه إلى عجز الدول على تلبية رغبات الحالة التغذوية لمجتمعات بسبب الفقر، لهذا لا بد من تغيير العوامل السوسيوإقتصادية بين الأسر بالتوزيعات المتوازنة للأغذية. إدارة ميزانية البيت عندها تأثير، عموما عندما الأمهات يسيطرن على تمويلات التدبير المنزلي الحمية تتحسن وهذا على عكس الآباء. وعندما تعجز الأمهات في السيطرة على الأغذية يمكن أن يصبح محفوف بالمخاطر. تأثيرات في التربية المغذية، لكن ليست دائما في الطريق الصائب، للعادات التغذوية، لحسن الحظ، هي بعيدة في الوقت أين المختصين في التغذية يقترحون الأغذية الغالية، والغنية بالبروتينات وعجز المجتمعات في شرائها. من المأسف، الميول على الأغذية أين يتم إعطاء المعلومات لمخاطر العادات والتقاليد الخطيرة لأفراد الأسرة وخصوصا الأطفال الصغار تكون صعبة، على أية حال، التغييرات تكون دائما بالبطء، التقاليد القديمة منتشرة وأنه من الصعب التخلي عنها.

2.2.2. الفوائد التغذوية للعادات الأغذية التقليدية

إن الحمية للأغذية التقليدية هي في الغالب من المجتمعات النامية لهم حمية جيدة للأنظمة، عموما، تتكيف مع متطلبات التغذية لكل أفراد الأسرة، بينما المشاكل تمس عادتا في الكميات وليس في نوعية الأغذية، هذه المجموعة تحمل المهم على أنواع الأغذية والعادات التغذوية. إستهلاك معظم الأغذية الغنية بالبروتينات، من الحشرات والأفاعي والناموس، الكلاب والقطط، والمأكولات البحرية وغيرها، كلها مفيدة بالكامل، بحيث نجد في قبائل إفريقيا، يستهلكون الدم الحيواني بحيث، ينزع الدم بثقب عرق البقرة، ينزع ويوضع في القرورة، ويستهلك هذا الدم عموما بعد خلطه بالحليب، إن الدم هو غذاء دسم الذي يصبح مغذي إلى حد كبير.

العادات الأكثر إنتشارا، خاصتا بين المجتمعات ذوي القبائل الرعوية يستهلكون الحليب المصنوع أو المخثر، بدلا من الطازج، وفي الحقيقة إن الحليب المخثر لا يغير من قيمته التغذوية، لكن هو ينقص الحساسية لعدد من الأجسام المسببة للمرض حاضرا. في الجماعات أين يتعاملون مع الأغذية غير كاملة من حيث شروط النظافة، والعلب التي يوضع فيها الحليب ليست معقمة، نجدها أكثر في علب الحليب المخثر من الحليب الطازج. والحليب المغلي يمكن أن يكون معقما لتفادي الأمراض. العديد من الفواكه

البرية غنية بالفيتامين C، تعطي إنتاج مغذي أكثر أهمية، وكذى البذور التي تنمو فتية قبل أن تطبخ، تزيد من القيمة التغذوية خصوصا في الفيتامين [51B] ص19.

3.2.2. العادات الجديدة للتغذية الضارة

كل التغييرات في الأغذية التقليدية ليست مرغوبة من الواضح. التأثيرات الضارة للتطور السريع لتقنية الإرضاع المحضرة للرضع أو الحليب الحيواني بدلا من الحليب الأمومي. هي ميولات للأغذية بشكل نسبي، الذي ليس مرغوب به، الأقل من الدراسات الأسئلة المطروحة

للأغذية الأخرى للرضع الذي ينجز والذي منه يتم ترقية للصناعاتها والإعلانات في الدول النامية. إن الغذاء المتوفر للفظام ويخدم تقليديا، وهو أقل سعرا وتستمر حتى سنتين، فالحليب المصنع يجب أن يحجز للأمهات اللواتي لايرغبين بالإرضاع. هذا الغذاء أكيد وتغذوي ويعد من الشروط الصحية الجيدة والمخفف بشكل صحيح. لكن العديد من الأسر ذوي الدول النامية، عاجزة على شراء الغذاء المصنع، وهو تبذير للأسر ذوي الدخول الكبيرة.

أن تأثر على التغيير الأفضل، فيما يتعلق بالعادات التغذوية القديمة والحديثة، في الجماعات و الوكلاء الصحة والمختصين بالتغذية يمكنهم أن :

- إعطاء مثال للتأقلم لأحسن العادات التغذوية في تدبيرهم الخاص في أسرهم،
- أن تدعم وترقي الرضاعة الطبيعية وأن يزيل كل حملات الترقية بدلاء الحليب الأمومي،
- أن تثبط إلى الأسر المتوسطة بالشراء الأغذية المصنعة للرضع، وتشجيع إستعمالات الأغذية المتوفرة والمكملة محليا،
- أن تجهز بالمعلومات لإيقاف إستعمال قنينة الإرضاع وشراء بالأسعار الغالية وبدون فائدة للإطعام الرضيع.

3.2. العوامل الديمغرافية والتغذية

1.3.2. السكان، التغذية، الغذاء والتخطيط العائلي

إن زيادة السكان عبر العالم، في رأي العديد من المفكرين والمختصين في التطور، المشكلة الأكثر ضخما وخطرا التي تهدد بالضغط على الإنسانية، إنه واضح بأن التقرير بين عدد القائمين وكميات

الأغذية المتوفرة عندها صدى على التغذية. في نهاية القرن، المفكر الإقتصادي السياسي البريطاني Thomas Malthus، توقع بأن نمو السكان يمكن أن يحدث بالسرعة ويتجاوز الإنتاج و الأموال المتوفرة للأغذية.

وهذا لم يتم حدوثه، لكن سوء التغذية إنتشرت على النحو الواسع. العديد من الأعمال تعالج بالأسئلة الأكثر أهمية للسكان، والديمغرافيا والسياسة الأسرية، القراء يفضلون فهم المشاكل المرتبطة بالسكان، مع إعطاء الإختصار للتعامل بالمظاهر الخصوبة والتخطيط العائلي بسبب صلاتهم بالتغذية، ودراسة أهميتها عبر العالم بشكل عام وللدول النامية خاصتا [52] ص 45:

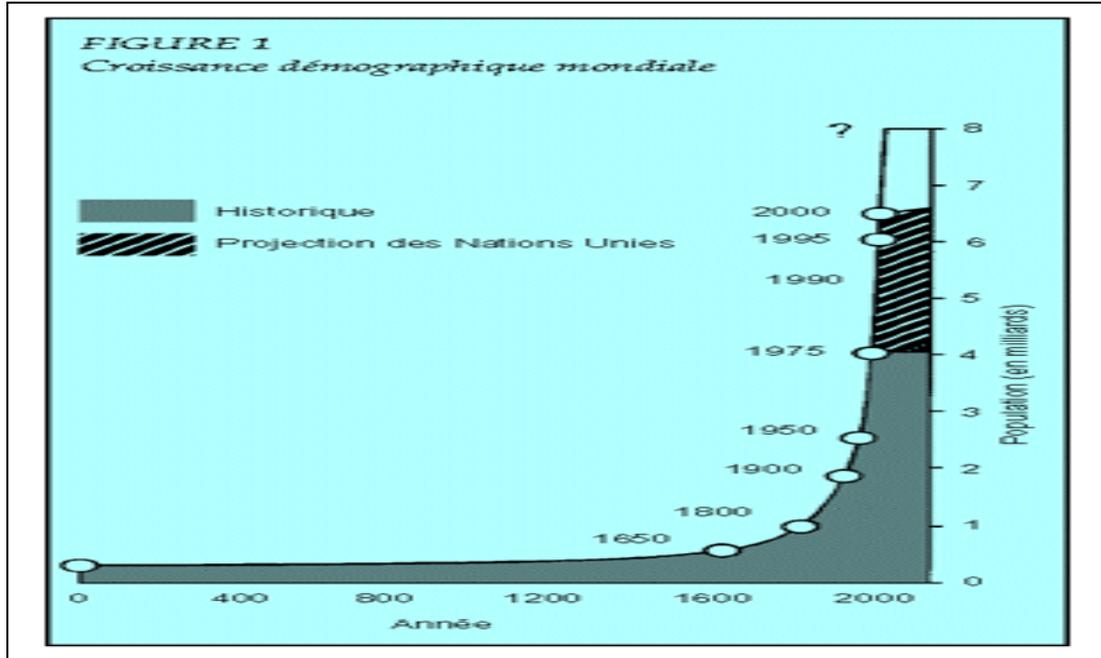
2.3.2. النمو الديمغرافي

سكان العالم يزدادون في إيقاع منبه، إذا كانت معدلات الزيادة لا تتباطئ خلال بعض العقود الآتية، العالم سيكون في مواجهة بالمشاكل الخطيرة. الشكل الأول توضح معدلات الزيادة السكانية خلال الفترات الأخيرة لسنوات 20 من القرن، بحيث العالم يحسب بالحوالي 250 مليون ساكن، فيحتمل أن الزيادة السكانية سيتضاعف خلال 16 قرن، بينما تضاعف بالنصف من المليار خلال قرنين وهذا في سنة 1850، بعدها إرتفعت إلى 2مليار في سنة 1950. في الوقت الحاضر، السكان عبر العالم يتضاعف كل 35 سنة وتحصل على 5 مليار قبل سنة 1990⁽⁶⁾.

نجدها في الدول آسيا والبنغلاداش، الهند وباكستان، والذي يتضاعف فيها السكان والأكثر صدى للمؤشرات الضخمة في العدد. الصين هي الدولة الأكثر تأهلا لكن حكومتها تضع بالشكل أن سكانها لها تغذية معقولة. وبدأت بوضع مقاييس لإيقاف كل الزيادات المهمة للسكان. في الوقت الحاضر، إفريقيا مأخوذة من مجموع الدول التي لاتعاني من الإرتفاع السكاني، إنه بالكثافة السكانية المضغوطة في بعض المناطق، أي الضغط على توزيع الأراضي، من كينيا، السكان في تزايد بالحوالي 3% لكل سنة. يمكن توضيح ذلك بحيث، عندما عدد الأشخاص يزداد في البلد، لجماعة أو العائلة، كمية الأغذية يجب بالضرورة أن تزداد. على أية حال، توفر الغذاء ليس له تأثير على حجم السكان، الإقتصاد، السياسة والجغرافيا أيضا عوامل المتدخلة.

في معظم الدول، زيادة في حجم العائلة من نتائج الحمل الأكثر قربا خلال الأعمار الغير ناضجة من الحمل الأول، و غياب المعلومات الخاصة بالتخطيط العائلي أو غياب لهذه المراكز. العديد من الدول الغنية خاصتا أوروبا يصلون إلى درجة الصفر من النمو الديمغرافي، بإستثناء الدفعة المهاجرة، بالمعنى،

العدد السنوي للمواليد معدودة بالمتوفين، على عكس، في الدول النامية لهم مواليد أكثر إرتفاعا من المتوفين وزيادة مرتفعة للسكان، حتى العديد من الدول الفقيرة خفضت معدلات نموهم الديمغرافي بإتباع طريقة التخطيط العائلي.



المصدر رقم 03: 15, 1999, OMS

2

شكل رقم 02: النمو الديمغرافي عبر العالم [53] ص 15

3.3.2. التعمير

السكان في المناطق الحضرية يرتفعون بسبب زيادة في نسبة الخصوبة، بالإضافة إلى الهجرة الريفية إلى الحضر. سكان المدن يستهلكون المواد الغذائية بدلا من المنتجة، كما أنهم أكثر فأكثر عددا بالمقارنة بالريف، الإنتاج الزراعي يصبح حمل أكثر فأكثر ثقلا. هناك أربع مدن فقط في العالم به أكثر من 2 مليون ساكن، في يومنا هذا، هناك أكثر من 100 والعدد المهاجرين 10 مليون ساكن [54] ص 45.

العديد من الأسر ذوي الدخل الضعيفة، والنساء اللواتي يعملن خارج المنزل يعدلن التغذية الحضرية، كما نلاحظ الإنحطاط العام للرضاعة الطبيعية في لكل مناطق الدول العالم، والتي تتزامن أكثر فأكثر تكرارا إلى بدلاء الحليب الأمومي، ذوي الأسعار الغالية أي إلى الرضاعة الإصطناعية. في المتوسط، الذين يعيشون في المدن يستفيدون بشكل أحسن من الحالة التغذوية من الريف بسبب توفير التغطية الطبية

الأفضل ويعرفون تقلبات موسمية أقل. إن بيانات FAO، توضح بأن حوادث سوء التغذية للأطفال، وعلى الخصوص سوء التغذية المزمنة هي أكثر ضعفا في المناطق الحضرية. في غانا، يمكن ملاحظة بأن الذين يعيشون في المدن البالغين لهم أوزان الأكثر إرتفاعا من الريفيون، بشكل عام، سكان الحضر لهم معدلات للأمراض والوفيات الأكثر إنخفاضا ولهم نسبة عالية للأمل حياتهم، الأقل من الأطفال لهم ضعف في الوزن عند الولادة وأقل مشكلة للنمو.

4.3.2. الخصوبة والحالة التغذوية

النساء اللواتي يتبعن الحمية من الأغذية الناقصة خلال فترات حملهن، وبالتفصيل أكثر المساهمة الكبيرة للطاقة تعطي احتمالا لولادة الرضيع يتميز بالقصر القامة، والتعرض للوفيات الرضع بسبب ضعف في الوزن، وبهذا الغذاء الأمومي الفقير يؤدي إلى إرتفاع لمخاطر للرضع. الدراسات في Guatemala، توضح بأن النساء الحوامل يتلقون تنبيهات للرضع الأكثر وزنا عند ولادتهم. كان الغرض أيضا لتوضيح مخاطر سوء التغذية، نلاحظ الوفيات ترتفع عند الأطفال المولودين في فترات أقرب بالكثير خلال الحمل، الخطر يزداد أكثر إنطلاقا من الطفل الرابع. الحمل المتكرر والأكثر إقترابا يمكن أن يكون له خطر كبير للأم وطفلها، الأمهات اللواتي يستعملن التخطيط العائلي ببساطة للمباعدة بين الولادات نلاحظ ببساطة تميزهن بالحالة تغذوية صحية وفي تحسن مستمر.

التخطيط العائلي يتحدد بإرتباطه بالصحة والحالة التغذوية، والعائلات الصغيرة في حجمها والمباعدة بين الولادات والرضاعة الطبيعية اللذين يضعون نهاية بشكل تدريجي إلى العوامل للصحة الجيدة، والحالة التغذوية جيدة وحتى تناقص في معدلات الوفيات للأمهات والأطفال [55] ص 125.

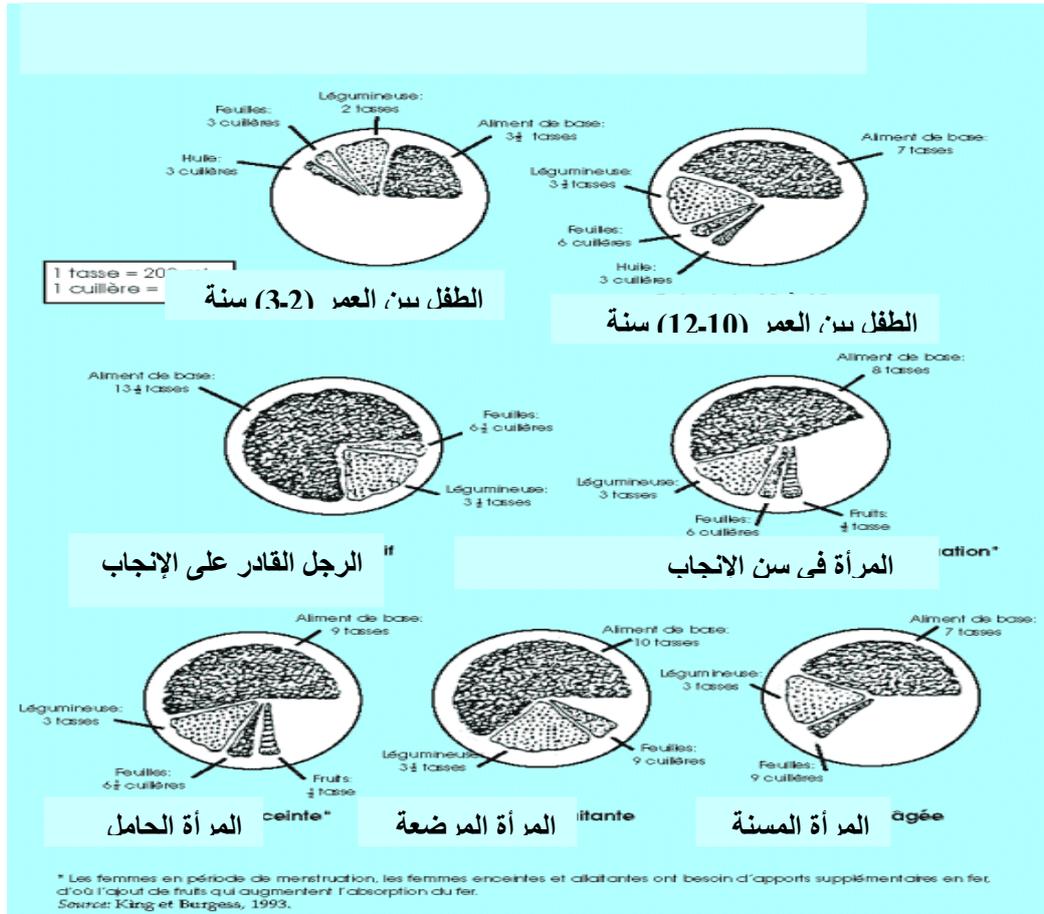
الحق في الإختيار للتخطيط العائلي هو مشكلة تتعلق بالعائلة بدل الأمة، دور الأشخاص خارج العائلة يجب أن لا يحاولوا أن يحددوا عدد الأطفال للزوجين، لكن بالإعطاء المؤهلات للإختيار بأنفسهم عدد الأطفال المرغوب به. التربية ومراكز التخطيط العائلي الموصولة بالعدد الكبير من الأزواج، يقدمون لهم المعرفة والإمكانيات للحذر في الحمل الغير مرغوب، إنه يقال بأن كل طفل يوضع في هذا العالم يجب أن يكون مرغوب به، هو هدف من المستحق أن يكون مطبق ومتبع.

5.3.2. الرضاعة الطبيعية، الخصوبة والتخطيط العائلي

خلال وقت طويل، فكرة الرضاعة الطبيعية تمنع الوقوع بالحمل والتي قد تعتبر إحدى المعارف المأمنة. الآن الحقيقة العلمية تم تصديقها: عند النساء اللواتي يرضعن بشكل كامل لأطفالهن، لا يقعن في الحمل مرة ثانية أي المباشرة بين الولادات، أي الفترة بين الحملين يمكن أن تؤخر من خمسة إلى ثمانية شهور، وبهذا تخفض الخصوبة والسيطرة على إرتفاع عدد السكان. ومن المحتمل أن تخفيض وفيات الرضع والأطفال، هو تمهيد في القبول المعمم للتصميم بالتخطيط العائلي في المجتمع.

الوالدين لا يأخذون في الحساب مخاطر لمحدودية حجم العائلة ليس لهم الضمان للأطفالهم الأحياء. بحيث نجدهم معرضين لسوء التغذية هي من الأسباب الأولى لوفيات الأطفال، وبهذا فإن تحسين التغذية يساعد على قبول التخطيط العائلي. التحسنات التغذوية تساهم بالتحسين النوعي للحياة بشكل عام، الحصول على عدد أقل من الأطفال داخل العائلة، ومصادر للأغذية المتوفرة، وأكثر مسافة للعيش وأقل بؤسا، ويتميزون بالصحة حسنة والحالة التغذوية الجيدة للأمهات والأطفال. البعض من الدول تجمع نشاطات التخطيط العائلي مع البرامج التغذوية والصحية، وهذا يظهر بالأعمالها الجيدة. هي حالة أندونيسيا، أين التخطيط العائلي كان عندهم تصادم لتوضيح تخفيضات في معدلات النمو السكاني وحجم العائلة⁽³⁾.

6.3.2. التغذية خلال المراحل الهامة من الحياة



المصدر رقم 04: 125, 1990, FAO

3

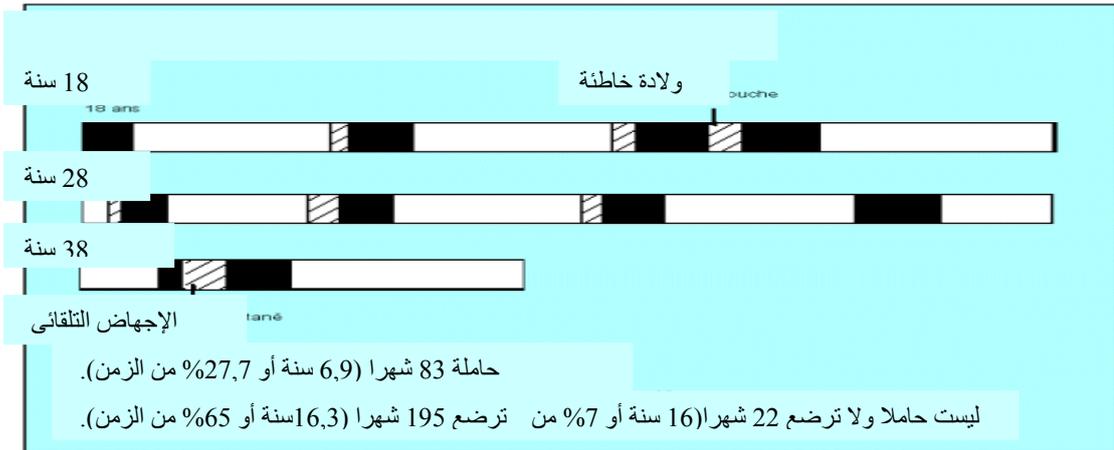
الشكل رقم 03: التغذية خلال المراحل الهامة من الحياة [56] ص 125

1.6.3.2. النساء في سن الإنجاب

النساء البالغات بحاجة إلى تغذية ضرورية أرفع من الأشخاص العاديين، في الدول النامية، النساء تعملن أكثر من الرجال، في المناطق الريفية ينهون دائما الأعمال الزراعية الصعبة، أما في الحضر عملهن في الفترات أطول خارج المنزل في مؤسسات أو أماكن أخرى، عند نهاية عملهن يتطرقن إلى عمل آخر داخل المنزل بالعناية بالأطفال وتحضير الأطباق والنظافة المنزل وما شابه ذلك.....، كل هذه الإختبارات في إرتفاع دائم ويخفض المتطلبات الطاقوية والتغذية للنساء. بقاء النساء بإهمالها للأشكال النسبية في ميادين صحتها و صحة طفلها، بحيث الحمية للأغذية الفقيرة و الصحة المتقلبة هي عوامل التي تساوم بالكفاءة الأدوار المقدمة للنساء، التي تتضاعف:

هم الأمهات العاملات، ليس فقط إزدهارهم الخاص يؤثر عليها، لكن أيضا تلك المتعلقة بالأعضاء العائلة. الإفراط في العمل يمكن أن يرسب النساء بالنقائص في التغذية وبالتالي دخولها إلى حالات سوء التغذية. حمية الأغذية الفقيرة، الأمراض المزمنة الحادة والمكررة، الحمل المكرر، والرضاعة المعطلة والأعمال المثقلة والمطلوبة، كلهم عوامل تسمح بالضعف الجسم وتستمر عادتا لإعطاء حالة سوء التغذية. تسمى « أعراض المرض للضعف الأمومي»، في العديد من الدول، النساء الصغيرات الأقل من 20 سنة لهن صحة جيدة، ومن 10 و15 سنة بعد ذلك، حوالي 30 لهن نقائص والأمراض.

يحدث في أغلب الأحيان النساء الصغيرات يصبحن حاملات قبل سن 20، المدرج 01 يعطي الأقل حملا ورضاعتا للنساء في Kenya. فهي حالة لا تمثل كل الإفريقيين، لكن ليست شاذة، من 18 سنة العمر الأول للحمل، في 43 سنة يصبحن حاملات خلال 7 سنوات، وخلال 25 سنة تمثل 27,7% يقعن في الحمل، الرضاعة خلال أكثر من 16 سنة تمثل 65%، وخلال 16 سنة غير حاملات و لمرضعات خلال عامين⁽⁴⁾.



4

المصدر رقم 05: UNICEF, 2001, 13.

شكل رقم 04: الحمل والرضاعة للنساء بين (18-43) سنة [57] ص 7-13

2.6.3.2. المرأة الحامل

خلال الحمل، الضرورات التغذوية للمرأة هي الفترة الأكثر أهمية من حياتها، الحمية للأغذية يجب أن تكون مجهزة بكل العناصر الضرورية للتطور الخصوبة والجنين لكي يصبح رضيع (الجدول رقم 02). في نفس الوقت المرأة تغذي جنينها بواسطة المشيمة لأن الجنين موجود داخل الرحم، في نفس

الوقت يتم تشكيل الحليب الأمومي للإرضاع. خلال منتصف الحمل الأول، الأم يجب أن تأكل بالزيادة بسبب متطلبات الرحم، وتكوين الحليب للإرضاع والدم. لكن خلال الربع الأخير، النمو السريع للجنين والذي يتطلب زيادة في العناصر الغذائية من أجل أخذ كل الإحتياجات، للإدخار الطاقة الدسمة، الفيتامين A، الحديد والعناصر الغذائية الدقيقة.

الحمية التغذوية فهي كافية خلال الحمل تسمح للأم أن تأخذ الوزن المرغوب لجسمها والتأكد على الوزن الطبيعي للمولود الجديد. المرأة التي تتميز بالصحة جيدة من حيث وزنها خلال الحمل إذا كانت هناك إزالتها للأعمال الشاقة، في الدول الصناعية، النساء لهم حياة أكثر سهولة خلال حملها، فيرتحن دائما للإعطاء المتطلبات الطاقوية. لكن تقريبا في الدول النامية، النساء الحوامل يبقون على نشاطات حتى خلال آخر شهر لحملهن. التفاعلات الأيضية تتزايد عامتا خلال الحمل، وترفع الإحتياجات الطاقوية. إنه واضح بأن الإجهاد الخاطيء عند الولادة ووفيات الرضع هم الأكثر إرتفاعا للمرأة التي لها نقص في التغذية. نقائص في الأغذية المرتفعة أيضا تؤدي إلى ظهور مشاكل لمخاطر في التشوهات للأجنة، سوء التغذية الحادة صارمة لتناقص في الخصوبة وبهذا إحتمال كبير للحمل.

أوزان الرضع عند ولادتهم ترجع إلى التغذية الأمومية، الأطفال المولودين من الأمهات يعانين من سوء التغذية لهم نقص في الوزن، وزيادة في الطاقة خلال الحمل يزداد وزن المواليد الرضع. في العديد من الدول النامية، حوالي 50% إلى 75% من النساء الحوامل يعانين من فقر الدم، وبالتالي الإرتفاع المتزايد لمعدلات وفيات الأمومية. خلال الحمل، الحمية التغذوية تفهم بالكميات الكافية للفيتامين A، بحيث بالنسبة للأمهات كما هو للرضع، على أية حال، الجرعة العالية للفيتامين A مثلما التي تعطى للأطفال الصغار التي لم تقدم خلال الحمل، مساهمات في الحماية الموصى بها من حديد و الفيتامين A و C هي تلاحظ في الجدول رقم 02.

بالنسبة للحالات الأخرى للأغذية، الطفل يقوم بدور طفيلي ويأخذ كل ما يحتاجه سواء كانت أمه ناقصة أو لا. في بعض الثقافات، يعتقدون أن الإضافات للأغذية خلال الحمل يجعل الرضيع أكثر وزنا، وتجعل الولادة أكثر صعوبة وتعقيدا. وهذا غير صحيح النساء نجدهم في صحة جيدة وبالوزن طبيعي، وعلى الرغم من هذا، النساء الذين لهم قصر القامة يمكن أن تأخذ صعوبات خلال الولادة وتتطلب العناية الخاصة قبل وخلال الولادة. في ذلك الوقت من الولادة، الأم تفقد من 500 إلى 1000 مل من الدم فهي بحاجة إلى تغذية لتعويض هذا الدم (الجدول رقم 02).

جدول رقم 02: المساهمة في ضمان معظم الأغذية للنساء في سن الإنجاب [58] ص14.

المصدر رقم 06: OMS, 1998, 14.

الشروط	الوزن (Kg)	الطاقة (Kcal)	البروتين (g)	الحديد (Mg)	الفيتامين A (µg)	الفيتامين C (Mg)	الفولات (µg)
غير حامل	55	2210	49	2448	500	30	170
غير مرضعة	55	2210	49	2448	500	30	170
حامل	55	2410	56	38-76	600	30	420
ترضع	55	2710	69	13-26	850	30	270

3.6.3.2. المرأة المرضعة

خلال فترات الإرضاع تتغير بالشكل هائل، لكن بالنسبة للرضيع 4 أشهر تتم تغذيتهم بالحليب الأم، هي بين 700 إلى 800 مل لكل يوم، فيما بعد يمكن أن تتجاوز 1000 مل لكل يوم [59] ص54. الأغذية الممثلة في هذا الحليب تأتي من الغذاء المخزن في الأم، ويطلب ترضيع طفلها خلال 6 أشهر وطالما يوجد هناك الرغبة في الإرضاع ومن الأفضل لصحة طفلها هو عامين. المرأة المرضعة يجب أن تكون مشجعة بالتردد إلى العيادات مع رضيعها خلال الأشهر الموالية لولادتها للفحص. معدلات في الكريات الحمراء والبيضاء للأم ووزنها يجب أن يراقبان، نلاحظ نفس الكميات الحديد من تلك التي نجدها خلال الحمل، أن تنصح بالحمية المتوازنة وهي اللحظة المثالية للتحدث مع النساء المستقبلات لحملهن وحول التخطيط العائلي، من وجهة نظر التغذية، الانحرافات النسبية الكبيرة بين المواليد هي عامتا مفيدة للأم، للرضع والجنين. المواليد المقتربة لاتسمح للأم بالإدخار التغذوي قبل حملها، وتعطي بالأعمال الكثيرة، والأقل وقتا مكرسة لطفلها مع الإسراع في الإرضاع وهناك من لايرغبين.

4.6.3.2. الرضع والأطفال في أعمار قبل التمدرس

الرضع يجب أن يتم فحصهم باستمرار في العيادات الطبية، الربح في وزنهم يكشف تغذية كافية، العيادات يمكنها ترتيب جداول التطعيمات وجعلها تحترم. الأطفال المولودين بالأوزان ناقصة (قبل الأوان) و التوئم الذين يتطلبوا عناية خاصة، التنبهات للحديد بشكل بارز. حتى العمر 6 أشهر، العديد من الرضع يتغذون بالرضاعة الطبيعية وطبيعيا يحرصون ضد العديد من الأمراض المعدية. والأخذ بعين الإعتبار مفاييس نموهم، بحيث يتم أخذ الوزن والطول للأطفال، الإحتياجات الطاقوية العظمى للطفل هي أكبر مستند على وزنه وعمره، لأن الأطفال في صحة جيدة، ومغذي بشكل صحيح، ومتبوع بالمنحنى لنموه.

هناك على أية حال إرتباط الضيق بين التوصيات التي تستند على العمر والوزن. الجدول رقم 2.3، يوضح الإحتياجات الطاقوية للرضع. الرضيع لشهرين يزن 5 كغ وإحتياج إلى 5×120 كيلوا حريري = 600 كيلوا حريري ، بينما الرضيع ل 8 أشهر، هو بحاجة 8×110 كيلوا حريري = 880 كيلو حريري. في 6 أشهر، يجب إكمال بشكل تدريجي الأغذية للرضيع، ومن الإستمرار الكامل للرضاعة الطبيعية لكي يستطيع أخذ الأهم من الطاقات التغذوية وعناصر أخرى من الأغذية لحليب الأم وليس التغذية فقط.

ومن الأحسن تكون الرضاعة متبوعة حتى 12 شهرا، وحتى الطفل يرضع الأكبر نسبة لحليب الأم، كما يمكن إضافة الأغذية الأقل صلابتا ثم الصلبة، التي تتشكل في حميته التغذوية وهذا لنمو وصحة جيدتان له. الحليب الأمومي هو أقل فقرا من الحديد، لكن الإدخار للحديد للطفل هي ناقصة حتى حوالي 6 أشهر، من 6 إلى 12 شهرا، الطفل الطبيعي يجب أن يزن من 2 إلى 3 كغ. كل هذا للإستمرار في الإرضاعه، يجب أيضا إعطائه أغذية أخرى التي تزودهم بالطاقة، البروتين والحديد و الفيتامين c والعناصر التغذوية الأخرى الضرورية لنموه (الجدول رقم 03).

جدول 03: إحتياجات الطاقة للأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم [60] ص 49.

المصدر رقم 06: 49, 1992, MPE,

الإحتياجات الطاقوية (Kcal/Kg)	الأعمار (بالأشهر)
120	3-0
115	6-3
110	9-6
105	12-9
112	المتوسط

3-2-3-5- المتطلبات الخاصة بالبنات الصغيرة حتى بعد الفطام

هي بحاجة إلى الأغذية المتنوعة وبالكميات على الأقل متساوية مع باقي أفراد أسرتها، نموها السريع يتطلب زيادة في الطاقة للأغذية وغنية بالبروتين c، يجب أن تتجنب من كل الأمراض، أن تتلقى المحبة، المودة والانتباه لأهمى وأفراد الأسرة، يجب أن تكون لديها تغذية نظيفة للحذر من الأمراض، إنتباه الأب وباقي أفراد الأسرة حول تطورها ووجودها بينهم بشكل أحسن دون تفضيل بين الجنسين (الملحق الأول، الصورة رقم 16).

4.2. مشكلة سوء التغذية

إن سوء التغذية عند الطفل الأقل من خمسة سنوات في الوقت الحاضر، تعد مشكلة تغذوية خطيرة، في كثير من بلدان العالم، آسيا وأمريكا اللاتينية، في الشرق الأوسط وإفريقيا. نقص في السرعات الحرارية، هو السبب الرئيسي لسوء التغذية (MPE)، حسب تقديرات OMS أن MPE قدرت سنة 1975 بالنسبة 42,6% عند الأطفال الأقل خمسة سنوات وفي سنة 1995 بالنسبة 34,6%. على أية حال، في بعض المناطق، الإنخفاض كان سريع أقل من زيادة السكان، لكن في بعض المناطق، خاصة إفريقيا وجنوب آسيا، يعانون الأطفال من سوء التغذية MPE والذي يزيد بالقيمة المطلقة. في جميع أنحاء العالم إن عدد الأطفال الأقل من خمسة سنوات، يعانون من النحافة ونقص الوزن والذي تجاوز 195 مليون في 1975 إلى 200 مليون تقريبا في نهاية 1994 [61] ص 13.

إن تأخر النمو هي أولى الأعراض لسوء التغذية، السبب يعود عادة إلى الإستهلاك الغير كافي للطعام من حيث السرعات الحرارية، وهي أكثر عرضة للتأثر الأطفال بالأمراض المعدية وغيرها. الطفل الذي يعاني من تأخر النمو، يمكن أن يكون صغيرا حسب العمر أو أكثر نحافة حسب الطول. الإطار المجرد يقترح ثلاثة شروط ضرورية لتجنب من سوء التغذية وتأخر النمو:

التوفر والإستهلاك الكافي من الطعام، الصحة الجيدة والعناية بالصحة، العناية بالتغذية والمناسبة حسب سلوك العائلة. إذا واحدة من هذه الشروط نقصت، تظهر حالة سوء التغذية MPE. إن كلمة MPE، جديدة، إلا أنها وضعية تغذوية تعرف لوقت طويل، والذي كانوا يطلق عليه «سوء التغذية البروتيني الطاقوي». إن كلمة MPE، في الحقيقة، مجموعة من الحالات الكلينيكية والتي يتطور من الحالات سوء التغذية المعتدلة إلى الحادة إلى المزمنة، ينمو الطفل نموا دون مستوى. بينما الحالات الأكثر خطرا Kwashiorkor يرافقه إنتفاخ، و Marasme يؤدي إلى الخسارة الرئيسية في الوزن، وكلاهما يؤديان إلى وفيات الأطفال خاصة الأقل من خمس سنوات.

يعرف منذ وقت طويل، الطعام الغير كافي بسبب المجاعة أو ندرة المواد الغذائية الأساسية، تأثير على الوزن ثم الموت بالتعب والإعياء. لكنه في سنة 1930 فقط، قام سيسلي ويليامس، الذي عمل في غانا، وصف بالتفصيل المرض، يدعى إسمها المحلي «Kwashiorkor» الذي يعني مرض الطفل المتنقل، والذي إشارة إنتباه كبير في الخمسينات، الذي وصف بالشكل الرئيسي لسوء التغذية مع الإعتقاد أنها بسبب نقص في البروتين، والذي قاموا بالتفكير المطول لإيجاد الحل، تتضمن زيادة حصص الطعام الغنية بالبروتين للأطفال المعرضين للخطر؛ وإبعاد المشكلة الثانية المتمثلة في Marasme والنقص التغذوي. في أغلبية البلدان الإفريقية، 30% إلى 70% من الأطفال الأقل من خمسة سنوات من سوء التغذية غير خطيرة وطيف حسب المقاييس الأنتروبومترية.

1.4.2. بيانات الوصف الكلينيكي لسوء التغذية

إن سوء التغذية (Kwashiorkor و Marasme)، يقدر بالمعدل 1 إلى 5% في مناطق المجاعة، أما سوء التغذية المعتدلة تقدر بالمعدل 30 إلى 70% في مناطق إفريقيا الشبه الصحراوية وجنوب شرق آسيا، وبين 15 إلى 50% نسبة الأطفال من 6 أشهر إلى 5 سنوات لا يعانون من MPE. تصنيف Well come، يستند على مقياسين فقط، النسبة المئوية للوزن المعياري حسب العمر مع وجود أو عدم وجود إنتفاخ، وهذا النوع من التصنيف إستعمل منذ 20 سنة. في السنوات الخمسينات والستينات، تم

تقييم درجة سوء التغذية بالنسبة المئوية للوزن حسب العمر، في أمريكا اللاتينية. مفي بداية السبعينات، مختصين في التغذية لاحظوا نقائص في استعمال الوزن بالنسبة للعمر، حيث بالنسبة لهم غير كافية. هناك طريقة أخرى لتقييم سوء التغذية وتصنيفها حسب الوزن والطول، وبعدها، عرفت ثلاثة طرق تسمح لنا بتصنيف سوء التغذية وهي [62] ص 79 :

- * نقص الوزن: يتمثل في سوء التغذية الحاد والذي يتميز بالتطور الأعراض الكليينكية في مدة أو فترة قصيرة، أين الوزن حسب العمر و الوزن حسب الطول ينقصان، أما الطول حسب العمر يبقى على حاله.
- * تأخرالنمو: يتمثل في سوء التغذية المزمن، أين الوزن حسب العمر والطول حسب العمر ينقصان، بينما الطول يبقى على حالته الطبيعية.
- * النحافة مع تأخر النمو: يتمثل في سوء التغذية الحاد والمزمن معا. وهذا النوع من التصنيف تسمح بالدراسة الدقيقة للحالة التغذوية الراهنة أو الماضية وإنقاضه من خطر الإعاقة أو الوفاة.

2.4.2. ماهي سوء التغذية؟

سوء التغذية على العموم ثمرة تجمع بين مساهمة الغذاء الناقص والأمراض عند الأطفال الصغار، سوء التغذية هي مرادفة للإضطرابات في النمو، التغذية السيئة للأطفال الصغار معرضين لقصر القامة ونقص في الوزن بالنسبة لأعمارهم. لقياس بالشكل سريع البعد لسوء التغذية في المجتمع، يمكن تسجيل الوزن والطول للأطفال الصغار، لمقارنة الإحصائيات المتحصلة عليها من الإستبيانات بالنسبة « للمجتمع المرجعي» لمعرفة النمو الطبيعي. إنه الطريقة الأكثر تقديرا تستعمل من أجل إعطاء نظرة إلى حالة سوء التغذية في المجتمعات.

العديد من الأشخاص يتحدثون أيضا إلى «سوء التغذية البروتين الطاقوي» من أجل تعيين عيوب النمو، لكن ليس فقط نقائص في البروتين والأغذية الطاقوية تساهم في سوء التغذية، بل المساهمة الغير كافية للمعادن و العناصر الغذائية الدقيقة و الحوامض والفيتامينات المتنوعة. سوء التغذية معتدل يمكن أن يبقى متخفي عمليا مالم نعرض الأطفال إلى الوزن والقياس، يظهر بالنسبة للأطفال الصغار بجدية سوء التغذية عن طريق إشارات خاصة وسهلة أن تلاحظ بالنحول قصر القامة ونقص في الوزن.

3.4.2. سوء التغذية والأزمة

عندما اللاجئين يصلون بالأعداد هائلة إلى الدول، كالنتيجة للحرب أو الكارثة والأسر تفقد مساكنهم. لكن في حالات الأخرى من هذه الأزمات، الغذاء والعناية والخدمات الصحية لاغنى عنه، الوصول إلى الصحة الأساسية تصلح، إلى التنقية و المياه الصالحة للشرب فهي عوامل أساسية مستعجلة ليس فقط لبقاء الأطفال أحياء، لكن أن يحمي أيضا نموهم وتطورهم. أن تمنع ظهور الأوبئة، بالتلقيحات الجسم ضد الحصبة، توزيع إضافات للفيتامين A، والذي أصبح كلاسيكيا في هذه الحالات. من هايتي كالمثال، حوالي 3 مليون من الأطفال قد لقحوا في 1994 و1995 ضمن إطار التطعيم التي سمحت أن تقف وباء للحصبة الذي قد نشأ عندما كان البلد بالكامل في حرب أهلية.

مؤخرا في رواندي و الصومالي، المقاييس الكافية من التنقية، والوصول إلى بعض مياه الشرب الصالحة والعلاج من الأمراض، سما أن ينقذ مليار من الأطفال للوفاة وسوء التغذية المتبوعة إلى الكوليرا و إلى الأمراض الإسهالية الأخرى، إنها إستراتيجية كلاسيكية التي في الوقت الحاضر قدمت في بورندي. البعض من أعضاء ONG تتخصص في تجنب سوء التغذية في حينه من الأزمة نجحت وهذا في السنوات الماضية، أن يرقى مساعدة النساء اللواتي يفضلن الرضاعة الطبيعية للأطفالهم. كما أن OMS و UNICEF يدعمان الرضاعة الطبيعية، يشكل هذا الطريق لوكلاء الصحة والعمل مع المحترفين المحليين، وأن تتوسع السياسة الوطنية على تغذية الرضع. كما نجد الإتحاد الدولي للصليب الأحمر للمجتمعات وتجربة الهلال الأحمر الصعبة أن تعطي حصة الأسر المتعلقة بإحتياجاتها الكاملة، والمقصود منها الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات، حيث أن برامج التغذية العالمية والمنظمات الأخرى توزع كل الحصص للإرضاء متطلبات بأقل مايمكن، بالبرامج الإضافية للمجموعات الضعيفة، إنه من الضروري بأن تمضي إلى التقييم المقارن لفائدة هذه الإستراتيجية.

طريقة «ثلاثة A» (Analyse. Appréciation. Action)، أي (التحليل، التقدير، الفعل) [63] ص67، فهي تحفظ نظرا لأهميتها في الحالات المستعجلة. تعمل على مراقبة الوزن/ الطول هو المؤشر الذي يستعمل بشكل عام، وهو العنصر ذوا الأهمية الحاسمة. التحذير من سوء التغذية عندما الأزمة تبدأ بالظهور، أنظمة الإنذار الغير ناضج و التحضير للحالات المستعجلة لوسائل التقرير الجيد كلف كفاءة. فالمنظمات الأمم المتحدة والمنظمات الأخرى من التصميمات الإقتصادية المستعجلة والتحضير للكوارث ليست لها تغطية كافية للقضاء على أزمة سوء التغذية الأطفال.

4.4.2. الإطار للأسباب سوء التغذية

سوء التغذية هي إما الحالة الفيزيائية الغير مرغوبة أو المرض المحدودة بالتغذية، الذي يمكن أن تكون بسبب الإفراط للغذاء الغير الكافي، أو بالنظام الغير متزن لايحتوي على كل الضروريات للتغذية الجيدة. بهذا فإنها مقيدة بالتعبير واحد « سوء التغذية ». مساهمة الغذاء الناقص والأمراض، خاصتا التعفن هي من الأسباب الآنية لسوء التغذية.

إنه واضح أن تناول الأغذية بالكميات الكافية صحية وصحيحة كل سنة، ضرورية لتلبية المتطلبات التغذوية لنمو وتطور الأطفال. بنفس الطريقة، كل ما يجب أن يكون قادر أن يهضم، يمتص ويستوعب الطعام في الطريق الفعال. العوامل الأخرى يمكن أن تساهم أيضا أن ينقص المصادر أو عجز الأسر المصابة بالسوء التغذية، والمجتمع الذي يعتمد على الموارد الطبيعية والبشرية وبعض إمكانيات الإنتاج، عوامل عديدة تصمم نوعية وكمية الغذاء التي ستنتجان، إن إستعمال المصادر يخصص ليس فقط بالقيود التنقية السياسية، الإجتماعية، الإقتصادية، البيئية والثقافية، ... لكن أيضا النقص في الأدوات أو تدريب إلى التطبيق، إما من قبل نقص في المعرفة والقدرة الأوسع.

كما يلعب السياق الثقافي دور مهم في إستعمال المصادر وفي خلق وحفظ المجتمعات على المستوى المحلي خاصتا. سوء التغذية يمكن أن يظهر كالمشكلة صحية، ومحترفون الصحة يمكن أن يجهزوا بعض الأجوبة، لكن هم لن يكونوا قادرين على تخطي هذه المشكلة. وإستجاب المربون الذين هم في القطاع الشكلي، أن يساعدوا في القضاء على التمييز بين الجنسين، وتأمين تغذية جيدة. أن تكافح من هذه الظاهرة تتطلب سوء التغذية غالبا مساهمة الإقتصاد، التطور الإجتماعي والسياسي والحكومة، والعديد من الميادين الأخرى.

5.4.2. سوء التغذية في الدول المصنعة

الوصول السهل إلى الغذاء الوفير ليس آليا مرادفا للتغذية الجيدة، ففي الولايات المتحدة هي في مواجهة للمشاكل التغذوية، السمنة، طبقا للإحصائيات الرسمية الأخيرة، أكثر من نصف من السكان الأمريكي بدناء، وحوالي 25% من الأطفال الأقل من خمسة سنوات لهم أوزان مفرطة. طبقا للدراسات الأخرى، تحصلت على إشارات واضحة للنقص التغذوية للأطفال بين 1 إلى 5 سنوات من الأسر الفقيرة و التي تتمتع بالرفاهية.

الدراسة توضح بأن، في الأسر الذين لم يتم إعتبارهم كالفقراء، يقدمون من السعرات الحرارية والفيتامينات غير كافية بحوالي 6% من الأطفال بين 1 و 5 سنوات. وأكثر من 15% لا يستلمن الكالسيوم الكافي، وتحصل على 20% ليست كافية من الفيتامين، وبالنسبة إلى الحديد غير كافية تعطي ¼ من الأطفال، والزنك أكثر من 1/3. وعند الأسر الفقيرة، النتائج هي دائماً في الأسوء، النسب الحساسة الأكثر ارتفاعاً بالنسبة للأطفال تمثل نفاص من 14 إلى 16% من العناصر الغذائية الدقيقة، و40% لا يعتمدون على الحديد الكافي، و18% من الفيتامينات الغير كافية [64] ص 58.

5.2. العناصر الأمنة والغير الأمنة لتغذية الأسرة

1.5.2. عناصر الأمان التغذوي داخل الأسرة

الأمان التغذوي داخل الأسر يقف على الغذاء الصحي المجهز و تغذويا كافية إلى مستويات البلدان، التدبير الأسري والفردى. هذا التجهيز يجب أن يكون بشكل نسبي مستقر للأسر في طول السنة المقبلة، وكل أعداد الأسر يجب أن يكونوا لهم تغذية كافية لتلبية حاجياتهم ضرورية من الغذاء. (ولا يقصد فقط الوصول المادى لكن كذلك حول ماهو إجتماعى والإقتصادى للثقافة الغذائية المقبولة). مظهر مهم آخر من التغذية الأمنة نجد الأسرة أو العائلة يجب أن تنتج غذاء كافي لكل أعضائه، وأن يتم توزيعها بالإنصاف ضمن العائلة أن ترضى الضرورات الخصوصية للأطفال والنساء في عمر الولادة.

نجد حوالي 1/3 من المجتمعات الدول النامية يعيشون في المناطق الحضرية، ويشترون الأغذية الأساسية. الأمان التغذوي في المدن الفقيرة تعتمد على دخلهم، من الأسعار و إنفاق المال إلى أولى الضروريات مثل الإيجار والنقل، وهناك العديد من العوامل التي يمكن أن تهدد: إرتفاع في الأسعار، البطالة وتناقص في الرواتب وزيادة الإيجارات، ولادة الأطفال المتزايد الذي يؤثر على الأسرة بالتوفير كل إحتياجاتهم.

2.5.2. العناصر الغير الأمنة للتغذية داخل الأسرة

سوء التغذية يمكن أن ينتج من الغذاء، من الصحة والعناية الناقصة. الغذاء الناقص، بسبب الغذاء النادر أو السلوك الغير مناسب للمستهلك أو إلى توزيع السيء من الغذاء ضمن التدبير الأسرى. عادتا الأزمة تغرق الأسر في عدم الأمان التغذوي، والتي يمكن أن تهيج الفقر، تجعل بشكل غير منتظم عائلة فقيرة، أين يفقدون الإنتاج الزراعى، والتهديدات الغير منتظرة لتوفر المنتجات الزراعية. كما يمكن أن

يتضمن الأمراض الخطيرة لتعطي خسارة لدخل الأسر الحضرية أو تناقص الإنتاج الزراعي في الأسر الريفية، وخسارة عمل الريفي في الحضر بسبب النزوح الريفي من الريف إلى الحضر، وأزمات الإنتاج الزراعي بسبب غياب المطر مثلا، أو الكوارث الطبيعية. أي أزمة عندها تصادم سلبي على وسائل مساندة العائلة يمكن أن يسحب عدم الأمان التغذوي داخل الأسر. هناك عوامل أخرى للتوضيح عدم الأمان التغذوي داخل الأسرة هو التمييز بين الجنسين، فالنساء مسؤولات على الأعمال المفرطة والصعوبات الكبيرة، أين يجب عليها مواجهة لقيادة الأسرة لتغذية كل أفراد أسرتها.

1.2.5.2. الفقر الإقتصادي

عندما الفقر وحالة الدول النامية خاصتا تزرعان بشكل متجزر فيما بينهما، ففي 1995، الينايبع العالمية للمصادر نحو العالم النامي، ترتفع إلى 232 مليار دولار منها 59 مليار تمثل قروض وهدايا للتطور و156 مليار الآتية من المصادر الخاصة. البلدان ذوي الدخل المتوسطة هم المستفيدون الرئيسيون للإستثمارات والقروض الخاصة: إستلموا منه $\frac{2}{3}$ مقابل $\frac{1}{3}$ فقط للبلدان ذوي الدخل الضعيفة. هناك منطقتان من دول العالم تتميزان بالنسبة كبيرة والعالية لسوء التغذية، عند الأطفال في آسيا الجنوبية و إفريقيا إستلمتا 1,6 مليار و 5,2 مليار دولار على التوالي. في نفس الوقت، الدول النامية يجب أن تجمع عموما أكثر من 2000 مليار دولار من الدين الأجنبي في سنة 1995. مثلا في إفريقيا، دفعت في 1995 مبلغ 13، 6 مليار دولار من دينها الذي خصصة إلى الصحة [65] ص38-43-274.

والدول النامية تتحمل ثقلا كبيرا نسبيا، إلى حد بعيد العبء العالمي للأمراض، الذي يستنزف الإمكانيات الإنسانية والإقتصادية. النقطة الوحيدة والمتفائلة آتية بالمبادرة الجديدة تهتم بالدين الدول الفقيرة المثقلة بالديون، إنطلق في سنة 1996 من قبل صندوق النقد الدولي و بالمصرف العالمي. بالتزام المجموعة الدولية والدائمين بأن يخفضوا العبء الذي لايطاق لدين البلدان الفقيرة، التي أعطت براهين تلت بالتحسين الظروف الإجتماعية و الإصلاح الإقتصادي، وهذا مانجد في بعض الدول Bolivie، في Burkina Faso و Ouganda. هذا التخفيض سيسمح لهذه الدول، وذلك بأمل، تدعيم الأفعال الإجتماعية واسعة النطاق التي تساعد على تخفيض سوء التغذية.

* التغذية والنمو الإقتصادي

عدم حماية أطعمة الأسر هي أولى الأسباب الرئيسية والتحتية لسوء التغذية، وغالبا التقرير يدور بين النمو الإقتصادي والحالة التغذوية، الأسر الفقيرة تركز للغذاء نسبة قوية من دخلهم. إذ هم لا يستعملون دائما إضافتهم من المصادر لزيادة حساسية حصة السعراتهم الحرارية، في العديد من الدول ذوي الدخل المرتفعة تستهلك أنواع مختلفة من الأغذية الغنية بالبروتين والعناصر الغذائية الدقيقة، لكن بشكل منتظم من أجل تغذية جيدة.

2.2.5.2. تناول مشكلة قصور للتركيب التغذوي في العالم

سوء التغذية بروتين الطاقوي (MPE)، نقص في الفيتامين A، الإضطراب النقص في اليود وفقر الدم التغذوي ينتجان، بالشكل الرئيسي من نقص الحديد الأكثر شيوعا هي المشاكل التغذوية وأكثر أهمية في دول إفريقيا، آسيا، أمريكا اللاتينية. الدراسات الخاصة بالتطور التغذوي: تم الإجماع عليها بالمساعدة FAO و OMS من أجل CIN، التي ظهرت في مجالات بالكل معلوماتها المتوفرة حول التقديرات للمجاعة وسوء التغذية والإحتمالات للمستويات العالمية. الإحتمالات المتعلقة بالمجتمعات الذين يعانون الأغذية المزممة، والذي تم تجديده من قبل FAO بالمساعدة الدراسة السادسة العالمية للأغذية، وتحضيرات للقيمة العالمية للأغذية (الجدول رقم 04).

الإحتمالات الخاصة بالنقصان الحديد، والفيتامين A واليود، تم تجديدهم في سنة 1995 من قبل OMS (الجدول رقم 05). الأرقام توضح بأن، في الدول النامية ¼ من الأشخاص يعانون من الأغذية المزممة، 192 مليون من الأطفال يعانون من MPE، وأكثر من 2 مليار من الأشخاص يمثلون نقص في العناصر الغذائية الدقيقة. بالإضافة إلى الأمراض المعدية المرتبطة بالأغذية كالمسمنة، الأمراض النفسية والعقلية وغيرها وتبدأ لتصبح مشاكل صحية خطيرة والتي تخدم الدول النامية.

وعلى الرغم من هذه الميول و هذا التنبيه للأرقام الخطيرة، التقديرات للمشاكل التغذوية قد تراجع، و هذا في عدد من الدول بالتخفيضات للمجاعة وسوء التغذية. أما في الدول النامية يأخذون بالإجماعهم، عدد من الأشخاص الذين يعانون من الأغذية المزممة نقصت بالشكل المنتظم منذ بداية السبعينات، بين 1969 و 1971، حوالي 893 مليون من الأشخاص المزمنين للتغذية، بالمقارنة 809 مليون بين 1990 و 1992، والنسب تجاوزت بين 20 و 35 % من المجتمعات لهذه الدول. فهو بمثابة رهان عملي وبناء لهذا التقدم والإستعجال للإيقاع بهذه المشكلة الخطيرة.

جدول رقم 04: تقدير التغذية المزممة في المناطق الدول النامية [66] ص 18.

المصدر رقم 07: 18, 1996, FAO

الأعداد (بالمليون)			نسب المجتمعات			المناطق
1990	1979	1969	1990	1979	1969	
1992	1981	1971	1992	1981	1971	
61	46	51	14	13	18	Amérique Latine et Caraïbes
32	24	44	10	10	25	-Orient ePoch dAfrique du Nor
204	140	96	41	39	36	Afrique ubsaharienneS
262	371	468	16	27	41	Est Asie'Est et L-Sud
250	297	233	22	33	33	Asie du Sud
211	148	116	34	33	34	Afrique Continentale
809	878	893	20	27	35	المناطق النامية

جدول رقم 05: المجتمعات الذين يعانون من نقص الخطير للعناصر الغذائية الدقيقة (بالمليون) [66]

المصدر رقم 08: 19, 1996, FAO

ص 19.

المناطق ¹	نفاص في اليود		A نفاص في الفيتامين		نقص في الحديد او فقر الدم
	في خطر	الإصابه	في خطر ²	الإصابه	
		Goitre	Xéropthalmie		
Afrique	181	86	31	1,0	206
riqueséAm	168	63	14	0,1	49
Asie du Sud-Est	486	176	123	1,7	616
Europe	141	97	0	0	27
eénerratidéM Orientale	173	93	18	0,2	149
Pacifique ³ Occidental	423	141	42	0,1	1058
المجموع	1572	655	228	3,1	2150

1- مناطق OMS.

2- الأطفال في الأعمار قبل التمدرس فقط.

3- تتضمن Chine.

معطيات FAO و OMS يشيران بين 1980 و 1990 للحالة التغذوية في تحسن لمناطق آسيا و أمريكا اللاتينية، لكن المتضررة هي إفريقيا. بينما تقدير الأطفال المعرضين لنقص في الوزن، يمكن أن يبقى عمليا غير متغيرين في إفريقيا خلال هذه الفترة مرورا من 29 % إلى 30 %. المعدلات المقدرة هي أحسن من آسيا الشمالية، أين في 1990 حوالي 59 % من الأطفال، تقريبا مرتين أكثر في إفريقيا يمثلون ضعف في الوزن (الجدول رقم 06). دائما في سنة 1990، تحصلنا على خمسة مرات أكثر للأطفال الذين لهم ضعف في الوزن لآسيا الشمالية 101 مليون من إفريقيا 19,9 مليون.

جدول رقم 06: تقديرات لضعف في الأوزان عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات، حسب المناطق [66]ص20.

المصدر رقم 09: FAO, 1996, 20

ضعف في الوزن تكرر (بالمليون)			ضعف في الوزن (%)			المناطق
1990	1985	1980	1990	1985	1980	
28,2	24,1	19,9	29,9	29,9	28,9	Afrique Subsaharienne
4,8	5,0	5,0	13,4	15,1	17,2	Proche- Orient/Afrique du Nord
101,2	100,1	89,9	58,5	61,1	63,7	Asie du Sud
19,9	21,7	22,8	31,3	34,7	39,1	Asie du Sud-Est
23,6	21,1	20,5	21,8	21,3	23,8	Chine
3,0	2,8	3,1	15,4	15,2	17,7	Amérique Central/Caraïbes
2,8	2,9	3,1	7,7	8,2	9,3	Amérique Latine
184	178	164	34,3	36,1	37,8	العالم (النسب المتوسطة والمجموع)

3.2.5.2. الإضطرابات في العناصر الغذائية الدقيقة

*حمض الفوليك: إن نقص في حمض الفوليك يعود إلى الطعام الغير كافي، ويمكن أن يكون راجع إلى سوء قابلية الإمتصاص بالجهاز الهضمي. وهي تعتبر السبب الثاني في فقر الدم بعد نقص في مادة الحديد. وخلال الحمل، هذا النقص يؤدي إلى تشوهات في الجهاز العصبي عند الطفل حديث الولادة وأمراض القلب.

*فيتامين D: يؤدي إلى تشوهات في الهيكل العظمي والمتمثل في داء الكساح.

*اليود: إن نقص في اليود خلال الحمل، يؤدي إلى تأخر النمو العصبي للطفل ونقص في قدراته العقلية.

*الزنك: نقصه يؤدي إلى تأخر في النمو وفقدان الشهية ومن ثم يؤدي إلى سوء التغذية البروتيني الطاقوي. وحسب الدراسات إن نقص الزنك في الطعام هو مسؤول على عدة أمراض من إضطرابات الأيضية وسوء قابلية للإمتصاص للمواد الغذائية، كما لوحظ في كل من مصر وإيران أن معظم المراهقين يعانون من قصر القامة، وتشوهات في الجهاز التناسلي وتأخر تطور مرحلة النضج عند المراهقين.

*الحديد: نقصه له تأثير على الصحة، بحيث النساء خلال الولادة تواجه ضرورة إضافية للحمل والإطعام، حتى الأطفال أيضا. ليس فقط لنمو الجسم لكن أيضا لزيادة الحجم الدموي، فخلال الحمل، الحاجة وأهمية الحديد في تطور الجنين وملاحق الأنسجة وأيضا زيادة حجم الدم الأمومي يتطلب 1,5 مغ في اليوم، وخلال الرضاعة، المرأة تفقد حوالي 2 مغ من الحديد في لتر من الحليب والتي تعوض بشكل غير كافي، على الأقل خلال 6 شهور الأولى وفي 15 شهر من الرضاعة لغياب القواعد الصحيحة. الأطفال حديثوا الولادة، إن العدد العالي لكريات الدم الحمراء وإرتفاع نسبة الهيموغلوبين والذي يؤسس إحتياطي الحديد، هذا الإحتياطي الأكثر إحتواءا لعنصر الحديد وفي حليب الأم، عادتا هو كافي خلال 4 و6 شهور الأولى. أما بالنسبة للمواليد المبكر والرضع الجدد ذو الوزن الضعيف، فلهم نسبة الحديد ضعيف والذي يكون خطر على صحتهم من النزيف الدموي وتأخر النمو.

*الكالسيوم: يساهم خلال النمو في تطور العظام، إن الضرورات المغذية للجنين والذي يتصرف كاطفيلي يتغذى من الأم عن طريق الحبل السري، وعند المولود الجديد من حليب الأم لتر واحد تعطي 300 مغ من الكالسيوم مقابل 1200مغ من حليب البقرة، ونقص في الكالسيوم يؤدي إلى هشاشة العظام وقابلية الكسر وداء الكساح للأطفال مما يؤثر على تأخر في النمو.

3.5.2. الطعام والتغذية

والأطفال عند الولادة ذو الوزن الضعيف، معاملات الذكاء تصل بأقل من 5 نقاط في معدل مقارنة بالأطفال الصحيين. الأطفال الذين لم يرضعوا عن طريق الثدي (الرضاعة الطبيعية) لهم معاملات الذكاء أقل من 8 نقاط مقارنة بالأطفال الصحيين. نسبة 51 % من الأطفال الأقل من 4 سنوات يعانون من فقر الدم في الدول النامية، 226 مليون طفل أقل من 5 سنوات في الدول النامية، تقريبا 40 % من الأطفال يعانون من تأخر في النمو من المتوسط إلى الخطير [67] ص 315-307-59.

الفصل 3

الدراسات الخاصة بالحالة التغذوية للأم

إن التغذية الجيدة للأم تعتبر أساسية وهامة لصحتها ولوظيفة التكاثر للمرأة، لعيش ونمو الأطفال. لكن فترات الإلقاح هي مراحل عرضة للقصور التغذوي لأكثر عدد من النساء، فمشكلات الصحة والتغذية التي ترجع إلى الحمل الذي يؤثر على حالة الأم بالإضافة إلى حالة الوليد ما بعد الولادة. وأغلبية النساء اللواتي تمارسن نشاطاً، فحاجتهن الغذائية ليست كافية خاصة إذا كانت هذه المرأة تتبع حمية من أجل الأناقة والرشاقة. فعدد كبير منهن يتعرضن إلى القصور الحاد للطاقة، يعرفن إكتساب غير كافي للوزن أثناء الحمل ولديهن قصور للعناصر التغذوية الدقيقة. والعوامل الرئيسية المؤدية إلى هذه الحالة متمثلة فيما يلي: تحضير الأغذية الغير لائقة، التبذير المفرط للطاقة، حميات غذائية غير لائقة من ناحية التركيبات للعناصر الغذائية الدقيقة، وتضاعف متطلبات أثناء الحمل وكذلك الرضاعة.

إن النوعية الغير جيدة وصعوبة الوصول إلى المصالح الصحية، بالإضافة إلى العوامل الإجتماعية الثقافية التي تلعب دورها الجد الهام فيما يخص الحالة التغذوية للمرأة خاصة الحامل والتي تتبع الرضاعة الإصطناعية نجده في كل أنحاء العالم، لكن المشكلة ليست في حالات تحضير الحليب للرضع لكنه يكلف أسعار كبيرة، وإذا كانت الدول تستوردها بالعملات الأجنبية تصرف بدون جدوى. إختيار الرضاعة الطبيعية من الرضاعة الإصطناعية تمنح فوائد إقتصادية موضحة للعائلات والأسر الفقيرة.

الرضاعة الإصطناعية في قنينة الإرضاع تساهم بشكل هائل في تطور سوء التغذية بروتين طاقوي بالإضافة إلى ضعف التغذوي، هناك سببين لهذا، الأول هو أن حليب الرضيع أكثر عرضة لأن يتسبب للتلوث الإسهالي، و له تفضيل في تأخر في النمو وسوء التغذية بروتين الطاقوي للأطفال الرضع والصغار. ثانياً، الأمهات لهن دخول تميل أكثر من اللازم أن تخفف في التحضير المستوى الطبي، المسؤول على تناقص ممارسة الرضاعة الطبيعية، حتى في الدول النامية عديدة، الأطباء والمحترفون بالصحة نقصوا النسبة المئوية من النساء اللواتي يمارسن الرضاعة، لكن لا يوجد هناك توعية شاملة لأهمية الرضاعة الطبيعية للأم والطفل معاً. الإستعمالات التقليدية للرضاعة الطبيعية ليست في توافق بالمتطلبات المجتمعات الحديثة، والنساء لا يبقين في البيت مع أطفالهم خلال فترات طويلة، غالباً بسبب عملهم.

وفيات الأمهات هي مأساة على الخطط الإجتماعية، الإقتصادية ومن الخدمات الصحية. OMS و UNICEF اللذين يوضحان بالأغلبية الكبيرة بالحوالي 585000 من وفيات الأمهات، الذي يحدث سنويا في العالم وكل هذا بسبب ضعف في التغذية وغياب المستوى الثقافي للأمهات، كما نجد نسبة 80 % من النساء المعرضات لخمس أسباب من بينها خاصة بالتوليد مباشر: النزيف الدموي، التعفن، Dystocie (تعقيدات في العمل)، الإجهاض و. Éclampsie. وكل هذه المتغيرات السابق نجدها بالتفصيل في الفصل الثالث.

1.3. عوامل الرضاعة الطبيعية والتغذية

من كل تاريخ الإنسانية، تقريبا كل الأمهات دائما يرضعن أطفالهن بشكل طبيعي، في معظم المجتمعات التقليدية من إفريقيا، آسيا، أمريكا اللاتينية لهم معرفة جيدة للرضاعة الطبيعية، أيضا الطرق التي تساعد إلى تغيير الثقافة أو الثقافات الأخرى. طبيب الأطفال Paul Gyorgy قال: « حليب البقرة هو جيد لصغارها، وحليب الأم مفيد للرضيع ». لأحد يمكن أن يذكر هذا الدليل، وبهذا يسمح من كل أم بالإرضاع طفلها بكامل حقوقها، وكل رضيع له الحق بأن يرضع من حليب أمه. وعلى الرغم من هذا، تقريبا في كل البلدان العديد من الأطفال لا يرضعون أو ليس لوقت كافي. فوائد وأسباب الرضاعة الطبيعية بالمقارنة بالقتينة الإرضاع أين تطلب بالشدة تتلخص فيما يلي [68] ص 567:

- (1)- عمليا إنه غذاء متوفرا حالا، بدون أي تحضير ولاجهاز ضروري،
- (2)- حليب الأم هو تغذويا موازن ومثالي للرضع، Colostrum وحليب الأم يحتوي كلاهما على مضادات للأمراض المعدية والتي تبطنان هذه الأمراض،
- (3)- الأغذية بالقتينة يزيد من مخاطر المرض بالعدوى مع الأجسام المسببة للمرض تظهر في الحليب والماء المستعمل للتحضير، وأيضا في قنينة الإرضاع وكل الأدوات الأخرى المستعملة للتغذية.
- (4)- الرضاعة الطبيعية هي أكثر إقتصادية من الرضاعة الإصطناعية،
- (5)- الرضاعة الطبيعية للأم هي إحدى وسائل منع الحمل، وهذا بالمباعدة بين الولادات.
- (6)- يؤسس علاقة أكثر قوتا بين الأم وطفلها.
- (7)- مخاطر الحساسية، كالسمنة والمشاكل الصحية الأخرى تظهر أقل عند الأطفال الذين يتميزون بالرضاعة الطبيعية.
- (8)- تم توضيح بأن النساء اللواتي يرضعن طبيعيا أطفالهن هن الأقل تعرضا إلى السرطان الثدي والرحم، من اللواتي لا يرضعن.

1.1.3. تغذية المرأة أثناء فترتي الحمل والرضاعة

إن التغذية الجيدة للأم تعتبر أساسية وهامة لصحتها ولوظيفة التكاثر للمرأة، لعيش ونمو الأطفال. لكن فترات الإقحاح هي مراحل عرضة للقصور التغذوي لأكثر عدد من النساء، فمشكلات الصحة والتغذية التي ترجع إلى الحمل الذي يؤثر على حالة الأم بالإضافة إلى حالة الوليد ما بعد الولادة (الملحق الأول، الصورة رقم 09).

1.1.1.3. الحاجة التغذوية للحوامل والمرضعات

التغيرات الفيزيولوجية أثناء فترة الحمل تتطلب طاقة وأغذية مكملة للإستجابة إلى المتطلبات التالية: توفير للدم التركيبية الأكثر أهمية، نمو الأنسجة للأم الحامل، لنمو الجنين، فقدان الأنسجة للأم الحامل خلال الولادة والتحضير للرضاعة. خلال الحمل والرضاعة، الحاجات إلى الطاقة، بروتينات ومختلف العناصر الغذائية الدقيقة ترتفع للإستجابة لحاجات الجسم. متطلبات للطاقة خلال فترة الحمل تقيم بالقيمة 300 كيلو حريرة في اليوم أين تكون بقيمة أكبر خارج مرحلة الحمل، والحاجيات الكلية للبروتينات تقيم 925 غ خلال فترة الحمل، أي 3,3 غ/اليوم بالنسبة للأمهات المرضعات. المستويات المختلفة سجلت خلال ستة أشهر الأولى والثاني للرضاعة، تابعا للكميات المختلفة للحليب المنتج (مقدر بمتوسط من 600 إلى 750 مل)، المتطلبات الطاقوية خلال الرضاعة هي مقيم بالقيمة 500 كيلوحريرة في اليوم ومستويات للحاجة إلى البروتينات مقدر 16 غ في اليوم خلال ستة أشهر الأولى للرضاعة و12 غ في اليوم خلال الشهر الثاني و 11 غ فيما بعد [69] ص123، (الملحق الأول، الصورة رقم 25).

2.1.1.3. الوزن خلال فترة الحمل

وزن الحمل هو الوزن المسجل بين بنية الجنين وما تابعه حتى مرحلة الوضع، المتطلبات الآتية تقرض الزيادة في الوزن بالنسبة لمؤشر كتلة الجسم قبل الحمل. المتطلبات تشير كذلك على المرهقات أن ترتفع في الوزن أكثر من المؤشر العادي لمتطلبات الغذائية التي يحتاجها الجسم. فالنساء اللواتي لاتزن بما فيه الكفاية خلال مرحلة الحمل، يحتمل أن تنجب أطفال ذوي الوزن الغير كافي عند الولادة، الوليد يزن أقل من 2500 غ. عدم الكفاية في الوزن عند الولادة لها علاقة بالشذوذات والوفيات عند حديثي الولادة، بالإضافة إلى مشاكل النمو والأمراض الأخرى للرضع، فإحتمال الضعيف لوفيات عند الرضع ذوي الوزن ما بين 3500 غ و4000 غ. فالنساء اللواتي تعرضن لحمل متكرر يتعرضن إلى مضاعفات مرتفعة في الحصول على وضع مبكر والرضع ذوي الوزن الضعيف بعد الولادة. من أجل الأخذ بعين الإعتبار

الأنسجة الإضافية المتعلقة بالحمل ووزن الجنين، مقدار الوزن يجب أن يتعدى مقدار الوزن لحمل لطفل واحد.

3.1.1.3. أسباب ومصدر سوء التغذية عند الأم

أغلبية النساء اللواتي تمارسن نشاطاً، فحاجتهن الغذائية ليست كافية خاصة إذا كانت هذه المرأة تتبع حمية من أجل الأناقة والرشاقة. فعدد كبير منهن يتعرضن إلى القصور الحاد للطاقة، يعرفن إكتساب غير كافي للوزن أثناء الحمل ولديهن قصور للعناصر الغذائية الدقيقة. والعوامل الرئيسية المؤدية إلى هذه الحالة متمثلة فيما يلي: تحضير الأغذية الغير لائقة، تبذير التبذير المفرط للطاقة، حميات غذائية غير لائقة من ناحية التركيبات للعناصر الغذائية الدقيقة، وتضاعف متطلبات أثناء الحمل وكذلك الرضاعة. إن النوعية الغير جيدة وصعوبة الوصول إلى المصالح الصحية، بالإضافة إلى العوامل الإجتماعية الثقافية التي تلعب بدورها الجد الهام فيما يخص الحالة التغذوية للمرأة خاصة الحامل والمرضعة.

2.1.3. مشكل الرضاعة الإصطناعية أو بدائل الرضاعة الطبيعية

1.2.1.3. الأمراض المعدية

بينما الحليب الأمومي هو جهاز مدافع، والطرق الأخرى لتغذية الرضع ترفع من مخاطر الأمراض المعدية، خاصتا وبشكل رئيسي لأن العدوى تزيد من إبتلاع الأجسام المسببة للمرض. النظافة من دون مستوى خصوصاً الأفتان للإرضاع، هي مصدر للعديد من الأمراض منها الإسهال. تحضير للرضع حليب البقر والأطعمة سائلة هي ثقافات للأجسام المسببة للمرض، عملياً من الصعب تشكيل الأغذية النظيفة ومعقمة للأطفال الرضع الذين يتغذون بالأفتان بالشروط الآتية:

- (1)- عندما تخزن المياه للعائلة الآتية من الوديان أو البئور الملوثة بالشبكات الصرف الصحي (بضع مساكن تكون مجهزة بالمياه غير صحية في الدول النامية)،
- (2)- عندما نظافة الأسرة سيئة والمحيط ملوث بالحشرات وشبكات الصرف الغير صحية،
- (3)- عدم تواجد نظام للتبريد أو الأماكن الأخرى لحفظ حليب الرضع أو حليب البقر،
- (4)- عدم تواجد الفرن لتسخين المياه لتعقيم الأفتة للرضع هناك من الأسرما تستعمل الأخشاب والفحوم للتعقيم،

- (5)- عندما تتعدم التقنيات المتكيفة لتنظيف القنينات للإرضاع بين الوجبات، ويمكن أن تكون قنينة الإرضاع من زجاج لكن مشقوقة، وغير نظيفة أو من بلاستيك وبهذا يمكن أن تنظف بصعوبة كبيرة،
- (6)- عندما الأمهات الحديثات تلقين تعليماً بنسب قليلة جداً وحتى لا يعرفن دور الجراثيم في الأمراض.

2.2.1.3. سوء التغذية

الرضاعة الإصطناعية في قنينة الإرضاع تساهم بشكل هائل في تطور سوء التغذية بروتين طاقي بالإضافة إلى ضعف التغذي، هناك سببين لهذا، الأول هو أن حليب الرضيع أكثر عرضة لأن يتسبب للتلوث الإسهالي، وله تفضيل في تأخر في النمو وسوء التغذية بروتين الطاقوي للأطفال الرضع والصغار. ثانياً، الأمهات لهن دخول تميل أكثر من اللازم أن تخفف في التحضير. التكلفة رفعت من قبل بدلاء الحليب الأمومي يجعل العائلات لا تشتري كفاية منه وتحاول الحصول على الأقل للحليب المستعمل الذي يكون على مسحوق. عدد الوجبات المحظرة في قنينة الإرضاع وكميات السوائل المطلوبة يمكنها أن تكون صحيحة، لكن إذا كان التحضير أكثر من اللازم مخفف لا تعطي الكميات الطاقوية والتغذية المحددة للنمو الأقصى، النتيجة الأولى تعطي تأخر في النمو، الذي يمكن أن يلي بالتطور البطئ لضعف في الحالة التغذوية.

3.2.1.3. المشكلة الاقتصادية

الحليب الأمومي المصطنع نجده في كل أنحاء العالم، لكن المشكلة ليست في حالات تحضير الحليب للرضع لكنه يكلف بأسعار كبيرة، وإذا كانت الدول تستوردها بالعملة الأجنبية تصرف بدون جدوى. إختيار الرضاعة الطبيعية من الرضاعة الإصطناعية تمنح فوائد إقتصادية موحدة للعائلات والأسر الفقيرة. حليب الأطفال كلف على أية حال كثير من الميزانية عائلة الفقيرة والدول النامية، في الهند وأندونيسيا وكينيا، يشترون ويمثلون على الأقل 70% من الدخل المتوسط للمزارع، إذا أراد أن يشتري كميات الكافية من حليب الرضع ل 4 أشهر.

شراء حليب الأطفال هو كالبديل للحليب الأمومي يحول المصادر المالية للأسر المتوسطة إلى الزيادة في الفقر. الرضيع بين 3 و4 أشهر يشرب حوالي 800 مل من الحليب لكل يوم هذا ما يعطي تقريبا 150 ل من الحليب خلال 6 إلى 7 أشهر من حياته. خلال 4 أشهر الأولى، الرضيع نوا الوزن المتوسط يجب أن يستهلك 22 كغ من حليب الرضع المسحوق. وكلاء التغذية يجب في بادئ الأمر يستفسروا حول سعر حليب الرضع في الدكاكين ومحاولة تقدير كلفته على الفترة المعطاة (من 1 إلى 6 أشهر مثلا).

هذا الإحتمال سينشر ويعمم، بوضع الترتيبات للموظفين والوالدين وإستعمال بصفة دائمة وممكنة لنهاية تصور النتائج الإقتصادية على الأسر الفقيرة، أين الأمهات لا يرضعن طبيعياً الرضع. الإقتصاديون والسياسيون يمكن أن يكونوا لهم ميل أكثر بأن يدعموا البرامج في صالح الرضاعة الطبيعية، إذ يدركوا بأن مثل هذه المقاييس تفضل تجارتهم الأجنبية ولهما إرتطام كبير على المجالات الصحية.

4.2.1.3. القيمة ووظائف الرضاعة الحديثة

في أغلب الدراسات تشير بوضوح بأن، التغذية الحاضر لحليب الأم التي تتميز بالصحة وتغذية جيدة بشكل صحيح، تستجيب لكل متطلبات التغذية للرضيع ويحميه من الأمراض. ومع ذلك الإستمرار الحديد المنخفض في الحليب الأمومي، هناك كفاية لتحذير فقر الدم خلال 6 أشهر الأولى من حياته. حليب البقر لا يحتوي دائماً على فائدة كبيرة للرضع ومعرضين للأخطار فقر الدم (الجدول رقم 07). الحليب الأمومي يختلف من امرأة إلى أخرى، وفي أقل المقاييس حسب المناطق الحضر والريف، ضف إلى ذلك العادات والتقاليد المتبعة لترضيع أطفالهن.

المرحلة الأولى من الرضاعة الطبيعية هو Colostrum، الذي يظهر بعد ولادة الرضيع، يعتبر مغذي إلى حد كبير وغني ضد الأمراض المعدية. الخلايا الحية الهيموغلوبين، والمضادات الحيوية التي تمثل Colostrum تحتوي على التلقيح الأول للطفل. في العديد من المجتمعات، لقد فرقوا بين Colostrum و حليب الذي يأتي فيما بعد للأم بسبب لونه وإلتساقه الدهني، لكن قيمته الكبيرة للرضيع لاتعرف عالمياً. هناك مناطق في العالم حيث الأمهات لا يعطين Colostrum إلى الرضع، ينتظرون الإعتلاء الحقيقي للحليب قبل أن يتم تغذيتهم.

البعض من الأمهات والجدادة أو واحد من أفراد العائلة ويكون كبير في السن، يعتقدون بأنه من الضروري أن تعطي إلى الطفل حديث الولادة للسوائل الأخرى أو طعام الآخر خلال الأيام الأولى من ولادته. هو يمكن أن يكون بعض من الشاي في الهند، ولحم الخنزير المقدد في أندونيسيا يعتبرونها كالجرع طبية تقليدية، هناك البعض من الماء أو محاليل من السكر الغلوكوز في المستشفيات الغربية العديدة. كل هذه الأنواع المتنوعة ليست ضرورية، ولذلك خلال الشهور الأولى الستة، الغذاء الوحيد ومهم هو Colostrum ثم حليب الأم.

جدول رقم 07: مضامين التغذية بالمقدار 100 غرام من الحليب الأمومي و 100 غرام من حليب

المصدر رقم 10: MPE, 1999, 45

البقر [69] ص 45.

نوع الحليب	الطاقة (Kcal)	des (g)	Protéines (g)	Graisse (g)	Calcium (mg)	Fer (mg)	Vitamine A-C (µg)	Folate (mg)
الحليب الأم	70	7,0	1,03	4,6	30	0,02	48-5	5
حليب البقر	61	5,4	3,3	119	0,05	0,05	31-1	5

4.1.3. كيف هو حليب الأم؟

إن حليب الأم ينتج في عدد كبير من التراكيب في شكل حقيبة التي تدعى Alvéoles، إذ تنتقل في القنوات Lactifères نحو الحلمة، إن الحلمة تعتبر بالغضروف التي تجعله حساس إلى المحفزات، يحيط في منطقة Pigmentée المسماة L'aréole، أسفلها عدد منتجة للدمس وتحمي L'aréole والحلمة. إن إنتاج الحليب يؤثر على الهرمونات Prolactine و L'ocytocine. هناك مجموعة من الإعتقادات لحليب الأم: « يختلف الحليب الأمومي من امرأة إلى أخرى »، والتي إنتشرت على النحو الواسع بأن تركيب حليب الأم متغير جدا، إنه ليس حقيقي، إن تركيب الحليب هو ثابت بشكل نسبي. « كل صدر عنده حليب مختلف»، لكن في تركيبه مماثل. « يتخمر الحليب الأمومي في الصدور بالحرارة»، عندما الحليب في الصدر هو صحي تماما. « الحليب الأمومي يمكن أن يدور في الصدور»، تماما يوجد كما هو لا يمكن أن يتخمر ولا حتى يدور [70] ص 159

5.1.3. الميولات الخاصة بالتغذية الطفل

نسب أمهات المرضعات للأطفال في الصدر ومدة الرضاعة يتغيران من بلد إلى الآخر لكن أيضا داخل نفس البلد، الرضاعة الطبيعية خلال 6 أشهر الأولى للحياة والغذاء المتجانس، هذا الغذاء المثالي وعلى الرغم من هذا لا تتبنى في الدول. أغلبية الأمهات في المجتمعات التقليدية، في المناطق الريفية خاصتا للدول النامية، يستمرأن يرضع أطفالهم خلال فترة طويلة. على أية حال، هناك البعض منهم يمارسون الرضاعة الخاصة والعديد منهم لا يعطوا أهمية إلى Colostrum للرضع. على العكس، العديد من

الأمهات في أوروبا و أمريكا الشمالية لا يرضعن أطفالهم. هذا الرفض للترضيع يظهر أكثر في سنتين 50 و60، بحيث نجد في أمريكا أقل من 15 % فقط من الرضع خلال شهرين يتم ترضيعهم.

خلال هذه الفترة، نلاحظ الإنحطاط للرضاعة في الدول آسيا وأمريكا اللاتينية. في منتصف سنوات 90، هناك تواضع في الإنبعث للرضاعة الطبيعية للدول المصنعة، خصوصا من بين النساء الأكثر تصنعا. في الدول الفقيرة آسيا وأمريكا اللاتينية، معدلات النساء المرضعات هن دائما الأكثر خفضا في المناطق الحضرية من الريفية. أسباب عديدة توضح إنحطاط الرضاعة الطبيعية الأستعمال المتزايد لبدلاء الحليب الأمومي، وهذه الأسباب تتغير طبقا للدول، هناك ما يتم الترقية المبالغة منها في صناعة الحليب للرضع هذا في البلدان عديدة وترويج بها من أجل التجارة، لكن المنتجين يستمرون بالترويج رموز الأساليب وأن يرقوا منتجاتهم، لكن عمليا يمكن أن تظهر أو تسمح بظهور الأمراض مختلفة ومعديّة للرضع.

المستوى الطبي مسؤول على تناقص ممارسة الرضاعة الطبيعية، حتى في الدول النامية عديدة، الأطباء والمحترفون بالصحة نقصوا النسبة المئوية من النساء اللواتي يمارسن الرضاعة، لكن لا يوجد هناك توعية شاملة لأهمية الرضاعة الطبيعية للأم والطفل معا. الإستعمالات التقليدية للرضاعة الطبيعية ليست في توافق بالمتطلبات المجتمعات الحديثة، والنساء لا يبقين في البيت مع أطفالهم خلال فترات طويلة، غالبا بسبب عملهم. ولو أن بعض البلدان عندها تشريع عمل الذي يخول شهادات طبية بالإرضاع، وأيضا مشاكل النقل نظرا لبعدها المسافة بين مكان الإقامة والعمل، وهناك المشاكل شخصية تخص النساء للمحافظة على لياقتهن ولهذا يرفضن الترضيع، لهذا يعوض بالقنينة للإرضاع لكن هذا يعكس سلبا على الأم والطفل وحتى على المجتمع.

6.1.3. سلوكات الأمهات وتحاليل الإثنوغرافية حول الرضاعة الطبيعية

قبل تطبيق برنامج الرضاعة الطبيعية في منطقة شبه حضرية في المكسيك، تم إتخاذ طرق لدراسة الإيثنوغرافية لمعرفة العوامل التي جعلت الأمهات لا يرضعن أطفالهم حليب الأم. إن الإجابات التي تحصلنا عليها عن طريق ملء الإستبيانات حول سبب أو عدم إختيار التغذية عند الرضع مع الأسباب والعراقل المتسببة. تم جمع معلومات من مجموع أمهات اللواتي لديهن أطفال أقل من خمسة سنوات، من مجموع 150 امرأة، 136 امرأة: 91 % من حليب الأم في الأيام الأولى و 2 % من حليب الأم من الولادة حتى 4 أشهر. إن الرضاعة الطبيعية، خاصتا في ستة أشهر الأولى بعد الولادة، لها فوائد كثيرة

على المستوى التغذوي والمناعي والإجماعي والنفسي « تقارب أم - طفل»، الوقاية ضد الأمراض المعدية وتباعد الولادات.

قامت المنظمة العالمية للصحة (OMS) [71] ص138 والمنظمات الدولية الأخرى، الحكومات والمختصين في الصحة، بإعطاء أهمية كبيرة لحليب الأم، خاصة من الولادة إلى 4 أو 6 شهور إلى عامين. يرجع هذا النوع من الغذاء لم يعد تحضى له أهمية خاصة، خلال السنوات الأخيرة ويرجع إلى عدة عوامل، من عامل التحضر، توفر مواد غذائية معلبة جاهزة للإستعمال الخاصة بالرضع وأيضا عمل المرأة خارج البيت [72] ص25.

حسب الدراسة 1994، من الشهر جوان وأوت وخلال 15 سنة، نجد المفكر "San pedro Martir"، أوضحت النتائج أن الرضاعة تقوي الميكانيزمات الوقاية ضد الأمراض الإسهالية [73] ص363-370، وحيث أكثر من 90 % للأمهات يعتمدن في تغذية أطفالهم الرضاعة الطبيعية، غير أن المدة المستعملة تختلف لأسباب وعوامل متعلقة بالعادات والتقاليد المنطقة [74] ص136. حيث هذه النسبة من الرضاعة عن طريق الحليب الأم، ينخفض تدريجيا في الأشهر الأولى ما بعد الولادة، حيث تستعمل الأمهات بعض السوائل والماء خاصة في الشهر الأول والثاني بعد الولادة. إختيرت هذه المنطقة من المكسيك للدراسة، لأنها تعتبر عينة جيدة للدراسة، وبالفضل الإحصاء السكاني الجديد، سمحت التقرب الأكثر من السكان المنطقة، حيث قاموا بجمع المعلومات بإنتقال من بيت إلى بيت لطرح الأسئلة والإجابة عليها بفضل برنامج مسطر [75] ص189.

(1)- خطة الدراسة: كانت بين جوان وأوت 1994، بإستعمال تقنيات الدراسة للعادات والتقاليد وسلوكات الأمهات مع العوامل الصحية والإجتماعية، وخاصة الإهتمام كان حول الطرق التغذوية المستعملة (حليب الأم، قنينات الرضاعة،) عند الأطفال الأقل من خمس سنوات.

(2)- نتائج الدراسة: فئة العمر للأمهات (17-42 سنة)، معدل العمر المتوسط (26,1 ± 5,6) حيث: 30 بجموع 20 % للأطفال الأقل من 6 شهور، 14 بجموع 16 % للأطفال بين 6 و12 شهر و64 % بين 12 و48 شهرا. كانت الإجابة من قبل الأمهات متشابهة بالنسبة للأطفال الأقل من عامية وأكثر، إن طرق التغذية المستعملة من مجموع 136 أم، 91 % رضعت أطفالها، حيث كانت مدة الرضاعة من يومان و3 سنوات، المدة المتوسطة 6 أشهر، 25 % من الأمهات رضعت لمدة عام فقط.

حيث كثيرات من الأمهات، تستعمل في تغذية طفلها على الشاي والماء بالنسبة 21 % منذ الولادة و63 % من الأمهات بعد 20 يوم من الولادة. 23 % تستعمل قنينة الرضاعة بعد الولادة باليوم و 40 % بعد 14 يوم من الولادة و 59 % في 3 أشهر الأولى من الولادة، 63 % من المواد الغذائية الصلبة. حيث 42 % من الأمهات، منعوا بطريقة أو بأخرى بإعطاء حليب الأم، لأن الأطباء المنطقة نصحهم بذلك. أما بالنسبة للأمهات التي تفضل الرضاعة الطبيعية لمعرفتهم للفوائد من التوازن الغذائي، النمو، الوقاية ومشكلة السعر. وأيضا إلى تأثير الأم التي وضعت مولودها بالأشخاص التي تعيش معها (الحماة) [76] ص14.

من العراقيل التي واجهتها الأمهات من الرضاعة الطبيعية خاصة عند الطفل الأقل من 6 شهور، 95 % تعرضن لمشكل من مشاكل الرضاعة، والتي تنتهج طريقة الرضاعة الإصطناعية: 52 % توتر الحالة النفسية، 54 % الإحساس بالخوف، 62 % نقص الحليب من صدر الأم التي ترضع لطفلها، 56 % مرض الأم. إستعمال المواد الغذائية عند الأطفال الأقل من 6 شهور وغيرها من السوائل [77] ص72-90: 95 % حليب الأم في الأيام الأولى فقط. في حالة الإسهال نسبة 96 % إستعمال السوائل، في حالة الحمى والعطش 93 % إستعمال الماء، أمراض الهضم نسبة 89 % إستعمال الشاي، وفي حالة الحمى 66 % إستعمال الماء. إن إستعمال المواد الغذائية من غير وقتها والتخلي عن الرضاعة الطبيعية حسب المعتقدات، لإعتبارها أن إستعمال الأعشاب والمياه، مفيدة لنمو الطفل، وهذا راجع لغياب التوعية.

7.1.3. تنظيم الرضاعة الطبيعية

إذا كان بالإمكان، أن تبدأ الرضاعة خلال بضعة دقائق بعد التحرير. هذا الإمتصاص الغير الناضج يقدم فوائد، بحيث يزيد في معدلات L'ocytocine الذي يختفي في دم الأم، ويثير إنكماش في الرحم الذي يساعد في طرد المشيمة ويلعب دور في تخفيض النزيف المتبوع عند الولادة. مباشرة بعد الولادة، الأم ورضيعها يجب أن يوضعوا معا في السرير، سواء في المنزل أو المراكز الصحية. سابقا، في المستشفيات كانوا يعملوا على تفرقت الأم ورضيعها لكن ألحقة بنتائجها السلبية للأم والطفل معا.

خلال الفترات المتبوعة بعد الولادة، بينما الرضيع ينمو، الرضاعة يجب أن تكون مطلوبة، بمعنى الرضيع يجب أن يرضع متى يرغبه، وليس، كما هو ممارس في الدول الغربية، حسب الأوقات المرتبة كل 3 أو 4 ساعات. لكن كل هذا خاطيء، ونجد طريقة الصحيحة كالاتي [78] ص47:

عندما الرضيع يبكي نتركه يرضع. لا يوجد وقت محدد للرضاعة الطبيعية، عندما الرضيع يبكي ربما أنه مريض، العلاج الأول هو إعطائه حليب أمه، إعطائه حليب سيتوقف من البكاء. بعض الأيام بعد الولادة، الرضع يفقدون أوزانهم عموماً. بالإضافة، الرضيع يزن 3 كلغ عند ولادته يمكن أن يزن 2,750 كلغ ل 5 أيام، فقدان في الوزن حوالي 10 % كالتكرار، لكن الرضيع يجب أن يعوض الوزن يفوق وزنه عند الولادة بين 7 إلى 10 أيام. تقريباً كل الخبراء يمنحون للرضع بالرضاعة الطبيعية خلال 4 و6 الأشهر الأولى، الریح الثقيل الكافي هو الإشارة الأفضل أن تتحكم بالحمية.

خبرة البلدان في إفريقيا الغربية، آسيا وأمريكا اللاتينية تدلي بشهادة التي أغلب الأمهات يعشن أو يقمن، في العائلات متعددة لمجتمعات تقليدية تحفز على الرضاعة الطبيعية، بينما نجد عكس ذلك اللواتي يقمن في العائلات مصغرة لمجتمعات حديثة. الرضاعة الطبيعية لا يجب أن تكون إجراء معقد وصعب، الرضاعة يجب أن تكون في لحظة سعيدة للأم والطفل، وهو يمكن أن يكون مجلس للأمان وتشجيع. من كل المجتمعات، بعض من النساء عندهن بعض الصعوبات عند الإرضاع، لكن، في الحالات العديدة، هذه الصعوبات يمكن أن تقهر، من بين المشاكل التي تهتم بالرضاعة الطبيعية: *الآلام في الصدور الذي يمكن أن يسبب شقوق، مع Mastite ما يتطلب معالجة وعناية الطبية. *الإعياء المدعوا للحليب، الذي يعامل بالمعالجة. *الرفض للإرضاع، هذا سبب لبداية المرض(الملحق الأول، الصورة رقم 19).

2.3. وضعية الأطفال في العالم من ناحية التطور وتعليم البنات

1.2.3. تربية البنات

حسب كوفي عنان، السكرتير العام للأمم المتحدة، في 13 فيفري 2003 في نيويورك: « تعليم البنات، الأكثر إستعجالاً، ومن أهداف الدراسات العديدة، تعلمنا أن تعليم النساء، الفتيات هن الأداة الأفضل للتطور التي لإستراتيجية أخرى، تعطي نتائج جيدة جداً، هي معدل الإنتاج الإقتصادي المتزايد، وإنخفاض وفاة الأطفال والأمومة، من تحسين التغذية ومن ترقية الصحة بشكل بارز، حيث لا إستراتيجية أخرى في أن تساهم بشكل كبير أن تزيد الإحتمالات التربوية لجيل المستقبل» [79] ص 59.

(1)- إن الإقتناع الكبير لليونيساف (UNICEF)، هو أن التربية، تمثل حق أساسي لكل طفل وتعليم الفتيات هو هدف حاسم، ففي 158 بلد في العالم، 700 مليون من بين 6 ملايين ساكن من سكان المعمورة، هم

أطفال في عمر الدراسة. 121 مليون لايعرفون المدرسة وأغليبتهم بنات، حيث بلغ عدد الأميين البالغين 875 مليون في العالم هم النساء.

(3)- إنه من الكارثي أن يحرم الطفل من التعليم، أثبتت الدراسات، أن المصاريف تكون كبيرة فيما يتعلق بالفتاة، لأن الفتيات أكثر عرضة للمخاطر وحتى للمجتمع. فالفتيات أكثر عرضة للمضاميات مقارنة بالذكور، من إعتداءات جنسية، وسوء المعاملة ومرض السيدا، وغيرها.

(4)- تعطي التربية إلى الأجيال المستقبلية، الوسائل الضرورية للدفاع ضد الأمراض والفقر ولضمان مستقبل زاهر لكل الجنسين، صحة جيدة والوقاية والبيئة النقية. التعليم حق أساسي، لكن أيضا عمليا، أكثر مساهمة في التطور، أي كان نوعه. إن المعتقدات الدينية والثقافية، هي من العوامل التي عملت على كبح التمدرس عند الفتيات، لأسباب إقتصادية وأمنية.

(5)- اتطور لأي بلد، بدون التعليم، بالرغم من توفير الموارد الطبيعية. حسب المنظمة الدولية للعمل، بلغ عدد الأطفال لكل عام 1,2 مليون طفل، يمارسون الأعمال الشاقة والإستغلال من قبل أشخاص، أرباب العمل، مقابل المال القليل.

(6)- ففي الهند، 10,5 مليار من السكان، 400 مليون طفل ومراهق، هم أقل من 18 سنة. تمتاز الهند، بالنمو السريع، حيث أكثر من 35 % هم من الفئة المحرومة. تبلغ نسبة الأمية في الهند 45 % نساء مقابل 68 % رجال. بفضل برامج UNICEF، مع الحملات التحسيسية لتحسين وضعية الطفل خاصة الفتيات للتمدرس. وكذا عملية تجنيد الأولياء والهيئات المسؤولة للتحسيس مدى أهمية التعليم. بلغ عدد المتدربين، في المرحلة الإبتدائية حوالي 76 % في نهاية التسعينات؛ وهم أطفال ذكور أكثر نسبة من الفتيات، حيث بلغت النسبة 23 % إلى 34 %. ومثال على ذلك، فتاة من العمر 18 سنة، تدرس خفية، دون علم والديها، والتي أصبحت فيما بعد، أستاذة الرياضة، مع تعليم فتيات المنطقة من الرسم والحساب وإنتقاء بعض اللغات الأجنبية.

(7)- أما السودان، إرتفع التمدرس في المرحلة الإبتدائية منذ وقف إطلاق النار، حيث عرفت السودان حربا أهلية لمدة 20 عاما. ففي منطقة Nouba وصل العدد إلى 36 % من المتدربين، حيث عازمت كل العزم الهيئات المعنية في عام 2008، الوصول إلى نسبة 80 %. عن طريق برامج والحملات التحسيسية، وصل العدد 33000 في عام 2000 إلى 36000 في عام 2004. بين 1995 ونهاية

2001، بلغ نسبة الأميات 21 %، من بين 4 ملايين طفل هم في المرحلة الابتدائية، حيث قدرت النسبة 33 % فتيات من المجموع الكلي. بفضل اليونيساف، التي قامت بتزويد المناطق بالخييم والأدوات اللازمة للدراسة. تتركز السودان في المرتبة الثانية في العالم، من حيث وفاة الأمومة، لعدة أسباب، الزواج المبكر، الولادات المتقاربة، طرق ووسائل منع الحمل.

(8)- قامت يونيسف بدور هام، إتجاه تعليم الأفغانيات، ففي عام 2002 من شهر أبريل، قامت اليونيسف بحملة تحت شعار « العودة إلى المدارس» ثم تكررت الحملة في مارس عام 2003. حيث كانت النتائج جد إيجابية بفضل هذه الحملات التحسيسية، حيث من بين الفتيات التي عدن إلى مقاعد الدراسة Vida Saghara، 19 سنة، هدفها الدراسة العليا في المحاسبة، حيث تزوجت وهي تبلغ من العمر 12 سنة، والتي كانت سابقا تدرس وهي في السابعة أساسي، حيث كانت من الأوائل وأفضلهم في الدراسة، وعند نهاية الحرب الأهلية، طلبت من زوجها الطلاق، بعد خمسة سنوات من الحياة الزوجية.

(9)- أما البرازيل، يقدر عدد السكان 170 مليون. 10% فئة محرومة. 97% يمثلون الأطفال في المرحلة الابتدائية، حيث 1,1 مليون بين 12 و17 سنة، هم أميين، وهذا يعود إلى عدة عوامل:
*نوعية التعليم، *العمل المبكر للذكور، *التسرب المدرسي، خاصة بين 15 و17 سنة والتي تمثل بنسبة 19,2 % ذكور و8,5 % بنات. وكل هذه الظروف وهذه العوامل، أدت إلى ظهور جمعية وفق لبرنامج المسطر لتعليم المراهقين: الموسيقى، السيرك، المحاسبة، إنتاج أشرطة فيديو ذلك بالتمويل من قبل اليونيسف.

(10)- أما مصر، ففي السنوات العشر الماضية، تقدمت مصر كثيرا من إدراكها لحقوق الطفل، حيث ارتفعت نسبة التدريس في المرحلة الابتدائية، والتي تميزت بعدم التكافؤ بين الجنسين. بالرغم من ارتفاع المعدل 10 % مقابل 67 % من المجموع السكاني الذي يبلغ 70 مليون شخص، لأن النساء في المناطق الريفية، مكانها في البيت أو في المزارع. ففي 2000، وضع برنامج واضح من قبل يونيسف والحكومة المصرية، في خلق مدارس جديدة، 200 مدرسة جماعية و3500 مدرسة خصوصية وتكون قريبة من التجمعات السكانية.

2.2.3. تثقيف المرأة حول التغذية وتحسين وضعيتها

أن يتوج النجاح، للمكافحة ضد سوء التغذية يجب أن يسلم على جباه متعددة. بسلسلة من المقاييس المتنافرة مثل: أن توسع وصول النساء إلى التربة، أن تغني الطعام الأساسي بالأغذية خاصة، أن تفضل

الإذاعة من المعلومات العملية وأن يزيد الإستثمارات عامة من القطاع الإجتماعي، التغذية يمكن أن تتحسن في بعض من الدول. تتحدد في أن يحمل الإستراتيجيات عامة تسمح أن تعدل المشاكل التغذوية خاصة. أن تعطي للنساء التعبير والقدرة على التصرف ومهم من هذا هو تحسين تغذيتهم وتغذية أطفالهم(الملحق الأول، الصورة رقم 8).

هناك مجموعة من العوامل الضرورية التي يمكن أن تحسن الحالة التغذوية لهذا قد روجت بالدراسة الأخيرة من منظمة الأمم المتحدة[80] ص23-255-289، التي أكدت بأنه لا يوجد هناك صيغة فريدة للتطبيق، لكن معظم العناصر كانت أساسية. كالمثال، أن تعطي للنساء التعبير والقدرة على التصرف ومهم من هذا تحسين التغذية لهن ولأطفالهن، هذا يتطلب جهود تشريعية وسياسية تهدف إلى المكافحة التمييز نحو النساء وإستغلالهم، ورفع المستوى التربوي للبناء والنساء أيضا. وواحدة من الخاتمة المهمة من تقرير الأمم المتحدة، بأن في البلدان حيث النجاح المحقق للتغذية أصبح معطلا بسبب النمو الإقتصادي، التمييز الإجتماعي نحو النساء في ممارسه العامة.

من باكستان، كالمثال، التمييز الذي إنتشر بشكل عريض جدا نحو البنات والنساء يوضحون المستويات العالمية للأممية للأثوية، والنسبة قوية بشدة الخصوبة والتوقع الأوطأ لحياة النساء. هذا البلد يعرف واحدة من أكبر النسب العالمية من العالم لسوء تغذية الأطفال، وأيضا الضعف المزمن عند الولادة 25%. حسب الخبراء، صعود هذه النسب في جزء كبير من آسيا الغربية، الأهم هو الوصول الضعيف للنساء إلى التربية ومستواهم المتدني للعمل. بينما نجد عكس ذلك، في Thaïlande، حيث التغذية تحسنت بشكل مدهش خلال 20 سنة، النساء تعلمن القراءة والكتابة أي محو الأمية، يمثلن نسبة مهمة من اليد العاملة، ويلعبون دور في إتخاذ القرارات المقدمة للعائلة والمجتمع(الملحق الأول، الصورة رقم 18).

3.3. العناية والرعاية الأمومة

وفيات الأمهات هي مأساة على الخطط الإجتماعية، الإقتصادية ومن الخدمات الصحية. OMS و UNICEF اللذين يوضحان بالأغلبية الكبيرة بالحوالي 585000 من وفيات الأمهات، الذي يحدث سنويا في العالم يمكن أن يتجنب. كما نجد 80% منهم نتيجة لخمس أسباب من بينها خاصة بالتوليد مباشر: النزيف الدموي، التعفن، Dystocie (تعقيدات في العمل)، الإجهاض و Éclampsie، هذا الأخير من الإضطرابات التشنجية الذي يظهر في نهاية الحمل[81] ص159. الخطر في التعقيدات العمل هي الأكثر

أهمية، عند النساء اللواتي يعانين من تأخر في النمو منذ طفولتهن. وفقر الدم يمكن أن يكون مسؤول ليس بأقل من 20% لوفيات الأمهات. بشكل بارز أسباب النزيف والتعفن، يزيدان في أخطار فقر الدم وأيضا المرض والفناء ربطا إلى أي عملية جراحية رئيسية.

البرامج تعمل على تخفيض فقر الدم للنساء الحوامل، إنه ضرورية على أية حال تشدد الجهود، ليس فقط أن يجعل أكثر فعالية لبرامج التنبيه للحديد والحوامض، لكن أيضا المعالجة وتجنب الملاريا والتعفنات التي تساهمان إلى فقر الدم الأمومي. مع ذلك المراهقون والنساء يصلون إلى الحالة التغذوية المقنعة قبل حملهم الأول، هم سيحتاجون إلى عناية طبية ونوعية خلال الحمل والولادة. لكن التقدم التغذوي سيكون قادر للمساعدة على تخفيض العبء المأساوي للوفيات الأمهات وضرورة بعض التدخلات الطبية. بعض من العلاقات بين التغذية والوفيات الأمهات لكن لازال يعرضان بشكل جازم، لكن أغليتهم كالجزئ من البرنامج، لكنهم يخفون وعود كبيرة للمستقبل. إنه مستحسنة تماما وخصوصا الإقتباس الآتي:

*المعرفة بالكل فوائد الإحتياطات العضوية الكافية في الفيتامين A، إنه رائع أن يلاحظ بأن تحسين هذه الإحتياطات في النساء الحوامل لايتناولن كفاية من الفيتامينات يضعنها جانبا في طريق وفياتهن. التعفن القاتل خلال الحمل، كما في الطفولة، إكتشاف معارض كبيرة في الفيتامين A. وجود الكبسولات بالكلفة الضعيفة وبالجرعة الضعيفة من الفيتامين A، أيضا تحسينات صنع الغذاء والتي من المحتمل جدا بأن هذا البحث الجديد سيقدم بشكل سهل في البرامج.

*نقص في الزنك، الذي هو إنذار متكرر جدا في الدول النامية، يربط إلى الإستمرار العمل خلال الولادة التي تزيد في خطر الموت. يعتقد أيضا بأن النقص الخطير يمكن أن يعيق أساليب مختلفة لتطور الجنين، يلعب الزنك دور مهم في تأليف الهرمونات والأنزيمات الأساسية عند الولادة، في التفصيل لإعتماد آليات كالطرد المشيمة وإنكماش الجيد من تركيب العظلة خلال الولادة وأيضا لتطور نظام التحصين. الدراسة الأخيرة في الولايات المتحدة، توضح بأن التنبيهات في الكالسيوم يخفف خطر ضغط الدم العالي الهالك ممكنا، لكن البعض من الخبراء إقترحوا بأن التنبيهات، يمكن أن ينقص هذا الخطر في المناطق حيث النساء خصوصا لهن نقص في الكالسيوم.

*النقص في حمض الفوليك، الذي يعرف اليوم بأنه متوارث في الشهر الأول من الحمل شذوذ في الأنبوب العصبي، يمكن أن تحمل خطورة كبيرة للأمهات إما بالمرض أو الوفاة. ومضاعفات إحتمال إعياء في

الولادة. وبهذا فهو يساعد على تخفيض وفيات الأمهات، كما ينقص في التقديرات من الإعياء عند الولادة، خطر التشويهاة الفطرية ونسبة المواليد المتوفين.

*الرضاعة الطبيعية المانحة أيضا إلى صحة الأم، هناك علاقة مهمة بين التغذية ووفيات الأمهات. البعض من الدراسات تظهر الارتباط القوي بين، رهان الترضيع السريع للطفل حديث الولادة وتناقص الخطر بعد النزيف. أن يبدأ الرضاعة حالا بعد الولادة، وأيضا يجعله أغلب النساء في المستشفيات «أصدقاء الرضع»، يحفز إنكماش الرحم ويخفض خسارة الدم. هذه النتائج تظهر بأن مقاييس الحماية، ترقية ومساندة الإرضاع بالصدر يجلبان الفوائد هو حماية الطفل من المرض والموت [82] ص 163.

4.3. أسباب ومصادر سوء التغذية عند الأم

1.4.3. الحصاة الغذائية الغير الملائمة

أكبر عدد من النساء في الدول النامية لهم حصاة غذائية خلال الحمل غير كافية حسب المقياس العالمي. في إفريقيا مثلا، ما بين 10% و 20% من النساء النحيلات جدا (الوزن الضعيف بالنسبة للطول حسب الكتلة الجسدية الذي يكحون أقل من 18,5)، فالنساء الحوامل لهن محصول من الوزن بمعدل نصف بالمقارنة مع النساء الحوامل للدول المصنعة، نسبة الإنخفاض الوزن عند الولادة بالمعدل 10% على الأكثر في ستة الدول من عشرة دول لإفريقيا الوسطى و الغربية، هناك دراسة لنتائج الحمل عند الفتيات تلدن قبل السن 16 سنة والنساء التي تضعن ما بين 25 و 30 سنة، تشير إلى أن الوزن المتوسط عند الولادة أين الأمهات الأقل من 16 سنة هن أقل بالمقارنة مع مجموعة النساء الأكبر سنا من 25 إلى 30 سنة، في حين أن محصول الوزن عند المراهقات الحوامل في العمر 16 سنة كان مماثل للعينة الشاهدة.

تعتبر الطاقة محدد أساسي للحصول على الوزن الملائم لفترة الحمل و للرضاعة، بينت بعض الدراسات حول محصول الوزن للأم أثناء الحمل، إنه الخطر المضاعف لتأخر في النمو بداخل الرحم عند الأمهات الأقل وزنا أثناء فترة الحمل. إن تأخر النمو ما بداخل الرحم هو المسؤول بالنسبة 3/ في نقص الوزن عند الولادة في الدول النامية، فالدراسات فيما يخص الإضافة فيما يخص الطاقة أثناء الحمل عند النساء. تعرضن لتغذية سيئة تشير إلى تأثيره الهام على الوزن عند الولادة، التي له علاقة حول محصول الوزن الإضافي عند الأم، كذلك على إنخفاض الوفيات ما قبل الولادة، بعض العادات الثقافية تمنع النساء إلى الزيادة في الوزن أثناء فترة الحمل.

مع ذلك، الحصة الغذائية المضاعفة خلال فترة الحمل ليست السبب في شذوذ وحيوية العضلات Dystocique أو تعقيدات أخرى أثناء الولادة. من الناحية الأخرى الحجم المتوسط للحليب عند النساء المرضعات فهي مشابهة للدول المصنعة مع الدول النامية، رغم الفرق الواضح للحصص الغذائية الطاقوية، هذا يشير إلى أن حصص الأمهات ليسوا بنفس الحجم للحليب، كما لا توجد أية توضيحات محتملة بأن الحصص الطاقوية تحت العادي أن كان منخفضا من أجل مساندة إنتاج الحليب بصفة عادية، نتائج الدراسات حول التدعيم الطاقوي وتأثيره على الرضاعة وحجم الحليب فهي لازالت سارية.

2.4.3. التبذير المرتفع للطاقة

الوضعية التغذوية للنساء في تفاعل متبادل بالمجهود الجسدي وإستهلاك الطاقة، في الدول النامية، إن النماذج حرق الطاقة أثناء الحمل تعتبر الشغل الشاغل، لأن النساء تستهلك الحميات الغذائية الضعيفة فيما يخص الطاقة ولهن وزن أقل قبل الحمل بالمقارنة بالنساء في الدول المتقدمة. بعض الدراسات إنحازت بالخصوص إلى النماذج حول نشاط النساء الحوامل في الدول النامية، فلقد بينت أن النساء الحوامل تنجزن نشاطا مماثل للنساء الغير حوامل، إنه من المعتاد أن النساء تحتفضن على نفس وتيرة النشاط الفيزيائي، مدة كل فترة من الحمل ومواصلة النشاط إلى غاية لحظة الولادة، النشاط الزائد خلال فترة الحمل يمكن أن تحدد حاصل الوزن ويمكن أن تؤدي إلى نقصان الوزن عند الولادة بمص الدم في الرحم.

3.4.3. الحمية الغذائية الفقيرة للعناصر الأساسية الدقيقة

على الأخص أثناء فترة الحمل، الطلب على العناصر الغذائية الأساسية الدقيقة ترتفع بشكل ملحوظ، الدراسات الحديثة حول النساء الحوامل والمرضعات بإفريقيا تشير إلى القصور المختلف للعناصر الغذائية الدقيقة، خاصة الحديد، الفيتامين أ، الزنك وحمض الفوليك واليود. تستخلص بعض الدراسات أكدت كذلك في الحصص الغنية بالكالسيوم والفيتامينات، إن مختلف القصور لهذه العناصر تعود إلى ضعف الحصص الغذائية و/أو ضعف في التوفر البيولوجي للعناصر الغذائية الدقيقة، إن النسب المرتفعة للأمراض المعدية والطفيلية تعد عاملا تفسر عن وجود قصور، خاصة قصور لعنصر الحديد. إضافة الحديد ضروري في مرحلة الحمل، من أجل زيادة الكريات الدموية الحمراء للأم وتغذية الجنين الذي ينمو وكذلك المشيمة.

إن فقر الدم الناجم عن نقص الحديد مرتبط بمشاكل التوليد، خاصة ضعف التحصيل الوزن خلال الحمل، الولادة المبكرة، ضعف الوزن عند الولادة ووفاة الجنين. بالنسبة للأم، فقر الدم له مضاعفات التعب الكبير وخصوبة ضئيلة، ضعف المقاومة ضد الأمراض ونقص التحمل لفقدان الدم أثناء إجراء العملية الجراحية عند الولادة. إن القصور للحديد كذلك مرتبط بالفولات الأمهات، والقصور Folate مرتبط كذلك بفقر الدم وضعف الوزن عند الولادة وإحتمال تشوهات وشذوذات للجنين، لذي يوصف للمرأة مستحضرات إضافية للحديد في الدول النامية خاصة أثناء ثلاثي الثاني والثالث لفترة الحمل.

نقص في الفيتامين أ أثناء فترة الحمل، مرتبط بالقصور البصري أثناء الليل خاصة وإرتفاع كذلك في خطورة الوفيات لدى الأمهات. فقر الفيتامين أ له علاقة في الولادة المبكرة، تأخر النمو بداخل الرحم، نقص الوزن عند الولادة ونزيف الحاد مابعد الولادة. الإضافة للفيتامين أ، فهي الطريقة الفعالة لمكافحة هذا القصور، مؤخرا، المنظمة العالمية للصحة نشرت توجيهات خاصة للإضافيات خلال الحمل، مابعد الولادة وأثناء ستة الأشهر الأولى من حياة الرضيع. وضعت في تركيز الزنك في الدم بالتحديد في البلازما خلال الحمل يؤدي إلى تشوهات جنينية، الإجهادات، تأخر النمو بداخل الرحم، إلى الولادة المبكرة والإنفجار المبكر للغشاء الأمنيوتي، القصور للزنك تضر أيضا للإستجابة المناعية.

4.4.3. الطلب خلال الحمل والرضاعة

ما بين 18 و45 سنة، بعض النساء الإفريقيات تكرس 28 % من وقتهن للحمل و65 % للرضاعة. كما مبين من قبل عدد هام من النساء الإفريقيات، لا يستهلكن بما فيه الكفاية من الأغذية للإستجابة إلى الإحتياجات من الطاقة، خلال الحمل وأن أجسمن كليا يعاني عجز بإستنفاد كل إحتياجات الطاقة. بعد الولادة، إذا كان محصول الطاقة لم يستغل، فإن إحتياجات للدسم تستهلك لإسناد الرضاعة الحمل المتكرر، أين الفاصل يكون قصير ما بين كل حمل ليترك الأمهات الوقت الكافي، لإعادة تشكيل إحتياجات المستهلكة للطاقة وللعناصر الغذائية الدقيقة قبل المباشرة في الدورة التكاثرية أخرى، مؤدية إلى ما يسمى « بالتناذر الإنهاك الأمومي ».

الفاصل لمدة 36 شهر بين حملين أو أكثر يساعد على الحفاظ على حياة الطفل، ويعطي للأم الوقت الكافي لإعادة تشكيل إحتياطيها الغذائي. نقص الإلتحاق بالمصالح الصحة والعوامل الإجتماعية الثقافية، تؤثر على الوضعية التغذوية للأم خلال الحمل والرضاعة، حاليا أكثر من 50 % في أغلبية الدول النامية لم يعبروا إهتماما إلى نوعية الخدمات الصحية، للإستجابة إلى الإحتياجات الطبية والتغذوية للنساء.

البرامج التغذوية للعلاجات الصحية الأولية تهدف إلى، الوضعية الخاصة للحوامل قصد توفير التغذية الجيدة للطفل.

5.4.3. دراسة حالة سوء تغذية الأم الحامل

في قرية صغيرة، تبنت مشروع تحسين صحة الأم الحامل، التي تعاني من فقر في الدم، حيث تأخذ أقراص الحديد التي تشتريها في الأشهر الثلاثة من الحمل. الإلتقاء بالنساء الحوامل التي تعاني من فقر الدم، وتوعيتهم عن دور الحديد في التغذية، ونجدها أيضا في الخضر الطازجة، ومن المؤسف أن هذا الأخير ليس متوفر دائما. وعند قيام بالدراسة، وبعد قيام أربعة أشهر، توضح أن النساء الحوامل، لم تعد تعاني من فقر الدم، وعند البحث، أوضح المركز الصحي أن كمية أقراص الحديد والتي سلمت كلها، والتي لم تعد تكفي لكل نساء القرية. فعند مناقشة النساء القرية، أن منهم من يحضر الأقراص الحديد من المراكز الصحية، أما باقي الأخريات، قاموا بإحضار النبتة كل صباح، وهو نبات محلي غني بالحديد، ينمو عند النهر، بعيد عن القرية ببضعة كيلومترات. والسبب الثاني يعود إلى المال الغير كافي لشراء هذه الأقراص.

الفصل 4

الدراسات الخاصة بالوضعية التغذوية للأطفال

الإضطهاد الاجتماعي والثقافي، الذي منه هم ضحايا لتخفيض وصول النساء إلى العديد من الأشياء، منها الغذاء، العناية الصحية، مساندة الجماعة والمعلومات والمصادر. النتيجة هي تقريبا مستحيلة للأم مهما كان حبها لطفلها. لإعطائه العلاج النوعي لكن هي في حد ذاتها فقيرة، لها فقر في الدم، وصحتها السيئة، لا تحتفظ بالمياه الصالحة للشرب ولا حتى العناية بالنظافة، وليس لها مساندة الأب لأطفاله والمجتمع العام. وعلى الرغم من هذا، العناية المنتظمة والفتنة هي حق كل طفل، وإذا تم رفضها يمكن أن تصبح إحدى العوامل الأكثر دليلا لحالته التغذوية.

لا يوجد هناك حل وحيد للأزمات التوأمية للتمييز الأنثوي وسوء تغذية الأطفال. المشاكل تلي الحقائق الثقافية، السياسية والإقتصادية، التي لا يمكن فصلها. على أية حال، المقياس الحاسم في طريقة التغيير أن يعلم، أن تربي وأن يكسر الإتفاقيه الذي يسجن النساء في الإجحاف والفقر، ويساهم جدا إلى المشكلة المحزنة لسوء التغذية. تأثر سوء التغذية الأم الحامل على طفلها الذي يتعرض هو الآخر إلى مشاكل سوء التغذية، والذي يتطلب تجنب هذا المشكل بإضافات من الفيتامين أ و الحديد للأم قبل وبعد الولادة مع إضافات مغذية أخرى؛ حيث الوزن/العمر خلال الطفولة مرتبطة بالقوة بالوزن الطفل عند الولادة، وعلاقة الوزن/العمر بالفناء الطفل.

إن البرامج يجب أن تتضمن، تدخلات حول تحسين تغذية النساء كوسائل لتجنب سوء التغذية الطفل والموته المبكر. عند الأطفال، هذه العوامل تحتوي في الغالب على ضعف عند الولادة، نقائص في الرضاعة الطبيعية ونقص في العناصر الغذائية المكملة أين تعوض بالحليب الأم. والتكرارات المترددة للحلقات الإسهال والأمراض التنفسية، الأطفال اللذين لهم ضعف في الطول، يلاحظ في هذا الفصل، أيضا، يبدأ تدريسيهم غالبا فيما بعد ويضيعون في أغلب الأحيان أقسامهم من الأطفال اللذين لهم تغذية حسنة.

إن العجز الغذائي وعدم التكافؤ الاجتماعي، حيث أن سوء التغذية، بشكل أصلي ليس فقط هو المسؤول في الإضطرابات من تأخر في النمو وفقدان في الشهية، بالإضافة إلى العاملين السابقين فهناك

عوامل إجتماعية وإقتصادية وثقافية، مما يؤدي إلى خطر المرض خلال هذه المرحلة من الطفولة (أقل من خمسة سنوات)، خلال المراهقة وخلال مرحلة البلوغ. منذ وقت طويل، يعرف بأن سوء التغذية يؤثر على نمو الطفل حتى سن الرشد.

يتضمن سوء التغذية بالنسبة للرضيع والطفل الصغير مجموعة من المشاكل الصحية ومن بين نتائج سوء التغذية تظهر في نقص الوزن، تأخر النمو، ضعف المقاومة من الأمراض، من الواضح أن الأطفال الفقراء الذين يعانون من الجوع هم أكثر احتمالاً من الأطفال الأصحاء. إن تطور سوء التغذية يسبب النقص الإدراكي والكيميائي الحيوي والبنائي، حيث أن الدماغ يتأثر وبالتالي تخفيض في الكفاءة في التعلم، كما أن تدهور الوظائف المخية يمكن أن يؤدي إلى إبطاء ردود الفعل من حيث تأخر تطور الطفل. وكل هذه العوامل نجدها أكثر تفصيلاً في الفصل الرابع الآتي.

1.4. سوء التغذية والأطفال

1.1.4. سوء تغذية الأطفال وحقوق النساء

من آسيا الجنوبية، نصف من الأطفال و60% من النساء عندهم نقص في الوزن حيث أن في إفريقيا، حوالي 1/3 من الأطفال المعرضين لسوء التغذية و20% من النساء النحيفات جداً. ضعف في الأوزان عند الولادة يتأثر سنوياً ليس بعيدة من 24 مليون رضيع، والتي نجدها في أكثر الدول النامية، عموماً أمهاتهم، تزداد تحميلهن بالعمل في أغلب الأحيان، يمثلن بأنفسهن، نقص في الوزن أو الطول، نتيجة التغذية السيئة خلال النمو. على هؤلاء الأطفال، خطر الموت أرفع من الأطفال حديثي الولادة بالشكل أثقل، المتبقون سيكون عندهم مشاكل في التعليم، والأكثر احتمالاً لتعرضهم لسوء التغذية.

كما أديلت الإختبارات الأرقام، مأساة سوء تغذية الأطفال تأتي بشكل جزئي التمييز والعجز للعديد من النساء. ما يضع النساء والأطفال في خطر، هذا ما يستدعي تقرير عن حالة الأطفال في العالم 1998، وتتعهد بدون تحفظ أن تحترم حقوق النساء واحدة من الوسائل الأفضل أن تحمي إزدهار والتطور تغذوي للأطفال. عدم التكافؤ في توزيع المهمات والعبء الغير متكافئ الذي يغرقان النساء في ويصبحن أقل قدرة على حماية صحتهن و صحة أطفالهن. على أية حال، قادة الدراسة في إفريقيا توضح بأن، امرأة شغلت معدل 5,5 كيلو غرام خلال حملها، أي حوالي نصف من الوزن في أغلب الأم الصناعية.

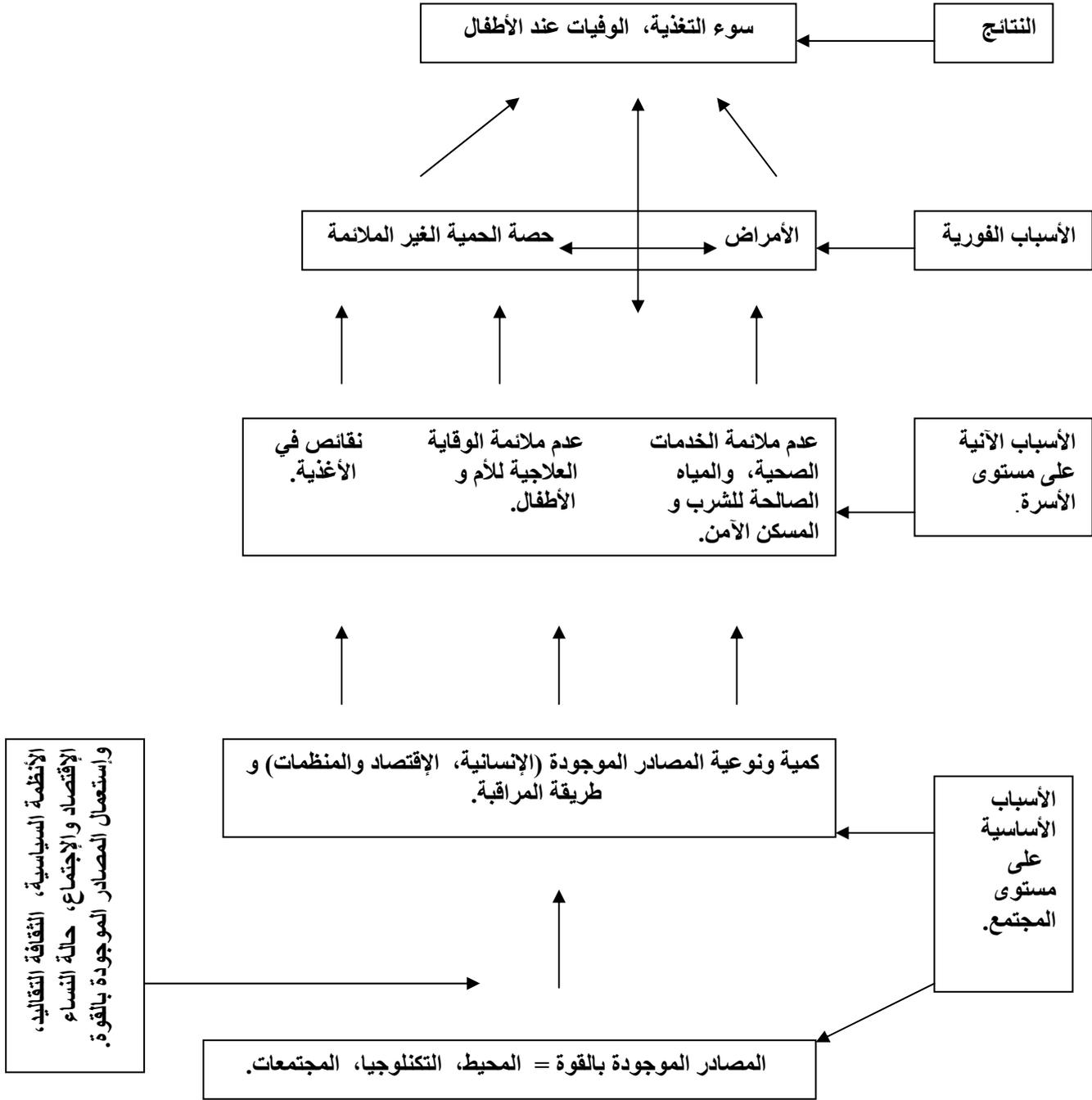
الإضطهاد الإجتماعي والثقافي الذي منه هم ضحايا لتخفيض وصول النساء إلى العديد من الأشياء، منها الغذاء، العناية الصحية، مساندة الجماعة والمعلومات والموارد. النتيجة هي تقريبا مستحيلة للأم مهما كان حبها لطفلها. لإعطائه العلاج النوعي لكن هي في حد ذاتها فقيرة، لها فقر في الدم، وصحتها السيئة، لا تحتفظ بالمياه الصالحة للشرب ولا حتى العناية بالنظافة، وليس لها مساندة الأب لأطفاله والمجتمع العام. وعلى الرغم من هذا، العناية المنتظمة والفتنة هي حق كل طفل، وإذا تم رفضها يمكن أن تصبح إحدى العوامل الأكثر دليلا للحالات التغذوية.

لا يوجد هناك حل وحيد للأزمات التوأمية للتمييز الأنثوي وسوء تغذية الأطفال. المشاكل تلي الحقائق الثقافية، السياسية والإقتصادية، التي لا يمكن فصلها. على أية حال، المقياس الحاسم في طريقة التغيير أن يعلم، أن تربي وأن يكسر الإتفاقية الذي يسجن النساء في الإجحاف والفقر، ويساهم جدا إلى المشكلة المحزنة لسوء التغذية. الأمثلة الممتازة توضح بأن هذه التكتيكات يمكن أن تنجح، في تايلاندا كمثال، التغذية سجلت تقدما رائعا. التغيير، يرتبط بالإقتصاد الناجح في ذلك الوقت، كما أن نسب تكافؤ إلى حقيقة النساء يحترمن في إزالته الأنثوية للأمية العالية، وكما يلعبون دور مركزي في بينهم كما في حياة الجماعة. الحرب ضد سوء تغذية الأطفال يجب أن تكون مسلمة على جبهات عديدة، لكن هو أكثر فأكثر واضح من هي لن تكون قادرة أن تكسب طالما حقوق النساء لن تضمن، يمكنهم أن يلعبوا الدور الأساسي الذي يرجع لهن.

2.1.4. أسباب سوء تغذية الأطفال

الإطارالمجرد لأسباب سوء التغذية قد توسعت في 1990، كالعنصر من الإستراتيجيات ل'UNICEF للتغذية، توضح بأن أسباب سوء التغذية ترجع إلى عديد من القطاعات (الغذاء، الصحة، إستعمالات العناية).

هذه الأسباب تصنف في أسباب الآنية (على مستوى الأشخاص). الحتي (على مستوى البيت أو العائلة) والأساسي (مستوى المجتمع)، تأثير هذه الإطارات تستعمل للتصميم الإقتصادي وتقييم البرامج، وأيضا التحليل وتقدير المشاكل، وصياغة الأفعال ينتجان في تغذية أفضل(المخطط رقم 05)⁽¹¹⁾.



3.1.4. سوء التغذية ووفيات الأطفال

إن التدخلات حول الوضعية التغذوية تهدف بشكل جدي معانات الأطفال من سوء التغذية، والذي كلف أموالاً طائلة من حيث المعالجة وتحسين الصحة لهؤلاء الأطفال، إذ العديد من المصادر التي تتعامل مع موضوع مشاكل سوء التغذية وتحليل 28 دراسة للأوبئة والدراسات نشرت من قبل الدكتور ديفيد بيبليتيير وزملائه من جامعة كورنيل، أن سوء التغذية ضعيف والمتوسط يؤدي حتماً إلى ارتفاع نسبة الوفيات عند الأطفال الصغار. وهذه النتائج سمحت بتدخلات وبقوة عن وضع البرامج مع زيادة التأثير العام حول القضاء على سوء التغذية عند الأطفال؛ خاصتنا إذا كان الطفل مريضاً بالحصبة، التهاب الرئة أو الإسهال؛ إن المناقشات حول نتائج البحوث، أدى إلى وضع برامج التغذية مع التوصيات وبرامج بقاء الطفولة، مع القيام بالنشاطات محددة لترقية نمو الرضع والأطفال الصغار [84] ص 154.

1.3.1.4. نتائج مشروع البحث

- (1)- يساهم سوء التغذية في الوفاة نصف من الأطفال في العالم، نسبة 56 % وفاة الأطفال الأقل من خمسة سنوات في الدول النامية، مع تأكيد الدراسات علاقة سوء التغذية بالأمراض، مما يؤدي إلى موت الأطفال.
- (2)- خطر زيادة الوفيات الذين يعانون من سوء التغذية، الضعيف والمتوسط وعلاقة سوء التغذية بالوفيات، حيث الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن الضعيف والمتوسط، هي 4,6 إلى 2,5 مرة أكثر عرضة للموت مقارنة بالأطفال الذين يتميزون بالصحة جيدة.
- (3)- أغلبية وفيات الأطفال المنسوبين إلى سوء التغذية الضعيف والمتوسط، هم أطفال ذو وزن ضعيف ومتوسط. ويزيد خطر وفيات الأطفال عند نقص الوزن الخطير، حيث نسبة 83 % من وفيات الأطفال في العالم.
- (4)- مساهمة التغذية ووفيات الأطفال الثابتة في المجموع السكاني، يوضح التحليل أن الثبوت في العلاقة الكمية لسوء التغذية بالوفاة في مختلف مجموع السكان والتي تمثل في مختلف المجالات البيئية، الأوبئة، الثقافة. عدد موتى الأطفال المنسوبين إلى سوء التغذية، حسب البلدان التي لديها بيانات الوزن حسب الطول الممثلة في السلم الوطني. إن الخطر المنسوب للمجموع الكلي (RAP)، نقص نسبة الأطفال لبلد تحت 80 % من متوسط الوزن/العمر كمرجعي حسب (NCHS) [85] ص 41-48-66-70.

2.3.1.4. تدخّل بيانات البحث من أجل تحسين البرامج

إن تحليل البيانات الدراسات الأخيرة والتي تحدد نتائج سوء التغذية وفناء الأطفال، نتج عنها ثلاث خلاصات: (1)- سوء التغذية الضعيف والمتوسط هي من عوامل التي تؤدي حتماً إلى، خطر الوفاة وهذا أصبح إلى حد الآن معترف به. (2)- تأثير برامج بقاء الطفولة، مدعوم بالمفاهيم حول أسباب تأخر النمو لمعالجة موضوع سوء التغذية الضعيف والمتوسط. (3)- أهمية خفض الأكثر لعدد الموتى من حيث، الفئة المتضررة خاصة الأطفال الأقل من 5 سنوات وتحسين الوضعية الصحية والتغذية للأطفال.

3.3.1.4. التوصيات الواسعة الخاصة بالبرامج

حسب الدراسات وخلال 20 سنة ماضية ضمن إطار برامج التغذية الغنية في دروس متعددة للتطور البرامج المندمجة، تهدف إلى نقص فناء الأطفال وتحسين النمو والتطور خلال الطفولة المبكرة. هذه الدروس والإستعمالات أو الطرق الأفضل تلخص فيما يلي [86] ص 5-156-663:

(1)- ترقية طرق التغذية الملائمة للرضيع والطفل الصغير، إعتباراً من الولادة إلى السنة الثانية؛ مع تشجيع إستعمالات الطعام المناسب والمتوفر، وتشجيع رضاعة الصدر خاصة خلال الشهور الستة الأولى، مع خلق مراكز لحماية الأمومة والطفولة وخلق بيئة لدعم الرضاعة الطبيعية مع تشجيع الأمهات على تعزيز الثقة. وتوفير الغذاء الكامل كما ونوعاً بعد سنت الشهور الأولى والمتمثلة في المواد المغذية الصلبة (البيض، السمك، الخضروالفواكه....)، الغنية بالفيتامينات وتكرار في الأطعمة في اليوم بأربعة أو خمسة أوقات في 12 شهر من عمر الطفل. تشجيع لمقاييس النظافة، من غسل الأيدي فور تقديم الطعام للرضيع قبل وبعد إعداده.

(2)- العناية التغذوية للأطفال الصغار والرضع خاصة والذين يعانون من الأمراض في المستشفيات، وحسب الدراسات، تبني بعض من السلوكات والمتمثلة في:

أ)- مواصلة الأطفال المرضى الرضاعة الطبيعية.

ب)- تشجيع الطفل على الأكل.

(ج)- إعطاء أكثر وفي فترات متزامنة ومنتظمة للغذاء في حالة شفاء الأطفال من هذه الأمراض المعدية. حسب المنظمة UNICEF و OMS، تمثلت في توصيات حول الأطفال المعرضين للمرض والتي تقترح:

* معالجة بالغذاء الكافي خاصة في حالة مرض الطفل، مع المتابعة الطبية،
 * إعطاء إضافات من الفيتامين أ في حالة الحصبة، والحديد عند الأطفال الذين يعانون من فقر الدم، ووزن الطفل يوميا وفي فترة قضاءه في المستشفى.

(3)- ترقية إستعمالات التغذية المتكيفة، وإضافة المواد المغذية للنساء قبل وبعد الولادة.

أ)- تأثر سوء التغذية الأم الحامل على طفلها الذي يتعرض هو الآخر إلى مشاكل سوء التغذية، والذي يتطلب تجنب هذا المشكل بإضافات من الفيتامين أ و الحديد للأم قبل وبعد الولادة مع إضافات مغذية أخرى؛ حيث الوزن/العمر خلال الطفولة مرتبطة بالقوة بالوزن الطفل عند الولادة، وعلاقة الوزن/العمر وفناء الطفل. إن البرامج يجب أن تتضمن، تدخلات حول تحسين تغذية النساء كوسائل لتجنب سوء التغذية الطفل والموت المبكر.

ب)- والإستراتيجيات توصي زيادة الإحتياجات التغذية للبنات والنساء قبل الحمل، خاصة الحديد، اليود والفيتامين أ، وأن تنتظر للفترة قبل الحمل الأول وأن يطول الفترات بين الولادات.

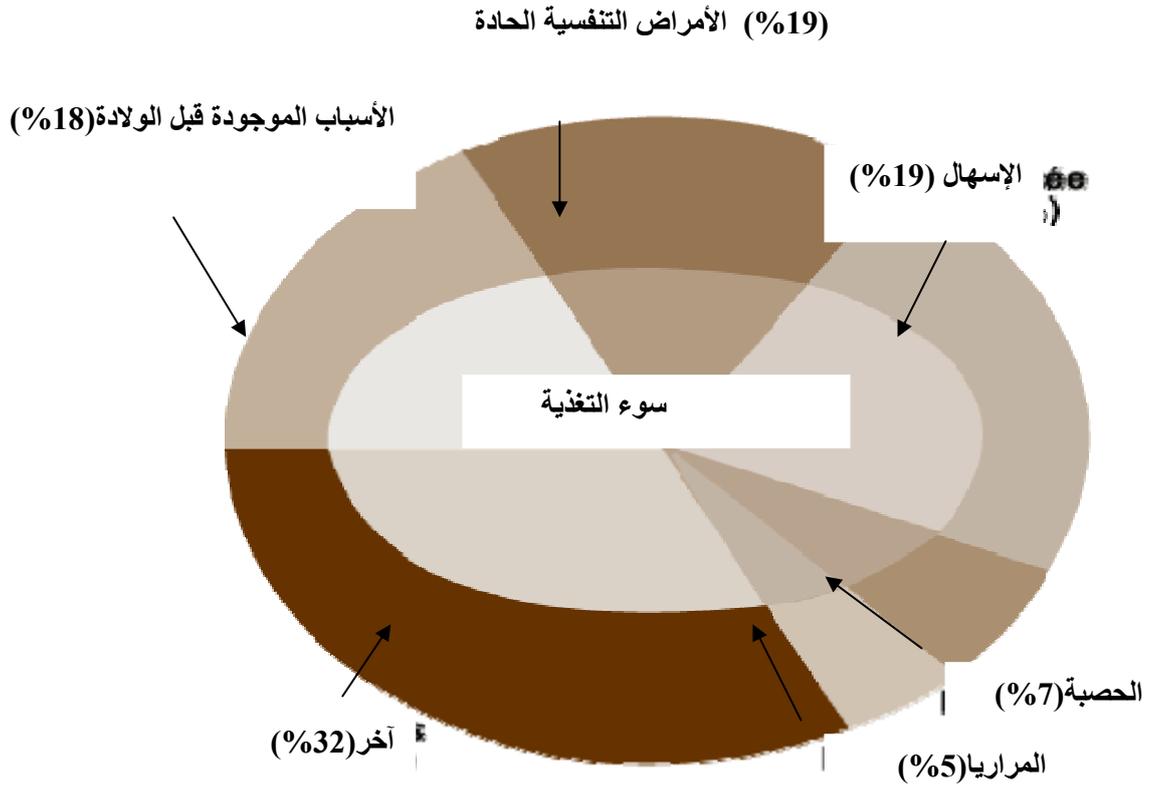
ج)- تزويد بالعناية الكافية خلال الحمل والعلاج المناسب لحمى المستنقعات، الأمراض الجنسية المعدية والأمراض الأخرى التي تؤثر على نمو وتطور الجنين.

د)- زيادة إستهلاك الطعام من الدسم والبروتين، والتي تعتبر مصدر الطاقة للنساء وتحسين نوعية نمط الطعام للنساء خلال الحمل.

ه)- توفير تمارين رياضية، مع نقص إنفاق الطاقة خلال الحمل وتزويد إضافات الحديد خلال الحمل، وإضافات في الفيتامين أ إلى الأمهات خلال الشهر الأول بعد الولادة.

4.1.4. بيانات سوء التغذية ووفيات الأطفال في العالم

ضعف في الأوزان، وحتى الخفيفة، ترفع مخاطر وفيات. حسب OMS، سوء التغذية تتدخل في أكثر من نصف وفيات الأطفال في البلدان النامية لسنة 1995⁽⁶⁾.



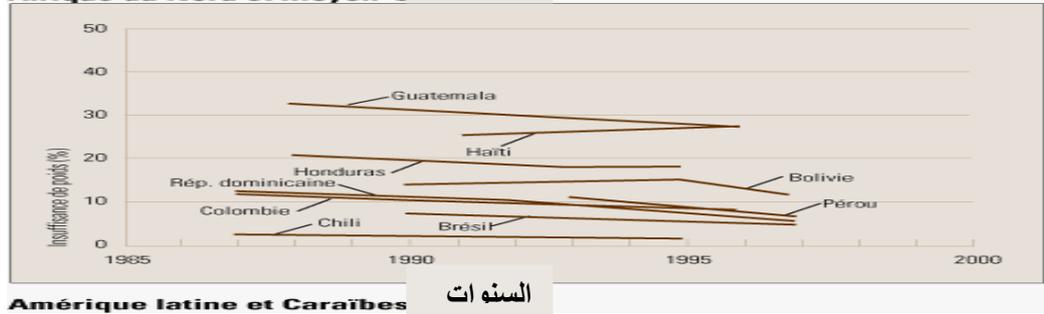
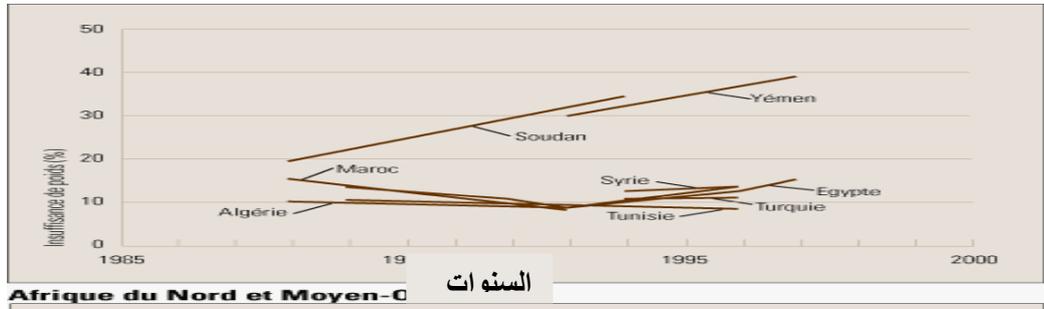
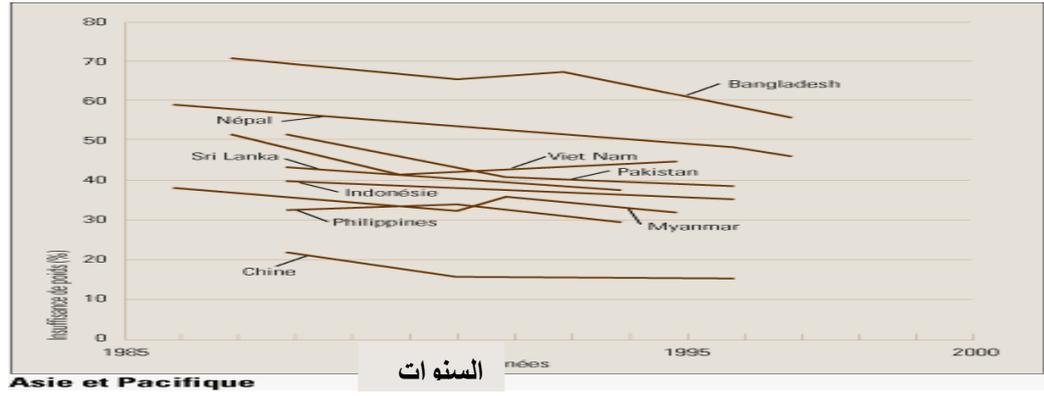
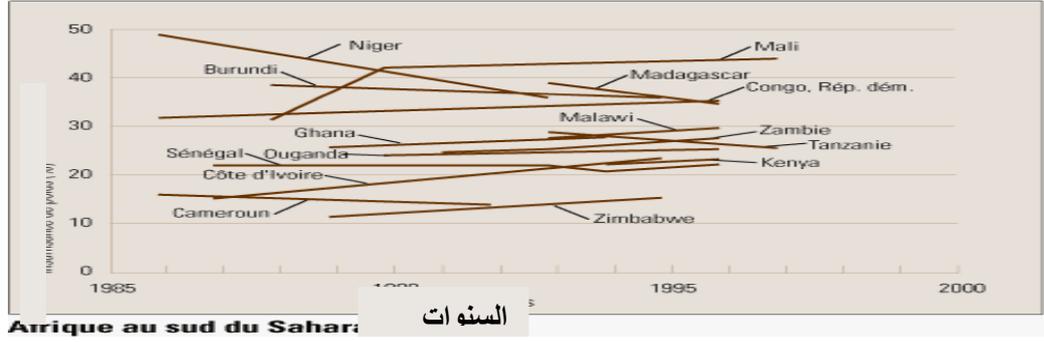
6

المصدر رقم 12: OMS، 1995، ص 5-156.

شكل رقم 06: يوضح سوء التغذية ووفيات الأطفال بسبب الأمراض [86] ص 5-156.

5.1.4. بيانات سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب المناطق

توضح التخطيطات ميولات سوء التغذية في 41 بلد (لأربع مناطق)، تجمع نصف من الأطفال الأقل من خمسة سنوات في الدول النامية. الدول عندها أقل مليون من الأطفال خلال هذا العمر الذي لم يأخذ في الحساب، حتى عندما البيانات كافية ومرتبة. *سوء التغذية تقيس بالنسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات، يمثلون الوزن بالنسبة للعمر بالأقل من 2 للانحراف المعياري إلى القيمة المتوسطة للسكان المرجع NCHS. النسب قد عدلت طبقا للعمر، لبعض الدول البيانات والمعدلات يهتمان بالأطفال الأقل من 3 سنوات⁽⁷⁾.



7

المصدر رقم 13: UNICEF، 1997، ص 5.

شكل رقم 07: سوء التغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب المناطق. [86] ص 5.

6.1.4. إرتطام سوء التغذيةية بالنمو الطفل

1.6.1.4. النمو والتطور العقلي

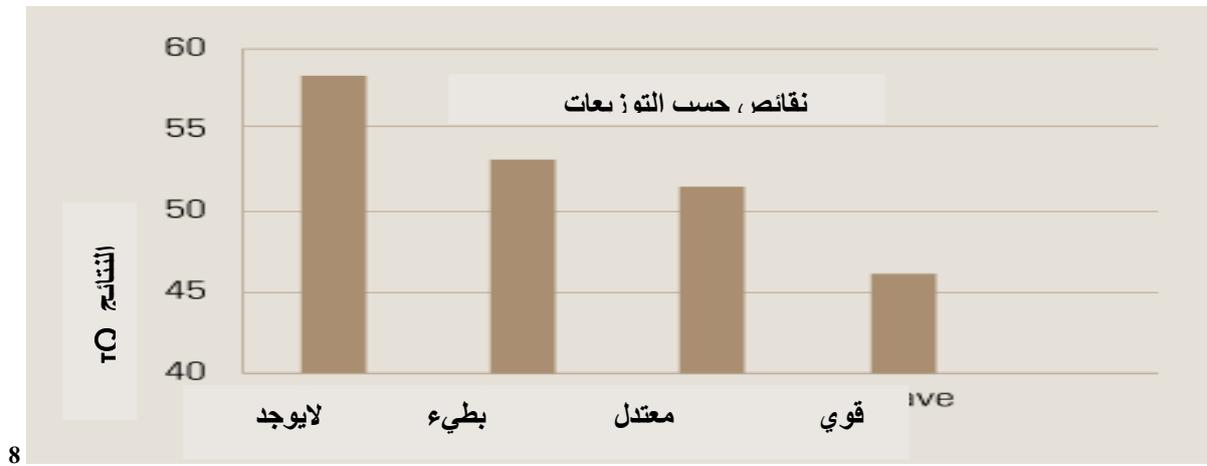
نتائج تأخر في النمو، النتائج المسجلة خلالها ليست إختبار لفظي للذكاء الموجه للأطفال الفيليبين، عند الأعمار ثمانية سنوات والذين كانوا في إرتباط ضيق بقطع التقرير الطول بالنسبة للعمر إلى سنتين. الأطفال الذين في أعمار سنتين يمثلون أهمية لتأخر في النمو تحصلوا على نتائج أبطئ، بينما نتائج الأطفال ذوي الطول الطبيعي كانوا بمعدل 11 نقطة أكثر إرتفاعاً⁽⁸⁾.

طبقاً للدراسة التي قادت مؤخرًا في الفيليبين، بأنه هناك الصلة تدخل بين سوء التغذيةية في بداية الحياة وإضطراب في التطور العقلي للطفل، يثابر على الرغم من التدريس والذي تناقص مسؤولية التدريس أو التعليم. حللت الدراسة عيوب النمو- المؤشر الأصلي لسوء التغذيةية، التي تترجم بالطول أسفل أو أخفض من تلك المتعلقة بالعمر عند الأطفال أكثر من 2000، وهناك ⅓ الذين يتميزون بالقصر القامة. ذلك يرجع إلى الإضطراب في النمو الذي قد بدأ مبكراً جداً، قبل العمر أي 6 شهور، تمثل في عامين تأخر في الطول الأكثر غياباً للإدراك، والتي تلاحظ عند بلوغهم 8 و11 سنة، تحصلوا فقط، بالنسبة للأطفال الذين لهم طول طبيعي، النتائج هي أضعف للإختبارات الذكاء(الملحق الأول، الصورة الرقم 2).

هذا العمل عنده توريط عميق في المستوى العالمي: في الدول النامية، 226 مليون من الأطفال الأقل من خمسة سنوات (حوالي 40% من فئة هذه الأعمار)، يمثلون تأخر في النمو المعتدل أو الخطير. « ضعف في الطول عند الأطفال، عندما تكون منتشرة، ويعتقد بأن هناك سيكون أيضاً ضعف في التطور الفيزيائي والعقلي، فهم معرضين لأن يمنعوا الأطفال من أخذ الفائدة بالكامل من إحتتمالات تعليم في المدرسة. هذا يمكن أيضاً أن يعطي نتائج على نجاح الأطفال في الحياة»، هذا ما أوضحتها الدكتورة Linda S. Adair. تضيف: « عيب في النمو ليس السبب المباشر للتطور العقلي للطفل، هو بالأحرى من المحتمل، مسبقاً، بأن نفس العوامل هي مصدر لصنفين من الإضطراب».

عند الأطفال، هذه العوامل تحتوي في الغالب على ضعف عند الولادة، نقائص في الرضاعة الطبيعية ونقص في العناصر الغذائية المكملة أين تعوض بالحليب الأم. والتكرارات المترددة للحلقات الإسهال والأمراض التنفسية، الأطفال اللذين لهم ضعف في الطول، يلاحظ في الدراسة أيضاً، يبدأ تدريسيهم غالباً فيما بعد ويضيعون في أغلب الأحيان أقسامهم من الأطفال اللذين لهم تغذية حسنة. الدراسة،

التي أنجزت كالجاء من البرنامج الملتقى، تبحث عن مكتب الدراسات السكان بالجامعة Caroline du Nord، تلاحظ بأن ضعف في الطول تعطي 28% من الأطفال المبحوثين. خلال عامين، هؤلاء الأطفال قاسوا بحوالي 11 سم أقل من الطبيعي، وفي ثمان سنوات، ρ_i يمثل 11 نقطة لاحقة. تضع الدراسة الأهمية المضيئة والتصادم المتين، من التغذية للفترة الحاسمة للطفولة الولي وحتى قبل الولادة، بالرضاعة الطبيعية الصحيحة ومنع النزوح الريفي إلى المدينة، هذه النتائج يمكن أن تكون ثقيلة وصعبة لتطور الأطفال.



المصدر رقم 14: UNICEF، 1997، 14.

شكل رقم 08: يوضح نتائج تأخر في النمو حسب منطقة [86Philippines] ص 5

2.6.1.4. الأطفال ذوي الوزن الضعيف عند الولادة والمراقبة التغذوية في الكاميرون

في المناطق الريفية الساحلية للكاميرون، قد ارتفعت من 0,7% في 1978 إلى 9,1% في 1990، نسبة سوء التغذية الحاد عند الأطفال بين 3 و59 شهر. وأصبحت واحدة من النسب الأعلى في إفريقيا الوسطى، بفضل المقاييس وضعت للمراقبة التغذوية والتي تطورت في 1991 ضمن إطار مشروع ريفي المتمثلة، في العناية الأولية للصحة من مراقبة نمو الأطفال الأقل من خمسة سنوات وترقية الرضاعة عن طريق الثدي. أوضحت الدراسة 1993/92 من مجموع العينة 500 من النساء الأحياء وأطفالهم في ثمانية مراكز صحية ولدت بين شهر فيفري 1992 وجانفي 1993؛ 7,8% من الأطفال الذين لهم وزن ضعيف عند الولادة، بأقل 2500 غ و110 طفل أي نسبة 21,9% طفل يزن بين 2500 غ و2800 غ.

هذه الدراسة أوضحت أن الوضعية التغذوية للنساء الحاملات، لها تأثير ليس فقط على وزن المواليد الجدد، بل حتى على نمو الأطفال حتى سن الخامسة؛ وبالتالي التغذية المناسبة مهمة للحوامل. سوء التغذية هي واحدة من مقدمة المشاكل التي تعاني منها البلدان الإفريقية، حيث ¼ من الأطفال الأقل من خمسة سنوات يعانون من سوء التغذية [87] ص 16. منذ 1978 مشروع تعزيز والعناية الأولية للصحة في المناطق الريفية الساحلية للكاميرون، التي طبقت من طرف وزارة الصحة مع مساعدة الوكالة التنقيية الألمانية (GTZ)، هدفها هو تخفيض نسبة وفيات الأطفال في المناطق الريفية، خاصة النساء الحوامل والأطفال الأقل من خمسة سنوات وهي المجموعة الأكثر ضعفا من المجموع الأخرى.

إن الدراسة لسنة 1990 حول الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات [88] ص 16 ودراسة السابقة لسنة 1978، زيادة في نسبة الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية والذي كان أعلى في الوسط الريفي من المدينة، وهذه الدراسات، أدت إلى تطور برنامج مغذي يراقب في كل المستشفيات وفي مختلف المناطق، حدد البرنامج في *مراقبة نمو الأطفال الأقل من 5 سنوات. *ترقية الرضاعة وتزويد مع ضرورة العناصر المغذية خلال الشهور الأولى الخمسة من الحياة.

(1)- الطرق: كل الولادات بين فيفري 1992 وجانفي 1993 في ثمانية مراكز الصحة تضمنت مجموع 505 امرأة وطفل مع المعلومات الطبية والاجتماعية بإستعمال إستمارة تتضمن: (أ)- بيانات خاصة بالأم: العمر، الوزن، الحجم، عدد الولادة، عمر الولادة الأولى، عدد الأطفال الأحياء والموتى. (ب)- بيانات خاصة بالرضيع أو المولود الجديد: تاريخ الولادة، الجنس، الوزن. (ج)- بيانات على البيئة الاجتماعية: عدد البالغين وعدد الأطفال الأقل من 5 سنوات يعيشون في جماعة. إن طرق قياس الوزن، حسب OMS أن الوزن الأقل من 2500 غ قد إعتبر غير كافي [89] ص 50، ونسبة الوزن الغير كافي يعرف بالنسبة المئوية لهؤلاء الأطفال قارنوا إلى العدد الكلي لولادات الحية. وهذه البيانات حلت بإستعمال إختبار²، ونتائج أن 505 ولادة، سجلت وفاة واحد للمولود الجديد و4 ولادات متعددة، فقط 500 ولادة حية وضعت تحت الدراسة، 257 بنت و 243 طفل ذكر. إن نسبة الجنس في توافق مع التوزيع العادي، الأمد المتوسط للحمل كانت 39 أسبوع والعمر المتوسط للأم بالنسبة للولادة الأولى 18 عام و6 أشهر.

(د)- توزيع الوزن عند الولادة بالنسبة للجنس: الوزن المتوسط الولادة يقدر 3077 غ، 21,9 % طفل يزن بين 2500 غ و2800 غ؛ 39 طفل بالنسبة 7,8 % يزن أقل من 2500 غ. وحسب توزيع الجنس، الذكور 9,1 % والإناث 6,6 %.

ه)- الطول مع عدد المواليد: نسبة المواليد الجدد ليسو في مجموعة الأطفال الذي يعانون من نقص في الوزن، ولم تكن مرتفعة عند الأمهات التي تبلغ في الطول 150 سم مقارنة بالنسبة للأمهات أكثر من 150 سم.

و)- عمر الأم والمباعدة بين المواليد: حسب الإحصائيات، نسبة المواليد الجدد الذين يعانون من نقص في الوزن للأمهات الأقل من 20 سنة: 19,7 % و 4,3 % الأطفال ذوا الوزن الضعيف عند الأمهات الأكثر من 20 سنة.

ن)- البيئة الإجتماعية: أكثر من 3 أطفال الأقل من خمسة سنوات، في العائلة الواحدة تقدر نسبة نقص الوزن بالمعدل 15 % ونسبة 7 % في العائلة، ليس أكثر من طفلين أقل من خمسة سنوات.

2)- مناقشة والتحليل: إرتفاع نقص الوزن عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات في البلدان النامية [90] ص 79، يعتبر مؤشر عن الوضعية الصحية والتغذية للحوامل [91] ص 22 ومحدد الوفيات عند الأطفال. ومن أهداف OMS تخفيض نقص الوزن بالنسبة 10 % لسنة 2000 [92] ص 104-87-48. مجموع الدراسات حول سوء التغذية الرضع الجدد في الدول الإفريقية وخلال السنوات الماضية [93] ص 18، أوضحت الإحصائيات أنها متقاربة، وحسب المعطيات من طرف المراكز الصحية والمستشفيات بين 50 % و 60 % من الولادات:

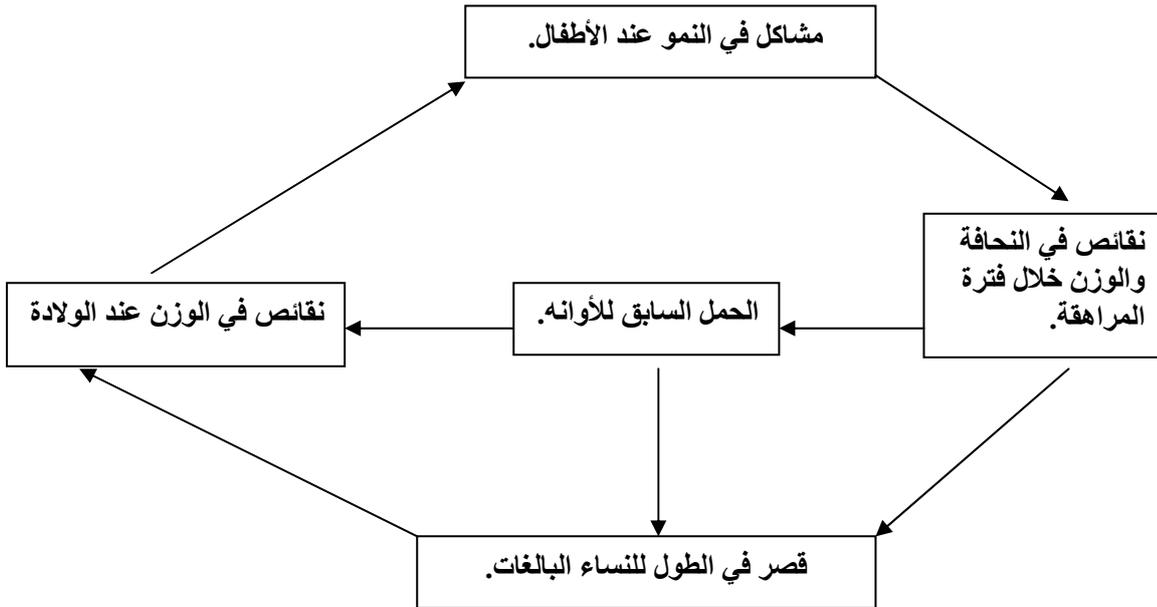
نسب الأطفال الجدد ذوي الوزن الضعيف حسب البلدان، 6,9 % في كينيا، وفي Lesotho بالنسبة 7,7 % وفي تنزانيا بين 12 % و 18 % [94] ص 81 وبالتالي ليس الكاميرون البلد الإفريقي لوحده يعاني من نقص في الوزن عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات، حتى بالنسبة للوزن بين 2500 و 2800 غ يمكن أن يتعرضوا إلى المشاكل المتمثلة في تأخر النمو. ومعظم الدراسات أثبتت تأثير تغذية الأم عند الحمل والوزن المولود الجديد، حسب دراسة Al و Kusin في سنة 1992 [95] ص 73، والذي أوضح أن النساء في سن الإنجاب يعانون من نقص الطاقوي المزمن.

والتصحيح التغذوي لهؤلاء النساء يؤدي إلى زيادة وزن الطفل عند الولادة، وتأثير على نمو بعد الأشهر الأولى من الولادة 24 شهر إلى 60 شهر. كما أوضحت الدراسة 93/92 تأثير العوامل على الوضعية التغذوية للمولود الجديد: عمر الأم، مباعدة بين الولادات، البيئة الإجتماعية. أقل من طفلين في العائلة نسبة نقص في الوزن ينخفض ويتضاعف الوزن، وأقل من 20 سنة يرتفع نسبة نقص الوزن عند

الأطفال حديثوا الولادة ونسبة 57% من النساء التي ولدت في سنتين السابقتين (الملحق الأول، الصورتين للرقمين 14 و7).

4.1.6.4. فترة الإضطراب النمو من جيل لآخر

فترات الضعف التغذوي يستمر من جيل إلى آخر، البنات اللواتي ينمون ليصبحن رشيقات بشكل سيء، والنساء الضعيفات اللواتي يرضعن أطفالهن بدون وزن طبيعي عند ولادتهم. إذا كانوا هؤلاء الرضع بنات، فترات الخطر تتكرر ثانيًا وهكذا على التوالي، هذا ما يكسر الحلقة المفرغة. لهذا من الضروري أن تدعم التغذية كافية إلى كل هذه الملاعب للرضع والأطفال الصغار، وفي المراهقة في سن الرشد وفي التفضيل البنات والنساء⁽⁹⁾.



9

المصدر رقم 15: Second Report on the World Nutrition Situation, Vol.I, Global and regional results, and:

ACC/SCN, Geneva, 1

شكل رقم 09: المخطط يوضح فترة الإضطراب في النمو من جيل إلى آخر [96] ص 71-1344.

4-2- التغذية والأطفال

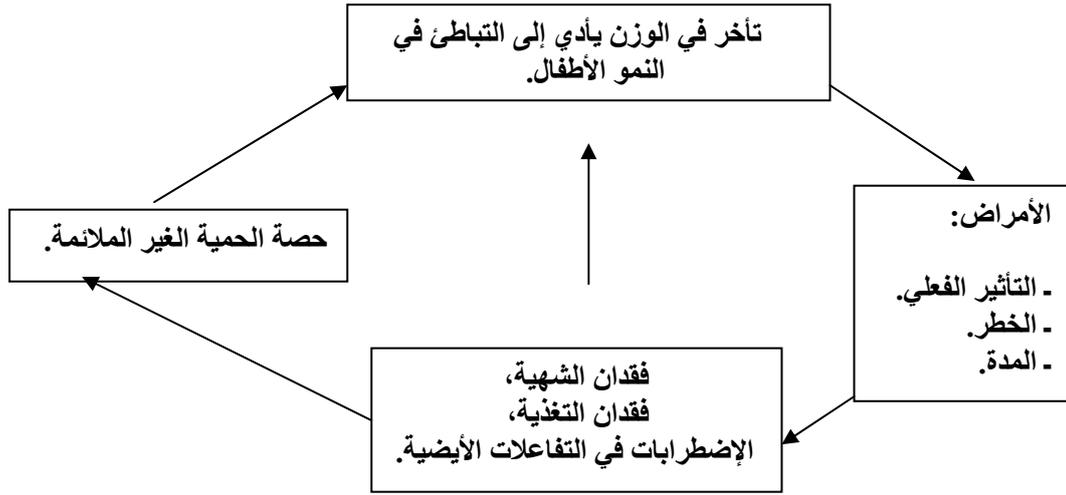
1.2.4. التغذية عند الرضع و الأطفال الأقل من خمسة سنوات من خمسة سنوات

يوضح الملتقى الرابع والخمسين للتجمع العالمي للصحة عام 2001، حول تحسين وضعية الطفل التغذوية مع مكافحة كل أشكال سوء التغذية في العالم حيث 1/3 أطفال العالم يعانون من تأخر في النمو، نقص في اليود، الفيتامين أ و الحديد، والتي تقدر 10,5 مليون وفاة لكل عام عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات [97] ص12-15 إن العجز الغذائي وعدم التكافؤ الاجتماعي، حيث أن سوء التغذية، بشكل أصلي ليس فقط هو المسؤول في الإضطرابات من تأخر في النمو وفقدان في الشهية، بالإضافة إلى العاملين السابقين فهناك عوامل إجتماعية وإقتصادية وثقافية، مما يؤدي إلى خطر المرض خلال هذه المرحلة من الطفولة (أقل من خمسة سنوات)، خلال المراهقة وخلال مرحلة البلوغ.

إن كل الجهود المحتملة في إدارة وبشكل تدريجي وبالكامل أن تضمن هذا الحق والتمثل، في توفر الغذاء الكامل مع مساهمة كل من الجمعيات المختصة بالصحة، المنظمات الغير حكومية، الشركات التجارية والمنظمات الدولية، في تحسين الصحة التغذوية للرضيع والطفل الأقل من خمسة سنوات، وحول تطبيق المعرفة الأساسية تهتم بالصحة وتغذية الطفل وفوائد الرضاعة الطبيعية؛ بالرغم من تسويق علب الحليب بدلا من حليب الأم، وهذا النوع من التسويق بإستعمال الرمز الدولي ضمن إعلان لترقية المنتجات ضمن تطبيق الرمز؛ وإستعمالات الأفضل للطعام الإضافي وتحسين الصحة التغذوية للنساء خلال وبعد الحمل (الملحق الأول، الصور 22 و 23 و 27).

2.2.4. حصة الحمية الغير الملائمة والفترة المرضية

سوء التغذية والمرض يكونان درجات التي ترفع جزء كبير والعالي من الأمراض والوفاة المسجلة في الدول النامية، عند الأطفال أين الأغذية النوعية أو الكمية غير كافية، الدفاع الإنساني ضعيف، وتأثير الفعلي للمخاطر ومدة المرض في إرتفاع. كالأمرض التي تعجل خسارة الغذاء وينقص الشهية، الطفل المريض لا يأكل كما في الغالب دائما وليس كما يجب أن يكون في هذه الفترة أن يبدأ⁽¹⁰⁾.



المصدر رقم 16:

10

Source : Andrew Tomkins and Fiona Watson, Malnutrition and Infection, ACC/SCN, Geneva, 1999.

شكل رقم 10: المخطط يوضح حصة الحمية الغير الملائمة والفترة المرضية للأطفال [99] ص 72

3.4. الطفل والعائلة

إن العناية الصحية للأطفال، مسؤولية مشتركة، جميع الأشخاص من الأقارب ومحترفون الصحة (PMI، مستشفيات، المراكز الصحية....)، يسمح بمنح تغذية صحية لهذه الفئة من العمر وتشجيع حسب الطبيعة التغذوية وحسب المواقف والتقاليد وتشجيع البرامج، لترقية الصحة التغذوية عند الأطفال الأقل من ستة سنوات.

التوصيات الصحية، عرض الطعام الصحي لطفل من تنوع الغذاء، حسب الكميات المناسبة والضرورية التي يحتاجها جسم الطفل. تقديم حسب، مبدأ الاعتدال في إختيار الطعام، والانتقال التقدمي من نوعية الغذاء أي من الحليب إلى الغذاء المستهلك من قبل العائلة. حاجة الطفل للغذاء بشكل متكرر، عموماً ثلاث وجبات، وهذه الوجبات، يجب أن تساهم في الصحة التغذوية للجسم أي الهيكل العظمي والأسنان. الطبيعة الروتينية التي ينتهجها الطفل وسلوكه عند أخذ الوجبات، تدخل من العادات اليومية للطفل، قد تكون إيجابية، كما قد تكون سلبية. أخذ المقاييس للطفل، بأخذ الوزن خاصة، لمعرفة النتيجة الصحية

التغذية للطفل. تشجيع النشاطات من الركض، السباحة،..... التي تسمح بالنمو السليم والتطور الطبيعي للطفل.

إستشارة مختصين في الصحة، عند تعرض الطفل لمشاكل من إضطرابات في الجهاز الهضمي، ضيق في التنفس، مشكل نقص في الوزن والنحافة. إستعمال غذاء منتظم وكامل وصحي مع إضافات في الفيتامينات والمعادن. إن عرض تنوع الطعام ضمن إطار، طريقة المعيشة ومصادر العائلة مع الطعام المناسب في كل مرحلة من مراحل تطور الطفل (يحبو، يمشي، يجري)، وأن يكون بشكل تدريجي وحتى يكتشف طبيعة نوع الغذاء. ونقص في التية يرجع إلى عوامل إجتماعية وبيئية وإقتصادية، أو إلى عوامل بيولوجية أو عقلية. تصميم عوامل الخطر، خلال هذه الفترة من العمر، مع تطور أمراض سوء التغذية، مع تقييم الحالة التغذوية للنمو والطول.

1.3.4. تأثير الفقر على الوضعية التغذوية للأطفال

منذ وقت طويل، يعرف بأن سوء التغذية يؤثر على أن سوء التغذية يؤثر على النمو الطفل حتى سن الرشد [100] ص 18-93-106. يتضمن سوء التغذية بالنسبة للرضيع والطفل الصغير مجموعة من المشاكل الصحية ومن بين نتائج سوء التغذية تظهر في نقص الوزن، تأخر النمو، ضعف المقاومة من الأمراض [101] ص 88-313-338؛ من الواضح أن الأطفال الفقراء الذين يعانون من الجوع هم أكثر إحتمالاً من الأطفال الأصحاء. إن تطور سوء التغذية يسبب النقص الإدراكي والكيميائي الحيوي والبنائي [102] ص 154؛ حيث أن الدماغ يتأثر وبالتالي تخفيض في الكفاءة في التعلم، كما أن تدهور الوظائف المخية يمكن أن يؤدي إلى إبطاء ردود الفعل من حيث تأخر تطور الطغل.

حيث يمكن إستدراك الوقت إذا كان الطفل يعاني من سوء التغذية وعمره سنتين وذلك بتغذية صحية جيدة؛ وتزويد الرضيع قبل عامين وبعدها بالعناصر المغذية [103] ص 79. خاصة البالغين في كاليفورنيا (وم أ) خاصة النساء يعانون من نقص في الحديد والفولات والفيتامين أ [104] ص 56. ترقية الرضاعة ذو الدخل القليل بالنسبة للأمهات، يجب أن تضمن إستراتيجيات تجعلها تضمن لطفلها الطعام المناسب.

في أمريكا الشمالية نقص الرضاعة الطبيعية وبالنسبة تقدر 40% [105] ص 2235؛ مع هدف تخفيض الرضاعة بواسطة القنينة وعرض مساندة الإجتماعية ومعلومات حول التغذية ففي 1996 نظمت القمة العالمية حول التغذية [106] ص 43-543-553 والذي كان هدفها العدالة الإجتماعية؛ العجز الغذائي أو الأمن الغذائي حيث العدد من العائلات حتى في و م أ يعانون من المشاكل المالية [107] ص 1203-1212، حيث يجب تنظيم مشاكلهم المالية بتنظيم مع شراء ما يلزمهم من غذاء حسب مقدوراتهم والقدرة الشرائية أو مطاعم جماعية أو برامج لمساعدة الفئة المحرومة [108] ص 938.

2.3.4. صحة الأطفال

1.2.3.4. الإحصائيات

أكثر من 11 مليون طفل يموتون كل عام، قبل العمر 5 سنوات؛ من بين 70% أقل من خمسة سنوات يعود لعدة أمراض والمتمثلة في مرض إلتهاب الرئة، الإسهال، الحصبة، مرض حمى المستنقعات، سوء التغذية [109] ص 28-273-286. ونسبة 174 مليون طفل أقل من 5 سنوات، يعانون من سوء التغذية في العالم و 230 مليون يعانون تأخر في النمو [110] ص 51-64-71. أقرب من 50% من الوفيات هم أطفال أقل من خمسة سنوات تتعلق بسوء التغذية [111] ص 36-1063-1069، وأكثر من 2 مليون طفل يموتون كل عام بسبب الإسهال في الدول في طريق النمو. الحصبة تقدر بنسبة 40 مليون طفل، تقتل أكثر من 80 000 طفل لكل عام [112] ص 87.

وأقل من مليونين تمثل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات لم يلتحقوا [113] ص 8-32-422، الإرتفاع الطفيف لحليب الأم أي الرضاعة الطبيعية تسمح بإنخفاض نسبة وفيات الأطفال بالنسبة 10% أقل من 5 سنوات [114] ص 19. 44% من الأطفال فقط في العالم على الرضاعة الطبيعية (حليب الأم) وهي أقل نسبة في الدول المتطورة [115] ص 17 في البلدان التي تمتاز بالنسبة الوفيات أقل، الطفل على 5000 لطفل على 10 000 يتوفون كل عام بسبب المعاملة الصحية السيئة [116] ص 10 تقريبا 4 مليون طفل يموت كل عام بسبب الأمراض التنفسية والذي يرجع إلى التلوث البيئي الداخلي والخارجي [117] ص 23.

2.2.3.4. العوامل المؤثرة على صحة الطفل في الدول النامية

*نقص التغذية. *نقص المياه الصالحة للشرب ووسائل الصحة. *نقص العناية الصحية. *نقص برامج التلقيح. *بعد المناطق السكانية الريفية من مراكز الصحة. *الوضعية الإجتماعية للعائلة.

3.2.3.4. العوامل المؤثرة على صحة الطفل في الدول المتطورة

(1)- الوجبة الغذائية الغير متوازنة. (2)- الإفراط في إستهلاك الغذاء. (3)- نقص الجهد العضلي. (4)- التلوث البيئي (الهواء، الماء، الأرض). (5)- الكثافة السكانية خاصة في المناطق الكبرى وفي الأحياء أين لا تتوفر لأي شروط الحياة. (6)- نقص التوعية الصحية. (7)- الحساسية للمواد الغذائية.

إن الطعام الجيد التلقيح والنظافة هي عوامل يمكن أن تنفذ الطفل، من المرض والموت؛ الوالدين لهم دور حيوي في تحسين صحة أطفالهم. وضرورة تعليم أمهاتهم حيث مستقبل أمهات أساسي في تربية المراهقين؛ ولغرض وحيد تحسين صحة أطفال العالم. حسب الإتفاقية حقوق الطفل لسنة 1989 والتي صدقت عليها معظم بلدان العالم على حق الطفل في الحياة، التطور والحماية، وتنذير بالعناية الصحية في السنوات الأولى من مرحلة أو مراحل حياة الطفل.

القمة العالمية للأطفال عام 1990 التي سمحت بتطوير خطة العمل والتي تمثلت في أهم الأهداف هي، خفض نسبة سوء التغذية إلى نصف النسبة مما كانت عليها عند الأطفال الأقل من خمسة سنوات. إن الرضاعة عن طريق الثدي حسنة للطفل والأم ويمكن أن ينفذا من الأمراض، سوء الحظ أكثر فأكثر الأمهات تختار أن تغذي طفلها بواسطة القنينة الإرضاع؛ ومن هنا دور المرشحات في توضيح لهؤلاء الأمهات والتكلم أكثر عن دور وفائدة وحول إطعام الصدر في كل منطقة، هكذا حتى تعيد فهم الإرضاع الطبيعي مع الأمهات التي ترضع؛ مع إستراتيجية حتى تتوضح الأمور وترسل الرسالة بشكل واضح حتى تنفذ وبشكل كبير وفيات الرضع من سوء التغذية والتي تعتبر آفة إجتماعية؛ مع تعليم أهمية التطعيم والعلاقة الأمراض بالتطعيم؛ كالتطعيم ضد مرض الحصبة، حيث العديد من الأطفال مازالو في حالة خطر؛ يجب إتخاذ المقاييس المتمثلة في الملصقات، المذياع، التلفاز، أو من خلال الصحافة المكتوبة مع حملة معلومات حول الموضوع مع العلاقة التي تجمع بينهم. وباعتبار الأطفال هم الضحايا ويطلبون سوى العناية والحياة السعيدة.

4.4. حقوق الأطفال

1.4.4. لجنة حقوق الأطفال تقرير المرحلة الثانية بالبنغلاداش

جاء في تقرير على لسان السوكريتار الوزير الأول لبنغلاداش، الحماية ولحماية أفضل للأطفال، حيث أوضح نسبة وفيات الأطفال عامة، قد إنخفضت في السنوات الأخيرة من 57 وفاة في 1000 ولادة حية في 1998 إلى 56 وفاة في 1000 ولادة حية في 1998 إلى 56 وفاة في 1000 ولادة حية في 1998 إلى 56 وفاة في 1000. ونسبة وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات، تجاوزت 92 في 1000 لسنة 1998، والذي إنخفض إلى 82% لسنة 2001 أي 360 000 طفل يموت كل عام وهذا ما أكدته التقرير، كما لم يشاهد مرض الشلل منذ عام 2001.

كما أوضح أن نسبة المواليد المسجلين بالنسبة للأطفال الأقل من خمسة سنوات تجاوزت من 1,8% في عام 2000 إلى 5,7% عام 2003. وسبب وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات لعدة عوامل سوء التغذية والذي يعكس ظروف المعيشية السيئة والأزمة السياسية والأزمة الاقتصادية التي تتخطب فيها البلاد. حيث معظم الأطفال هم من الطبقة المحرومة والزواج المبكر والتقارب بين الولادات وخاصة العمر، حيث يبلغ عمر الأب 18 سنة وعمر الأم أقل من 14 سنة، مما يؤثر على صحة الأم والطفل الذي يولد معاً، مع نقص المراكز الصحية والأخصائيين.

2.4.4. لجنة حقوق الطفل المقال 44 من الإتفاقية

1.2.4.4. صحة الأطفال

إن مكتب التخطيط والإحصائيات، تعمل ضمن وزارة الصحة، دورها جمع البيانات والمعطيات من مصادر مختلفة متعلقة بصحة الأطفال. ومن أهم هذه المصادر، البرنامج MCH والتي طبق في جزر الماريشال، من الوفاة والأمراض، والتي جمعت المعلومات من المستشفيات؛ وبيانات النمو السكاني بإحصاء الوطني لعام 1988 ومن أهم نتائج البرنامج كالتالي:

نسبة النساء الحوامل، تحت العناية الصحية من الشهور الأولى من الحمل، إنخفضت من 1/4 في 1993 إلى 1/3 في 1994؛ حيث لم تعطي تفسيراً واضحاً كلاً من وزارة الصحة والبيئة، من سبب هذا الإنخفاض؛ البيانات الإحصائية التي جمعت للسكان ناقصة. نسبة 77,4% من النساء قادرة على الإنجاب ولديهم معلومات حول التخطيط العائلي و36,7% يستعملن على الأقل واحدة من وسائل منع الحمل

و45% من النساء لاترغبين في الإنجاب، حيث إستعملت طريقة ما تسمى بربط عنق قناتوات فالو ب:
Ligature des trompes.

في 1994، 20% من الأطفال الجدد، الأحياء من الأمهات قاصرات تقل أعمارهن 15 سنة ونفس النسبة سجلت في 1993. سجلت في سنة 1994، إنخفاض طفيف لنسبة الولادات في المستشفيات، حيث كانت 78% و86% في سنة 1993. إن نسبة الرضع، الذين لهم وزن منخفض مقارنة بالوزن الطبيعي 14,4%، 1994. وعند الولادة 1%. نسبة وفيات الأطفال قبل الولادة (جنين)، تقدر بالمعدل 6% في سنة 1993؛ و14,3% في سنة 1994، وهذا التحسن يعكس الوضع الصحي للأم والطفل، حسب الإحصاء السكاني 1988؛ الذي كان بالنسبة 63 وفاة ل 1000 ولادة. المعدل المتوسط للوفاة، قدرت بالمعدل 28,63 لكل 1000 ولادة حية، خلال خمسة سنوات (1989-1993) مع إضافة وفيات الأطفال التي لم تسجل. نسبة وفيات الأطفال بعد الولادة (الأطفال الأقل من 3 أسابيع)، التي تجاوزت من 16 إلى 20 % بين 1993 و1994. والأطفال حديثوا الولادة (أكثر من 3 أسابيع)، إنخفاض المعدل من 8 إلى 4 وفاة لكل 1000 ولادة حية. وفي سنة 1994، سجلت 32 وفاة طفل أقل من سنة، لعدة أسباب أهمها:

- (1)- تسمم الدم.
- (2)- ولادة الطفل قبل 9 أشهر كاملة.
- (3)- تعقيدات عند الولادة.
- (4)- النزيف الدموي عند الطفل حديث الولادة.
- (5)- الإسهال والجفاف.
- (6)- التشوهات الخلقية.
- (7)- إلتهاب الرئة.

الفصل 5

الحلول والبرامج الرامية إلى النهوض بأوضاع التغذية

المعطيات تظهر في العالم بالكامل بأن الأسباب الغالبة للمشاكل التغذوية ماتغيرت خلال هذه الفترات الأخيرة ل50 سنة. الفقر، الجهل والأمراض، غطاء للإحتياجات الأغذية الناقصة والمحيط الغير صحي، بالإضافة إلى الضغط والتمييز الإجتماعي، يسمح أويطغى على سوء التغذية. في نفس الوقت، هناك تغيرات كبيرة والإستراتيجيات توضح للمكافحة سوء التغذية، حوالي كل 10 سنوات، يرى بالظهور دواء حاسم جديد أو معجزة للحل على ما يظهر قادر على تخفيض مشكلة سوء التغذية على الأقل خلال 10 سنوات. طالما عدم التكافؤ في تقسيم العمل والموارد وتمييز ضمن الأسر والمجتمعات سيستمر أن يفضل الذكور، وطالما هناك سيكون تمييز ضد البنات والنساء في تربية والتغذية والعمل، بهذا فإن طرق العلاج الحيوية مهمة بالإزدهار التغذوي للأطفال سوف تنتهي بالنتائج الكارثية.

المرأة تركز من متوسط وقتها بأكثر من مرتين من الرجال إلى مسؤولية الأسرة والتدبير المنزلي، وهذا ما نجده في كل من بانغلاداش والهند ونيبال، الفتيات الصغيرات والنساء يقضون معظم أوقاتهم من ثلاثة إلى خمس ساعات فأكثر في الأسبوع، من الذكور والرجال في مهمات كواجب الوقود أو الثقافة اللواتي تعلمهن للطبخ الغذاء. تتم الرضاعة الطبيعية الخاصة خلال 6 أشهر الأولى تقريبا، ويتم تكملتها بالمنتجات الصحية الصحيحة حتى السنة الثانية من الحياة، تحتوي على أحسن الأغذية وحماية الأطفال من الأمراض المعدية. في ستة أشهر، أو تحضير وتخزين الأغذية في المنزل لايحترم القوانين الصحية. من ناحية الأخرى، الطفل يجب أن يستلم طعام إضافي إنطلاقا من الشهر السادس، لأن حليب الأم لا يكفي المتطلبات التغذوية، وإذا حدث هناك تأخر في هذه المرحلة يمكن أن يحرف منحى النمو.

أحسن طريقة للعلاج يجب أن تستند على المعلومات الصحيحة وإنتراع الأفكار الثقافية الباطلة من المعتقدات والتقاليد الغير معقولة، من التراث الثقافي، بشكل بارز، لايعطوا أو لايقدموا الأغذية الصلبة أو السائلة في حالة الإسهال، نظرا للمعتقدات الغريبة، والتي تستعمل بشكل خاطئ ومخالفة تماما للعلم من العقاقير والأعشاب التي تستعمل من قبل أشخاص ليس لهم أي دراية بالأمراض وبخطورة سوء التغذية. هناك تغذية أخرى، تتمثل في تأثيرات سلوك الذي يميز الذكور على الإناث، بحيث تغذية الذكور بين الأفراد الأسرة أسبق وأحسن من الإناث، بإعتبارهم الممثلون للأسرة بحملهم لقب عائلة بينما الإناث نجد

عكس ذلك لأنهن مضطرات إلى مغادرة المنزل، وبالتالي هن الأكثر تعرضاً لسوء التغذية. النظافة وانتقال الأمراض هي عنصر مهم للعناية، التحضير وتخزين الأغذية يجب أن يجعلها في أحسن الشروط، والأشخاص الذين يحضرون الوجبات مثل الذين يأكلونها يجب أن يغسلوا أيديهم بشكل صحيح قبل لمسهم.

1.5. تحسين الأمن الغذائي الأسري

الأمن الغذائي يعرف وصول الغذاء إلى السكان لحياة صحية، ولكي تكتسب قوة عيشها، هناك أسلوبين: إنتاج الطعام أو شرائه. غياب الطعام ونقص الغذاء الكامل هي من أسباب سوء التغذية. إن الأمن الغذائي يظهر بأشكال متعددة، قد يكون عضالي ويعني نقص الطعام بشكل ثابت في العائلة أو ينتج من ظروف مؤقتة قد يكون موسمياً. ومن النتائج الإتهام التفضيلي شخص لآخر للعائلة الواحدة مع التوزيع الغير العادل للطعام. إن خطر العجز في الأمن الغذائي على الفئة المحرومة وخاصة في المناطق الريفية التي تملك أراضي مساحتها غير كافية لحجم العائلة الواحدة، وصيادي السمك ورعاة الماشية، لا تنتج الطعام الكافي لعائلتهم، حيث الأم هي الوحيدة عندها المسؤولية والعناية بالأطفال والأعمال الزراعية؛ مع إنتشار البطالة ووجود عائلات بدون سقف وبدون مصادر الحياة.

حسب تصنيف Maxwell و Frankenberger عام 1992: إن هذه العائلات الفقيرة غالباً لها مسؤولية كبيرة لمواجهة النقائص وأن تعيش على الرغم من الدخل الضعيف. وهذه النقائص يرجع إلى أسباب الأزمات التي خاضتها العائلة من حجم الكبير للعائلة وإنحطاط القاسي للرواتب، إرتفاع سعر المنتجات، الطعام المتوفر في السوق أو زيادة في السعر، مع ذلك في كلتا الحالتين مع تناقص الطعام المتوفر في العائلة، وأزمة الممتلكات حيث تنقص الممتلكات بأسباب النيران، السرقة، خسائر في الماشية، بيع الأملاك لجمع المال. إن هذه الأزمات هم مصدر الأمن الغذائي المؤقت أو عضالي أو المزمّن التي خلقت نوع من مواجهة هذه العائلات بإعتمادها على أساليب منها:

* أن تعدل نمط عامل الهجرة من الريف إلى المدينة لكسب قوت عيشه وقصد العمل.

* الحصول على اعتماد أو قرض.

* المساعدات المالية لشراء الماشية، وغيرها.

* مساهمة الدولة في تحسين الغذاء والأمن الغذائي: من زيادة الإنتاج الزراعي، ضمان الأسعار العادية للمنتجين والمستهلكين وتوفير المرافق العامة، زيادة العدالة الإجتماعية والضرائب، وزيادة الحد الأدنى

للأجور، بجانب هذه المقاييس المحددة يجب أن تأخذ إستراتيجية عالمية للتطور مع تشجيع النمو الإقتصادي والإصلاح الزراعي خاصة في الدول الإفريقية أمريكا اللاتينية ودول آسيا.

1.1.5. التحسين التغذوي طبيعته وتطوره

المعطيات تظهر في العالم بالكامل بأن الأسباب الغالبة للمشاكل التغذوية ماتغيرت خلال هذه الفترات الأخيرة ل50 سنة. الفقر، الجهل والأمراض، غطاء للإحتياجات الأغذية الناقصة والمحيط الغير صحي، بالإضافة إلى الضغط والتمييز الإجتماعي، يسمح أويطغى على سوء التغذية. في نفس الوقت، هناك تغيرات كبيرة والإستراتيجيات توضح للمكافحة سوء التغذية، حوالي كل 10 سنوات، يرى بالظهور دواء حاسم جديد أو معجزة للحل على ما يظهر قادر على تخفيض مشكلة سوء التغذية على الأقل خلال 10 سنوات.

في السنوات 50 و60، Kwashiorkor ونقائص في البروتين يعتبران كالمشاكل رئيسية، العلاج المدهش، مثل البروتين المركز من السمك، البروتين الغني بالأحماض الأمينية، وأيضاً الإنتاج للأغذية الغنية من البروتين ذوا الأصل الحيواني، قد إقترحوا للمكافحة ومقاومة سوء التغذية في المناطق الإستوائية والشبه الإستوائية.

عند نهاية سنوات 60 وفي بداية 70، التعبير ب « سوء التغذية بروتين الطاقوي ». أن تزيد مساهمة الطاقة والبروتين عند الأطفال لهم حلول متبينة، ومراكز والبرامج لتحسين الوضعية التغذوية المطبقة قد قدمت لتصبح كالإستراتيجية رابعة.

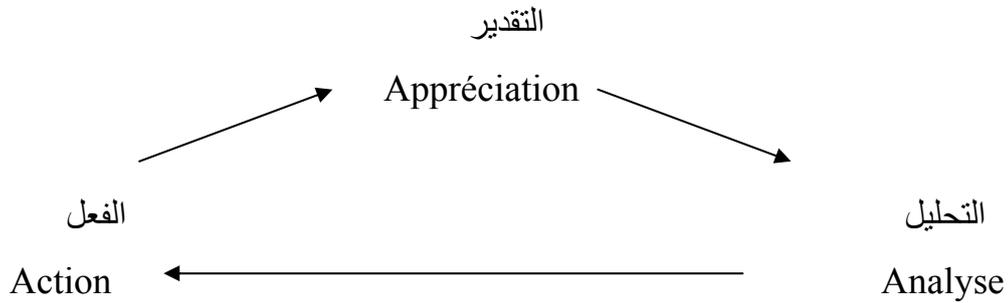
مع المؤتمر العالمي للغذاء لسنة 1974 تبدأ من التحليل الكبير: التصميم الإقتصادي للتغذية في بادئ الأمر، ثم المراقبة التغذوية كانت من بين الإستراتيجيات المهيمنة الممسوسة في الدول الأكثر تضرراً، الإقتصاديون بدأوا يأخذون على التغذويين المختصين وأطباء الأطفال في حمل السياسة الجديدة، يناقش لوقت طويل للغذاء الوطني الأمن. من 1985، صندوق النقد الدولي بدأ يدفع برامج التكيف البنائي، و OMS ومجموعة الأمم المتحدة UNICEF أعادوا إختراع برامج التغذية المقدمة التي بدلوا الإسم « البرنامج المتجانس لمساندة التغذية».

في بداية سنوات 90، العناصر الغذائية الدقيقة تبعد في خلفية MPE عندما المختصين بالتغذية، والمنظمات الدولية والجامعات إستعمالهم العلاج الرائع أن يتقن نقائص في الفيتامين أ، فقر الدم ونقص في

اليود. العناصر الغذائية الدقيقة ليست لها نهاية للحديث عنهم، وإنه من المحتمل بأن المبالغ الكبيرة منها مازالت تدفع بالمصرف العالم ووكالة التطور الدولي للولايات المتحدة (USAID)، بين الآخرين، أن تحلل المشكلة « المجاعة الغير معروفة». هذا الجهد يجيب بشكل جزئي أهداف أثبتت بالقمة العالمية للطفل من 1989 والمؤتمر الدولي إلى التغذية من 1992، التي كانت أن تزيل قبل نهاية من نقص الفيتامين وإضطرابات النقص في اليود. أن تحسن التغذية، إنه ضرورة أن تزيد تمويل. على أية حال، أخطار لإيجاد المصادر المتوفرة، والتي تكون محدودة، نحو الإستقرار بالمستوى المعجزة الجديدة للإستراتيجيات لتحليل مشكلة نقص العناصر الغذائية الدقيقة.

2.1.5. من أجل تغذية جيدة = الفترات « الثلاثة A »

أن تخلق سماح للعمليات أن تجيب بالحق الفرد في التغذية الجيدة، يمكن أن يستعمل في كل الدرجات المجتمع لفترات « ثلاثة A » لتقدير المشكلة، أن تحلل الأسباب منها وأن يتصرف طبقا لهذا التحليل(الملحق الأول، الصورة رقم 4)⁽¹¹⁾.



11

المصدر رقم 17: UNICEF، 1997.

شكل رقم 11: من أجل تغذية جيدة، للفترات الثلاث [118] ص 36.

3.1.5. التغذية وتدخلات القطاع الإجتماعي

الإستشارات في صالح الصحة، التربية، التنقية والقطاعات الإجتماعية الأخرى بإصرار خصوصا على وصول النساء والبنات إلى هذه الخدمات بين الأدوات السياسية الأكثر أهمية لتحسين التغذية. كالمقاييس في صالح البقاء والتطور، UNICEF التي تدعم بشكل أولي 20/20، تحتاج من البلدان بحجز

لخدماتها الإجتماعية على الأقل 20% من ميزانيتهم و 20% من منحهم. قيمة هذه الإستثمارات تصبح أكثر فأكثر واضحة.

لدينا مثلا في Srilanka وفي بعض الدول الأخرى حيث تخفيضات في وفيات الأطفال، وتحسين التغذية لهما حدة أكثر بكثير إلى زيادة الإعتمادات خصصت إلى الخدمة الصحية المجانية من الزيادة العامة للدخول [119] ص24.

بعد دخول Zimbabwe في الإستقلال لسنة 1980، ممثلين لها وضخوا السياسة أن تصحح نقص وصول الجماعات العديدة إلى الخدمات الأساسية. هذا ماسحب تحسين معتبر للخدمات الصحية وفي التلقيح، والتخطيط العائلي وكل المجموعات من الخدمات التربوية للفقراء جدا والعديد من المصممين المهمين لتحسينات في الحالة التغذوية للبلد التي منها إستفادت. الأفعال الأكثر مباشرة من خلال التحسينات، يقال بأن التغذية ترفع من نوعية المنتجات الأساسية بإغنائهم، أن توسع المسؤولية المحلية للمراقبة التغذوية، أن تحمي حق النساء أن يرضعن أطفالهن، أن تضع معلومات مشتركة حول الغذاء الإضافي والأفضل يمكن أن يأخذ على التغذية تأثيرا سريعا وأفضل للإستهدافه.

1.3.15. البداية المتواضعة والنتائج الرائعة

تقريبا في كل مكان من Tanzanie، التطور يظهر متواضعا بدأت في بداية الثمانينات عندما القرويون، معظمهم يعيشون في المناطق الفقيرة. تم أخذ النقاط حول وزن أطفالهم، بالمساعدة المالية للحكومة الإيطالية والمساعدة التنقية اليومية UNICEF، برنامج البقاء والتطور الطفل بدأ يشغلان في خمس مناطق لمنطقة Iringa، أن تأثر على أكثر من نصف من السكان البلد. النتائج التحصل عليها هو الإختفاء الكلي تقريبا لسوء التغذية الخطيرة والتخفيضات الرائعة من سوء التغذية الضعيفة والمتوسطة. ألف طفل قد أنقذوا من الموت، هذه النجاحات حدثت في سياق النسب العالية للوفيات وسوء التغذية عند الأطفال الصغار تظهر في Tanzanie بعد الإنحطاط الإقتصادي لسنوات 70 و80.

الإلتزام الراسخ للحكومة، حتى خلال هذه الفترة الصعبة، إلى السياسات عرفت بالإشتراك الكامل للجماعات والعائلات كانتا لهما أهمية حاسمة. هذا الإقتراب كان يجب أن ينظر إلى نفسه واحدة من الأوراق الرابحة الرئيسية للبرامج. إحدى المميزات الرئيسية كانت مراقبة نمو الجماعة، التي سمحت للأقارب أو الوالدين وأعضاء آخرون للجماعة بالتفكير في الإزدهار الحسن لتغذية أطفالهم وتلك المتعلقة بالأسر الأخرى في القرية.

النتائج يمكن إذن بأن تقارن مع نقاط القرى القريبة والبلد بالكامل. هذه التقييمات جهزت بيانات مصدرية في بداية البرنامج، وهم قد كرروا بعدئذ كل ثلاثة شهور أن يلاحظوا تقدم الأطفال. وبالنتائج المضافة تهتم بكل أطفال القرية، تحصلوا على المقاييس المؤكدة على تحسين الحالة التغذوية والتطور الإجمالي للجماعات. هذه الجلسات الفصلية للآباء والأمهات، أيضا الجماعات للتحليل لماذا الأطفال معرضين لسوء التغذية ولماذا معظمهم يظهرون التحسن بينما آخرون نجد عكس ذلك.

لكي نفهم أكثر، العوامل المتدخلة في التغذية الحسنة للأطفالهم وهذا بمساعدة القرويين، أن يبدأوا بالأفعال تكون قادرة في المساهمة على تحسين نمو وصحة الأطفال. عندئذ، الجلسات للأوزان سمحت للأقرباء والقرويين بأن يفكروا بالنتائج وبالكفاءة المقاييس للتطبيق وأن تعدل النشاطات المدركة. بهذه الطريقة، الدرجات المستمرة ترتبط بالتقديرات والتحليلات والأفعال المقربة « ثلاثة A » التي طبقت، هذا ما يساعد على تحسين بشكل متعاقب للتغذية في القرى.

المقاييس التي أخذت من قبل القرويين قد قدرة بالزيادة تردد الوجبات، أن تشجع استعمال أفضل من الخدمات الصحة الأساسية، أن تشكل وكلاء الصحة، بضمان مؤهلين وكفؤين ليس الدجالون، أن تتقن المعالجة في البيت لأنه مصدر للأمراض المتنقلة، تعليم أفراد العائلة بكيفية تحضير الأغذية، وإلى خفض من نقائص فيتامين ومعادن، أن يدعم نشاطات مثل التربية ومع تحسين الوقاية والتنقية.

2.3.1.5. التقدم المتين على الرغم من التراجعات

خبرة Tanzanienne كانت بعيدة بالتأكيد من تكوين المكمل، عندما القرارات تأخذ ضمن إطار العملية التكرارية الجماعية، بدايات وأخطاء باطلة وحتمية، بعض المناطق تزعم بالمشكلة التحسينات الذي هم قد حصلوا عليها، لكن التقدم المتين قد نفذ. في عشر سنوات بعد أول نجاح ل Iringa، ما يحصل أن طريقة مقارنة على النتائج المشابه تماما إلى Mbeya، ومناطق أخرى ل Tanzania. إقتراب الجماعة التي تبنتها ل Mbeya، هي تقريبا مماثلة للنجاح الغير محقق في Iringa وخارج Tanzania. إن الصلاحية تؤكد في طريق مستقل بتحسين الحالة التغذوية للأطفال يعيشون في المنطقة.

من تايلاندى، نجاح آخر، حصلت على تحسينات رائعة من التغذية بالمليون طفل من مجموع الإجمالي من الإقتراب دعمت بإقتصاد ناجح. الحكومة التايلندية، تقدر سوء التغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات (أظهرت في النسبة المئوية من الأطفال ذوي الأوزان الغير كافية)، وضعت جانبا حول

51% في 1982 بالمقابل 19% في 1990، وهذا ما يوضح بأن سوء التغذية ومخاطرها إختفت تقريبا كليا خلال هذه الفترة. اليوم، نشاطات المراقبة والترقية غطاء للنمو الإجمالي حوالي 2,6 مليون طفل.

لقد ربطوا، في بعض الأماكن، إلى نشاطات الغذاء المضاف. أيضا هذا الإنتباه زاد في الحالة التغذوية، مقاييس والبرامج السياسية التي ساهمت في تخفيض سوء التغذية والفقر، فهي مستهدفة في المناطق الأفقر، تتدخل في مراقبة المؤشرات الضرورية الأساسية، التصميم الإقتصادي في المستوى القرية أن يضمن إرضاء ضرورات الأولوية، مساندة للمنتجين الصغار للأغذية من الدرجات المختلفة، وإشتراك الجماعة كان جزئ من كل البرامج.

2.5. رعاية الأمومة والطفولة

الخبرة تعلمنا أنه حتى في الأسر اللذين لهم تغذية كافية، ويعيشون في بيئة صحية حسنة، وموصولة بالكامل متطلبات الخدمات الصحية، على الرغم من كل هذا يمكن أن يتعرض الطفل إلى سوء التغذية. نقص العناية الممنوحة إلى الطفل والأم، يعتبران كالعنصر ثالث من الأسباب التحتية لسوء التغذية، والذي إعترف بهما مؤخرا بالكل نتائج الضارة. العناية المقدمة للطفل تشترك في طريقة تغذيته، تعلمه وكالدليل مرشد. إنه التعبير الذي يأخذه أفراد الأسرة ويعطون لها قيمة إجتماعية وثقافية التي تحفزهم(الملحق الأول، الصورة رقم 6).

من وجهة نظر التغذية، العناية تحتوي على كل المقاييس والسلوك اللذان يحولان الأغذية المتوفرة ومصادرنا الصحية في النمو والتطور الجيد للطفل، هذه المجموعة المعقدة من السلوك لايمكن هذا اللوم أو الخطئ على الأم خاصتا. إنه في الحقيقة من مسؤوليات الأسرة والمجتمع. لأن المجتمع الذي يهتم ويدعم إمكانيات الأم، يصبح قدرات على الإهتمام بالأطفالهن من مختلف الجوانب التغذوية. من بين مجموعة العناية بالأطفال الذين يؤثرن على التغذية وصحة الطفل، والأساسية كالاتي:

*التغذية (الرضاعة الطبيعية مع التغذية الإضافية).

*حماية صحة الطفل (مساندة والتحفيز المعرفي للطفل).

1.2.5. البرنامج فيما يخص تغذية الطفل

1.1.2.5. التغذية

تتم الرضاعة الطبيعية الخاصة خلال 6 أشهر الأولى تقريبا، ويتم تكملتها بالمنتجات الصحية الصحيحة حتى السنة الثانية من الحياة، تحتوي على أحسن الأغذية وحماية الأطفال من الأمراض المعدية. في ستة أشهر، أو تحضير وتخزين الأغذية في المنزل لايحترم القوانين الصحية. من ناحية الأخرى، الطفل يجب أن يستلم طعام إضافي إنطلاقا من الشهر السادس، لأن حليب الأم لا يكفي المتطلبات التغذوية، وإذا حدث هناك تأخر في هذه المرحلة يمكن أن يحرف منحى النمو.

من العمر السادس إلى 18 شهرا تقريبا، هي فترة الغذاء الإضافي، ويجب أن يتم تغذية الطفل على الأقل أربع مرات كل يوم، طبقا لعدد الأوقات عندما يأخذ الصدر والعوامل الأخرى ويتطلب وجبات غنية بالطاقة، وسهلة للهضم. الأغذية التي تتناوله أفراد الأسرة يجب أن تكون متكيفة لضروريات الصغار، وإيجاد الوقت المناسب لإعداد الوجبات وتغذية الأطفال. أحسن طريقة للعلاج يجب أن تستند على المعلومات الصحيحة وإنتزاع الأفكار الثقافية الباطلة من المعتقدات والتقاليد الغير معقولة، من التراث الثقافي، بشكل بارز، لايعطوا أو لايقدموا الأغذية الصلبة أو السائلة في حالة الإسهال، نظرا للمعتقدات الغربية، والتي تستعمل بشكل خاطئ ومخالفة تماما للعلم من العقاقير والأعشاب التي تستعمل من قبل أشخاص ليس لهم أي دراية بالأمراض وبخطورة سوء التغذية.

هناك تغذية أخرى، تتمثل في تأثيرات سلوك الذي يميز الذكور على الإناث، بحيث تغذية الذكور بين الأفراد الأسرة أسبق وأحسن من الإناث، بإعتبارهم الممثلون للأسرة بحملهم لقب عائلة بينما الإناث نجد عكس ذلك لأنهن مضطرات إلى مغادرة المنزل، وبالتالي هن الأكثر تعرضا لسوء التغذية. النظافة وإنتقال الأمراض هي عنصر مهم للعناية، التحضير وتخزين الأغذية يجب أن يجعلها في أحسن الشروط، والأشخاص الذين يحضرون الوجبات مثل الذين يأكلونها يجب أن يغسلوا أيديهم بشكل صحيح قبل لمسهم.

أ)- التغذية بواسطة البسكويت

من Gambie، إستهدفت تدخلات نويت أن تحسن تغذية النساء الحوامل، وفي نفس الوقت يوضحون إختلافات في الوزن الرضع، يخفض لهذا الأخير الخطر أن يموت، أو بالأحرى خلال الولادة. قادت الدراسة الواسعة والمسيطره في المناطق الريفية تلاحظ بأن عدد من الأطفال يمثلون ولادة بالوزن الغير كافي وأن حوالي 40% حيث أن نسب المواليد الميتين والفناء الولادي قد خفض من حوالي 50% عندما

النساء الحوامل إستلمتا الحصة اليومية من البسكويتات بإحتوائها على الطاقة العالية من الصناعة المحلية، هذه الملاحظات الرائعة تؤكد الفكرة التي إنها ضرورة أن تعطي الغذاء المكمل إلى النساء الحوامل أن يخفضن الأوزان خلال الولادة.

«عرض الدراسة بوضوح بأن تحسين التغذية الأمومية، يمكن أن يأخذ تأثيرات مفيدة بشدة عندما تستهدف بشكل صحيح للنساء التي تحتاجها حقاً». واحد من المساهمين في هذه الدراسة، الدكتورة Sana Ceesay، بالمركز التغذية المنسوبة إلى جامعة Cambridge، عملت بالمشاركة بالقسم الصحة Gambie، النتائج قد نشرت في سبتمبر 1997 في الجريدة الطبية البريطانية.

طبقا للتقديرات UNICEF، كل عام 24 مليون من الأطفال أين الأوزان لا يصلوا 2,5 كيلوغرام ثبتوا كالعتبة لضعف للأوزان، 95% من الولادات التي تمت في الدول النامية، نقص في الأوزان عند الولادة، الذي يزداد إلى حد بعيد خطر الموت الوليدي، فهو سبب مهم للإضطراب النمو والتطور، يمكن أن نرجع كل هذه الأسباب إلى العديد من العوامل التي تؤثر على الأم، كالمثال قصر القامة، تعفن في الرحم، الملاريا، المحتوى الغير الكافي من الدم في الأكسجين. على أية حال، عندما كل هذه العوامل مساوية، لحادثة الضعف في الأوزان عند الولادة هي أكثر قوة عند الأطفال والأمهات بسبب المميزات الإقتصادية.

لتوضيح هذا الخلاف هو بأن سوء التغذية الأمومية يعيق تطور الجنين، كان صعبا غالبا، وعلى الرغم من هذا، يقف إلى الأرباح الحقيقية للأطفال للأغذية المفضلة للأم خلال الحمل. قادت الدراسة في Gambie تجنب البراهين المطلوبة. في هذا الجزئ من إفريقيا، الدراسات السابقة قد وضحت بان تغذية النساء الحوامل الذي كان من المفروض كالعديد من النساء الأخريات يكن منشغلات في النشاطات لتناول الطاقة: واجب الماء، النظافة من داخل وخارج المنزل.....إلخ. كل هذا يهدد صحتها وصحة طفلها.

ضمن إطار هذه الدراسة، التنبيهات للمواليد قد نظمت خلال خمس سنوات في 28 قرية بالمنطقة Gambie، من هذه القرى، النساء الحاملات الأكثر من 20 أسبوع أستلمت يوميا من البسكويتات الطاقة ذاتها بقاعدة الفول السوداني، يمثل حصة 1000 من السرعات الحرارية يوميا من المعدل. البسكويتات قد أعدت بالمنتجات المحلية وطبخت في الأفران التقليدية للطين من قبل الخبازين من القرية، من شهود القرى، إستلمن النساء نفس العناية الولادية، نفس إضافات الحديد ضد الملاريا و الفولات في القرى التدخل، لكن هناك لم يقدمن لهن البسكويتات خلال حملهم، والنتيجة هي أن الأطفال يعانون عنده ولادتهم. بينما إستهلاك البسكويت أعطت تخفيضا 39% من الأعداد الغير الكافية للأوزان عند الأطفال المولودين

والذي كان يحدث هذا سنويا «الفصل من المجاعة»، حيث أوزان المواليد أضعف في العادة من خلال فصل الحصاد، نتيجة تغذية الأم السيئة وإرتباطها إلى الأعمال الزراعية موسمية الصعبة جدا.

2.1.2.5. حماية صحة الطفل

في نفس الوقت، يجب أن يكون هناك معرفة ومعلومات صحيحة للعناية بالأطفال في الوقت المناسب. المعالجة المبكرة يمكن أن تمنع من تدهور التلقيحات، كالمثال، يجب أن تكون طبعا للتقويم الدقيق، للمجتمع يجب أن يأخذ معلومات صحية صحيحة، والأسر وأولئك المسؤولون على الأطفال سيشرحون أن يبحثوا في الوقت المناسب للعناية الصحية. المعالجة العلاجية في المستشفى لطفل معرض لخطر سوء التغذية وبجدية كبيرة من العناية الوقائية، من خلال الدراسة المحققة في 1990 لقسم الزراعة بالولايات المتحدة، الإستثمارات في صالح تغذية النساء الحوامل فهو تقرير جيد جدا. بحيث جميع الدولار الذي يصرف في العناية التغذوية أثناء الولادة تسمح أن تنفذ في المعدل 3 دولارات، بتناقص النفقات الطبية للأطفال خلال الشهرين الأولين تتليان الولادة [120] ص19. الدراسة التي تمت في غانا، التي خرجت من إقتصادها إلى مدخرات الصرف الصحي؛ الأطفال سوف يحصلون على إضافات في الفيتامين أ نجد معدل علاجهم أوطأ من أولئك الذين لا يستلمون هذه الإضافات (الملحق الأول، للصورتين 12 و15).

أ- المساندة والتنبيه المعرفي للأطفال

للتطور الأحسن، الأطفال يحتاجون مساندة عاطفية والتنبيه المعرفي، الوالدين والأشخاص الآخرون الذين يترأسون دورا حاسما لمعرفة الأفعال ومتطلبات الرضع. العلاقة بين التنبيه الواعي وسوء التغذية الأطفال والذي مهما في، العديد من الدراسات كشفت بالأن الأطفال المعرضين لسوء التغذية يستلمون تنبيهات فعلية ومعرفية ولهم النمو المرتفع من الذين لاستفيدون منه [121] ص17.

الرضاعة الطبيعية تعطي أفضل الفرص لتشكيل المبكر جدا للمساندة والتنبيه للرضع، هي تسمح للأم ولرضيعها أن يربطوا العلاقة العاطفية الضيقة والمفيدة للإثنين. كل الأطفال يقدررون للألعاب والتنبيهات للأشياء الرئيسية لتطورهم بالمحرك الإجتماعي والمعرفي. إن التنبيه الفعلي المخصص للشخص المسؤول على المتابعة الرضيع خصوصا في تطوره اللغوي. الأطفال المعرضين للمرض أو سوء التغذية ويعانون من فقدان في الشهية فهم بحاجة إلى إنتباه خاص، هذا بتشجيعهم على التغذية وإعطاء أهمية كبيرة إلى المحيط من خلال النقاهاة.

تساهم التغذية أيضا، في التطور المعرفي التي تتطلب تنبيهها للأطفال الصغار وتفاعل المنتظم معهم، والذي يزيد من نوعية هذه الأفعال بتربية الوالدين أو الأقارب وأشخاص آخرون بالعباية. المقررين يجب أن يعترفوا بالمعنى لهذه المقاييس والأفعال ويأخذون في حسابهم حملهم للسياسات والبرامج، لكن التقويم يجب أن يكون مخطط بحذافره: العديد من النشاطات الغير مبكرة للتنبيهات مركز على الأطفال بالعمر 3 سنوات والأكثر من هذا سيكون ضروريا أن يؤكد بربطهم بالعباية، والغذاء ونشاطات الحسنة بفضل علم النفس الإجتماعي.

2.2.5. التغذية عند الأطفال الصغار وحديثوا الولادة

دور تعدد المواد الغذائية في طعام الرضع والأطفال الأقل من خمسة سنوات، قد علج مسبقا، وقد أعطت الدراسات والبحوث الأهمية الكبيرة مع ضرورة أن تقدم ومع مواصلة حليب الأم للطفل خلا 6 أشهر. لكل عائلة طعام مستعمل، تعتمد على التقاليد المحلية، على طعام الأفضلية على توفر الطعام وكلفته. هناك العديد من المواد الغذائية، كالتوابل للبالغين والتي تعطي حتى للأطفال كالفلفل الحارة، لاينصح للأطفال الصغار. إنه من الأفضل لكل العائلة وكل طفل، يعامل بشكل فردي بقدر ما الوجبة هي مستندة على مبادئ مغذية وعقلانية، ومتكيف بشكل جماعي ومتوفر بشكل سهل.

الإطعام الأمومي، ضروري في أغلب الحالات، طالما موجود. والطفل لكي ينمو بشكل صحيح، يجب أن يبدأ بتكملة الغذائية في حوالي 6 أشهر. وفي غياب حليب الأم، إستعمال الطعام المختلط ويقصد به حساء الخضر وتعطي بشكل تدريجي، وجبة لكل يوم. وفي نهاية الأسبوع أو أسبوعين الطفل قد إعتاد على هذا النوع من الغذاء، كما يمكن إستعمال فواكه مطحونة، وبعد أسبوعين إستعمال مختلف أنواع الغذاء، وهذه المرحلة تقدم وجبتين لكل يوم.

وفي نهاية السنة الأولى، بينما الرضاعة عن طريق حليب الأم يتواصل فالطفل سيستمع بكل أنواع الطعام، وبين 12 و24 شهر، الطفل يجب أن يتغذى بأكثر من وجبة وأن يستلم كميات أكبر بشكل نسبي من الدهون، البروتين وبعض الأغذية الأخرى. بعد عامين، الطفل عموما لايرضع حليب أمه، وغالبا ما يتغذى على الطعام المحلي مع تعدد الوجبات لكي يستلم أكثر من السرعات الحرارية، مع إضافة الدهون الزبدة والزيت الزيتون في الأطعمة. مدارس الحضانة، حدائق الأطفال:

إن عدد الحضانات وحدائق الأطفال في تزايد مستمر في كل بلدان العالم، والتي ترحب بأطفال الصغار من 1 إلى 6 سنوات، هم أطفال أمهات العاملات. الأطفال الذين هم سجلوا في هذا النوع من المؤسسات، يجب أن تستلم وجبة يومية، غنية من حيث البروتين. كما يمكن للأمهات أن يشاركوا في تحضير الوجبات، مما يسمح لهم بإعطاء الخبرة الأولية من حيث تحضير الوجبات الغذائية المفيدة للأطفال.

3.2.5. الوقاية من الأمراض المزمنة فيما يخص الطفل

الأمراض المزمنة متحللة تعتبر جوهريا كأمراض ثرية، من الدول الصناعية، تحسينات على المستوى الحياة والعناية الصحية تستلزم إطالة في أمل الحياة، هذا ما يسمح للمجتمع أن يعيشوا لوقت طويل بأن يطورا هذا نوع من الأمراض المتعفنة. الأمراض المزمنة تترتبط أيضا مع طريقة الحياة المقيمة وتوفير الغذاء اللذين يميزان الأم الصناعية العديدة. وعلى الرغم من هذا، إعتقد البعض بأن هذه الأمراض المزمنة يمكن أن تكون أيضا أمراض ذات المدى الكبير بسبب الفقر خاصة في بداية الحياة وخلال التطور الجنيني. هذه الفرضيات تهتم خصوصا عندما تكون الأمراض المزمنة تصبح السبب الرئيسي للوفاة والإعياء في العالم لسنة 2020 [122] ص 48.

نجد الدكتور David Barker وزملائه لمركز الخاص بالعلم الأوبئة والمحيط لمجلس البحث الطبي في Southampton (بالمملكة المتحدة)، هم الأوائل، بحيث أكثر من عشر سنوات، من تقديم الفرضية « بأن مصدر تطور الجنين يرجع إلى مرض البالغين»، يلاحظ الصلة بين إعياء الوزن عند الولادة والأمراض المزمنة عند الرجال والنساء في سن الإنجاب في المملكة المتحدة [123] ص 79. منذ ذلك الحين، حوالي ثلاثون دراسة قادت في دول العالم توضح بأن الرضع المولودين لهم فصر في الطول، غير عادي بالنسبة للطبيعي، كل هذا بسبب ارتفاع ضغط الدم للأم [124] ص 53. والإستقلالية في الترتيب الإجتماعي ومن العوامل الخطيرة من سن الرشد بسبب الإدمان في التدخين، إستهلاك الكحول والحمل المتزايد للغذاء. نقص في أوزان المواليد، والذين لهم النحافة عند الولادة، الذي أصبح على إتصال أيضا بالعدم تحمل في الغلوكوز خلال الطفولة ومرض السكرليس فيما بعد الحياة [125] ص 70.

بالنسبة للدكتور Barker وزملائه، بأن إختلال في الوزن تغذية الأم في الفترات الحرجة من تطور الطفل في الرحم، يمكن أن تطلق توزيعات لمصدر الجنين، تمس التركيب وعملية الأيض للجنين الأسلوبين اللذان يهيئان للفرد إلى الأمراض في الغدد الصماء. الإرتباط بين تأخر في الوزن عند الولادة

والظهور بعد ذلك في الحياة، للأمراض التنفسية أو الأمراض السكر يمكن أن يوضح نفسه بالحقيقة بأن نقائص التغذية في الرحم تبرمج، للطفل حديث الولادة لحياة بها الكثير من المصاعب. المشاكل تظهر إذا جسم الطفل بعدئذ مجابة بعالم متخلي [126] ص 360-367.

أما الدكتورة Caroline Fall لمركز علم الأوبئة والمحيط للمجلس البريطاني للبحث الطبي، هي تمتحن الإرتطام الذي يمكن أن يأخذ تغذية الأم وحصول على الأطفال، مصابين بالمرض السكر وإرتفاع في ضغط الدم العالي والأمراض التاجية عند بلوغهم سن الرشد. النتائج يمكن أن ترفع البعض من القلق على سبب الأمراض المزمنة، بعرض المعلومات التغذوية المعنية للبلدان النامية ونفس الشيء بالنسبة إلى الأمم الصناعية.

الدراسة المتبعة أكثر من 800 امرأة خلال حملهم، لمراقبة نمو الجنين، أخذ أوزان الأمهات والمؤشرات الكيماوية من الحالة التغذوية [127] ص 48. القيمة التغذوية لحصة الغذاء اليومي للنساء يضمن ذلك المحتوى في السرعات الحرارية، البروتين والعناصر الغذائية الدقيقة قد قيست ولوحظت، من 24 ساعة تلي ولادة الطفل، والمواليد الجدد والمشيمة قد وزنا وومقاييس الفيزيائية الأخرى قد أدركت [128] ص 935-941. عند حوالي 800 طفل كانت ولادته خلال الدراسة، ليس بعيد من الثلث قدمت بأوزان ضعيفة، ذلك بأن هم وزنوا أقل من 2,5 كيلو غرام [129] ص 24-29.

الملاحظة الأولى تهتم لتعطي وأن تعتقد ذلك الوزن في الولادة جدا بصرامة إلى الدستور الأم ليس فقط في مقبضه الثقيل خلال الحمل، تصميم عامل عرف جيدا بحجم الطفل حديث الولادة، لكن أيضا حول وزنه وحجمه والطوله، وحول النسبة المئوية للدسم وحجم محيط الجمجمة قبل الحمل. الوزن ومؤشر كتلة الجسم من النساء قبل الحمل يقترحن التغذية التحتية المزمنة، أيضا أن تشير بأن الحماية خلال الحمل من الغذاء سوف يآثر على الطول الجنين. مع ذلك، الزيادات الإستكشافية تجمع بين حجم أكبر من الأطفال حديثوا الولادة، والإستهلاك من قبل الأم نوعين من العوامل التغذوية الخصوصية، هذه الخاتمة الأولى تدعم الفرضية تلك أن تلد رضيع قوي في البنية، الأم المستقبلية كان يجب أن تتغذى بشكل جيد خلال كل حياتها.

الأطفال الذين نجدهم في الدراسة، بأن ينموا في مجتمع أكثر فأكثر تحضرا ونجاحا، في الهند، المقيمين في الحضر عندهم مسبقا خمسة أوقات أكثر يخاطرون أن يصبحن مصابون بالسكر من المقيمين في الريف [130] ص 1019-1022، والمهاجرين في الدول الصناعية مثل المملكة المتحدة. من 1999،

الأطفال الأوائل في الدراسة سيخضعون إلى الإختبارات أن يبحثوا عن إشارات عدم تحمل في الغلوكوز والمقاومة للآتسولين، هذه المؤشرات الغير الناضجة لمرض السكر قد لوحظت مسبقا من الأطفال المولودين بضعف الوزن عند ولادتهم [131] ص 942-945.

4.2.5. حماية الأطفال من سوء التغذية

أكثر من 30 من العناصر الغذائية الدقيقة، فيتامينات والأملاح المعدنية نجدها في مختلف أنواع الخضر والفواكه. وهي مفيدة لصحة الإنسان وتطور ونمو الطفل، في مختلف البلدان النامية، يعانون من أربع مشاكل تغذوية:

(أ)- نقص الفيتامين أ.

(ب)- نقص اليود.

(ج)- نقص في عنصر الحديد.

(د)- سوء التغذية البروتيني الطاقوي (MPE).

في بداية التسعينات، تقريبا كل البلدان تعهدوا بتطبيق سياسات جديدة للقضاء أو مواجهة هذه المشاكل من نقص في الفيتامين أ واليود والحديد، مع ضرورة منح الأولوية إلى النقائص طبقا لتقديرات الأمراض وما يسببه من الوفيات(الملحق الأول، الصورة رقم 10).

1.4.2.5. الإستراتيجية القضاء على سوء التغذية (MPE)

هناك أربع إستراتيجيات لمكافحة سوء التغذية:

(أ)- تحسين الطعام تنوعه.

(ب)- توفر الخدمات الصحية.

(ج)- التغذية المتوفرة.

(د)- التكملة الغذائية وتحسينها.

2.4.2.5. القضاء على Kwashiorkor و Marasme

Kwashiorkor (أ)

هي واحدة من الأشكال الخطيرة لسوء التغذية (MPE)، يؤثر خاصة على الأطفال من 1 إلى 3 سنوات. إن الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من سوء التغذية، يرجع السبب، نقص في الطاقة أي السرعة الحرارية، في البروتينات وفي العناصر الغذائية الأخرى من الحديد، الفيتامين،..... وأيضا الغلوسيدات الغنية بالحريرات التي يحتاجها الجسم والتي لاتعرض للطفل، كفاية وبشكل متكرر(الملحق الأول، الصورة رقم 32).

كما يشد تأثير سوء التغذية عندما تقوى درجته ويصبح لها تأثير كبير على الحركة الجسدية والنمو ويزيد ظهور الظواهر المرضية، وأن هذه الأمراض البكتيرية المتنقلة لها تأثير على سوء التغذية وذلك ما يترتب من: الإسهال، الأمراض التنفسية، الحصبة، السعال الديكي وأمراض الطفيليات المعوية. والذي يؤدي إلى فقدان الشهية وتطور الصحة الطفل من السيء إلى الأسوء.

1)- الظواهر المرضية Kwashiorkor

إنتفاخ بدرجات مختلفة وتأخر النمو عن طريق العمر، حيث يلاحظ قصر القامة حسب العمر، عامة 60% إلى 80% نسبة الأطفال لهم وزن بموضع سفلي للمنحنى أقل من 2 بالنسبة للانحراف المعياري. أما النحافة حيث الكتلة العضلية للطفل عند وزنه نلاحظ نقص الوزن والتي لايمكن أن يتوضح بالعين الموجودة بسبب الإنتفاخ إلا بأخذ الوزن أو قياس الوزن. أو زيادة حجم الكبد، أما بالنسبة للإضطرابات النفسية: مزعج، عصبي وفوضوي وعادة الطفل لايبالي ولا تظهر إهتمامه لبيئته، وبعض الأطفال عكس ذلك، يبقى هادئا، وفي نفس الموقع، كما أنه لايبنتسم، مع فقدان الشهية للطعام. تغير لون الشعر وسمكه، الطفح الجلدي، فقر الدم والإسهال، ونقص في بعض الفيتامينات والظاهرة في الفم والشفاه.

ب)- Marasme

في أغلبية البلدان، إن Marasme، ثاني نوع من سوء التغذية الخطير (MPE)، وينتشر أكثر بكثير من Kwashiorkor ويرجع السبب إلى نقص التغذية ذات سرعة حرارية كبيرة أو بالأخرى إلى نقص التغذية العامة. عند الأطفال الأقل من سنة، وأسبابها كثيرة:

- الطفل لايستلم بشكل كاف حليب الأم أو بديل متكيف.
- الأمراض المعدية والطفيلية: الحصبة، السعال الديكي، الإسهال، الملاريا، الولادة المبكرة للطفل.
- إضطرابات الهضمية وفقدان الشهية.

1)- الظواهر المرضية Marasme

تأخر النمو، منخفض 60% أقل من 3 للانحراف المعياري نقص الكتلة العضلية والأضلاع تكون ظاهرة، إنتفاخ البطن، الأطراف العليا والسفلى (الأيدي والأرجل) الهزيلة، فقدان الشهية، فقر الدم، الإسهال الذي يؤدي إلى الجفاف. كما أن الطفل غير مبالي بالعائلة التي تحيط به. كل الأطفال، الذين يعانون من Kwashiorkor و Marasme، أو الإثنين معاً، يجب العناية بهم في المراكز الإستشفائية مع أمهاتهم، الطفل يجب أن يشخص بالعناية الدقيقة، مع البحث إن وجد المرض، مع أخذ العينات من الدم والبول للتحليلات المخبرية، وإذا كان الطفل لا يمكن أن يعالج في المستشفى، في تلك الحالة، العلاج في القطاع الصحي أو المستوصف الأقرب له. إذا كان الطفل يرضع من صدر أمه، من الضروري إكمال إطعامه من قبل أمه(الملحق الأول، الصورة رقم 21).

ج)- التغذية

العلاج يتركز على المسحوق الحليب المقشوط مع ملعقة في 30 ملل من الماء المغلي، يجب إعطاء الحليب المحضر للطفل 150 ملل للكيلوغرام في الوزن في اليوم، مقسمة إلى ست وجبات. الطفل الذي يزن 5 كلف عليه $5 \times 150 = 750$ ملل/يوم يجب إعطاء الحليب للطفل بإستعمال كأس وملعقة، هذه الطريقة صعبة، إذ أن الطفل الفاقد الشهية بسبب المرض، الحل الأفضل هو إعطاء الحليب بواسطة الحقنة وبأوقات منتظمة لكل 4 ساعات. وهناك مزيج ليس مثل الحليب المسحوق والتي تستعمل عن طريق الملعقة أو عن طريق أنبوب المعدة، ويحتوي هذا المزيج على زيت نباتي (سمسم، بذور القطن) والكزائين (بروتين الحليب المعالج)، وبعض السكر والمسحوق الحليب المقشوط. الزيت يزيد في كثافة السعرة الحرارية. هناك صيغة لهذا الخليط «SCOM» الذي يعني السكر، الكزائين، الزيت، الحليب.

30 ملل من الحليب أو من المزيج SCOM: 28 Kcal، 1 غ البروتين و12 مع بوتاسيوم. سائل التمييه: الأطفال الذين يعانون من الإسهال والتقيأ، الذي يؤدي غالباً إلى الجفاف. لإستعمال السائل الوريدي في حالة عدم السيطرة على التقيء، أو عندما يرفض الطفل أن يشرب، أو إستعمال سائل التمييه (SOR)، أو إستعمال عند الطفل الذي يعاني من سوء التغذية الخطير، لكل واحدة من SOR مع 1,5 ملل بدلاً من 1 لتر.

إنخفاض درجة حرارة الجسم: في البلدان الإستوائية؛ هي واحدة من الأسباب موت الأطفال. إذ بلغت درجة الحرارة جسمه 36°م، يجب أن نلبسه وأن نغطيه جيداً، ويمكن إستعمال قناني الماء الدافئ. إستعمال المضادات الحيوية ضد الأمراض من أمبيسيلين، أموكسيلين، جنتاميسين وحسب التحاليل المخبرية.

5.2.5. حماية، ترقية وتدعيم الرضاعة الطبيعية

تقريباً كل البرامج تقف جماعياً التي نجحت في تخفيض سوء التغذية بالتركيز على تحسين الغذاء للرضع، وخصوصاً الحماية وترقية ومساندة الرضاعة الطبيعية. بينما المساندة الإجمالية للرضاعة الطبيعية هو الورقة الرابحة الرئيسية، جهود الجماعات المدرك للأهمية الأصلية للرضاعة يمكن أن تضع في فشل الضغوطات الاقتصادية والمؤسسية الأوسع. وجود الإشهارات والترقيات قادتنا من قبل منتجين بدلاء الحليب الأمومي في الغالب، هو تحضير للرضع كان تحدي رئيسي في المكافحة أن يحمي وأن يرقى الرضاعة الطبيعية. إذا تحضير الرضع مهما في تغذية الأطفال الأقلية التي لسبب أو لآخر، لا يمكن أن يرضع، المبيعات والنشاطات الترويجية حولهم إسناداً أحياناً على التأكيد الخاطئ من قيمتهم فيما يتعلق الرضاعة الطبيعية.

في 1981، تم بالإجماع في القاعة العالمية للصحة، حيث يجلس وزراء الصحة تقريباً كل البلدان، تم الرد بشكل قوي إلى الجهود الترويجية العديدة لمنتجين الطعام للرضع بتبني الرمز الدولي لتسويق بدلاء الحليب الأمومي، الذي خطط مع OMS، UNICEF، ONG والممثلون لصناعة الغذاء للرضع [132] ص 595-601. الرمز يتأسس من مقاييس أقل ما يمكن أن تنظم في الإستعمالات تسويق بالتعريف على مسؤوليات المجتمعات، وكلاء الصحة، الحكومات والأخرون. ويثبت أيضاً المقاييس بوضع بطاقة محل حليب الأم، هو يترتب بأن مراكز الصحة ما يجب أن تشارك في ترقية بدلاء الحليب الأمومي. أخيراً، هو يحترم توزيع العينات المجانية للنساء الحوامل أو الأمهات الصغيرات.

التقدم يمكن أن يترجم بالسعة الأقل ما يمكن للرمز في التشريعات الوطنية كانت بطيئة بشكل نسبي، من خلال شهر سبتمبر في 1997، فقط 17 بلداً قد تبني نصوص تضعهم في المراسلة الكلية بالرمز، النشاطات لتدريب وإستقرار النموذج تشريع يعجل الآن في هذا الميدان. مساندة الحكومة السويدية سمحت UNICEF أن يجهز المساعدة التنقية الأكبر المطبقة للرمز والمظاهر القانونية الأخرى الإطعام الأمومي. التقرير الأخير، متصدعة الرموز، بوضع مجموعة لمراقبة الرضاعة الطبيعية، إستند في المملكة المتحدة، يضع في ضوء العمل الذي يبقى أن يجعل. مجاميع إنتهاكات كررت بالرمز نيابة عن المجتمعات المتعدد الجنسيات في أربعة دول، أفريقيا الجنوبية وبنغلاداش وبلونيا وتايلاندا.

6.2.5. مبادرة المستشفيات إتجاه الرضع

التكلمة للمجهودات المقدمة لحماية الجماعات، وترقية وتدعيم الرضاعة الطبيعية ولتطبيق هذا الرمز، حيث UNICEF و OMS بدأى في سنة 1991 بالأفعال المتوازنة يهدف أن يحول طرق ممارسة في الأمومة. بمبادرة من «المستشفيات المسؤولة على الرضع»، يقصد منها، وضع في مكانها برنامج منظم لمساعدة الرضاعة الطبيعية، حتى الأعمار ستة سنوات، بمساعدة تحويل أكثر من 12 700 مستشفى في 114 بلدا في المراكز مساندة للحصول على التغذية الجيدة للأطفال. هذه المستشفيات «أصدقاء الرضع» الملجأ الذي يحمي الرضاعة الطبيعية، أين النساء والأطفال ليسوا هدفا للإعلانات والنشاطات الترويجية للحليب المطحون أو قناني الإرضاع، والذي بإمكانهم تلقي المساعدة الفعالة بالإضافة إلى تلقي المعلومات للحصول في النهاية على أحسن بداية للرضاعة.

1.6.2.5. النجاح المحقق خارج العالم النامي

مبادرة «المستشفيات الملائمة للرضع» ليست مخصصة للدول غير صناعية، التقييم قاد إلى جمهورية Moldova، والتي كانت تابعة سابقا إلى روسيا، توضح أنه خلال عامين، البرنامج قد أسقط حوالي 18% إلى 7,5% من المعدل المتوسط للأمراض الوليدية في أربع مستشفيات «الملائمة للرضع»، أما النسب المفترضة هي من 23% إلى 3,4% في مستشفى واحد فقط. نسبة الأمهات اللواتي يبدأن الترضيع من الأشهر 6 و 12 شهرا والتي كانت بنتائجها المعتمدة خلال فترة تطبيق البرنامج، النتائج مشابهة وتعيد نفسها في كل من أمريكا اللاتينية وآسيا، والبلدان تمضي في الوقت الحاضر إلى تقييمات المعمقة على إرتظام هذه المبادرة، من الولايات المتحدة، البرنامج ينشط في 11 مستشفى التي تعترف «المستشفيات الملائمة للرضع» (الملحق الأول، الصورة رقم 9).

المبادرة ONG، المحلية في البلدان العديدة لعبت دورا معتبرا في ترقية ومساندة المبادرة، وبنشاطات الشبكات، وبمشاركة المعلومات والإلتماس، WABA (التحالف العالمي للفعل فيما يخص الرضاعة الطبيعية)، تستند في 1991، تعطي التعبير المؤكد إلى الأفعال في مساندة المبادرة ومسعى الرضاعة بعد الخروج من المستشفى. مع ذلك التشكيل السابق للأوان للمبادرة، اللجان الوطنية في صالح الرضاعة الطبيعية قد حفزة بهذه النتائج المؤكدة، الجمعيات الأطباء المحترفين ومختصين في التوليد وافقوا على البرنامج. ساعدت المبادرة أيضا أن تسجل الرضاعة الطبيعية بشكل قوي على البرنامج السياسي، بحيث

يمكن أن يضع في مساهمة الطاقة السياسية أن تدعم المبادرة، وذلك للخروج بالترقية ومساندة الرضاعة الطبيعية لجران المستشفيات ولكي جمنعيات المساندة يصبح لها أولوية ثابتة من الجماعات والحكومات.

2.6.2.5. تكملة الرضاعة الطبيعية

التغذية الجيدة للأطفال ليست كاملة أي ليس فقط مساندة الرضاعة، لكن أيضا من الإستعمالات الجيدة للأغذية الإضافية للأطفال الأكثر من 6 أشهر أين متطلبات التغذية لاتغطي بالكامل بالحليب الأمومي، حتى ولو أن مسعى الرضاعة الطبيعية حتى السنة الثانية من حياتهم. إن البرنامج تانزانيا، للبقاء وتطور الطفل في الأصل معظم أعداد النجاح المعتبر في تحضير في المنزل الأغذية الإضافية بشكل صحيح، للأطفال الصغار. وعلى الرغم من هذا، هناك ليس لوقت طويل، ما كان هناك إجماع علمي إلى بعض الأسئلة النسبية إلى الغذاء الإضافي ضروري والرضاعة الأطفال الأكبر سنا، OMS و UNICEF تم الإجماع مؤخرا بالمجموعة من العلماء والمهنيين السامين من البرنامج، زوال المشاكل التي تواجه العائلات، فهو التقرير المجمع عليه الذي سينشر قريبا سيحتوي على إشارات التنقية لتحسين التغذية الإضافية.

7.25. دور البرامج الهادفة إلى تحسين الوضعية التغذوية لدى الأم خلال الحمل والرضاع

خلال الدراسات الحديثة حول التغذية ما قبل الولادة في الدول النامية: إستراتيجيا وتنبنا وإشكالا، حيث نجد Mora و Nestel أظهروا بأن: « عتبة سوء التغذية للنساء وتدخل العوامل الإجتماعية، الإقتصادية، الصحية الخطيرة والتطورات المرتبطة بالسوء التغذية للنساء الحوامل وللأطفال أدلة مقنعة من أجل العمل المنظم» فوصلا إلى الخلاصة: « بأن التغذية الصحيحة للنساء، خاصة قبل وخلال فترة الحمل، هدف هام جدا حسب المنصور الإجتماعي والإقتصادي للدول النامية». كما هو مبين أن الصعوبات المالية والمصادر للحد الدائم للعديد من البرامج، Mora و Nestel يقترحون « المجموع الأدنى»، للمقاييس التغذوية كالمفتاح لتحسين تغذية المراهقات والنساء الحاملات والمرضعات. الهدف من مجموع الأدنى هو إعادة فيما بعد للولادة الأولى، لتحسين المعارف والطرق فيما يتعلق الصحة الإنجابية والتغذية وتوسيع في تأشيرة المراكز الأطفال بالنوعياتها(الملحق الأول، الصورتين 26 و17).

8.2.5. العناية ورعاية الأمومة

طالما عدم التكافؤ في تقسيم العمل والموارد وتمييز ضمن الأسر والمجتمعات سيستمر أن يفضل الذكور، وطالما هناك سيكون تمييز ضد البنات والنساء في تربية والتغذية والعمل، بهذا فإن طرق العلاج الحيوية مهمة بالإزدهار التغذوي للأطفال سوف تنتهي بالنتائج الكارثية. المرأة تتركس من متوسط وقتها بأكثر من مرتين من الرجال إلى مسؤولية الأسرة والتدبير المنزلي، وهذا ما نجده في كل من بانغلاش والهند ونيبال، الفتيات الصغيرات والنساء يقضون معظم أوقاتهن من ثلاثة إلى خمس ساعات فأكثر في الأسبوع، من الذكور والرجال في مهمات كواجب الوقود أو الثقافة اللواتي تعلمهن للطبخ الغذاء [133] ص36

يعتبرون بين 20 و30 ساعة لكل أسبوع في أعمال أخرى واللواتي لم يتم دفع أي مجانا، إذا الأعباء الذي يدعمون من أجلها ليست بشكل أفضل بل وزعت وشاركت أكثر بالإنصاف، بهذا سوف يعانون أو يتعرضون إلى مشاكل تخصهن وتخص صحة أطفالهن. من بين المقاييس الذي يجب أن تستفيد النساء خلال حملهم وخلال الرضاعة، الأكثر أهمية تتضمن في تجهيزهم للكميات الإضافية من الطعام الصحيح، وفي إنقاذهم من الأعمال الشاقة ومتعبة، في منح الوقت للراحة، والتأكد من العناية بصحتهن بعد الولادة وأثناء التوليد، من قبل أشخاص مؤهلين.

المقاييس الثقافية والأفكار الباطلة يؤثران على العناية للنساء خلال الحمل، كالمثال في آسيا، في بعض الجماعات المحافظة لثقافتها، تحرم النساء الحوامل بالإستهلاك للحوم، والبيض والدهون أو الدسم خوفا منهم أي من الأطعمة التي تكبر أكثر من اللازم للرضيع من حيث وزنه الغير طبيعي، في الحالات عديدة، تحسين في أوزان عند ولادة الأطفال ليسوا في تزايد ولايؤثر على محيط دائرة جمجمة. الذي يعتبر عامل الأكثر تعرضا للنساء اللواتي يتميزن بقصر الطول(الملحق الأول، الصورتين 3 و24).

الدراسة التي تمت في قرية Gambien، كالمثال توضح بأن، حتى خلال فترات النشاط الزراعي الصعبة، النساء شغلن بالمتوسط 5,5 كيلوغرام خلال الحمل أو فقط حوالي نصف ما يوصين للتطور الجيد للجنين. أن تخفض عمل النساء خلال الحمل، أيضا تجهيزها للأطعمة الغنية وأكثر صحتا لهن، تحسين حالتها التغذوية وتلك المتعلقة بأطفالهن للعيش، وتخفيض من مخاطر المتعبة للوزن عند المواليد الجدد.

في الفيتنام، عندما الرجال يحملون مسؤوليات على زوجاتهم خلال الشهر الثالث من حملهن، في هذه الفترة تعتبر حساسة جدا لأنه من المفروض إنها فترة للراحة لنفسها ولصحة جنينها. أما أندونيسيا، الأمهات المرضعات اللواتي يستلمن أغذية إضافية لكن لم يتم وزن الرضع، لكن التطور الأحسن يتم خلال سنتهم الأولى. عموما النساء هن المسؤولات الرئيسيات للأطفالهن هذا لايعني بأن الرجال، والأسر والجماعات أو المجتمع ليسوا مسؤولين في هذا الميدان، المحيط الأبوي غالبا يطغى على مليون من النساء لهذا يجب أن تستلم نفس المكانة المتساوية بالمشاركتها في جميع المجالات دون تمييز جنسي. في نفس الوقت، إنه من الضروري تحرير الفتيات الصغيرات من الضغوطات التي تحرضنهم على الزواج المبكر، تأكد الدراسة في إفريقيا الشرقية، كشفت ذلك حوالي 20% من الفتيات في المناطق الريفية من Niger و Sénégal و Gambia و45% من الفتيات في Niger، يتزوجن قبل العمر 15 سنة.

هذه المعطيات تؤكد ضرورة للبنات والنساء أن يكون عندهم كلمتهم أن تقال في القرارات الرئيسية التي تهتم بها، ليس فقط حول زواجهن، لكن حول المباحة بين الولادات، والحمل خلال المراهقة هي عامل معرض للخطر في نفس الوقت للأم والطفل، لأن البنت ليست دائما كاملة من حيث نموها قبل حملها الأول، ما يعرضه للخطر والأطفال يمكن أن يأخذوا الوزن الغير كافي. الأخطار تتمثل في، النزيف، فقر في الدم، الأمراض المعدية من التعفن، إعاقة في العمل عند التوليد، الوفيات الوليدية في حالة الحمل خلال المراهقة. وبهذا لاغنى بأخذ عدد من المقاييس التي تسمح للنساء والبنات أن يحسنوا قدرتهم وسعتهم، بشكل بارز بالإقتناعهم للمصادر العائلة والمجتمع، كإعتماد على التربية والثقافة وفي المعلومات الصحيحة.

العوامل القانونية والثقافية السياسية، في المستويات الوطنية والإقليمية يمكن أن تكافح في خرق الجهود الأكثر جدارة مستحقة للأسر وأن تأمين بوجود تغذية مقنعة لكل أعضاء من أفرادها، والأكثر بروزا من حيث الدرجات تتمثل في حقوق النساء والبنات يحمون بالتشريع والتقليد، والنظام السياسي والإقتصادي الذي يصمم توزيع الدخل والممتلكات، وأخيرا، المعتقدات والسياسات الذي يحكمان على القطاعات الإجتماعية. كمثال، عندما كل المجتمعات على معرفة وتفهم والتي تتضمن الرجال والشباب البالغون، النساء والبنات، معلمون وزعماء الدينيون، أطباء وممرضات بأن المرأة التي تكون في أواخر أشهر حملها هي بحاجة إلى الراحة والعناية من الأعمال الشاقة والصعبة، العائلة هي الأكثر قدرتا على إستلام مثل هذه المساندة الإجتماعية التي تحتاجها مع ضمان حمايتها.

3.5. مهاجمة القصور التغذوي للعناصر الأساسية

عندما ظهرت مشكلة التغذية والذي وضعت أدوت والبرامج للمكافحتها، لكن من المستحيل فصل سوء التغذية البروتين الطاقوي من نقائص الفيتامين والمعادن. ولهذا فإن برامج الجماعة هي إدماج دون الإعلان عنها بوضع سوء التغذية العام الذي يجعل عادة بتصحيح نقائص العناصر الغذائية الدقيقة كما في البروتين والسعرات الحرارية، لكن، من بين النقائص الموضحة من طرف القمة العالمية للأطفال لسنة 1990، بأن التقدم في التخفيضات ليست متشابهة في كل الحالات.

1.3.5. قرص من الملح لتخفيض الإضطرابات الناتجة من نقائص اليود

تخفيض النقص في اليود، السبب الرئيسي للمرض العقلي الذي لا يمكن تجنبه، وفي كل النواحي تاريخ النجاح العالمي. هذا الإدراك، الذي بدأ يظهر بالنتائج ملموسة في بداية 1992، ثمرة الجهد الدولي تهدف إلى التعديل الأغذية ولكن مع هذا الطريق المهم للإقتراب الذي من المحتمل أن يكون مشاركة بعدد كبير من الأشخاص عبر العالم من المبادرة السابقة في التغذية.

إنطلاقاً من الأسبوع الثاني عشر من الحمل المعرضات لنقص اليود نجد التأثير يظهر على الجنين، تأثير إعياء في الغدة الدرقية، والذي يعيق النمو الطبيعي للدماغ والنظام العصبي. لهذا فإن UNICEF، تفكر حول 60% من الملح المستهلك في العالم معالج باليود الآن، ودول العالم تعاني من نقص اليود وهي مشكلة خارجية ومقلوبة، كل هذا ماعدى سبعة تبنت تشريع مناسب لمجانبة العلاج من اليود العالمي.

في الدول التي كانت معرضة لمشاكل النقص في 1990، بحيث 26% من اليود المعالج منذ الآن وأكثر من 90% من الملح المستهلك، الذي أنتج فوراً أو إستورد. 14 من الدول الأخرى معالجة لليود بين 75 و90% نظراً لتجهيزاتهم الحديثة، وهناك 48 من الدول حيث نلاحظ إهتياج أو هيجان نقص في اليود الذين ليسوا لهم برنامج. في 1994، اليوم، 14 منهم يعالج باليود أكثر من نصف من ملحمهم، لكن هذه النتائج مازالت ناقصة. في 1990، حوالي 40 مليون طفل حديثوا الولادة يخاطرون سنويا من تعرضهم إلى إعاقة عقلية بسبب نقص في اليود في غذاء أهمهم. من 1997، هذا الشكل قد رجع إلى قرابة 28 مليون [134] ص6، فهي النتيجة تترجم على أية حال التناقص السريع.

عدد الأطفال الذين لهم أثر الولادة، سنويا يتميزون بالغباء، لكن في سنة 1990، كان الترتيب ب 120 000، أي أنه من المحتمل الآن نصف ماكانوا عليه. إنه محال أن نقيس حادثة الإضطراب بسبب نقص في اليود على معاطف البطالة، التي تشعر نادرا في الإحصائيات الصحية، لكن التحسين يلاحظ بالتأكيد من قبل النساء المهتمات وعائلتهن. من المناطق حيث اليود يخطئ خصوصا، بالفناء الأطفال الذي كان لوقت طويل، لكن البحوث الأخيرة توضح ببلوغ المستوى الضروري لمساهمة اليود للرضع، بسبب التركيز على نظام تحصينهم.

الخبراء في اليود على النحو الواسع هو ثمرة التعاون لمجموعة الشركاء المتحمسين والمؤهلين، OMS, UNICEF, ICCIDD (المجلس الدولي لسيطرة على فوضى نقص اليود: المجلس الدولي المكافح ضد إضطرابات نقص اليود)، يهدفون إلى الأمن في الإستعمال الملح المعالج باليود خلال الحمل، ووضع مؤشرات للمراقبة والتقييم. وجليواتنقية أيضا للمساندة المالية العديد من العملية، عملوا على إجماع علمي ومعلومات حول المقاييس النسبية إلى مستويات نقائص اليود.

الحكومة الكندية لعبت دور رئيسي في كل مراحل هذا العمل، بدعم البرامج UNICEF في دول عديدة وبضغط على مبادرة العناصر الغذائية الدقيقة إستندت في Ottawa، التي سائدة تقنية وتمويل لبرامج الأرض، لضمان إستقرار التوجيهات للمراقبة. من 1995، UNICEF تعطي بإحتمالات بأكثر من 7 مليون من المواليد الجدد قد تجاوزوا مخاطر الإعاقاة بسبب النقص في اليود، جوهريا بسبب المساهمة الكندية. إنه بشكل جزئي بسبب المساندة الغير ناضجة وبدون غموض كندا كافحة ضد هذا الإضطراب الذي المانحون الآخرون والحكومات في البلدان المؤثرة شاركت في هذا الكفاح. في 20 مليون دولار توزع من قبل الحكومة الكندية مع مستثمرون آخرون، منذ 1986، الإستثمار الكلي لشركاء الجمهور والقطاعات الخاصة في هذا الجهد تجاوزوا مليار دولار [135] ص58.

2.3.5. الفيتامين أ

في 1986 بتقرير من أندونيسيا، الغنية بالمعلومات بحيث أن الفيتامين أ قد ينقص في 34% من الوفيات الأطفال قبل التمدرس [136] ص597-609، فهناك سبع دراسات أخرى قد أدركت في سبع سنوات. تعزيز هذه النتائج في 1993، توضح بأن تؤسس تنبيهات لأهمية الفيتامين أ الذي يمكن أن يخفض بحوالي 23% لوفيات الأطفال. [137] ص91 إذا المساهمة الكافية من الفيتامين أ لاتمنع العدوى، لكن من ناحية أخرى لها تأثير رئيسي في تخفيض الجاذبية للمرض، بشكل بارز في مثابرة الإسهال،

زحار، الحصبة والملاريا. قوة الفيتامين أ، أن تنقص الجاذبية للمرض قد وضعت كالدليل في غانا حيث التوزيع الدوري نزلت مع 12% من عدد الإستشارات في المراكز النصيحة المحلية و38% من العلاج [138] ص44 .

العديد من الدراسات حول نقائص الخاصة والشبه خاصة في الفيتامين أ يساعدان على إحتمال ذلك في 1990، بأكثر من 100 للأطفال الصغار في العالم قد هددوا معه كالنتيجة لنظام ناقص، اليوم على أية حال، الخطر الأنى قد خفض للعديد من هؤلاء الأطفال بالتدخلات الفعالة، يضمن ذلك الإدارة المنتظمة من إضافات فيتامين أ.

طبقا للأعمال قادت مؤخرا إلى Népal، النساء الحوامل المعرضات للعمى الليلي لهن خطر لسته أوقات أكثر من أن يكون عندهن عانين منها خلال الحمل السابق [139] ص113، وهذه الدولة تلغي عوامل الخطر، بشكل بارز في الغذاء الذي يحتوي على الفيتامين أ ومساهماته، فقر الدم، الحمى، سوء التغذية في البروتين الطاقوي، المرض الذي زاد خلال الحمل، ومعدل الوفياتعالي بشكل غير إعتيادي حتى سنتين بعد التشخيص(الملحق الأول، الصورة رقم 1).

1.2.3.5. النجاحات من التنبهات

النجاح الرئيسي للعام ذلك في منتصف عام 1997، حول ثلاثون سنة بعد الإصدار في الهند البرامج الأولى للتنبهات من الفيتامين أ، الإدارة الدورية إلى الأطفال إضافات مقيسة بقوة أصبحت كلاسيكية في 35 من بلد حيث تجد نقص خاص آخر من الفيتامين أ، وفي 27 من 40 بلد حيث هذا النقص شبه خاص. على الأقل 35 بلد تستغل « الأيام الوطنية من التلقيح» أن تدير بشكل منظم إلى أطفال إضافات الفيتامين أ، وبلدان عديدة تحدد هذا التنبه من أهمية الفيتامين أ إلى النشاطات المنتظمة للتلقيح أو الإدارة الدورية الطاردة إلى الأطفال، كما في الهند وموريتانيا.

من المفضل، UNICEF تحتل بأن، نصف من الأطفال الصغار يستلموا كبسولات بالجرعة القوية في 1996، وثلاث في 1994. يتضمن بلدان عديدة منها بنغلاداش، والهند و نيجيريا و الفيتنام. بين 1993 و1996، UNICEF إشترت قرابة نصف مليون كبسولة قاست بقوة بالفيتامين أ، التي قد وزعت في 136 بلد، يساعد أن يتقن أو أن يزعمه مسيطرة عليه. من الكلفة حوالي 0,02 دولار بالكبسولة ولربما

0,20 إلى 0,25 دولار بالجرعة المدارة، بضعة تدخلات أخرى من الصحة أو تغذية الأطفال مربوحدن أيضا أن يخفضوا الفناء وإعياء خلال الوجود التي تأتي من إضافات فيتامين أ.

يحتوي الحليب الأمومي على الفيتامين أ الكافي والدائم تقريبا أن يحمي الطفل من نقص الخطير، مع ذلك يعني بأن أم الطفل تصبح كالمصدر، يمكن أن يحمي على الرغم من هذا في نفس اللحظة الأمهات والرضع بإدارة إلى المسلمة الجرعة القوية للفيتامين أ، في خمسون بلد تبنت السياسية التنبيه المنسق بالجرعة القوية للنساء فورا بعد الولادة، الذي يحمي أطفالهم خلال حوالي 6 شهور. والمعلومات الأخرى تهتم بالتصادم النقص في الفيتامين أ على صحة صنع النساء يرسل إلى الجنين لتنشيط أكثر.

2.2.3.5. إغناء السكر

خلال منتصف السبعينات، Guatemala سحبت الدول النامية في طريق إغناء السكر للفيتامين أ، على الرغم من قرب العقد من عدم الإستقرار الداخلي وموقف إطل بنشاطات الإغناء في بداية الثمانينات، التقييم قاد إلى 82% قرية في 1990 مستنتج ذلك الإغناء قد سمح أن يتقن نقص في الفيتامين أ للأطفال. يغني السكر أيضا في بعض المناطق البرازيل، الهندوراس، الفيليبين و بوليفي، تخطط بالبدأ في 1998، والبلدان الأخرى ستتلي من المحتمل هذا ستجد المنتجات الأساسية الأخرى أن تغني في الفيتامين أ. إختبرت الفيليبين بالنجاح هذه التجربة.

3-2-3-5- فقر الدم

فقر الدم من المحتمل أن يكون مشكلة كبيرة للتغذية عبر العالم، أكثر من نصف من النساء في الدول النامية ونسبة قوية من الأطفال يعانون [140] ص8؛ المقاييس أخذت أن تخفض التقديرات منه والتصادم ما أعطى نتائج نتائج سريعة. فقر الدم غالبا عنده تأثيرات كارثية على النساء الحوامل والأطفال حديثوا الولادة. هي تزيد للنساء خطر الموت خلال الولادة، النزيف الدموي، أما الأطفال حديثوا الولادة معرضين لخطر النمو والتطور. من البلدان العديدة، خدمات العناية الولادية توزع إلى النساء طوقن بالإضافات الحديدية أن تغطي ضرورات عالية جدا خلال الحمل والولادة.

UNICEF، واحد من الموردون الرئيسيون للأقراص الحديد وحمض الفوليك، لأن في 1993 حرثوا 1996، بإرسال 2,7 مليار منه إلى 122 بلد. إنه من الصعب، خلال الحمل، أن تصحح فقر الدم قبل

الموجود، كالعديد من النساء الخامدات مسبقا عندما يبدأ حملهم، إنه قبل هذا فإن بعض الدول تحاول تحسين مستويات الحديد و الفوليك للبنات والشابات.

3.3.5. أن تحسن الخدمات الصحية الأساسية

نقد التقدم الهائل منذ 1990 في وصول الأطفال إلى الصحة الأساسية، تصلح للعلاج، ساهم بشكل هائل إلى الإزدهار التغذوي في العالم. نجاح برامج كان إضافة رئيسية لصحة الأطفال. يسمح التلقيح أن يزعم مستويات فيتامين أ، التي تنهار في حالة الحصبة، النجاح الرائع الذي يمثل التغطية للتلقيحات من 90% في 89 بلد و أكثر من 80% في 40 بلد آخر في 1996 يضمن ذلك نسبة عالية من التلقيح ضد الحصبة 79% [141] ص 6-7، تعني إذن مليون طفل ستستمر أن يكونوا محميين ضد الأمراض(الملحق الأول، الصورة رقم 13).

برنامج تحسين النظافة والتنقية بثقة، هم أيضا من الأهمية الحاسمة في الجماعات الفقيرة حيث تهتاج سوء التغذية، التحليلات قادت في بضعة بلدان تلك العوامل تسمح بكل تأكيد أن تتوقع سوء التغذية ينقص من المياه الصالحة للشرب، والتنقية الغير كافية والخصوبة المرتفعة. سنويا، أكثر من مليون طفل يدينون بحياتهم إلى العلاج الشفهي (TRO) [142] ص 587، الترقية بهذا التكامل لمساندة هذا المسعى للأغذية خلال وبعد الإسهال وأيضا إستعمال الأملاح الشفهية (SOR) للتحذير والعلاج من الجفاف. إذا إنه من ضرورة مازالت تتقدم في ميادين التجنب ومعالجة الإسهال، وأيضا التغطية التغذوية والأخرى تسمح للطفل أن يسترجع بشكل سريع إلى نموه الذي يفقده خلال المرض. النجاحات المتحصل عليها إلى يومنا تعطي تحسن كبير للحالة التغذوية للأطفال بالمليون، أيضا، الخبرات في الوصول إلى المياه الصالحة للشرب وإلى الخدمات التنقية قد ترجمت في الفوائد التغذوية في جميع أنحاء العالم(الملحق الأول، الصورة رقم 5).

لحقيقة بأن واحد يستطيع أن يحذر أو أن يشفي بشكل سهل عدد كبير جدا من الحلقات المرضية اليوم في مليون طفل أن تأخذ في حلقة مفرغة من التلوث والتغذية التحتية. تقوية الخدمات الصحية الأساسية بالمقاييس مثل مبادرة Bamako، مجموعة من السعة السياسية رمت في 1987 بالحكومات الإفريقية في الجواب إلى التدهور السريع لأنظمة الخدمة الصحية في إفريقيا خلال السبعينات والثمانينات. قدم الآن في مناطق أخرى، سعة المبادرة سمحت لمراكز الصحة للمناطق المعزولة تقريبا تركت كليا في الثمانينات

لتناقص الأدوية. من Guinée كالمثال، تغطية العناية الولادية التي كانت أوطأ من 5% قبل الأولي وصلت بالحوالي 80% في 1995.

4.3.5. البرامج الخاصة بالتأسيس التربية والمعلوماتها

البرامج التي أنجزت في النيجر و تانزانيا، الذين إستجوبوا مسبقا وبهذا كان عندهم ناخبون تربويون مهمون، معلومات وإتصال، وتفاهم في بعض الحالات تركيز على التربية المدرسة. في النيجر كالمثال، إزالة الأمية والأنماط الأخرى ليس التربية الشكلية للنساء في القرى المشاركة لاتدخم إلا في ضوء ضرورة تحسين التربية الشكلية للأطفال، وفي تفضيل البنات. المانحين لتمويل برامج الجماعة في النيجر تشجع على تضمين التربية البنات ضمن إطار النشاطات لتحسين التغذية. في الجمهورية الديمقراطية الشعبية Lao، متطوعون يهتمون بالتطور الأطفال الصغار في التواصل مع الجماعة والأقارب هذا في عمليات تضامنية، في الإهتمام بالتغذية الجيدة بين التقليد والتحديث، مع الدور الأساسي الذي يقوم به المعلمون أن يرقوا الملح المعالج باليود هذا ما نجده في أندونيسيا. وليس هذا فقط بل محو الأمية للأمهات لمتابعة أطفالهن ونزع الأفكار التقليدية القديمة(الملحق الأول، الصورة رقم 29).

5.3.5. وسائل جديدة لقياس سوء التغذية

مجموع المعارف الجديدة التي تساهم إلى كفاءة الأفعال تهدف أن تخفض سوء التغذية، لهذا فإنه من الضروري أن يكون عندها تقنيات التقييم والتحليل، التي تعطي نتائج سريعة وسهلة للإستعمال وأن تفهم، هناك البعض من الأدوات الواعدة للجديد [143] ص8:

6.3.5. حالات إمتحان الملح المعالج باليود

الحالات البسيطة ساعدت أن تجعل مراقبة الملح قضية الجماعة، كل شخص يمكن أن يستعمل الزجاجات الصغيرة البلاستيكية تحتوي على الحل الذي يحول الملح إلى اللون الأزرق إذا إنه عالج باليود.

7.3.5. التزود بالكمبيوتر الإستعلامات على فقر الدم

البراغيث الحاسبة تسهل تقدير فقر الدم في الدم في مستوى السكان، بأخذ في نهاية الأصبع بدون حاجة أن ترسل إلى المختبر، لكن بعض منهم بطيء وغامض. هناك الجهاز الإلكتروني النقال، الذي يسمح أن يأخذ بشكل سهل بعض من الدم من الأصبع وفي بعض الثواني الرقمية الدقيقة تقرأ نسبة الهيموغلوبين. إستعماله عمم بهذه المكائن في الإستعلامات بين السكان ستساعد أن تصبح مدركة للمشكلة الكبيرة لفقر الدم.

4.5. المكافحة والحماية للتغذية الجيدة، تناول المحاضرة العالمية للتغذية

المؤتمر الدولي الخاص بالتغذية، عرف تسعة ميادين خاصة من الممكن أن تحمي وترقي الإزدهار التغذوي للنفوس، وأهم النقاط من التسعة هي [144] ص366:

- (1)- تجنب النقائص المحددة في العناصر الغذائية الدقيقة،
 - (2)- الترقية بالرضاعة الطبيعية،
 - (3)- ترقية الحمية وطرق الحياة الصحية،
 - (4)- التجنب والمعالجة من الأمراض المعدية،
 - (4)- التقييم، تحليل ومراقبة الحالة التغذوية،
 - (5)- السكان، الذي يهتم بالمباعدة بين الولادات ضمن الأسرة، والكثافة السكانية في المناطق أو الدول،
 - (6)- الفقر، الذي يأتي من الأسباب الإقتصادية لسوء التغذية،
 - (7)- علم الأمراض، هو موضوع طبي للأمراض، بحيث هذه الأخيرة، بشكل خاص بالتعفنات، بسبب الحالة التغذوية.
- والأهم من هذه النقاط،

1.4.5. السكان

كمية الأغذية المتوفرة لشخص داخل الأسرة، في المناطق أو الدول له كميات تغذوية منتجة أو يتم شرائها وتوزيعها لكل أفراد المجتمع، أسرة لثمانية أفراد ينتجون ويشتررون نفس الكميات التغذوية لأسرة بالأربع أفراد والتي بدورها تصرف بشكل قليل لتغذية أفرادها، على أية حال، إن المباعدة بين الولادات هي من الأولويات الأسرة، بحيث في الأسر المنجبة، كلما كانت الأسرة كبيرة، كلما كان معدل الإنتاج كبير والذي يمكن أن يكون مهما.

2.4.5. الفقر

يقال دوماً بأن الفقر ليس كالبقية هو السبب العميق لسوء التغذية، إنه حقيقة وذلك، في أغلبية الدول، خاصتها، نلاحظ فقط، عند الفقراء الذين نجدهم أو نلاحظ أن أطفالهم معرضين ل MPE الحاد أو المعتدل، أو تمثل ملامح من نقص في الفيتامين أ، لكن ليس فقر الدم وإضطرابات في نقائص اليود. الفقر يشارك في العديد من الأساليب: هي الأسرة بالدخولها الغير كافية، وأيضا الجماعات أين الدول الفقيرة، والتي

ليس بمقدورها أن تبني وتمول المدارس والبرامج للتدريب، ولتحسين الأنظمة الموزعة للمياه الصالحة للشرب والتنقية، ولاحتى تشكيل مراكز للضمان الإجتماعي والصحة الضرورية.

3.4.5. علم الأمراض

العلاقة بين سوء التغذية والمرض قد درسا على النحو الواسع وأعلما، ليس هناك شك بأن المرض مثل الإسهال، الأمراض التنفسية، الطفيليات المعوية، الحصبة والسيدا يعتبرون من الأسباب المهمة لسوء التغذية، البعض من الأمراض المعدية، مثل أعراض المرض المختلفة من الإدماج السيء، والعديد من الأمراض السرطانية والنفسية، يمكن أن تكون أيضا في أصل سوء التغذية.

وزارات الصحة ومحترفون والصحة العمومية والقطاعات الخاصة المسؤولة عن معالجة الأمراض، لكن أيضا وجود وسائل التنقية والنظافة، في العديد من الدول، السياسات التغذوية لوزارة الصحة، التي غالبا عنده رعاية المعاهدة الوطنية للتغذية. إنه واضحة تلك المقاييس الصحية لتجنب الأمراض، في التعفن والإصابة خاصتا، وأيضا أفعال أن تجهز العناية والمعالجة الطبية، يساهم بشكل هائل أن يخفض سوء التغذية في بلد أو جماعة، على أية حال، المقاييس الصحية قد أبده قدرة إلى وضع الحدود لسوء التغذية(الملحق الأول، الصورة رقم 13) [145] ص360-367.

4.4.5. منظورية متعددة العوامل

هذه المناقشة حول العوامل يعني الإنتاج، عمليات التحويل، السكان، الفقر، السياسة وعلم الأمراض يسمح أن يصورا تعقيد في نفس اللحظة بالأسباب الأساسية من سوء التغذية والحلول الذي واحد من هذه العوامل تسمح لنا لتجنب منها. نلاحظ أن المهندسون الزراعيون، المنتجون، العلماء الديمغرافيون، الإقتصاديون، السياسيون والموظفون الصحة وغيرهم كل واحد منهم لهم أدوار مختلفة، لكن يشتركوا في طريق موحد هو مكافحة سوء التغذية. أيضا، يظهر بالوضوح بأن الوزارة الوحيدة أو تلك المجموعة الوحيدة من المحترفين يمكن أن تزيل فقط المجاعة وسوء التغذية في المجتمع.

المختصين في التغذية والعلوم الغذائية، فيما بينهم، العمل في كل هذه الميادين، وفي الإستراتيجية الوطنية من الأغذية والتغذية الذي يعملان بشكل صحيح، هم سيتعاونون مع المحترفين من كل الإنضباط المهم. أن تصل إلى الأهداف بالتغذية الجيدة، هو يمكن أن يكون ضرورة أيضا أن تناشد إلى الخبراء في ميادين علم الإنسان، علم الإجتماع وتطور الجماعة. أيضا، يتطلب نظام جيد من النقل والتسويق، هناك

سيكون أيضا فائدة هائلة أن تستفيد من النظام التربوي الذي يعرض في المدرسة إلى الكل، إلى النساء بالكل تفاصيلها، والذي يضمن المستويات الأفضل لإزالة الأمية، هو يمكن أن يكون ضرورة أيضا أن تربط الممثلين العديدين الآخرين. الإستراتيجية التغذوية لا يمكن أن تكون متعددة القطاعات، ما يمكن أن يقدم صعوبات إلى المستوى الوطني، أكثر من المستوى المحلي أو الجماعي، إشتراك الجماعة، ساعد من قبل وكلاء قطاعات متعددة مثل الزراعة، الصحة، التربية وتطور الجماعة أن يقتبس فقط الأكثر أهمية، هذه الأفعال البسيطة بشكل نسبي المختلفة يمكن أن تساهم أن تحسن التغذية.

5.5. معرفة حقوق التغذية

التغذية قد عرفت كالحق من الآلات الدولية بالنسبة إلى الحقوق الإنسانية تثبت منذ 1924، التي تتعلق بالتصريحات، التي لا ترتبط، بالاتفاق أو المعاهدات، تعالج بالقوة القانونية. يمكن أن نذكر البعض من هذه الأقطاب الكبيرة لحقوق الإنسان [146] ص 130:

1924: التصريح بالحقوق الطفل (أو تصريح Genève)، متبنى من طرف الجمعية الأممية بعد الحرب العالمية الأولى، بفضل مجهودات D'Eglantyne Jebb، رائد بريطاني لحقوق الطفل، وإنه أيضا التأكيد الدولي الأول للحق في التغذية. التصريح يحدد بأن الطفل يجب أن يكون ممكن أن يتطور بالقياس التغيرات بشكل طبيعي ماديا وروحيا، والذي يقال: «الطفل الجائع يجب أن يتغذى».

1948: التصريح العالمي لحقوق الإنسان، من المقال 25، تكمل أهميته في التصريحات بالإجماع العام للأمم المتحدة تأكد بأن: «كل شخص له الحق بالمستوى من الحياة كافية بأن تأمن صحتها، وإزدهارها وتلك المتعلقة بالأسرة، وبشكل بارز التغذية، اللباس، المسكن، العناية الطبية و كذلك الخدمات الإجتماعية الضرورية... الخ». في نفس المقال تأكد على «الأمومة والطفولة لهم الحق في المساعدة وخاصة».

1959: التصريح بالحقوق الطفل، تتبنى بالشكل إجماعي بالجمعية العامة للأمم المتحدة، هذا التصريح يحدد بالأربع مبادئ للطفل، «يجب أن يكون قادرا أن ينمو ويتطور في الطريق الصحي»، وفي نفس المقال يؤكد على «التغذية، والمسكن، وإلى النشاطات الراحة والعناية الطبية الكافية».

1966: الحلف الدولي يهتم بالحق في الإقتصاد، الإجتماع والثقافة، متبنات من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة، هذا الحلف كان قد أصدق، في منتصف سبتمبر 1997، ل 137 عضو يصرح. كان

الأول أن، يعترف بالتعهدات الدول فيما يتعلق بالإحترام بالحق في الإقتصاد، الإجتماع والثقافة للمجتمعات، المقال 11 يؤكد في الحق كل شخص للمستوى الكافي من الحياة، وتفهم لمخطط التغذية هو، « الحق الأساسي لكل شخص أن يحمي من المجاعة». يصف الحلف أيضا إلى الدول أن تجعل الضرورات أن تترجم هذا الحق الحقيقي، بضمان المقاييس المستهدفة « تحسين طرق الإنتاج، حماية وتوزيع الأغذية».

1986: التصريح حول الحق في التطور، المقال الأول من التصريح، تتبنى بالإجماع العام للأمم المتحدة، يصرح بالحق في التطور « الحق الغير قابل للتحويل من الرجال»، وذلك كل الأفراد عندهم « الحق أن يشارك وأن يساهم إلى التطور الثقافي والسياسي والإجتماعي، الإقتصادي، أين كل الحقوق الإنسانية وكل الحريات الأساسية يمكن أن تدرك بالكامل، وأن تستفيد من هذا التطور». المقال الثامن لكل دول الأعضاء أن تعطي في كل الصدف المساوية في الوصول إلى خدمات الصحة وإلى الغذاء.

1989: الإتفاقية النسبية إلى حقوق الطفل، تعالج على الحقوق الإنسانية الأكثر صدقت على النحو الواسع بالتاريخ، إتفاقية تجعل قاعدة في الحقوق الدولية من كل المقاييس نويت أن تأمن حق الطفل للبقاء، للتطور وللحماية. المقال 24 طلب تصرح الأجزاء أن تعترف بالحق الأطفال « نحو الأفضل صحة محتملة». وأن تقيس أن تترجم هذا الحق في الممارسة. من بين الأشياء الأخرى، إنه وصف إلى الدول أن تأمن إلى كل الأطفال العناية الطبية والعناية الصحية الضرورية، واللحجة لكونها وضعت على العناية الإبتدائية للصحة.

أن تقاقل ضد المرض وسوء التغذية ضمن إطار العناية الإبتدائية للصحة، بشكل بارز في تجهيز الطعام المغذي، ماء الشرب وتجهيزات الصحية المناسبة، وأبضاًن تعطي إلى كل الفرص للمعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية، في منتصف سبتمبر لسنة 1997، كانت قد صدقت ل 191 دولة، فقط الولايات المتحدة و الصومال لحد الآن لم تتم.

1990: التصريح العالمي(والمخطط الفعل) في صالح البقاء، الحماية وتطور الطفل، القمة العالمية للأطفال قد توحدت ثانيًا عدد لم يسبق له مثيل من الزعماء العالميين، الذين تعهدوا في تصريح القمة العالمية أ، تعطي الأولوية العالية إلى حقوق الأطفال.

خطة عمل القمة صممت، لتطبيق التصريح، سبعة أهداف رئيسية و20 هدف المساندة، فيما يتعلق التغذية، الهدف الرئيسي، بنهاية القرن، أن تخفض من نصف فيما يتعلق سنة 1990 عدد الحالات سوء التغذية الخطيرة والمعتدلة للأطفال الأقل من خمسة سنوات، القطاع إستند أهداف أن ترجع 10% من نسبة الأطفال للوزن الغير كافي عند الولادة، أن تخفض 1/3 من نسبة النساء المعرضات لفقر الدم. تقريبا أن يزيل كليا إضطراب بسبب نقائص اليود، أن تسمح للنساء أن ترضع أطفالهن بشكل خاص حتى 6 شهور، أن تؤسس الترقية والمراقبة الدورية من النمو، أخيرا، أن تجعا تعريفا للوسائل بالزيادة الأغذية الإنتاجية وأن تجهز الخدمات الضرورية للمساندة وأن تأمن الأغذية(الملحق الأول، الصورة رقم 11).

6.5. UNICEF وبرنامج التغذية في العالم

1.6.5. عمان و «الثلاثة A»

خلال 27 سنة، عمان أحرزت تقدما هائل من وجهة نظر البقاء والتطور الأطفال، وفيات الأطفال الصغار إنخفضت من 215 لكل 1000 ولادة حية في 1970 إلى 25 لسنة 1995. المعدلات التدريس جعلت قفزة رائعة، خاصتا عند البنات، دخول النفط لعبت دور مهم في 1995، PNB تعطي 4820 دولار لكل مقيم، لكن هذه الحالة ماكان يمكن أن تكون قادرة أن تتطور جدا بإستحسان إذ الحكومة ليس عندها كثير لكن مهتمة أن تحسن حياة المجتمع.

2.6.5. الإحتفال بالتقدم المنفذ لصحة الأطفال في البرازيل

النجاح في المناطق الريفية لحماية صحة وتطور الأطفال الفقراء في البرازيل بشكل فعال حافزة للأعياد، بأن الريفيون يقدرتون في داخل الجماعات أين البرامج في المكان الصحيح، نسبة سوء التغذية للأطفال الأقل من خمسة سنوات لاتجتاز 8%، عكس 16,3% مسجلة على المستوى الوطني بالنسبة للدراسة الديموغرافية والصحية من 1996 التي طبقت لنفس التقييم [147] ص3.

يحدثنا الدكتور Zilda Arns Neumann، طبيب الأطفال والمنسق الوطني لـ ONG منذ تأسيسها. بقوله: «هم كالرعاة الماشية الذين يترأسون جماعاتهم». بهذا فإن الجماعة مسؤولة على القدرة الأساسية في الصحة والتغذية للأم والطفل معا، يتضمن ذلك مراقبة النمو، التلقيح، المساندة للرضاعة الطبيعية للأم، معالجة الإسهال،.....إلخ.

المانحون لعبوا دوراً أساسياً، يسمح بأن يأمن التدريب وأن يكتسب الأجهزة لاغنى عنه، بضمان وسائل النقل، تحسين الخدمات الصحية، التنقية، والوصول إلى المياه الصالحة للشرب، وأن يرقى النظافة المحلية في مناطق الهدف. أكثر من 50 000 شخص يستفيدون من أربع خطط جديدة من توزيع الماء، وثلاثة مراكز الصحة، والإستفادة 80 000 شخص من تحسين في تطبيق شبكات الصرف الصحي وتأسيس الأجهزة الصحية المناسبة من حيث السعر(الملحق الأول، الصورة رقم 7).

7.5. دور المختصين في التغذية للسياسة العائلية والسكان

المختصين في التغذية يمكن أن ينبهوا معدلات الزيادة العالمية للسكان، كالمثال، كينيا ستحسب في 1994 بالحوالي 26 مليون ساكن؛ والتقديرات 2020 بالحوالي 50 مليون. المختصين بالتغذية يقلقون فيما يخص نتائج النمو الديمغرافي، نقائص في الأراضي وتواجد الأكواخ والبيوت القزديرية في المناطق الحضرية مثلاً، في أعمالهم لنفس الوقت.

المختصين بالتغذية يعالجون التمدن كالمشاكل للأسر أو الجماعات، هو مهم إذن لمساعدة الأشخاص، خاصتا الأزواج، وتفهم فوائد الأسر ذات الحجم الصغير بالمقارنة بالأسر ذات الحجم الكبير والتي تتطلب مصادر كبيرة، زيادة الأغذية، والعناية، والوقت، والت مدرس والدخول،..... إلخ. هي الإستراتيجية الجيدة يمكن أن تقنع الأزواج أين أطفالهم لهم أحسن الآمال للحياة اليوم من سنة 1995، ونوعية الحياة هي أكثر أهمية من عدد الأطفال.

العديد من الدول النامية، تحتوي على أساسيات الأولى منها، النساء يمكنهن السيطرة على خصوباتهن ويقررون عدد الأطفال المرغوب بهم، والثانية، بإمكانهن إحترام هذه الحقوق من قبل شركائهن، مسؤولية الحصول على أكبر عدد من الأطفال تتوزع عبر كل أفراد العائلة.

لكن، في العديد من الدول، العبء المتعامل والأعمال الإضافية المتعددة هي على عاتق الأمهات، لأنهن اللواتي يحملن خلال 9 أشهر، يرضعن أطفالهن، فيفقدن قوتهن ويمكن أن يتعرضن إلى ضعف في حالتهم التغذوية. تعليم الفتيات والقدرة النساء في ربح المال، بالتحكم على المصادر وتجعل أكثر إستقلالية خبرات التي ستسمح للنساء بالتحكم في خصوبتهم الخاصة وعدد قليل من الأطفال. مجموعات

النساء، يطلبن الحق في التعليم والتساوي بين الجنسين، ومساهمة الرجال في النقاش، الزواج المتأخر والرضاعة الطبيعية الأكثر شمولاً هي عناصر لتخفيض العدد المتوسط للأطفال لكل امرأة (الملحق الأول، للصور 29 و 30 و 31).

8.5. العناية والتغذية مع إستعمالات التقليدية

العناية الصحية، لا يمكن الإستغناء عنها، خاصة الأطفال الصغار بين 3 و 5 سنوات، وتوجد علاقة قوية بين العناية والتغذية. ثلاثة أسباب التي تؤدي إلى سوء التغذية، الطعام والصحة والعناية. في عام 1992، إقترح Engle التعريف الوظيفي من العناية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، تتضمن العناية مع مجموعة من السلوك مثل الإطعام، تشخيص الأمراض، إضافات مغذية، تعليمه اللغة الواسعة الإدراكية والجانب العاطفي.

كما أن العناية، لها تأثير على الطفل، كما أن السلوك يساهم في التغذية الجيدة، الصحة الجيدة وتطور الطفل، أي الإستراتيجية، تنوي إلى تحسين والعناية بالأطفال يعانون من سوء التغذية أن تكون أفعال كاملة لحماية الطرق الجيدة في التغذية السليمة ضد العوامل التي تساهم في ظهور الأمراض؛ حيث أغلبية الأمهات ترضع أطفالهم حتى 18 شهر ولكن بكمية قليلة، مع عدم إضافة المواد المغذية الأساسية لنمو الجسم من 4 إلى 6 شهور. وسلوك الأم التي لا تترك الطفل لوحده والتي تضعه على ظهرها، هذا السلوك يجب الحفاظ عليه التي تقوي الرابطة بين الأم وطفلها، كما أنه لا يعرضه للخطر، كما أن الإشتراك للأباء، الجدات، الإخوة والأخوات في العناية بالطعام، كما أن التلفزيون يؤثر على هذه السلوكات، كإستعمال الغذاء دون المستوى وغالي الثمن.

تقديم المساندة في إستعمال الطرق التقليدية من مختلف التغييرات الإجتماعية وتتضمن على القيام بالنشاطات تساعد في الحفاظ على هذه الطرق في البيئة المتغيرة، والتي تهدف إلى إعادة الثقة إلى الأمهات. مثل إستعمال الرضاعة الإصطناعية بدل إستعمال الرضاعة الطبيعية، بإعتبارها أسهل طريقة، إستعمال سوائل التمييه بدلا من السوائل المحلية وحليب الأم، وتفضيل الأم لطفلها أن يبقى في البيت أمام التلفزيون بدلا من أن يرافقها في السوق.

9.5. الحماية والترقية بالأنماط الحياة

تقريبا كل الحكومات البلدان تقوم بالتطوير مع العمل التحسيسية بمساعدة المنظمات الدولية (OMS- UNICEF). ويعني التطور التغيير الإقتصادي سياسي، الإجتماعي، الثقافي. مع أحيانا تعديل القيم الفردية وحتى الجماعية، مع إقتراح أدوات التغيير الذي يجب أن يحقق بشكل دقيق لنتحصل على نتيجة إيجابية، هناك ثمان إستراتيجيات لترقية الغذاء المناسب وطريقة الصحية الجيدة والسليمة من الأمراض المعدية. إنه من الواضح ذلك التغيير ومن الضروري في منطقة تتواجد بها سوء التغذية مع وجود أمراض ووجود بيئة غير صحية، ومن هنا جاءت الفكرة والحاجة إلى تحسين معرفة، مصادر ومستوى الحياة.

التغيير السريع خلال 50 سنة الأخيرة: عدلت طريقة الحياة، إستعمالات الإجتماعية سلبية تختفي وطعام التقليدي يستبدل بالطعام الغربي، بعض من هذه التغييرات ساهمت في تحسين الصحة، نقص وفاة الطفل وبعض الأشكال الخطيرة لسوء التغذية. لكن غالبا، هذه التغييرات جلبت سلسلة من المشاكل الجديدة للصحة والتغذية في المجتمع من أمراض القلب، السمنة، أمراض السلطان، تسوس الأسنان، مرض السكر، ناتج من تعديلات أسلوب الحياة والطعام وفي نفس الوقت زيادة الأطفال المتشردين، القاصرين الصغار، ترك العجائز بدون عناية والأمراض العقلية.

كل التغييرات نحو التحضر، خاصة الفئة التي لاتعاني من مشاكل التغذية فهي سلبية، قد تكون إيجابية للفئة المحتاجة والفقيرة الذي تحتاج إلى الحماية والعناية الصحية والطعام الكافي. نحن لانعني إن التغيير سلبي 100% بل هو حتمي وضروري لتحسين التغذية والصحة، وكل بلد يجب أن يختار أفعالها بشكل حر، عندما تقرر بالتغيير. فعلى البلدان يجب أن تحمي كل الإستعمالات التقليدية المادحة إلى الصحة وإلى التغذية الجيدة، وأن تعطي أولوية في الحماية الطعام التقليدي الجيد.

تهدف الإستراتيجيات إلى طريقة الحياة أصح حول الطعام، توجيهات حول مختلف الميادين: التربية، الإتصال مع وزراء الزراعة، حول الصحة والتربية المرأة أو حول تطور الجماعة... إلخ، لكل مجتمع له نمط غذائي معين، ويجب المحافظة عليه مع إدخال بعض التعديلات. التربية الغذائية قد إستعملت على النحو واسع للسنوات، للترقية والنمو الجيد للأطفال وتناقص كل أشكال سوء التغذية، أي برنامج مغذي يجب أن يشجع إستهلاك الطعام المتكيف. في أغلب الحالات، محتويات التربية الغذائية، يجب أن تكون واسعة بعد تحليل المشكلة، التربية أي التغذية يجب أن تكون المعنية فيما يتعلق بالحقيقة اليومية.

السبب الرئيسي لسوء التغذية في آسيا، إفريقيا وفي أمريكا اللاتينية هي سرعة الحرارة الغير كافية، النصيحة الأولية، أن تعطي بنفس الكمية ولكن مع إضافة تعديلات، والسبب يعود إلى فشل البرامج التغذوية خاصة إلى المعيير لأي بلد، من إعطاء الحليب 3 كؤوس أو سمك أو بيضة، لحوم إلى أطفالهم يوميا؛ من المستحيل خاصة العائلات الفقيرة.

وبالتالي هناك توافق في البرنامج التغذوي مع مساهمة كل الوزارات (الصحة، الزراعة، التربية، تطور الجماعة)، وأيضا وسائل قد تكون غالية وفعالة الراديو وقناة التلفزيون والإعلانات. على الرغم من بعض النجاحات، إلا أن التربية المغذية فشلت بشكل عالمي في محاولتها أن تحسن الطعام وأن تخفض سوء التغذية ضمن بلد أو ضمن جماعة لأن السبب يعود إلى الطرق المستعملة للتغييرات المتوقعة وأيضا إلى السلوك. تتمثل الإستراتيجيات حول التربية الغذائية وهي سبعة:

- (1)- تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات بشكل متكرر بالطعام الموجود.
- (2)- زيادة الحجم في كل وجبة خلال فترة الفطام.
- (3)- تشجيع الإطعام الأمومي وتنشيط إستعمال قنينة الإرضاع.
- (4)- تشجيع الإستشارات الولادية مع إضافات لكل من الحديد وحمض الفوليك لتجنب مخاطر الولادة.
- (5)- تشجيع الزيارات في مراكز الأمومة والطفولة (PMI) لمتابعة النمو والتلقيح.
- تعليم وتوعية للأهمية ودور المواد الأساسية من البروتين وغيرها للجسم ولنمو الطفل ونظافة مع دور المياه.
- (6)- أهمية تتبع الإطعام الأمومي في حالة الإسهال وعلى إستعمال الوسائل المتوفرة في البيت و محاليل التمييه (SOR).
- (7)- معلومات حول تباعد بين الولادات والوسائل مع تحديد حجم العائلة.

1.9.5. التغذية عند الفئة المحرومة

تتمثل في الأطفال الأقل من خمسة سنوات والحوامل والتي ترضع يعانون من نقص في التغذية للأسباب متعددة، يتأثر مستوى الحالة التغذوية للأطفال والأمهات بعدة عوامل ديمغرافية وإقتصادية وإجتماعية وبيئية مثل عمر الطفل وترتيبه بين أخواته والمدة بينه وبين المولود السابق ومستوى تعليم الأم، الخصوبة، الزواج المبكر، سن الأم، ومكان الإقامة وخصائص الذي يعيش فيه مثل نوع المرحاض، نوع الأرضية،.....إلخ.

الفصل 6

الحالة التغذوية للأطفال في الدول العربية

شهدت المنطقة العربية انخفاضا ملموسا في مستويات وفيات الأطفال والرضع وزيادة فرص بقائهم على قيد الحياة في معظم الدول. ويرجع هذا الى السياسات والبرامج الصحية والتنمية التي نفذتها تلك الدول. من هذا المنطلق، أعطى المسح العربي لصحة الأم والطفل (PAPchild)، أهمية خاصة لدراسة سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة، وذلك للتعرف على مستويات انتشار أمراض سوء التغذية والوقوف على اختلافاتها ومحدداتها.

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

هناك تفاوت واضح في نسب انتشار سوء التغذية بمؤشراته المختلفة بين الدول العربية. فبينما تصل نسبة الإصابة بقصر القامة، أدناها في الجزائر 18.1% في 1992 تتبناها سوريا 26.8% سنة 1993، ثم مصر وسودان على التوالي 30.1% سنة 1991 و 33.4% في 1993/1992. فان حوالي 52.5% من الأطفال موريطانيا الذين يقل أعمارهم عن الخمس السنوات يعانون من قصر القامة في سنة 1990. وفيما يتعلق بمؤشر النحافة والذين يعبر عن نقص الوزن بالنسبة للطول، فان أطفال الجزائر ومصر وسوريا أقل تعرضا للإصابة بالنحافة، عكس الحالة في موريطانيا والسودان التي تصل أقصاها بحوالي، (12.9% - 14.7%).

أما بالنسبة لمؤشر نقص الوزن فانها متقاربة في الجزائر ومصر وسوريا وتصل أقصاها في موريتانيا والسودان وتؤكد هذه البيانات كل من (ERESA و REYNALDO 1984)، من أنه في حالة البلدان التي يكون فيها سوء التغذية خفيفا، يزيد انتشار قصر القامة وتتنخفض نسبة النحافة. بينما في الدول التي ينتشر فيها سوء التغذية الحاد أو المتوسط يزيد انتشار النحافة أكثر وضوحا. وتجدر الإشارة الى أن مؤشرات سوء التغذية تتقارب في الدول التي تتقارب في ظروفها الاقتصادية والديمغرافية، مما يؤكد الارتباط الوثيق بين انتشار سوء التغذية وهذه الظروف.

الجدول 08: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة في بعض الدول العربية [148%] ص 6 .

المصدر رقم 17: WHO, 1992, Global , Database on child 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

1.6. الحالة التغذوية في البلدان العربية من خلال المعطيات المشروع PAP child

1.1.6. الاختلافات في الحالة التغذوية بين الدول العربية

يتأثر مستوى الحالة التغذوية للأطفال بعدة عوامل ديمغرافية واقتصادية واجتماعية وبيئية مثل: جنس الطفل، وعمره و ترتيبه بين اخواته والمدة بينه وبين المولود السابق ومستوى تعليم الأم ومحل الإقامة وخصائص الذي يعيش فيه مثل نوع المرحاض، ونوع الأرضية..... الخ

1.1.1.6. إختلافات سوء التغذية حسب الجنس والعمر

وجدت الدراسات أن نقص الوزن منتشر أكثر بين الذكور عنه بين الإناث وذلك في كل من الجزائر، مصر، سوريا، وموريتانيا. ويرجع ذلك الى عدة أسباب منها الضعف النسبي في البنين الصحي للذكر عند الولادة وخلال الفترة الرحمية مقارنة بمقارنتنا بصحة الأنثى، مما يؤثر مباشرة على الوزن. ونجد العكس في السودان حيث نجد نقص الوزن في الإناث أكثر من

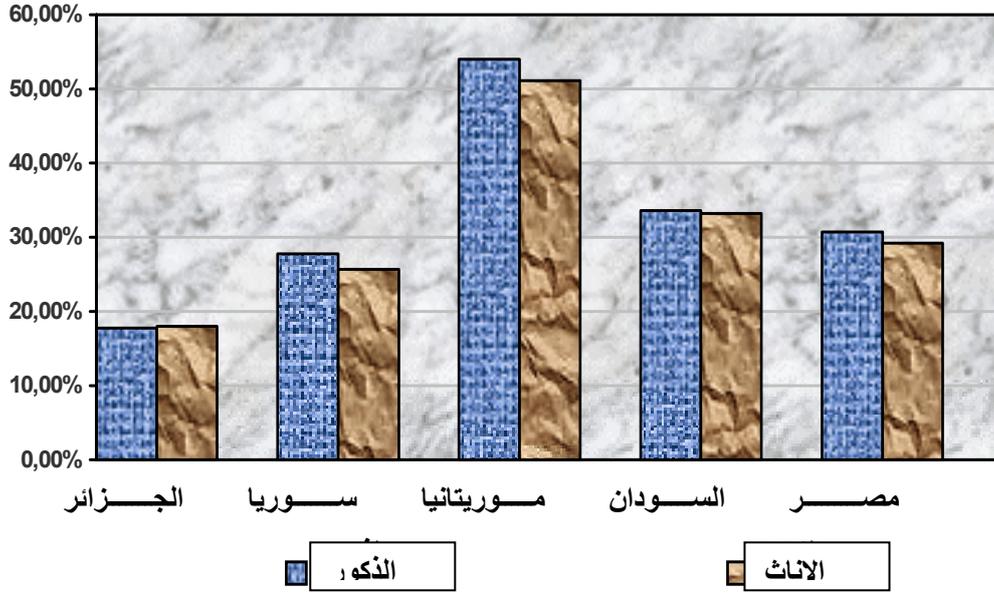
الجدول 09 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة

حسب الجنس والدولة [148(%) ص6].

المصدر رقم 18: حافظ شقير وآخرون، المؤتمر العربي لصحة الأم والطفل 1999، 7.

سنة المسح	الأنثى			الذكور			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	5,5	18,4	9,1	5,6	17,8	9,3	الجزائر
93	7,7	25,7	11,3	8,5	27,8	12,9	سوريا
90	15,3	51,1	47,5	14,0	54,0	47,8	موريتانيا
93/92	13,5	33,2	35,5	12,3	33,6	33,2	السودان
91	3,0	29,2	9,7	4,0	30,7	11,1	مصر

أما قصر القامة، ففي كل من مصر وسوريا وموريتانيا ينتشر قصر القامة عند الذكور أكبر منه بين الإناث، بينما لا يوجد اختلاف 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 اختلاف في الجزائر.



الشكل 09: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الجنس والدولة [148] ص 9.

المصدر رقم 18: حافظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق، ص 9

وبصفة عامة نلاحظ أن سوء التغذية تختلف من دولة إلى أخرى حسب العمر، بحيث أن نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن تبلغ أقصاها بالنسبة للأطفال في فئة العمر (6-11) شهرا في مصر، وفي فئة العمر (12-23) شهرا في كل من موريتانيا والسودان (الجدول 310).

جدول (310): نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن حسب العمر والدولة [148(%)]. ص10.

المصدر رقم 19: حافظ شقير وآخرون، نفس المرجع السابق، ص 12

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

أما نسب الأطفال الذين يعانون من قصر القامة تبلغ أقصاها في الفئة (12-23) شهرا في كل من الجزائر ومصر، أي في الفترة التي يتم فيها الفطام واستبدال حليب الأم بأسلوب وموارد تغذوية، ثانيا تتأثر بالوضع الاقتصادي وبالعوادات والتقاليد لكل مجتمع (الجدول 11 3).

جدول (311): نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب العمر والدولة [148(%)]. ص10.

المصدر رقم 20: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

سنة المسح	عمر الطفل بالأشهر						الدولة
	59-48	47-36	35-24	23-12	11-6	5-0	
92	4,6	4,2	4,0	6,6	7,4	9,9	الجزائر
91	2,7	2,1	1,6	4,2	6,9	9,1	مصر
93	8,7	7,1	6,6	10,2	6,0	9,7	سوريا
93/92	11,0	11,0	13,0	19,4	15,6	5,9	السودان
90	18,4	14,9	15,4	15,6	11,9	7,2	موريتانيا

ونسب الأطفال الذين يعانون من النحافة، نجد أقل من 6 أشهر في مصر والأطفال في فئة العمر (6-11) شهرا في الجزائر، وفي الفئة (12-23) شهرا في سوريا والسودان هي أكثر الفئات تعرضا للنحافة (الجدول 12 3).

جدول (312): نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من النحافة حسب العمر والدولة (%148)

ص10..

المصدر رقم 21: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) 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

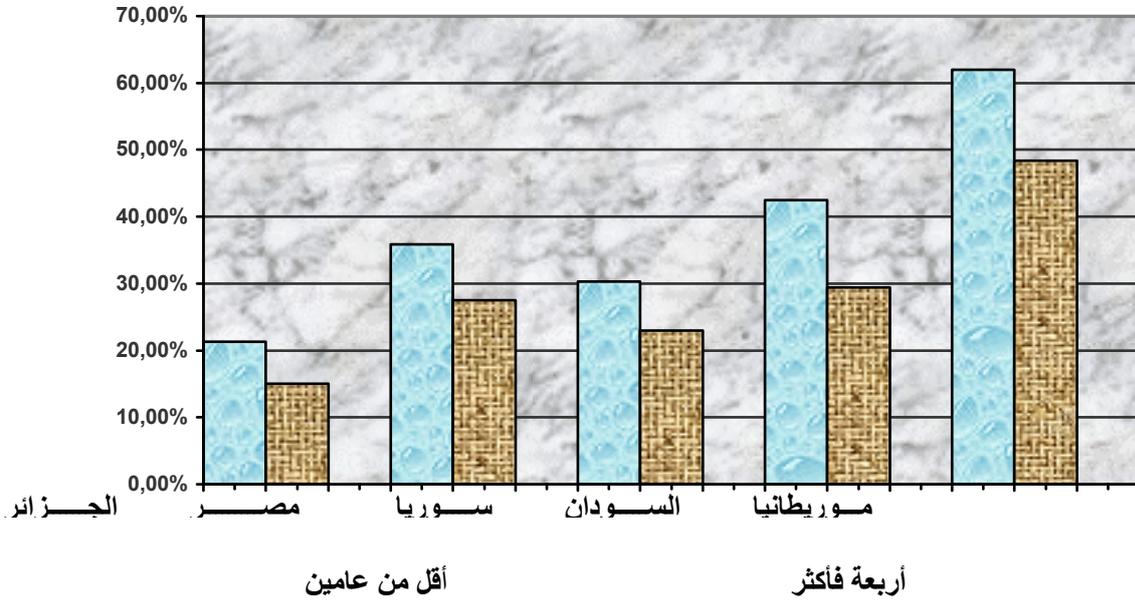
2.1.1.6. طول الفترة بين ولادة الطفل والمولود الذي سبقه

ان نسبة الاصابة بنقص الوزن وقصر القامة، تقل كلما طالت الفترة بين الولادة الطفل والطفل السابق، وذلك في كل الدول التي شملها المسح. غير ان البيانات لم تعكس هذا النمط بالنسبة للمولود الأول. أما بالنسبة للاصابة بالنحافة، فان بيانات الجدول لم تعكس النمط المتوقع الا في مصر، حيث نلاحظ انخفاض في نسب الاصابة بالنحافة كلما طالت الفترة (الجدول 4.13 والشكل 2.9).

جدول 4.13: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب طول الفترة السابقة بين الولادات والدولة (%148) ص10..

الصدر رقم 22: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (10-7)

سنة المسح	الفترة السابقة بين الولادات												الدول
	+4			3-2 سنة			أقل من 2 سنة			الطفل الأول			
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	4,9	15,0	7,8	6,0	18,2	10,0	5,9	21,3	10,5	4,4	16,0	7,0	الجزائر
91	2,5	27,5	9,6	3,5	33,0	10,7	4,4	35,9	12,1	3,1	37,1	13,4	مصر
93	11,3	23,0	11,1	7,4	26,6	10,9	9,1	30,3	10,2	6,1	24,2	10,4	سوريا
93/92	14,4	29,4	31,8	11,7	32,9	34,1	14,9	42,5	41,6	11,8	26,1	28,1	السودان
90	14,5	48,4	43,2	15,3	50,8	46,3	15,5	62,0	55,0	13,0	50,9	43,8	موريتانيا



المصدر رقم 23: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية في الأقطار العربية، القاهرة (10-7) يونيو 1999.

شكل 10: نسب الأطفال دون الخامسة، الذين يعانون من قصر القامة حسب طول الفترة بين الولادات والدولة. [148] ص10

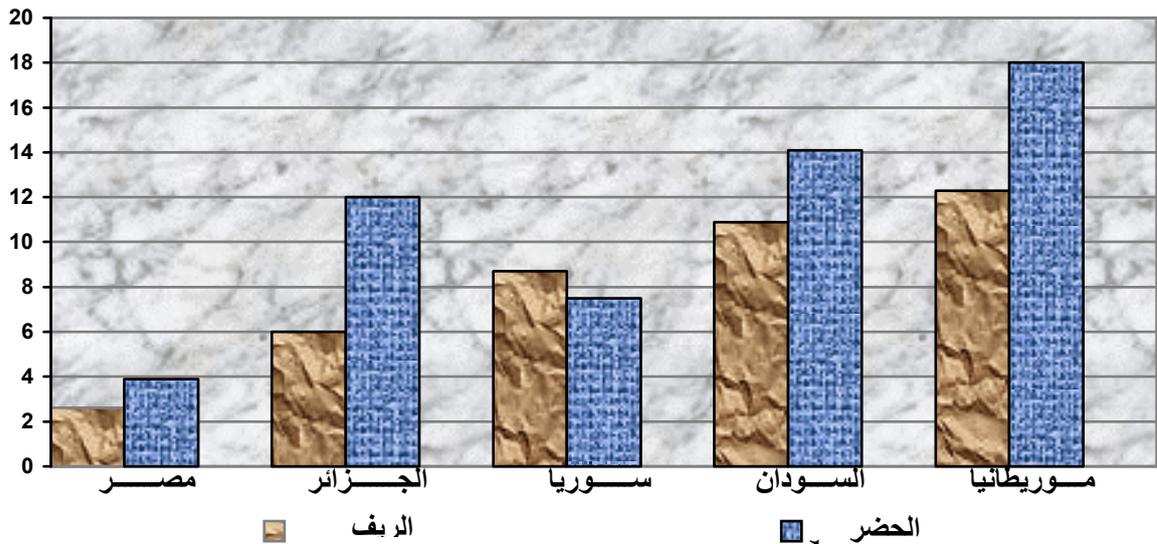
3.1.1.6. مكان الإقامة

توجد فوارق جوهريّة بين نسب الإصابة بسوء التغذية بين المقيمين في المناطق الحضرية وأقرانهم المقيمين في المناطق الريفية. وتتباين هذه الفروق بين الدول موضع الدراسة. ويلاحظ اتساع الفوارق بين الريف والحضر في معظم الدول بالنسبة للإصابة بالحنفاة. (الجدول 5.14 والشكل 3.10).

الجدول 14 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة، حسب مكان الإقامة والدولة (%).

سنة المسح	مكان الإقامة						الدولة
	ريف			حضر			
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
91	3.9	33.6	12.1	2.6	23.3	7.0	مصر
92	5.9	22.2	11.2	5.0	13.1	6.8	الجزائر
93	7.5	27.6	12.8	8.7	26.0	11.5	سوريا
93/92	14.1	39.2	40.4	10.9	23.2	23.8	السودان
90	18.0	55.5	49.8	12.3	58.2	44.3	موريتانيا

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



المرجع : حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999

شكل رقم 11: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من النحافة حسب مكان الإقامة والدولة.

4.1.1.6. المستوى التعليمي للأم

يؤثر تعليم المرأة على الوضع تغذوي 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). 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.

وتبلغ مستويات هذه الإصابة أدها بين الأطفال 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 بفوارق 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. بالنسبة للأطفال لهلاء الأمهات فاننا نلاحظ أن نسبة الأطفال المصابين بقصر القامة متساويا. والجزائر %11.5، سوريا %18.2، مصر %18.2، السودان %13.6، موريتانيا %50.8. لعل هذا 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 (الجدول 6.15).

الجدول 6.15 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب المستوى التعليمي للأمم والدولة (%).

سنة المسح	المستوى التعليمي للأمم														الدولة	
	لم تذهب للمدرسة			ذهبت بدون شهادة			أبتدائي			أعدادي			ثانوي فأكثر			
	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة	النحافة	نقص الوزن	قصر القامة		النحافة
92	11,0	21,6	5,9	7,9	14,5	4,7	6,3	121,9	5,7	6,3	11,6	5,3	4,6	11,5	6,0	الجزائر
91	12,3	35,2	3,1	8,0	26,6	2,7	9,9*	24,5	4,6*	-	-	-	6,0	18,2	4,6	مصر
93	17,1	31,5	9,1	8,8	28,1	7,7	10,3	24,6	9,1	6,4	21,4	5,2	7,4	18,2	5,8	سوريا
92/93	41,4	40,2	14,4	33,1	33,7	10,6	24,4	25,4	10,2	25,2	20,0	15,7	17,7	11,5	6,0	السودان
91	48,1	52,4	15,3	47,2	52,7	14,5	42,6	52,9	12,8	35,7	28,6	10,7	32,2	18,2	4,6	موريتانيا

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

*تشمل أبتدائي / أعدادي .

2.1.6. الحالة التغذوية وبعض الظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل

سوف يتناول هذا الجزء تحليل العلاقة بين انتشار سوء التغذية وبعض خصائص المسكن.

1.2.1.6. نوع أرضية المسكن

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

ان الأطفال الذين يعيشون في أرضيتها بلاط أو اسمنت أو خشب وهي الأنواع الصحية السهلة التنظيف، اقل عرضة للاصابة 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 الاصابة بسوء التغذية حسب نوعية الأرضية والدولة، وتضييق الفوارق في موريتانيا (الجدول16).

الجدول.16 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب نوعية أرضية المسكن والدولة (%).

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

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

2.2.1.6. 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 المون والمأكولات حتى لا تتلف. إن نقص الوزن وقصر القامة والنحافة، في حالة وجود مطبخ داخل الوحدة السكنية أقل شدة منها في حالة وجود مطبخ أو يوجد مطبخ خارج الوحدة السكنية وذلك في جميع الدول العربية التي شملها المسح (الجدول 8.17).

الجدول 17: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود المطبخ (%).

سنة 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

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

3.2.1.6. 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. فمستويات 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. ويلاحظ 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 (الجدول 9.18).

الجدول 18: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب وجود شبكة المياه (%).

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

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

4.2.1.6. طريقة تنقية المياه

تعتبر تنقية المياه من العوامل التي تؤثر على الإصابة بسوء التغذية، حيث إن تنقية المياه سواء بغليها أو إضافة الكلور أو عن طريق الفلتر يؤثر سلبا على الإصابة بأمراض الجهاز الهضمي، وبالتالي على المستوى التغذوي للطفل. ويتغير مستوى انتشار سوء التغذية حسب طريقة تنقية المياه، حيث نجد أن مؤشر نقص الوزن يقل في حالة تنقية المياه بالغليان أو الكلور أو عن طريق الفلتر وذلك في معظم الدول، ويلاحظ هذا النمط بالنسبة لكل من قصر القامة والنحافة (الجدول 19).

جدول 19.: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب طريقة تنقية المياه والدولة (%).

سنة المسح	أخرى			مرحاض صحي			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	6,2	23,9	11,7	5,2	14,7	7,9	الجزائر
91	3,5	37,4	13,9	3,5	26,5	8,8	مصر
93	9,1	34,9	18,1	8,0	25,4	11,1	سوريا
93/92	13,3	34,6	35,6	8,1	18,2	18,2	السودان
90	15,0	54,6	50,0	13,4	44,0	38,3	موريتانيا

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

5.2.1.6. شبكة الصرف الصحي

يعد المرحاض مصدرا داخل البيت من جهة، ومكان لانتقال الأمراض والجراثيم من جهة أخرى. ويتضح 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 (الجدول 20).

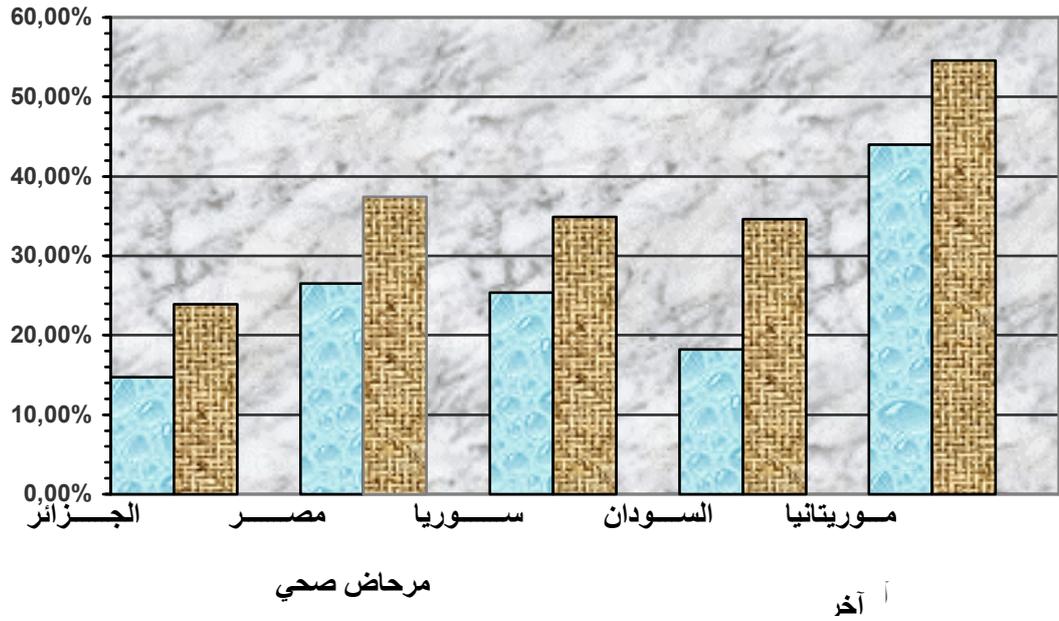
الجدول 11.20: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب نوعية المرحاض والدولة (%).

سنة المسح	أخرى			الغليان / كلور / الفاتر			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	5,8	18,0	9,7	4,6	18,5	8,1	الجزائر
91	3,4	30,2	10,5	7,5	12,5	5,0	مصر
93	8,1	26,9	12,2	8,1	23,0	9,5	سوريا
93/92	13,0	33,6	34,7	11,1	26,7	23,3	السودان
90	14,8	53,5	48,6	13,9	48,7	43,9	موريتانيا

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

وتتفاوت مقدار الفجوة بين المجموعات حسب الدول. فبالنسبة لقصر القامة، يصل الفارق في نسبة الإصابة بقصر القامة بين أطفال الأسر التي لديها مرضاض صحي وأطفال الأسر التي ليس لديها مرضاض صحي إلى حوالي 12 % في موريتانيا (الشكل 12).

الشكل 12 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب تواجد المرضاض الصحي



المصدر رقم 19 : حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10).
الشكل 12 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب تواجد المرضاض الصحي

6.2.1.6. التلخص من القمامة

إن نسبة إنتشار سوء التغذية بين الأطفال الأسر التي تتلخص، من القمامة أما 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 (الجدول 21).

الجدول 21.: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب طريقة التخلّص من القمامة والدولة(%) .

سنة المسح	أخرى			مرة في الأسبوع			كل يوم / مرتين في الأسبوع			الدولة
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
92	7,2	22,3	9,7	11,3	18,2	14,5	4,7	16,7	8,9	الجزائر
91	2,1	32,7	11,2	5,5	38,5	12,0	3,7	27,7	9,9	مصر
93	10,2	31,0	17,2	11,1	31,9	15,3	7,5	25,7	10,9	سوريا
93/92	14,8	39,3	41,7	11,1	25,7	24,5	11,5	29,7	29,9	السودان
90	14,6	55,2	49,6	14,8	49,1	45,7	14,7	47,2	43,6	موريتانيا
المصدر: حافظ شقيب وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.										

كما تؤثر عدد مرات التخلّص من القمامة بصورة منتظمة ومتقاربة على المستوى ودرجة التعرض للأمراض بصفة عامة ولسوء التغذية بصفة خاصة. ان نقص الوزن يقل بين أطفال الأسر التي تتخلص من القمامة يوميا أو مرتين في الأسبوع على الأقل عنه بين أطفال باقي الأسر، وذلك في معظم الدول محل الدراسة. ويلاحظ نفس هذا النمط بالنسبة للمؤشرين الآخرين، قصر القامة والنحافة (الجدول 13.22).

الجدول 22: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب عدد مرات التخلص من القمامة والدولة.

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

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

3.1.6. الإصابة بالإسهال

إن النسبة الأطفال المصابين بقصر القامة وكانوا يعانون من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين على المسح أعلى من مثيلاتها بين الأطفال الذين يتعرضوا للإصابة بالإسهال خلال نفس الفترة. ويلاحظ هذا النمط في كل الدول العربية التي شملتها الدراسة، ولكن تجدر الإشارة إلى الفوارق بين نسب الإصابة بقصر القامة بين الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال والذين لم يصابوا خلال الأسبوعين السابقين على المسح تتباين حسب الدولة (الجدول 14.23 والشكل 5.12).

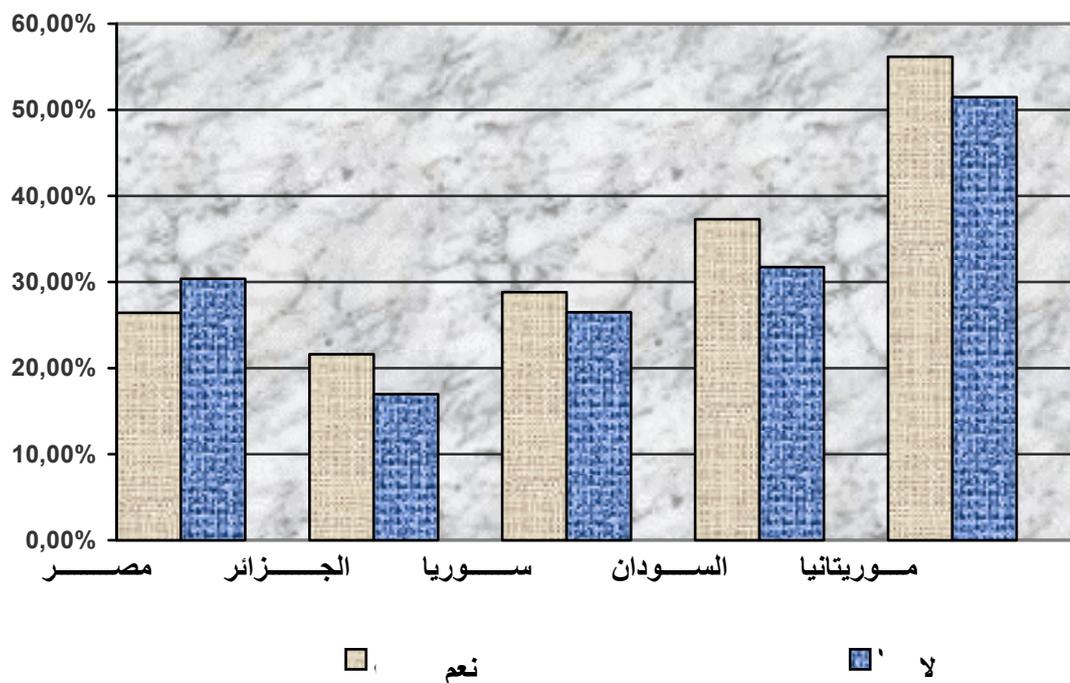
الجدول 23: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن أو قصر القامة أو النحافة حسب

الإصابة بالإسهال والدولة (%).

سنة المسح	الإصابة بالإسهال						الدولة
	لا			نعم			
	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	النحافة	قصر القامة	نقص الوزن	
91	3,3	30,4	10,2	4,8	26,4	11,7	مصر
92	5,7	17,0	8,5	5,1	21,6	11,4	الجزائر
93	8,2	26,5	11,5	7,6	28,8	15,5	سوريا
93/92	11,3	31,7	31,6	16,6	37,3	40,5	السودان
90	13,4	51,5	46,5	19,8	56,2	53,6	موريتانيا

المصدر 20 : حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10).

الشكل 5.12 : نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الإصابة بالإسهال.



الشكل 13: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الإصابة بالإسهال.

4.1.6. العلاقة بين وفيات الأطفال والإصابة بسوء التغذية

حسبت معدلات وفيات الرضع والأطفال 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.

بلغ 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 اتساع هذا الفارق في الدول الثلاثة الأخرى، ويصل أقصاها في مصر وتعكس البيانات نفس النمط بالنسبة لوفيات الأطفال بين العمر (4-1)، 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 4-1 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 (الجدول 24.15).

الجدول 24. معدلات وفيات الأطفال والرضع في أربع دول عربية حسب ما إذا كان بالأسرة طفلا يعاني من سوء التغذية أم لا (%)

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

المصدر 21: حافظ شقير وآخرون، الحالة التغذوية للأطفال في الأقطار العربية، القاهرة (7-10) يونيو 1999.

2.6. الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر حسب الدراستين MDG 1995 وEDG 2000

1.2.6. الدراستين MDG و EDG

1.1.2.6. دراسة MDG 1995

تم تطبيقها في أكتوبر 1995 بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان والمنظمة العالمية لـUNICEF، وهذا من أجل تحقيق صحة أفضل للأم والطفل. وتمت معالجة مختلف الجوانب: تنقية المياه، نقص اليود، تربية الأطفال للأم والطفل، وسائل منع الحمل، الرضاعة الطبيعية وغيرها. بحيث تم أخذ مجموعة من الأسر، وهذا في 6/11/1995 و 10/10/1995، 18 قطاع صحية التي وزعت على خمس مناطق للبلاد وهي:

قسنطينة، الجزائر العاصمة، وهران، بشار، ورقلة 5250 أسرة التي تم استخراج فيها 150 و 35 عائلة في كل عنقود.

2.1.2.6. أما الدراسة EDG 2000

تم تطبيقها من طرف وزارة الصحة والسكان وبالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة UNICEF و OMS. تم أخذ عينة مكونة من 5238 أسرة و 4427 طفل أقل من خمسة سنوات حيث: نسبة الذكور، تمثل 51.5%، والإناث 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 بالمعدل 1.4% لم يأخذوا بعين الاعتبار

الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر، تتأثر بعدة عوامل ديمغرافية و إقتصادية و اجتماعية و بيئية. وهذا ما أكد عليه الدراستين MDG 1995 و EDG 2000، من خلال نتائجها بالإعتماد على المؤشرات الثلاثة للمقاييس الأنتروبومترية.

2.2.6. الطول بالنسبة للعمر أو قصر القامة HAZ

فحسب (MDG 1995)، تبين أن 18% من الأطفال لهم قصر القامة المتوسط و 7% الحاد. كما نلاحظ إنخفاضا في قصر قامة المتوسط والحاد حسب دراسة (EDG 2000) إذ تمثل على التوالي (11% - 5.1%). ويتضح 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 الحادة، يرتفع بعد السنة الأولى من العمر فقط. مع العلم أن الفترة (12-23) شهرا، تمثل الفترة التي يتم فيها الفطام وإستبدال حليب الأم بالأسلوب وموارد غذائية. كما تتأثر بالوضع الإقتصادي وبالعادة والتقاليد المجتمع الجزائري، ويلاحظ عدم وجود فرق بين الجنسين من حيث قصر القامة. الوضعية التغذوية للطفل الحضري أفضل من الريفي، لأن في الحضر، يتم توفير الخدمات الصحية والاجتماعية من الناحية الكمية والكيفية. وإرتفاع وعي الأمهات بقواعد التغذية السليمة والكاملة، بإضافة إلى الظروف الاقتصادية والبيئية، وهذا ما لا نجده في الريف.

لا يوجد إختلاف في التغذية حسب مكان الإقامة كما يلاحظ عدم وجود فرق، لقصر القامة في الشمال والشرق والغرب، بينما هناك إختلاف في الجنوب بشكل كبير في كل من MDG 15% بالنسبة للمتوسط و 10% حاد، أما EDG نجد 31.7% من المتوسط و 12.8% الحاد. وهذا بسبب إنعدام وسائل الإتصال في الجنوب بالإضافة إلى صعوبات المعيشة القاسية للسكان وهذا ما يآثر سلبا على صحة الطفل. كما تأثر المتغيرات البيئية والظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل، على حالته الصحية و التغذوية، فإن الكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب الغير نقية و الحيوانات.

كما أن عدم توفر الصرف الصحي وعدم نظافة المسكن، يساعد على انتشار الميكروبات والطفيليات التي تؤثر على الحالة الصحية للأطفال. بالإضافة إلى مدى ازدحام المسكن المتعلقة بمستوى معيشة أفراد الأسرة. وهذا ما أكد عليه Mosely في نموذج التصوري. دراسة MDG لم تأخذ بالعين الاعتبار متغير نوعية المسكن لدراسة الحالة التغذوية. بينما في EDG تمت دراسة نوعية المسكن، حيث نجد نسبة كبيرة من قصر القامة المتوسط والحاد يقيمون في مساكن من نوع حوش ومنازل تقليدية و ثوربي (الجدول رقم 25).

3.2.6. نقص الوزن بالنسبة للعمر WAZ

يتضح من خلال MDG أن طفل من بين كل 10 أطفال يعانون من نقص الوزن المتوسط بالنسبة للعمر ونجد 3% من نقص الوزن الحاد. بينما في EDG، متوسط نقص الوزن 6.0% أما الحاد 1.3%. بالنسبة لعمر الطفل حسب MDG، فإن نقص الوزن الحاد والمتوسط يبلغ أعلى مستوياته خلال (6-11) شهرا. لكن في EDG، فنقص الوزن المتوسط يرتفع بين (48-59) شهرا، بينما الحاد خلال (12-23) شهرا. كما يرتفع مستوى نقص الوزن في الريف وفي مناطق الجنوب مع عدم وجود فرق بين الجنسين في كلي من الدراستين، أما الأطفال مقيمين في المساكن من نوع أكواخ، بيوت قزديرية، حوش، قربي، هم أكثر تعرضا للإصابة (الجدول 2.26).

4.2.6. 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 تحسن في الحالة التغذوية. بالنسبة لعمر الطفل بالأشهر حسب الدراستين، متوسط النحافة بين (6-11) شهرا والحاد اقل من 6 أشهر حسب MDG، بالمقارنة مع EDG بين (6-30) شهرا من المتوسط أما الحاد 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 بالنسبة أكبر بالمقارنة (الجدول 3.27).

الجدول 25: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من قصر القامة المتوسط والحاد حسب

EDG وMDG

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
				نوعية المسكن
15,8	4,2	*	*	فيلات ، شقق
21,9	6,7			أخر
				المنطقة
18,1	3,8	10	5	الشرق
10,0	3,6	9	4	الشمال
19,2	3,3	13	9	الغرب
31,7	12,8	15	10	الجنوب
18,0	5,1	*	*	المجموع

الجدول 26: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن المتوسط والحاد حسب MDG و

EDG

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	*	*	أخر
				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	*	المجموع

الجدول 27: نسب الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من النحافة المتوسطة والحادة حسب MDG وEDG.

الوزن بالنسبة للطول				المتغيرات
EDG 2000		MDG 1995		
الحاد	المتوسط	الحاد	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	*	*	سالات ، شقق
0,5	2,0	*	*	أخر
				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

الفصل 7

الدراسات التحليلية لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل في الجزائر

لتقرب أكثر الى الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر، سوف نعتمد في دراستنا على مقياس واحد من المقاييس الأنثروبومترية وهونقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ)، بإعتباره مؤشر الأكثر وضوحا لسوء التغذية الحاد والمزمن. فهو مركب يعكس كلا من نقص التغذية السابق والحديث. ويستخدم هذا المقياس عادة، في العيادات الأطفال لتتبع النمو، كما يتأثر بالتغيرات الموسمية.

العينة المأخوذة للتحليل الوصفي والتفسيري، هو 4238 طفل أقل من خمسة سنوات، المأخوذة من معطيات EDG 2000. كما أن القيم الخارجة عن معتاد الوزن والطول والعمر Flag، والتي لا تطابق المنحنى المعياري هي من 0 الى 7. نعتمد في هذه الحالة على التصحيح المرجح، وحسب مؤشر نقص الوزن نأخذ القيم (0.1.2.3). والبرنامج الذي سوف نتبعه للتحليل هو SPSS.

سنحاول في دراستنا إعطاء تحليل وصفي، للحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، بوجود العوامل الديمغرافية وإقتصادية وإجتماعية والبيئية، وهذا من خلال المتغيرات الخاصة بالدراسة التالية:

حسب خصائص المحيط والمسكن: محل الإقامة، الوسط السكاني، نوعية المسكن، متوسط عدد الأفراد بكل حجرة، شبكة المياه الصالحة للشرب، تواجد شبكة الصرف الصحي. أما خصائص الأم: إتجاه تنظيم الأسرة، إستعمالها الرعاية الصحية، التلقيح أثناء الحمل، خصائصها الشخصية، معرفتها للأمراض الجهاز التنفسي (IRA). وأخيرا حسب خصائص الطفل: الجنس والعمر.

نلاحظ أن الوضع التغذوي للطفل الحضر أفضل من نظيره في الريف، التي يمكن تفسيرها، بتوافر الخدمات الصحية والإجتماعية من الناحية الكمية والكيفية في الحضر منه في الريف. كذلك إرتفاع وعي الأمهات بقواعد التغذية السليمة والكاملة، بالإضافة الى تحسين الظروف الإقتصادية والبيئية في الحضر. الوسط السكاني له تأثير على الوضع التغذوي للطفل، خاصة ذات الأماكن المتفرقة، أين تقل فيها كل الخدمات الضرورية، من الرعاية الصحية للأم والطفل. ونظرا لتركزهم في المناطق الريفية،

وبالتالي يصعب الإلتحاق بالمناطق الحضرية بسبب بعد المسافة، وهذا عكس مانجده في الأماكن المتجمعة نوعية المسكن له تأثير على الحالة التغذوية للطفل، بحيث: البناءات الحديثة كالفيلات وشقق، معظمها تتواجد في المناطق الحضرية، ذات الأماكن المتجمعة، أين يتم فيها تحقيق المسكن المأمون والصحي.

1.7. التحليل الوصفي لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والمسكن والأم والطفل

1.1.7. خصائص المحيط والمسكن

1.1.1.7. مكان الإقامة

نلاحظ أن الوضع التغذوي للطفل الحضر أفضل من نظيره في الريف، التي يمكن تفسيرها: بتوافر الخدمات الصحية والاجتماعية من الناحية الكمية والكيفية في الحضر منه في الريف. كذلك ارتفاع وعي الأمهات بقواعد التغذية السليمة والكاملة، بالإضافة الى تحسين الظروف الإقتصادية والبيئية في الحضر. وهذا ما يؤكد عليه، إختبار $Khi2$ ، بأن هناك إرتباط بين مكان الإقامة وسوء التغذية، بحيث $Khi2$ محسوبة 16.5 فهي أكبر من $Khi2$ الجدولة بالقيمة 3.84، عند 95 % بدرجة حرية 1 (الجدول رقم 1.28).

الجدول 28: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب مكان

الإقامة

المجموع		حالة 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
$dl=(2-1)(2-1)=1$ ، عند 95 %، $Khi2$ المحسوبة 16.5، $Khi2$ الجدولة 3.84، عند 95 %، $dl=(2-1)(2-1)=1$.						

2.1.1.7. الوسط السكاني

الوسط السكاني له تأثير على الوضع التغذوي للطفل، خاصة ذات الأماكن المتفرقة، أين تقل فيها كل الخدمات الضرورية، من الرعاية الصحية للأم والطفل. ونظرا لتركزهم في المناطق الريفية، وبالتالي يصعب الإلتحاق بالمناطق الحضرية بسبب بعد المسافة، وهذا عكس مانجده في الأماكن المتجمعة. فالأطفال المقيمين في الأماكن المتجمعة، هم أقل تعرضا لسوء التغذية، بمعدل 5.5%. أما للمقيمين في الأماكن المتفرقة، فسوء التغذية ترتفع، بمعدل 8.2%. وإختبار $Khi2$ ، بين الارتباط بين الوسط السكاني وسوء التغذية (الجدول رقم 29).

الجدول 29: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب الوسط السكاني.

المجموع		نقص الوزن WAZ				الوسط السكاني
		تغذية جيدة		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
اختبار $Khi2$ المحسوبة 14.5، $Khi2$ الجدولة 3.84، عند 95%، $dl=1$.						

3.1.1.7. نوعية المسكن

نوعية المسكن له تأثير على الحالة التغذوية للطفل، بحيث: البناءات الحديثة كالقيلات وشقق، معظمها تتواجد في المناطق الحضرية، ذات الأماكن المتجمعة، أين يتم فيها تحقيق المسكن المأمون والصحي. ونجد عكس ذلك، في البناءات القديمة، كالمنازل تقليدي وأكواخ والحوش وقزدير وآخر، فهي تتواجد في المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة، أين تنعدم فيها كل الشروط الضرورية لنظافة المسكن. مما يساعد على انتشار الميكروبات والطفيليات بسهولة، التي تتسبب في إنتقال الأمراض المعدية.

ونجد 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 الى سوء الحالة الصحية للأطفال. فالأطفال المقيمين في البناءات الحديثة، أقل تعرضا لسوء التغذية، بمعدل 4.6% وسوء التغذية ترتفع في

البيانات القديمة، بمعدل 8.6% وإختبار Khi2، يؤكد الارتباط بين نوعية المسكن وسوء التغذية (الجدول رقم 30).

الجدول 30: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب نوعية المسكن.

المجموع		نقص الوزن WAZ				نوعية المسكن
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
		النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100.0	2697	95.4	2573	4.6	124	قبيلات وشقق
100.0	1541	91.4	1409	8.6	123	منزل تقليدي، أكواخ، آخر
100.0	4238	94.0	3982	6.0	256	المجموع
. % 95، dl=1، 3.84 الجدولة Khi2، 27.25 المحسوبة Khi2						أختبار khi2

4.1.1.7. 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 من نوع بنايات قديمة، أين تنعدم فيها شروط الصحية.

والدخل الفردي للأسرة ينخفض، بسبب تراجع فرص العمل وبالتالي عدم امكانية في تحقيق للأفراد الرعاية الصحية.

عادة كلما زاد معدل تشغيل الغرف TOP، كلما كان متوسط عدد الأفراد في كل حجرة عالي. وبالتالي سوء التغذية يرتفع، 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 Khi2، يؤكد الارتباط بين متوسط عدد الأفراد بكل حجرة وسوء التغذية. (الجدول رقم 31).

الجدول 31 : نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات ، المعرضين لسوء التغذية حسب متوسط عدد الأفراد بكل حجرة .

المجموع		نقص الوزن WAZ				متوسط عدد الأفراد بكل حجرة
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
النسب	تكرار	النسب	تكرار	النسب	تكرار	
100.0	770	96.1	740	3.9	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
. عند 95 % ، dl=2 ، Khi2 المحسوبة 20.70 ، Khi2 المجدولة ،						أختبار Khi2

7-1-1-5 - مصدر مياه الشرب

تأثر المتغيرات البيئية والظروف السكنية التي يعيش فيها الطفل على حالته الصحية والتغذوية، فن الكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب غير نقية، وكل هذا راجع الى صعوبة الحياة في المناطق التي تفتقر الى المياه النظيفة، وعبء الوقت اللازم لاجتياز المياه. هذا الأمر يآثر بشكل مباشر و غير مناسب، على صحة الأم والمهام التي تقدمها لرعاية طفلها. ووصول المياه الى المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة، فهو من أكبر التحديات للدولة. كما أن تزويد الأسر بالقنوات المياه الصالحة للشرب، تعتبر من مؤشرات التنمية البشرية، وهذا بوجود التزام جماعي عام يتيح للسكان الفرصة لتحسين ظروف معيشتهم.

فسوء 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. (الجدول 5.32).

جدول 32 : نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب مصدر المياه الصالحة للشرب .

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	97.2	7.3	77	خارج المنزل (محمية ، غير محمية)
100.0	4238	94.0	3982	6.0	256	المجموع
Khi2 المحسوبة 4.3، Khi2 الجدولة 3.84، dl=1، 95% .						اختبار Khi2

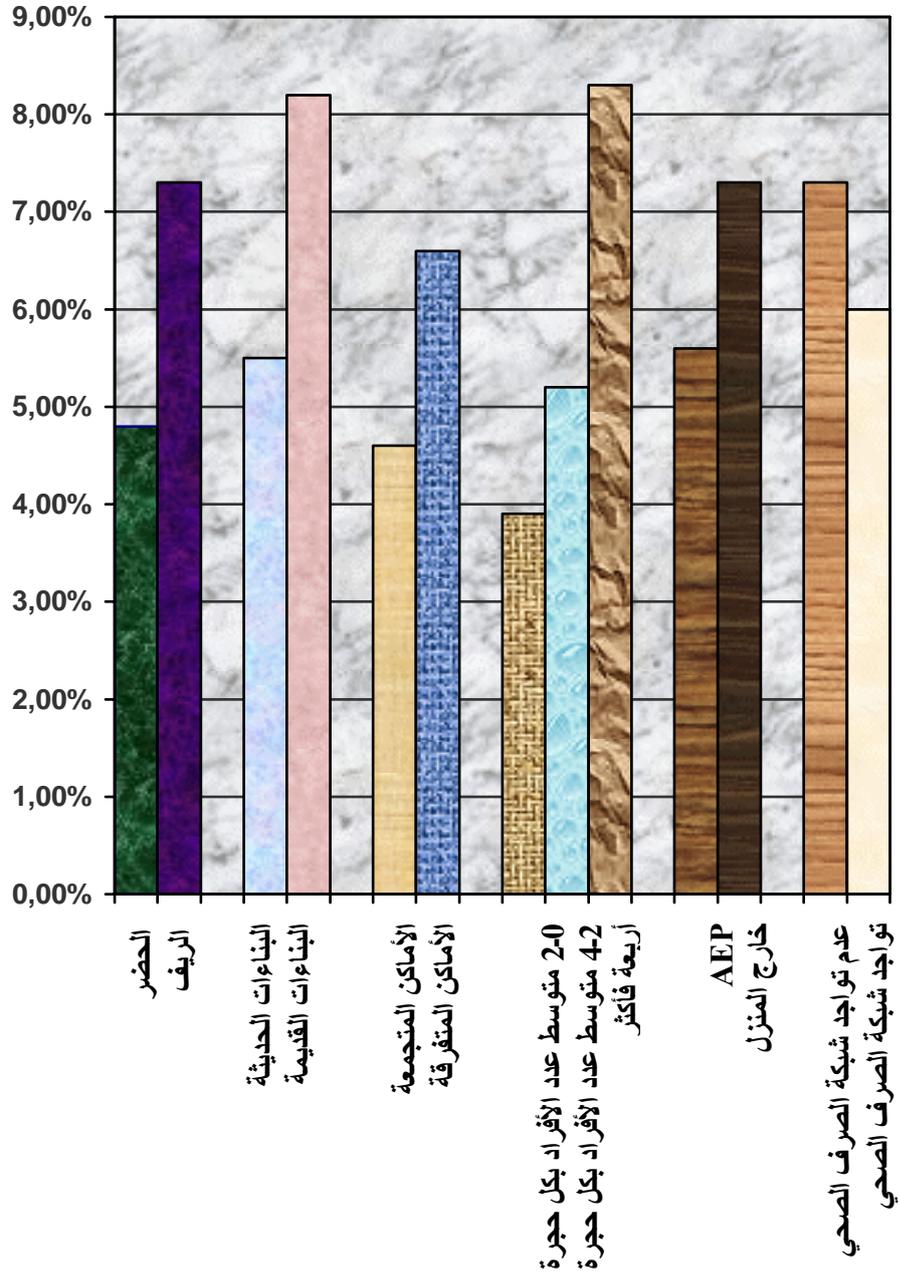
6.1.1.7. تواجد شبكة الصرف الصحي

عدم توفر الصرف الصحي وعدم نظافة المسكن، يساعد على انتشار الميكروبات والطفيليات، التي تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للأطفال. سوء التغذية للأطفال، تنخفض من حيث تواجد شبكة الصرف الصحي، سواء داخل أو خارج المنزل، بمعدل 6.0%. أما في حالة عدم تواجد الشبكة، فهي لا تظهر بوضوح، فمعدل سوء التغذية 7.3%. إلا أن إختبار Khi2، لا يؤكد الإرتباط بين تواجد شبكة الصرف الصحي وسوء التغذية، (الجدول.32)

الجدول 32: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب تواجد شبكة الصرف الصحي .

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
. عند 95% ، dl=1 ، المجدولة ، Khi2 المحسوبة 0.5821 ، Khi2						أختبار Khi2

بيان 14: معدلات سوء التغذية للأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب خصائص الأسرة والمسكن



2.1.7. خصائص الأم

1.2.1.7. خصائصها الشخصية

(أ)- 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 تنافس على الغذاء. وهذا نظرا للإستخدامها وسائل تنظيم الأسرة وبالتالي المباشرة بين الولادات، ضف إلى ذلك يتبعن كل الشروط الضرورية لصحة أطفالهن، لتنفادي الأمراض المعدية، مع توفير الشروط الإقتصادية والإجتماعية. ونجد عكس ذلك للواتي أعمارهن أكبر من 35 سنة، يكون هناك إهمال في الشروط الضرورية للطفل.

مع وجود ميل الى الخبرة الشخصية والأخطار البيولوجية الطبيعية المتعلقة بالبيت كنقص الحليب الخ...، خصوصا إذا كانت اسرة كبيرة الحجم، أين يكثر الإزدحام وهذا ما يؤدي إلى إنتقال الأمراض المعدية بسهولة. إهمالهن للمتابعة الصحية، نظرا لتمركزهم في المناطق الريفية، ذات الأماكن المتفرقة فسوء التغذية تنخفض بين الأعمار 15 الى 34 سنة، بمعدل 5%. أما اللواتي أعمارهن من 35 الى 49 سنة فلمعدل 8%. وإختبار Khi_2 ، يؤكد الارتباط بين عمر الأم وسوء التغذية (الجدول 1.34).

الجدول 34: نسب وتكرار الأطفال الاقل من خمسة سنوات مصابين بسوء التغذية حسب عمر الأم.

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	19-15
100.0	390	94.3	368	5.7	22	24-20
100.0	1129	94.9	1071	5.1	58	29-25
100.0	1214	95.2	1156	4.8	58	34-30
100.0	885	91.7	812	8.3	73	39-35
100.0	454	92.7	421	7.3	33	44-40
100.0	144	93.1	134	6.9	10	49-45
100.0	4237	94.0	3982	6.0	255	المجموع
. عند 95%، $dl=6$ ، Khi_2 الجدولة 12.6، Khi_2 المحسوبة 14.246، Khi_2 أختبار						

(ب). الخصوبة

الحالة التغذوية 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، صف 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 معاً، ويتسبب في إنخفاض وزن المولود، خاصة للنساء اللواتي بدئن الإنجاب في سن مبكر. مما يؤدي إلى تضاؤل القدرة على رعاية الأطفال، وبالتالي تلقي بأعبائها الثقيلة على الأسرة. فسوء 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 اللاتي لديهن من 5 إلى 7 أطفال بمعدل 7.2 % وفيأكثر من 8 فأكثر بمعدل 10.5 %.

وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين الخصوبة وسوء التغذية (الجدول 2.35).

الجدول 35: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات مصابين بسوء التغذية حسب الخصوبة.

المجموع		نقص الوزن WAZ				الخصوبة
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	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
Khi2 المحسوبة 30.73، Khi2 الجدولة 7.81، dl=3، عند 95 %.						أختبار χ^2

(ج). تنظيم الأسرة

السلوكات الديمغرافية للأم لها تأثير على الوضع التغذوي للطفل. فالأم الحضرية هي الأكثر استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة، مما يزيد التباعد بين الولادات، وتجنبها فترات الأمومة الغير الآمنة. خلافاً على الأم الريفية، التي سوف يكون لها أثراً مباشراً على صحة الطفل وإصابته بالأمراض المعدية. بلغت نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، أطفالهن أقل تعرضاً لسوء التغذية 5.2%. أما اللواتي

لايستخدمن، فأطفالهن أكثر تعرضا لسوء التغذية بمعدل 8.6%. وإختبار $Khi2$ ، يؤكد الإرتباط بين تنظيم الأسرة وسوء التغذية (جدول 3.36).

الجدول 36: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين سوء التغذية حسب إسخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة .

المجموع		نقص الوزن WAZ				إستخدام وسائل تنظيم الأسرة
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	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 الأجابة
100.0	4238	94.0	3982	6.0	256	المجموع

إختبار $Khi2$ المحسوبة 15.5، $Khi2$ الجدولة 5.99، عند درجة حرية 2، $dl=2$ ، 95%.

2.2.1.7. خصائصها الصحية

يتأثر مستوى صحة الأمومة بمدى توفر وإستخدام الخدمات رعاية الصحية. من هنا اتضح أن السبب الرئيسي، هو عدم إحساس الحامل لإجراء الكشف، وذلك لعدم تعرضهن لتعقيدات الصحية. وهذا يعني أن الإقبال على إستخدام الرعاية 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 رعاية الصحية في المنطقة التي تقطن فيها.

أ. متابعتها الصحية عند آخر حمل لها

وقد نلاحظ ارتفاع نسبة متابعة آخر حمل لها، بين الحوامل الأصغر سنا، وبين المقيمتات في المناطق الحضرية .

لاتوجد هناك فوارق، بين النساء الحوامل اللاتي تلقين بمعدل 5.8% واللواتي لم يلقين الرعاية أثناء آخر حمل لها بمعدل 7.1%. وإختبار $Khi2$ ، يؤكد عدم وجود إرتباط بين متابعة المرأة عند آخر حمل لها وسوء التغذية. (الجدول رقم 4.37).

الجدول 37 : نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم عند آخر حمل لها .

المجموع		نقص الوزن WAZ				متابعتها عند آخر حمل لها
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	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	4229	94.0	3974	6.0	255	المجموع
.dl=2 عند درجة حرية 2، 5.99 المجدولة بقيمة 2.7، Khi2 المحسوبة بقيمة 2.7، Khi2 المجدولة بقيمة 5.99، عند درجة حرية 2.						أختبار Khi2

(ب) . المكان الصحي المتخصص في ولادة طفلها الأخير

عمليات الولادة تتم، بمساعد الكادر الطبي من قابلات قانونيات وأطباء، مع توفير كل الشروط اللازمة لإجراء العملية. فمعظمها تجرى، في المراكز الصحية التابعة للدولة. وفي عيادات خاصة، والمنزل . يوجد هناك اختلاف لسوء التغذية وهذا أينما كانت الولادة. فالمعدلات التابعة للدولة وعيادات خاصة 5.8 %، بينما في المنزل بمعدل 8.6 % . فإختبار Khi2، يؤكد على عدم وجود إرتباط بين المكان الصحي المتخصص وسوء التغذية (الجدول 5.38).

الجدول 38: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية، حسب مكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير.

المجموع		نقص الوزن WAZ				مكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100.0	3853	94.2	3629	5.8	224	تابعة للدولة ، عيادات خاصة
100.0	361	91.4	330	8.6	31	المنزل
100.0	1	100.0	1	-	-	آخر
100.0	4215	93.9	3960	6.1	255	المجموع
95% ، dl = 2 ، 5.99 المجدولة Khi2 و 4.394 المحسوبة هي Khi2						اختبار Khi2

(ج). متابعتها للرعاية خلال 3 أشهر بعد الوضع

هناك مستوى متدني، بين استخدام الرعاية الصحية خلال 3 أشهر بعد الوضع. وهذا راجع، إلى تلقي الأمهات النصائح من مصدر غير متخصص، مثل: خبرتهن والأقارب وآخرون.... ، وبالتالي تهمل متابعتها للرعايتها الصحية. نجد إرتفاع في نسبة سوء التغذية، بين اللواتي لا يتبعن الرعاية الصحية، بمعدل 6.8%، وهناك إنخفاض 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. (الجدول 6.39).

الجدول 39 : تكرار ونسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات مصابين بسوء التغذية حسب متابعة الأم للرعاية خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع.

المجموع		نقص الوزن WAZ				متابعتها خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	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 مبيّن
100.0	4217	93.9	3961	6.1	256	المجموع
. 95% . Khi2 المحسوبة 9.06، Khi2 المجدولة 5.99، درجة الحرية 2، عند 95% .						اختبار Khi2

(د) . متابعة الطفل خلال 3 أشهر الأولى من حياته

نسب سوء التغذية، ترتفع بين النساء اللواتي لا يتبعن أطفالهن خلال 3 أشهر الأولى من حياة، بمعدل 0.7% . بينما نلاحظ نفس الإنخفاض، في سوء التغذية، بين أسبوع من عمر الطفل ومن شهر الى 3 أشهر، بمعدل 5.8% . لكن سوء التغذية، تنخفض أكثر بين أسبوع الى 4 أسابيع، بمعدل 3.0% . وإختبار Khi2، يبين الإرتباط بين متابعة الأمهات لأطفالهن خلال 3 أشهر الأولى من حياتهم. (الجدول رقم 7.40) .

الجدول 40 : نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات المصابين بسوء التغذية حسب متابعة الأم لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته .

المجموع		نقص الوزن WAZ				متابعة الطفل خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	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	4212	94.0	3958	6.0	254	المجموع
Khi2 المحسوبة 13.917 ، Khi2 الجدولة 9.49 ، dl=4 ، عند 95 % .						Khi2 اختبار

(هـ). تلقيح ضد تيتانوس 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 تلقيح ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل. فمعدل سوء التغذية 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. (الجدول رقم 8.41).

الجدول 41 : نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات مصابين بسوء التغذية حسب استعمال الأم التلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها .

المجموع		نقص الوزن WAZ				التلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها
		تغذية جيدة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100.0	2296	93.6	2150	6.4	146	لا
100.0	1918	94.3	1809	5.7	109	نعم
100.0	16	97.1	16	2.9	0	لا تعرف
100.0	4230	94.0	3975	6.0	255	المجموع
Khi2 المحسوبة 13.917 ، Khi2 الجدولة 2 ، dl=2 ، عند 95 % .						Khi2 اختبار

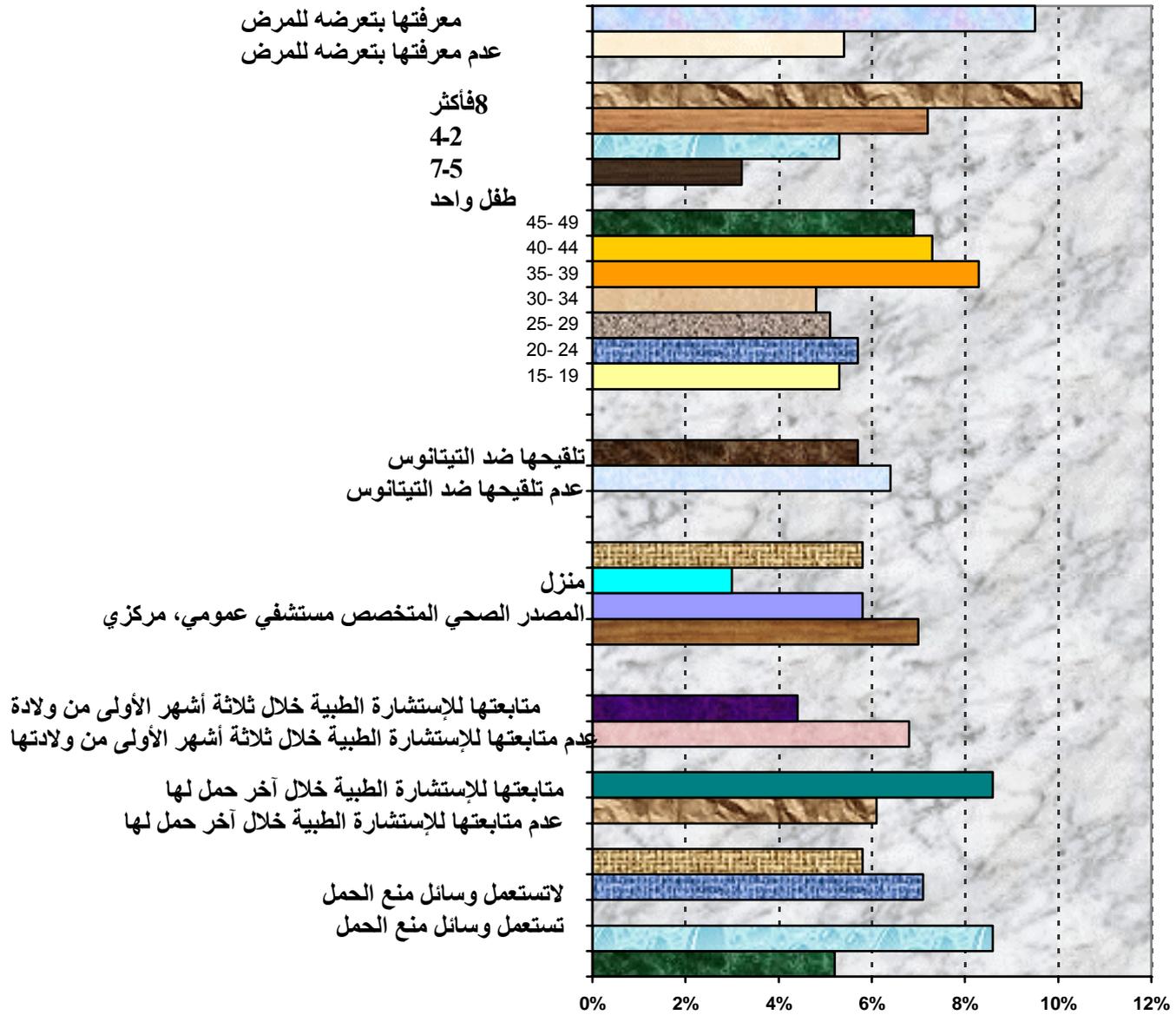
(و). معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي وسوء التغذية

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 في حفظ الطعام وتغذية الطفل. ويتوقف استخدام وسائل العلاج من أمراض الجهاز التنفسي، على مدى وعي بخطورتها ومصدر الإستشارة المستخدمة. فسوء التغذية تتخفف، عند النساء اللاواتي يعرفن أعراض الأمراض الجهاز التنفسي، بمعدل هو 5.4%. بينما ترتفع سوء التغذية، للنساء اللاواتي لايعرفن هذه الأعراض، بمعدل هو 9.5%. وإختبار Khi2 ، يؤكد الإرتباط بين معرفة الأم بتعرض طفلها لأمراض الجهاز التنفسي وسوء التغذية. (الجدول رقم 42.9).

الجدول 42: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، والمعرضين لسوء التغذية حسب معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي.

المجموع		نقص الوزن WAZ				معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي (IRA)
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100.0	3579	94.6	3387	5.4	192	نعم
100.0	448	90.5	406	9.5	42	لا
100.0	4027	94.2	3793	5.8	234	المجموع
. عند $\text{dl}=1$ ، 95% .						أختبار Khi2 المحسوبة 11.69 ، Khi2 الجدولة 3.84 ، عند 95% .

بيان 15 : لنسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب خصائص الأم وسلوكاتها الحضرية .



3.1.7. خصائص الشخصية للطفل

1.3.1.7. الجنس

الجنس ليس له تأثير على الحالة التغذوية للطفل يمكن أن نعتقد أن سوء التغذية الطفل تتغير من ذكر إلى أنثى على أساس أن المرأة تكون منتظرة طفل من جنس معين، فمعدل سوء التغذية ينخفض، بين الذكور 5.6% و الإناث 6.5%. أما إختبار $Khi2$ ، يؤكد على عدم وجود إرتباط بين الجنس وسوء التغذية (الجدول 10.43).

الجدول 43: تكرار ونسب الأَطغال الأقل من خمسة سنوات معرضين لسوء التغذية حسب الجنس.

المجموع	نقص الوزن WAZ				الجنس	
	تغذية حسنة		سوء التغذية			
	النسب	التكرار	النسب	التكرار		
100.0	2139	94.4	2071	5.6	122	الذكور
100.0	2045	93.5	1911	6.5	134	الاناث
100.0	4238	94.0	3982	6.0	256	المجموع
اختبار $Khi2$ المحسوبة 1.41، $Khi2$ الجدولة 3.84، $dl=1$ ، عند 95% .						اختبار $Khi2$

2.3.1.7. العمر

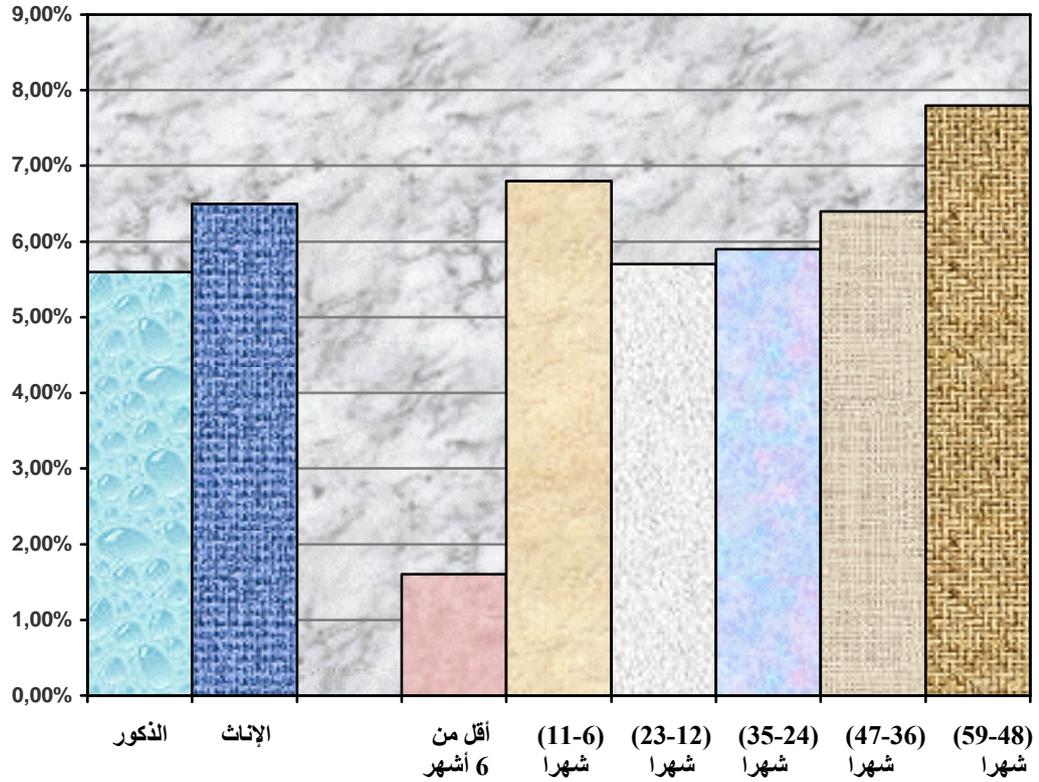
سوء التغذية تتفاقم عندما يتقدم الطفل في العمر، بحيث تتم عملية الفطام بين سن 6 أشهر وعامين. ويبلغ تعرض الطفل للأخطار، في السنة الثانية من عمره بين (12-23) شهرا. أثناء هذه الفترة يتعرض الى كثير من الأمراض المعدية، ويحصل على قدر أقل من لبن الأم. بمعنى يتم فيها استبدال حليب الأم بأسلوب ومواد تغذوية، وبالتالي 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.

ترتفع نسبة 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 من 12 إلى 47 شهرا، بمعدل 6% من سوء التغذية، لكن هناك انخفاض في سوء التغذية، للأقل من 6 أشهر، بمعدل 1.6%. وإختبار $Khi2$ ، يؤكد الإرتباط بين العمر وسوء التغذية. (الجدول 11.44).

الجدول 44: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب عمر الطفل بالأشهر.

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	3983	6.0	68	المجموع
K2 المحسوبة 20.71 ، K2p الجدولة 11.1 ، dl=5 ، 95 % .						أختبار K2

بيان 16 : نسب سوء التغذية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، حسب خصائص الطفل



2.7. التحليل التفسيري لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل

التحليل الوصفي، للحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات السابق يعتبر تمهيدا للتحليل التفسيري، وبالتحليل التفسيري سوف نستخدم نموذج الإنحدار اللوجستي « La régression logistique »، الذي يقوم بالتحليل 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 حدى، بوجود معادلة الإنحدار اللوجستي وهي كالاتي:

$$\text{Logit } y = C + B_1x_1 + B_2x_2 + \dots + B_{17}x_{17}$$

بحيث:

Logit y: المتغير التابع، الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص الوزن، وتأخذ القيمتان:
 0، إذا كان الطفل مصابا بسوء التغذية.
 1، إذا كان الطفل غير مصابا بسوء التغذية.

أما بالنسبة للمتغيرات المستقلة x_j ، وهي المتغيرات الخاصة بالمحيط والأم والطفل، بحيث:

- 1- SEX: جنس الطفل.
- 2- STRATE1: مكان الإقامة.
- 3- ACTUTIL: إستعمال الأم لوسائل تنظيم الأسرة.
- 4- TETPREG: تلقيح الأم ضد التيتانوس خلال آخر حمل.
- 5- IRA: معرفة الأم بالأمراض الجهاز التنفسي لطفلها.
- 6- DERGROS: متابعة الأم الإستشارة الطبية خلال آخر حمل لها.
- 7- DERACCOU: المصدر الصحي المتخصص لوضعها للآخر طفل.
- 8- CONS3MOI: متابعتها للكشف الصحي خلال 3 أشهر من وضعها.
- 9- DERNOUV: متابعتها للكشف الصحي لطفلها خلال 3 أشهر الأولى من حياته.
- 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 الطف بالأشهر.
- 17- PARITEG: خصوبة الأم.

ويتم إستخدام معادلة الإنحدار اللوجيستي وإستخدام مؤشر WLD، لمعرفة أي من المتغيرات التي لها تأثير في النموذج وهذا عن طريق إجراء عدة محاولات، بإستخدام SPSS يتم حذف المتغيرات التي ليس لها علاقة بسوء التغذية.

1.2.7. نموذج سوء التغذية للأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن (WAZ)

1.1.2.7. حسب خصائص المحيط

أ). 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 الإزدحام وإنعدام النظافة مما يحفز على إنتشار الأمراض المعدية بسهولة.

ب). 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 لهم تأثير في النموذج، لأنهم مرتبطون بالمتغير المؤثر مكان الإقامة.

2.1.2.7. حسب خصائص الأم

أ). 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 التفارب الشديد في فترات الحمل، الذي يجهد صحة الأم والطفل معا، ويؤدي إلى إنخفاض وزن المولود، بالإضافة إلى اللواتي بدئن 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، يزيد من التباعد بين الولادات، وتجنبها فترات الأمومة الغير الآمنة، وأن كان عكس ذلك سوف يؤثر مباشرة على صحة الطفل والأم.

* أما المتغيرات الخاصة بالعمر الأم ليس لها تأثير في النموذج، لإرتباطه بالمتغيرين المؤثرين على النموذج الخصوبة وتنظيم الأسرة، تبين أن ليس العمر بالحد ذاته الذي يعطي بالضرورة سوء التغذية للطفل ولكن خصوبتها وسلوكاتها نحو الصحة (إستعمال وسائل منع الحمل مثلا).

(ب). خصائصها الصحية

* تعتبر معرفة بأمراض الجهاز التنفسي، من أهم الأمراض المعدية التي تأثر على النموذج فالمؤشر WALD 8,1011 ومضروب Bi 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.

3.1.2.7. الخصائص الشخصية للطفل

(أ). العمر

* كلما تقدم الطفل من عمره كلما كان تأثيره كبير على النموذج، حسب WALD 6,5846 ومضروب Bi 0,1164-.
* 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.

(ب). الجنس

* أما الجنس فليس له تأثير في النموذج، أي لا يوجد التفضيل بين الذكر والأنثى في مجال التغذية (الجدول رقم 1.44).

الجدول رقم 45: نموذج سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن.

R	Sig	df	WALD	S.E	Bi	المتغيرات
-.0590	،0042	1	8,1959	،1318	-,3952	STRATE1
،0674	،0015	1	10,0681	،1463	،4641	ACTUTIL
-.0586	،0044	1	8,1011	،1830	-,5210	IRA
،0281	،0651	1	3,4036	،06813	،1256	DERNOUV
-.0596	،0039	1	8,3168	،1068	-,3079	PERSGR
-.0508	،0103	1	6,5846	،0454	-,1164	AGEEG
-.0642	،0023	1	9,3212	،0796	-,2429	PARITEG
	،0000	1	142,683	،3993	4,7700	Constant

. EXP(B) عند 95% .

upper	lower	EXP(B)	المتغيرات
2,1187	1,1941	1,5906	ACTUTIL
1,2956	0,9922	1,1338	DERNOUV
0,9729	0,8144	0,8901	AGEEG
0,9167	0,6711	0,7844	PARITEG
0,9061	0,5962	0,7350	PERSGR
0,8830	0,5138	0,6735	STRATE1

الفصل 8

دراسة تحليلية لسوء تغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل لولاية البليدة.

حسب الإشكالية والفرضيات المقترحة للوضع التغذوية للأطفال في ولاية البليدة، يمكن تقديم أهم المتغيرات مع إضافة متغيرات جديدة بحيث، زيادة الفجوة الحضارية بين المدينة والقرية، يعمل على رفع الكثافة السكانية في المناطق الحضرية، وعجز الإمكانيات والموارد المادية عن تلبية الاحتياجات الضرورية لتيار الهجرة الداخلية. مع ظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من انخفاض مستوى الخدمات في تلك المناطق، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية في تلك المناطق.

كما أن الوسط السكاني له تأثير على الوضع التغذوي للطفل، خاصة ذات الأماكن المتفرقة، أين تقل فيها كل الخدمات الضرورية ظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من انخفاض مستوى الخدمات في تلك المناطق، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية في تلك المناطق، منها عدم التوازن بين قطاعي الريف والحضر نوعية المسكن له تأثير على الوضع التغذوية للطفل، بحيث ولد النزوح الريفي بناءات فوضوية، تفتقر إلى أدنى الشروط الضرورية، كالمياه الصالحة للشرب، قنوات الصرف المياه، إضافة إلى كل هذا، بقيت معدلات إستغلال المساكن والغرف وكذا متوسط عدد الأسر في المساكن مرتفعة جدا يعتبر متوسط عدد الأفراد بكل حجرة، من العوامل الهامة المؤثرة على الحالة التغذوية للأطفال، يساعد على إنتقال الأمراض المعدية، في الأسر ذات الحجم الكبير أين يكثر فيها الأطفال.

إن توفر الماء النقي للمجتمع من الأمور الهامة جدا، فبالإضافة إلى شرب الماء النقي الخالي من الجراثيم والذي ينعكس إيجابا على صحة السكان بشكل عام والأطفال بشكل خاص، فإن الماء النقي وسيلة للنظافة التي تنعكس إيجابا على الصحة العامة للمجتمع والأسرة. ويتوفر الماء النقي من خلال شبكات المياه التي تصل إلى داخل أو خارج كل بيت، كما نجد الكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب الغير نقية، وكل هذا راجع إلى صعوبة الحياة في المناطق التي تفتقر إلى المياه النظيفة، وعبء الوقت اللازم لإحضار المياه. يمكن القول أنه كلما إرتفعت نسبة السكان الذين تتوفر لهم خدمات الصرف الصحي، والمياه النقية، فإن ذلك يعتبر مؤشرا على نظافة البيئة المحلية والمجتمع وبهذا الوضعية

التغذية للطفل في تحسن. وعدم توفر الصرف الصحي و عدم نظافة المسكن، يساعد على إنتشار الميكروبات والطفيليات التي تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للأطفال.

تشكل دراسة المرأة في سن الإنجاب أهمية خاصة، حيث إنها تؤثر وتتأثر بالعديد من المعدلات الأخرى كالمعدلات المواليد والخصوبة. وهناك مجموعة من الخصائص التي تؤثر على هذا المتغير من أهمها:

العادات الإجتماعية التي تدعو إلى الزواج المبكر، وزيادة عدد الأطفال، وعدم الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، وإهمال وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الأفراد. عدم التوازن النسبي بين أعداد الذكور والإناث، بالإضافة إلى إنتشار الأمية ونقص الثقافة والوعي، بمفهوم بناء الأسرة، مما يؤثر سلبا على التمسك بالعادات والتقاليد الموروثة، وعدم الإقبال على مفاهيم تنظيم النسل لتوفير حياة أفضل للأجيال المستقبلية. ترتبط الخصوبة بالعلاقة بين النمو السكاني وقدرة الدولة على تبني سياسات التنمية في جميع المجالات الإقتصادية والإجتماعية. وتتأثر بالشكل أكبر على العادات الإجتماعية كالزواج المبكر، والسلوك الإنجابي للأسرة، والإهتمام بوسائل تنظيم الأسرة، وقدرة الدولة على تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، والتقدم على للمستوى الطبي وإتخدام الوسائل الحديثة في الوقاية والعلاج. السلوكيات الديمغرافية للأمم لها تأثير على الوضع التغذوي للطفل. بحيث عدم الإهتمام بأساليب تنظيم الأسرة، على الرغم من وجود المراكز المتخصصة التي تساعد على تطبيق برامج الأسرة، المدعومة بالكوادر المدربة الواعية لكن المشكلة تدور حول عدم الوعي لدى الأفراد بالتنظيم الأسرة، وصعوبة تغيير الأنماط السلوكية والإجتماعية الموروثة.

نلاحظ إرتفاع نسبة المتابعة آخر حمل لها، بين الحوامل الأصغر سنا، وبين المقيمتات في المناطق الحضرية. يؤثر الإهتمام بالمتابعة الصحية للأم عند آخر حمل لها تأثيرا بالغا على صحة الأطفال. عمليات الولادة تتم تحت إشراف صحي متخصص، ويقصد بالإشراف الصحي المتخصص أن تتم الولادات بإشراف الأطباء أو الممرضات أو القابلات الذين يتم تدريبهم وتأهيلهم للقيام بتلك المهمة بإستخدام الأساليب الصحية، ويعكس إرتفاع تلك النسبة مستوى الخدمات والرعاية الصحية التي تقدمها الحكومات للأمهات ومدى مساهمتها، وحرصها على توفير المستشفيات والمستوصفات والمراكز التي تتم فيها عمليات الوضع، وإعدادها بالأجهزة والمعدات الحديثة، وإستخدام أساليب التنقية الحديثة، وإمداد المستشفيات بالكفاءات البشرية المدربة والمؤهلة للقيام بعملية الوضع والحفاظ على حياة الأمهات والأجنة وذلك سواء الأطباء أو هيئات التمريض أو الفنيين وأخصائيي الأشعة.

هناك مستوى متدني بين استخدام الرعاية الصحية خلال 3 أشهر بعد الوضع، وهذا راجع إلى تلقي الأمهات النصائح من مصدر غير متخصص، مثل خبرتهن أو الأقارب أو آخرون.....، وبالتالي تهمل متابعتها للرعاية خلال 3 أشهر بعد الوضع يعتبر التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة. يكتسب تطعيم الأمهات الأطفال في أيامهم الأولى مناعة ضد التسمم بالتيتانوس، مما يقلل إلى حد كبير من إصابتهم بهذا التسمم إذا تلقت الأمهات جرعات التطعيم اللازمة، إما أثناء فترة الحمل أو خلال الفترة المبكرة من حياتها. حسب منظمة الصحة العالمية (OMS): «التيتانوس مرض خطير من خلاله تنقل عضلات الطفل وتتصلب كلياً»

المعرفة بالأمراض التي تصيب طفلها من أهم الأسباب الرئيسية لسوء التغذية، يمكن أن نذكر أهمها ترتبط بالبيئة المنزلية بصورة خاصة (التهوية، إزدحام المسكن، مصدر المياه الصالحة للشرب، وغيرها)، والبيئة المحيطة بصورة عامة، وأيضاً يتوقف وسائل العلاج على العادات والتقاليد التي من الصعب محوها في أذهان المجتمع تعتبر الخصائص الثقافية من بين العوامل المؤثرة على سوء تغذية الأطفال، لدرجة جعلت باحثين عديدين يؤكدون بأن حياة الأطفال مرتبطة بعناصر ثقافية في مجال حماية الأمومة والطفولة. إن تحول مكانة المرأة من زوجة إلى أم يدخلها في تجربة تعليمية، تجعلها تكتسب قيماً ومعايير ومعتقدات صحية من الوسط الذي تعيش فيه، تظهر من التنشئة من خلال الممارسات العلاجية والوقائية التي قد تلاحظ على الأم أثناء وبعد الولادة.

1.8. التحليل الوصفي لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل

1.1.8. خصائص المحيط وسوء تغذية الطفل

1.1.1.8. مكان الإقامة

تعاني البلدية من إنتشار ظاهرة الإنتقال من الريف إلى الحضر، حيث تزداد عوامل الجذب في المدن، وتزداد عوامل الطرد من الريف، ويرجع ذلك إلى رغبة سكان الريف في الإنتقال بحثاً عن مصادر الرزق في المدن، والتمتع بالكافة الخدمات التنموية للنهوض بالمناطق الحضرية الأكثر من المناطق الأخرى، وتلك الظاهرة لها العديد من الجوانب السلبية التي ينعكس أثرها على المناطق الريفية مثل، إنخفاض أعداد السكان والقوى البشرية المدربة القادرة على تنمية القطاع الزراعي، إنخفاض رقعة الأراض المستصلحة وإنخفاض الأراضي الزراعية، وعدم الإهتمام بمصادر الري، نقص الخبرات الفنية والتكنولوجية المتقدمة في المجال الزراعي. يؤثر ذلك على إنخفاض الإنتاجية وإنخفاض المستوى المعيشي في المناطق الريفية،

وزيادة الفجوة الحضرية بين المدينة والقرية. إنتقالت المدخرات والإستثمارات من القطاع الزراعي إلى القطاعات الأخرى. وللظاهرة آثار سلبية على المناطق الحضرية يمكن تلخيصها فيما يلي:

- (1)- إرتفاع الكثافة السكانية في المناطق الحضرية.
- (2)- عجز الإمكانيات والموارد المادية عن تلبية الإحتياجات الضرورية لتتأثر الهجرة الداخلية.
- (3)- ظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من إنخفاض مستوى الخدمات في تلك المناطق، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية في تلك المناطق.
- (4)- التأثير السلبي للهجرة إلى المدن على كافة أنواع الخدمات كإسكان والمياه والكهرباء والصرف الصحي والمواصلات والإتصالات.
- (5)- يتطلب الأمر وضع إستراتيجيات قومية ومحلية على مستوى الدولة تحقق زيادة القدرة على إستيعاب تيارات الهجرة الداخلية بشكل منظم، وخطط مدروسة لتوفير كافة الخدمات لكل من المناطق الحضرية والريفية.
- (6)- تحقيق التوازن بين قطاعي الريف والحضر.

بدراسة وتحليل الجدول رقم (1.45) والذي يتضمن، معدلات تعرض الأطفال لسوء التغذية في الحضر 63,1% أكبر من الريف 62,2%، وهذا ما يؤكد الإرتباط سوء التغذية بالمكان الإقامة، فإختبار χ^2 المحسوبة أكبر من χ^2 الجدولة عند درجة حرية 1 و95% (الجدول رقم (1.46)).

جدول رقم (46.): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب مكان الإقامة.

المجموع	حالة نقص الوزن WAZ				مكان الإقامة	
	تغذية حسنة		سوء التغذية			
النسب %	التكرار	النسب %	التكرار	النسب %	التكرار	
100	16	37,5	6	62,5	10	الريف
100	84	36,9	31	63,1	53	الحضر
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 8,5، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

2.1.1.8. الوسط السكاني

له تأثير على الوضع التغذوي للطفل، خاصة ذات الأماكن المتفرقة، أين تقل فيها كل الخدمات الضرورية ظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من انخفاض مستوى الخدمات في تلك المناطق، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية في تلك المناطق، منها عدم التوازن بين قطاعي الريف والحضر، و بدراسة وتحليل البيانات الجدول رقم (2.46)، نلاحظ أن الأطفال المقيمين في الأماكن المتجمعة، هم أقل تعرضا لسوء التغذية بمعدل 63,3%. أما للمقيمين في الأماكن المتفرقة، فسوء التغذية ترتفع بمعدل 66,7%. وإختبار χ^2 ، يبين الإرتباط بين الوسط السكاني وسوء التغذية، (الجدول رقم 47).

الجدول رقم (47): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب الوسط السكاني.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				الوسط السكاني
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	98	36,7	36	63,3	62	الأماكن المتجمعة
100	02	33,3	01	66,7	01	الأماكن المتفرقة
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 10,5، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

3-1-1-8- نوعية المسكن

نوعية المسكن له تأثير على الوضعية التغذوية للطفل، بحيث ولد النزوح الريفي بناءات فوضوية، تفتقر إلى أدنى الشروط الضرورية، كالمياه الصالحة للشرب، قنوات الصرف المياه، إضافة إلى كل هذا، بقيت معدلات إستغلال المساكن والغرف وكذى متوسط عدد الأسر في المساكن مرتفعة جدا. ومن خلال تحليل البيانات الجدول رقم (3.47)، نلاحظ أن الأطفال المقيمين في قبيلات وشقق، هم الأكثر تعرضا لسوء التغذية بمعدل 71,4%، بينما المقيمين في منازل تقليدية وأكواخ وآخر هم أقل تعرضا لسوء التغذية بمعدل 52,3%، وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين نوعية المسكن وسوء التغذية، (الجدول رقم (48)).

الجدول رقم 48: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب نوعية المسكن.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				نوعية المسكن
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	56	28,6	16	71,4	40	ثيالات وشقق
100	44	47,7	21	52,3	23	منزل تقليدي، أكواخ، آخر.
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 5,01، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

4.1.1.8. متوسط عدد الأفراد بكل حجرة

يعتبر متوسط عدد الأفراد بكل حجرة، من العوامل الهامة المؤثرة على الحالة التغذوية للأطفال، يساعد على إنتقال الأمراض المعدية، في الأسر ذات الحجم الكبير أين يكثر فيها الأطفال. ونجدهم مقيمين في المناطق الحضرية، ذات الأماكن المتجمعة أين تنعدم فيها الشروط الصحية. والدخل الفردي للأسرة ينخفض، بسبب تراجع فرص العمل وبالتالي عدم الإمكانية في تحقيق للأفراد كل المتطلبات الضرورية للعيش.

عادة كلما زاد معدل تشغيل الغرف TOP، كلما كان متوسط عدد الأفراد في كل حجرة عالي، وبالتالي سوء التغذية يرتفع، للذين لديهم بين 2 و4 أفراد في الغرفة بمعدل 85,7%. بينما سوء التغذية تنخفض عند اللذين لديهم أقل وأكثر من 4، بمعدل 50% و 62,1%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين المتوسط عدد الأفراد بكل حجرة وسوء التغذية (الجدول رقم 49).

الجدول رقم 49: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، المعرضين لسوء التغذية حسب متوسط عدد الأفراد بكل حجرة.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				متوسط عدد الأفراد بكل حجرة.
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	06	50,0	03	50,0	03	2-0
100	07	14,3	01	85,7	06	4-2
100	87	37,9	33	62,1	54	4 فأكثر
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 9,05، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

5.1.1.8. مصدر مياه الشرب

إن توفر الماء النقي للمجتمع من الأمور الهامة جداً، فبالإضافة إلى شرب الماء النقي الخالي من الجراثيم والذي ينعكس إيجاباً على صحة السكان بشكل عام والأطفال بشكل خاص، فإن الماء النقي وسيلة للنظافة التي تنعكس إيجاباً على الصحة العامة للمجتمع والأسرة. ويتوفر الماء النقي من خلال شبكات المياه التي تصل إلى داخل أو خارج كل بيت، كما نجد الكثير من الأمراض المعدية تنتقل عن طريق مياه الشرب الغير نقية، وكل هذا راجع إلى صعوبة الحياة في المناطق التي تفتقر إلى المياه النظيفة، وعبء الوقت اللازم لإحضار المياه.

فسوء التغذية تنخفض بين، الأطفال المقيمين في المنازل التي تملك شبكة المياه الصالحة للشرب بمعدل 3,45%. بينما سوء التغذية ترتفع عند الأسر التي تأتي بالمياه خارج المنزل محمية و غير محمية، بمعدل 63,3% و 96,1%. وإختبار χ^2 ، يؤكد بأن هناك إرتباط بين مصادر المياه الصالحة للشرب (الجدول رقم (5.50)).

الجدول رقم 50: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب مصدر المياه الصالحة للشرب.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				مصدر المياه الصالحة للشرب
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	29	96,5	28	3,45	01	شبكة المياه (AEP)
100	19	36,8	07	63,3	12	خارج المنزل محمية
100	52	3,85	02	96,1	50	خارج المنزل غير محمية
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 8,04، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

6.1.1.8. تواجد شبكة الصرف الصحي

يمكن القول أنه كلما ارتفعت نسبة السكان الذين تتوفر لهم خدمات الصرف الصحي، والمياه النقية، فإن ذلك يعتبر مؤشرا على نظافة البيئة المحلية والمجتمع وبهذا الوضعية التغذوية للطفل في تحسن. وعدم توفر الصرف الصحي و عدم نظافة المسكن، يساعد على إنتشار الميكروبات والطفيليات التي تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للأطفال.

سوء التغذية الأطفال، ترتفع من حيث تواجد شبكة الصرف الصحي، سواء داخل أو خارج المنزل، بمعدل 69,2% و 60%. أما في حالة عدم تواجد الشبكة، فهي تمثل 40%. لأن معظمهم يقيمون في المناطق الحضرية ذات الأماكن المتجمعة وأين تتوفر كل المتطلبات الضرورية للطفل. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين تواجد شبكة الصرف الصحي وسوء التغذية (الجدول رقم (6.51)).

الجدول رقم 51: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب تواجد تواجد شبكات الصرف الصحي.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				شبكة الصرف الصحي
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	15	60	09	40	06	غير موجودة
100	65	31	20	69,2	45	موجودة داخل المنزل
100	20	40	08	60	12	موجودة خارج المنزل
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 7,30، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

2.1.8. خصائص الأم

1.2.1.8. خصائصها الشخصية

أ. العمر

تشكل دراسة المرأة في سن الإنجاب أهمية خاصة، حيث إنها تؤثر وتتأثر بالعديد من المعدلات الأخرى كالمعدلات المواليد والخصوبة. وهناك مجموعة من الخصائص التي تؤثر على هذا المتغير من أهمها:

العادات الاجتماعية التي تدعو إلى الزواج المبكر، وزيادة عدد الأطفال، وعدم الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، وإهمال وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الأفراد. عدم التوازن النسبي بين أعداد الذكور والإناث، بالإضافة إلى إنتشار الأمية ونقص الثقافة والوعي، بمفهوم بناء الأسرة، مما يؤثر سلباً على التمسك بالعادات والتقاليد الموروثة، وعدم الإقبال على مفاهيم تنظيم النسل لتوفير حياة أفضل للأجيال المستقبلية.

إن التغيير في حد ذاته يلقي كثيراً من الرفض والمقاومة. خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات والتقاليد الاجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد، ويتطلب جهوداً مكثفة من الحكومات وطبقة المثقفين والمعلمين. حسب الدراسة نلاحظ أن النساء اللواتي أعمارهن أكبر من 39 سنة

والأقل من 19 سنة بمعدل 20%، يكون هناك إهتمام في الشروط الضرورية للطفل. بينما ترتفع معدلات سوء التغذية بين الأعمار من 20 إلى 39 سنة بحوالي 62%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الارتباط بين عمر الأم وسوء التغذية (الجدول رقم (1.52)).

الجدول رقم (52.): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب عمر الأم.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				عمر الأم
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	02	0	0	100,0	02	19 - 15
100	10	40,0	04	60,0	06	24 - 20
100	23	34,8	08	65,2	15	29 - 25
100	34	38,2	13	61,8	21	34 - 30
100	23	39,1	09	60,9	14	39 - 35
100	07	42,9	03	57,1	04	44 - 40
100	01	0	0	100,0	01	49 - 45
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 15,02، χ^2 الجدولة 12,6، عند درجة حرية 6 بالنسبة 95%.						

(ب). الخصوبة

ترتبط الخصوبة بالعلاقة بين النمو السكاني وقدرة الدولة على تبني سياسات التنمية في جميع المجالات الإقتصادية والإجتماعية. وتتأثر بالشكل أكبر على العادات الإجتماعية كالزواج المبكر، والسلوك الإنجابي للأسرة، والإهتمام بوسائل تنظيم الأسرة، وقدرة الدولة على تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، والتقدم على للمستوى الطبي وإتخدام الوسائل الحديثة في الوقاية والعلاج.

فسوء التغذية تنخفض بين النساء اللواتي لديهن طفل واحد بمعدل 33,3%، وبين 2 إلى 4 أطفال بمعدل 52,2%. بينما ترتفع سوء التغذية عند النساء اللاتي لديهن من 5 إلى 7 أطفال و 8 فأكثر وهذا على

التوالي 53,8% و 68,9%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين الخصوبة وسوء التغذية (الجدول رقم (2.53)).

الجدول رقم (53): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، المعرضين لسوء التغذية حسب الخصوبة.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				الخصوبة
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	04	66,7	2	33,3	2	طفل واحد
100	22	47,8	10	52,2	12	4 - 2
100	13	46,2	06	53,8	7	7 - 5
100	61	31,1	19	68,9	42	8 فأكثر
100	100	100	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 10,2، χ^2 الجدولة 7,81، عند درجة حرية 3 بالنسبة 95%.						

ج. تنظيم الأسرة

السلوكيات الديمغرافية للأم لها تأثير على الوضع التغذوي للطفل. بحيث عدم الإهتمام بأساليب تنظيم الأسرة، على الرغم من وجود المراكز المتخصصة التي تساعد على تطبيق برامج الأسرة، المدعومة بالكوادر المدربة الواعية لكن المشكلة تدور حول عدم الوعي لدى الأفراد بالتنظيم الأسرة، وصعوبة تغيير الأنماط السلوكية والإجتماعية الموروثة.

بلغت نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، أطفالهن الأقل تعرضا لسوء التغذية 63,2%. أما اللواتي لا يستخدمن فأطفالهن الأكثر تعرضا لسوء التغذية بمعدل 77,8%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين تنظيم الأسرة وسوء التغذية (الجدول رقم (3.54)).

الجدول رقم (54): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، المعرضين لسوء التغذية حسب استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				إستخدام وسائل تنظيم الأسرة
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
		النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	87	36,8	32	63,2	55	نعم
100	09	20,0	02	77,8	07	لا
100	04	75,0	03	25,0	01	ترفض الإجابة
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 9,3، χ^2 المجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

2.2.1.8. خصائصها الصحية

تعتبر الخصائص الصحية ذات أهمية خاصة، حيث إنه تدل على مستوى الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة للأمهات أثناء فترة الحمل والولادة وبعدها، وتهدف الدولة إلى تقديم كافة الخدمات الصحية والعلاجية للأمهات، ونشر الوعي اللازم لتنمية معارف المرأة ومعلوماتها حول كيفية العناية بنفسها وجنينها خلال تلك الفترة، وتوجيه أجهزة الإعلام للمساعدة على تحية القيم والسلوكيات والعادات الإجتماعية والثقافية التي تساعد على تقديم الرعاية الصحية المتكاملة للمرأة في تلك الفترة.

وتتبلور الخطط نحو زيادة عدد مراكز رعاية الأمومة والطفولة، والعمل على إنتشارها على نطاق واسع بحيث تتفق الأعداد المتوافرة مع الكثافة السكانية بالمناطق المختلفة، ودعم تلك المراكز بكافة الإمكانيات التي تساعد على تقديم خدمة متميزة من حيث وسائل وأساليب العلاج والوقاية، وتوفير الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة والمتطورة، وتوفير الأدوية العلاجية، ومد مراكز الرعاية بالكفاءات الطبية والهيئات المساعدة (الممرضات، الأخصائيات الإجتماعيات و النفسيات) وإعدادها وتدريبها بشكل جيد يضمن تقديم الرعاية المناسبة للمجتمع المتردد، والمساهمة في تقديم النصح والإرشاد والتوعية اللازمة للأمهات.

(أ). متابعتها الصحية عند آخر حمل لها

نلاحظ إرتفاع نسبة المتابعة آخر حمل لها، بين الحوامل الأصغر سناً، وبين المقيّمات في المناطق الحضرية. يؤثر الإهتمام بالمتابعة الصحية للأم عند آخر حمل لها تأثيراً بالغاً على صحة الأطفال. ومن بين النساء الحوامل اللاتي تلقين المتابعة الصحية لآخر حمل لها بمعدل 62,1% واللواتي لم يتلقين 57,1%، بينما اللواتي لاتعرفن هن أكثر تعرضاً لسوء التغذية بمعدل 83,3%، لأنهن يتبعن نصائح من مصالِح غير مؤهلة. وإختبار χ^2 يوضح على وجود إرتباط بين متابعة الأم عند آخر حمل لها وسوء التغذية (الجدول رقم (4.55)).

الجدول رقم (55.): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، المعرضين لسوء تغذية حسب متابعة الأم خلال آخر حمل لها.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				متابعتها عند آخر حمل لها
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	87	37,9	33	62,1	54	نعم
100	07	42,9	03	57,1	04	لا
100	06	16,7	01	83,3	05	لا تعرف
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 8,5، χ^2 المجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

(ب). المكان الصحي المتخصص في ولادة طفلها الأخير

عمليات الولادة تتم تحت إشراف صحي متخصص، ويقصد بالإشراف الصحي المتخصص أن تتم الولادات بإشراف الأطباء أو الممرضات أو القابلات الذين يتم تدريبهم وتأهيلهم للقيام بتلك المهمة بإستخدام الأساليب الصحية، ويعكس إرتفاع تلك النسبة مستوى الخدمات والرعاية الصحية التي تقدمها الحكومات للأمهات ومدى مساهمتها، وحرصها على توفير المستشفيات والمستوصفات والمراكز التي تتم فيها عمليات الوضع، وإعدادها بالأجهزة والمعدات الحديثة، وإستخدام أساليب التنقية الحديثة، وإمداد

المستشفيات بالكفاءات البشرية المدربة والمؤهلة للقيام بعملية الوضع والحفاظ على حياة الأمهات والأجنة وذلك سواء الأطباء أو هيئات التمريض أو الفنيين وأخصائيي الأشعة.

ويقع على عاتق الحكومات دور لا يقل أهمية عن تطوير الرعاية الصحية وتدريب القائمين على عملية الوضع، وهو زيادة الوعي لدى المواطنين بأهمية الولادة على أيدٍ مدربة، والقضاء على المعتقدات والسلوكيات الاجتماعية المتقدمة المورثات الثقافية التي تدعو أحيانا للتخلف وعدم مواكبة التطور. فيوجد هناك إختلاف لسوء التغذية وهذا أينما كانت الولادة، فالمعدلات التابعة للدولة تمثل 61,9%، بينما تقل في العيادات الخاصة والمنزل وهذا على التوالي 50% و 1%. وإختبار χ^2 ، يؤكد على وجود إرتباط بين المكان الصحي المتخصص وسوء التغذية (الجدول رقم (5.56)).

الجدول رقم (5.56): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب المكان الصحي المتخصص لولادة طفلها الأخير.

المجموع	حالة نقص الوزن WAZ				المكان الصحي المتخصص لولادة طفلكي الأخير	
	تغذية حسنة		سوء التغذية			
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	96	37,5	36	61,9	60	تابع للدولة
100	2	50,0	1	50,0	01	عيادات خاصة
100	2	0	0	100	02	المنزل
100	0	0	0	0	0	آخر
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 12,4، χ^2 الجدولة 7,81، عند درجة حرية 3 بالنسبة 95%.						

(ج). متابعة الطفل خلال 3 أشهر الأولى من حياته

نسب سوء التغذية، ترتفع بين النساء اللواتي الغير مباليات و اللواتي لاتذكرن بمتابعة أطفالهن خلال 3 أشهر الأولى من حياة بمعدل 80,0% و 66,7%، بينما نلاحظ الإنخفاض في سوء التغذية بين أسبوع من عمر الطفل و إلى غاية الأسبوع الرابع بمعدل 63,2% و 50%، وتنخفض أكثر بين أسبوع إلى أبعة

أسابيع بمعدل 33,3%. وإختبار χ^2 ، يبين الإرتباط بين متابعة الأمهات لأطفالهن خلال 3 أشهر الأولى من حياتهم (الجدول رقم (6.57)).

الجدول رقم (57.): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم للرعاية خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				متابعتها لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من حياته
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	10	20,0	02	80,0	08	غير مبالية
100	76	36,8	28	63,2	48	الأسبوع الأول من العمر
100	02	50,0	01	50,0	01	(1 - 4) أسبوع
100	06	66,7	04	33,3	02	(1 - 3) أشهر
100	06	33,3	02	66,7	04	لاتذكر
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 12,0، χ^2 المجدولة 9,49، عند درجة حرية 4 بالنسبة 95%.						

(د). متابعتها للرعاية خلال 3 أشهر بعد الوضع

هناك مستوى متدني بين استخدام الرعاية الصحية خلال 3 أشهر بعد الوضع، وهذا راجع إلى تلقي الأمهات النصائح من مصدر غير متخصص، مثل خبرتهن أو الأقارب أو آخرون.....، وبالتالي تهمل متابعتها للرعاية خلال 3 أشهر بعد الوضع. نجد إرتفاع في نسبة سوء التغذية، بين اللواتي لا يتبعن ولا يتذكرن الرعاية الصحية بمعدل 64,7% و 64,4%، بينما تنخفض بين اللواتي يتبعن بمعدل 42,9%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الترابط بين متابعة الأم خلال 3 أشهر بعد الوضع وسوء التغذية (الجدول رقم (7.58)).

الجدول رقم (58): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب متابعة الأم لطفلها خلال ثلاثة أشهر الأولى من الوضع.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				متابعتها خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	07	75,1	04	42,9	03	نعم
100	34	35,3	12	64,7	22	لا
100	59	35,6	21	64,4	38	لاتذكر
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 8,4، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

(هـ). التلقيح ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل

يعتبر التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة. يكتسب تطعيم الأمهات الأطفال في أيامهم الأولى مناعة ضد التسمم بالتيتانوس، مما يقلل إلى حد كبير من إصابتهم بهذا التسمم إذا تلقت الأمهات جرعات التطعيم اللازمة، إما أثناء فترة الحمل أو خلال الفترة المبكرة من حياتها. حسب منظمة الصحة العالمية (OMS): «التيتانوس مرض خطير من خلاله تنقل عضلات الطفل وتتصلب كلياً» [149] ص 2

نجد ارتفاع في نسبة سوء التغذية، بين اللواتي لا يعرفن و لم يقمن بالتلقيح ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل وهذا على التوالي 66,7% و 67,5%، أما اللواتي لقحن بمعدل 58,0%. وإختبار χ^2 ، يوضح الارتباط بين التلقيح ضد التيتانوس خلال الأيام الأخيرة من الحمل وسوء التغذية (الجدول رقم (59)).

الجدول رقم (59): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب إستعمال الأم التلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				التلقيح ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	50	42,0	21	58,0	29	نعم
100	36	32,4	12	67,5	24	لا
100	14	33,3	04	66,7	10	لا تعرف
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 12,3، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

(و). معرفة الأم بالأمراض التي تصيب طفلها

المعرفة بالأمراض التي تصيب طفلها من أهم الأسباب الرئيسية لسوء التغذية، يمكن أن نذكر أهمها ترتبط بالبيئة المنزلية بصورة خاصة (التهوية، إزدحام المسكن، مصدر المياه الصالحة للشرب، وغيرها)، والبيئة المحيطة بصورة عامة، وأيضا يتوقف وسائل العلاج على العادات والتقاليد التي من الصعب محوها في أذهان المجتمع. فسوء التغذية تنخفض عند النساء اللاواتي يعرفن الأمراض التي تصيب أطفالهن بمعدل 58,8%. بينما ترتفع عند النساء اللاواتي لايعرفن بمعدل 65,7%. أما إختبار χ^2 ، يؤكد الارتباط بين معرفة الأم بالأمراض التي تصيب طفلها وسوء التغذية (الجدول رقم (9.60)).

الجدول رقم (9.60): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب معرفتها بالأمراض التي تصيب طفلها.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				معرفة الأم بالأمراض التي تصيب طفلها
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	34	41,2	14	58,8	20	نعم
100	66	65,1	23	65,7	43	لا
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 10,3، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

3.2.1.8 خصائصها الثقافية

تعتبر الخصائص الثقافية من بين العوامل المؤثرة على سوء تغذية الأطفال، لدرجة جعلت باحثين عديدين يؤكدون بأن حياة الأطفال مرتبطة بعناصر ثقافية في مجال حماية الأمومة والطفولة. إن تحول مكانة المرأة من زوجة إلى أم يدخلها في تجربة تعليمية، تجعلها تكتسب قيما ومعايير ومعتقدات صحية من الوسط الذي تعيش فيه، تظهر من التنشئة من خلال الممارسات العلاجية والوقائية التي قد تلاحظ على الأم أثناء وبعد الولادة.

تؤثر هذه القيم والمعتقدات بطريقة مباشرة على الأطفال، فإتباع نظام غذائية معين قد يؤثر على وزن المولود (بالزيادة أو النقصان)، كما أن سلوك نظام الرضاعة مع الميولات الخاصة بالطب الحديث أو التقليدي ما يؤثر على احتمالات حياة الأطفال، ولهذا سنخصص هذه النقاط إلى دراسة أثر بعض المتغيرات على سوء تغذية الأطفال

أ. المستوى التعليمي للأم

تعتبر الأم المسؤولة الأولى عن التغذية والرعاية الصحية، إذ أن معرفتها بالقراءة والكتابة تساعد على إدراك الحالات التي ينبغي فيها اللجوء إلى المساعدة الطبية و إتخاذ مختلف الإجراءات الوقائية الضرورية، فضلا عن سعيها لخدمات المراكز الطبية. ترتفع معدلات سوء التغذية عند الأم ذات المستوى الأمي وإبتدائي و المتوسط وهذا على التوالي، 78,6% و 65,4% و 61,1%، بينما تنخفض في المستويين الثانوي وجامعي فأكثر بمعدل 56,3% و 50,0%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الارتباط بين المستوى التعليمي للأم وسوء التغذية (الجدول رقم (10.61)).

الجدول رقم (10.61): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب المستوى التعليمي للأم.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				المستوى التعليمي للأم
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
		النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	14	21,4	03	78,6	11	أمية
100	26	34,6	09	65,4	17	إبتدائي
100	36	38,9	14	61,1	22	متوسط
100	16	43,8	07	56,3	09	ثانوي
100	08	50,0	04	50,0	04	جامعي فأكثر
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 11,7، χ^2 الجدولة 9,49، عند درجة حرية 4، بالنسبة 95%.						

(ب). التفضيل الأم بين الرضاعة الطبيعية أو الإصطناعية

الرضاعة الطبيعية ولا تزال أحسن طريقة لضمان تغذية سليمة للطفل « وقد ارتبط إنخفاضها بمدى تطور الشركات الدولية الدولية المختلطة المختصة في صناعة الحليب، إذ جندت الشركات وسائل ضخمة لإشهار الحليب الإصطناعي على حساب الرضاعة الطبيعية» [150] ص47.

يعرف أن النمط الغذائي يتأثر بصورة مباشرة بعاملين، الأمراض المعدية من ناحية والتغذية بكمها وكيفها من ناحية أخرى، وتلعب الرضاعة الطبيعية دورا هاما في صحة الأطفال، إذ يؤدي التخلي عنها إلى تدهور نوعية غذاء الأطفال، وهو ما يساعد على إصابتهم بالأمراض ذات الآثار السلبية التي تنتهي بالإعاقة من سوء التغذية أو الوفاة. أما الرضاعة الإصطناعية، تعني الإستغناء التام عن حليب الأم وإستبداله بالحليب الإصطناعي [151] ص95.

كما توضح النتائج أن سوء التغذية ترتفع عند النساء اللواتي يفضلن الرضاعة الإصطناعية بمعدل 63,8%، بينما تنخفض عند اللواتي يفضلن الرضاعة الطبيعية بمعدل 61,8%، كما أن إختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين تفضيل النساء الرضاعة الطبيعية أو الإصناعية و سوء التغذية (الجدول رقم (11.62)).

الجدول رقم (11.62): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب تفضيل الأم للرضاعة الطبيعية أو الإصطناعية.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				تفضيل الأم الرضاعية الطبيعية أو الإصطناعية
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	53	38,2	20	61,8	33	الرضاعة الطبيعية
100	47	36,2	17	63,8	30	الرضاعة الإصطناعية
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 6,82، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

(ج). تفضيل الطب الحديث أم التقليدي

يعد الإهتمام بتقديم الخدمات للطب الحديث أم التقليدي للأم من أجل صحة طفلها، يقاس بالمدى التقدم الصحي المتكاملة لأبنائها، فالمجتمع الصحيح الذي يتبنى سياسات لدعم الرعاية الصحية يحمي ثروته البشرية من الأمراض، ويقي أبنائه من سوء التغذية، ويواجه المستقبل بالأجيال صحيحة خالية من الأمراض قادرة على العمل و الإنتاج مدعمه بأحدث أساليب الرقابة والعناية.

لكن التفضيل بينهما مرتبط بمدى وعي الأم وما تعلمته من عادات وتقاليد متوارثة من الأجيال ماضية، كما نجد هناك تكامل بين الطب الحديث والتقليدي، بمعنى أن الطب التقليدي هو الذي حفزة على بروز الطب الحديث وهناك ما يفضل الإثنين معاً، ولايقصد بالطب التقليدي الذي يعتمد على السحر والشعوذة والبدع الخرافية والتي ليس لها معنى في الطب كما تؤدي حتماً إلى سوء التغذية الأطفال. ترتفع معدلات سوء التغذية عند النساء اللواتي يفضلن الطب الحديث بحوالي 64,9%، بينما تنخفض في الطب التقليدي بمعدل 25,0%. كما أن إختبار χ^2 ، يؤكد الارتباط بين تفضيل الأم الطب التقليدي أم الحديث وسوء التغذية (الجدول رقم (12.63)).

الجدول رقم 63: تكرار ونسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب ميل الأم للطب الحديث أو التقليدي.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				ميل الأم للطب الحديث أو التقليدي
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	92	35,1	31	64,9	61	الطب الحديث
100	8	75	06	25,0	02	الطب التقليدي
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 5,26، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

4.2.1.8. الخصائص الاقتصادية للأم

(1). عمل الأم

يعتبر هذا المتغير نوا أهمية بالغة بحيث يوضح الفئة المنتجة في المجتمع التي تتولى مسؤولية تنفيذ خطط الدولة وتدبير مواردها. وتلك الفئة مسؤولة عن إعالة ورعاية فئات المجتمع الأخرى غير القادرة على الإنتاج والكسب والمشاركة في دفع عجلة التنمية. كما أن هذا المتغير يتأثر بمجموعة من الخصائص، إرتفاع معدلات المواليد و إرتفاع معدلات الخصوبة، وزيادة معدلات النمو السكاني، وزيادة عدد الإناث في سن الإنجاب، هذا بالإضافة إلى العادات الإجتماعية الموروثة والتي تدعوا إلى الزواج المبكر، وعدم الإقبال على برامج تنظيم الأسرة. فسوء التغذية ترتفع عند النساء العاملات بمعدل 68,6%، بينما تنخفض للنساء الغير عاملات بمعدل 60,0%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين عمل الأم وسوء التغذية (الجدول رقم (13.64)).

الجدول رقم (64.): تكرار ونسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب عمل الأم.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				عمل الأم
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	35	31,4	11	68,6	24	تعمل
100	65	40,0	26	60,0	39	لا تعمل
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 6,31، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

(ب). الدخل الفردي للأسرة

إنخفاض المستوى المعيشي للأسرة هذا يعكس سلبا على الأم، لأنها المسؤولة الأولى على معرفة كل متطلبات الأساسية والضرورية، وفي حالة ما إذا كانت الأسر كبيرة الحجم و تتميز بالفقر الحاد، بالإضافة إلى التأثير السلبي للهجرة إلى المدن على كافة الخدمات كالإسكان والمياه والكهرباء والصرف الصحي والمواصلات والاتصالات، هذا ما يعكس سلبا على سوء تغذية الأطفال وعدم قدرة الأم في التحكم على دخل أسرتها. ترتفع سوء التغذية عند الأسر ذوي الدخل المتوسط والضعيف على التوالي، 64,2% و75%، بينما تنخفض في الأسر ذوي الدخل الجيد بمعدل 53,3%، وإختبار χ^2 ، يؤكد الارتباط بين الدخل الفردي للأسرة وسوء التغذية (الجدول رقم (14.65)).

الجدول رقم (14.65): تكرار ونسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات، المعرضين لسوء التغذية حسب الدخل الفردي للأسرة.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				الدخل الفردي للأسرة
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	15	46,7	07	53,3	08	جيد
100	04	25	01	75	03	متوسط
100	81	35,8	29	64,2	52	ضعيف
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 9,4، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

3.1.8. خصائص الطفل وتغذيته

1.3.1.8. الخصائص الشخصية

أ. العمر

إرتفاع نسبة الأطفال في الفئة العمرية يؤدي إلى تحميل الدولة أعباء و مسئوليات كبيرة من أجل توفير الرعاية الصحية والاجتماعية لهم، حيث يتطلب رعاية الأطفال أقل من 5 سنوات مجهودات خاصة من الناحية الصحية والغذائية والإعداد والتنشئة التعليمية في المراحل العلمية الأولى والاجتماعية. في حالة ما إذا كان المستوى المعيشي منخفض ومحدود، هذا يستوجب ضرورة التركيز على توعية المواطنين بأهمية تنظيم الأسرة، وإعداد الخطط والندوات والمحاضرات، وعقد الدورات التدريبية وتوجيه جهود وسائل الإعلام نحو دعم تنظيم الأسرة، ومناقشة هذه الأمور من كافة الجوانب الدينية والاجتماعية والإقتصادية والتعليمية مع الإستعانة بكافة المتخصصين في تلك المجالات لإقناع الأفراد بأهمية دعم تلك الجهود.

ترتفع معدلات سوء التغذية بين الأعمار (48 - 59) شهرا و (12 - 23) شهرا و (6 - 11) شهرا و (36 - 47) شهرا هذا على التوالي، 96,8% و 85,7% و 83,3% و 66,7%، بينما تقل خلال الأشهر (أقل من 6 أشهر) و (24 - 35) أشهر بالمعدلات الآتية، 11,4% و 1%، أما إختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط عمر الطفل بالسوء التغذية (الجدول رقم (1.66)).

الجدول رقم (1.66): تكرار ونسب الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب عمر الطفل.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				عمر الطفل
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	34	88,6	31	11,4	03	أقل من 6 أشهر
100	18	16,7	03	83,3	15	11 - 06
100	07	14,3	01	85,7	06	23 - 12
100	07	0	0	100	07	35 - 24
100	03	33,3	01	66,7	02	47 - 36
100	31	3,2	01	96,8	30	58 - 48
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 65,86، χ^2 الجدولة 11,1، عند درجة حرية 5 بالنسبة 95%.						

(ب). الجنس

التمييز بين الجنسين يعتبر من أهم المتغيرات التي تؤثر على الوضعية التغذوية للطفل، بحيث هناك نسبة كبيرة لتفضيل الذكر على الأنثى وهذا نظرا للأسباب الأتية، بإعتباره الوحيد الحامل لإسم العائلة وهو الذي يمثل العائلة في حالة غياب الأب أو وفاته، له الحق في التدخل في وجود مشاكل وصعوبات بين أفراد أسرته و له الحق في العمل والتعليم و الإرث والتغذية والصحة، بينما الأنثى تعتبر بمثابة ضيف في العائلة لأنها تنتقل إلى بيت زوجه لبناء أسرتها الجديدة وحاملة لعادات وتقاليدها ولاتتمتع بنفس حقوق التي يتمتع بها الذكر. هذا ما تأكد عليه البيانات الدراسة، إرتفاع في معدلات سوء التغذية للإناث 75%، بينما تنخفض معدلات الذكور 60%، وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين التمييز بين الجنسين وسوء التغذية (الجدول رقم (2.67)).

الجدول رقم (2.67): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب التمييز بين الجنسين.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				التمييز بين الجنسين
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	49	50,0	20	38,8	29	نعم
100	10	36,8	06	60	06	نكر
100	24	45,5	04	75	18	أنثى
100	17	41,2	07	58,8	10	لا
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 10,2، χ^2 الجدولة 7,81، عند درجة حرية 3 بالنسبة 95%.						

2.3.1.8. خصائصه الصحية

أ. الدفتر الصحي

تم وضع الدفتر الصحي من أجل المتابعة الصحية للأم خلال الحمل وبعد الولادة، مع المتابعة الصحية لطفلها. وهذا الدفتر يساعد على تدعيم المفاهيم الصحية السليمة، والقضاء على الأفكار السلبية، والمورثات الثقافية التي تتعامل مع الطفل بشكل خاطئ، بحيث تختلف الظروف الصحية باختلاف مستوى التعليم والثقافة.

فسوء التغذية ترتفع بين النساء اللواتي ليس لديهن دفتر صحي بمعدل 80%، بينما تنخفض اللواتي لديهن دفتر صحي 60,8%، كما أن إختبار χ^2 لا يؤكد الارتباط بين تواجد الدفتر الصحي وسوء التغذية (الجدول رقم (3.68)).

الجدول رقم (68.): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب تواجد الدفتر الصحي.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				توجد الدفتر الصحي
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	92	37,9	36	62,1	56	نعم
100	05	20,0	01	80,0	04	لا
100	03	0	0	100	03	مفقود
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 2,52، χ^2 الجدولة 5,99، عند درجة حرية 2 بالنسبة 95%.						

(ب). متابعة تعليمات الدفتر الصحي

الدفتر الصحي يتطلب متابعة التعليمات بشكل دقيق، من طرف الأم لصحتها وصحة طفلها. فالدفتر الصحي يتطلب مستوى معين لقراءة وتتبع المراحل بشكل متتابع ومنظم، وحسب الدراسة معظمهم لم يفهم هذه المراحل بسبب تأثير المعتقدات والقيم الراسخة في أذهانهم ومن الصعب التخلي عنها ومحورها، بالإضافة إلى إنعدام المراكز الخاصة بالتوعية والإرشاد إلى طريقة استخدام الدفتر الصحي بشكل صحيح وكذى وسائل الإعلان... إلخ، كان من المفروض الإعتماد على رسومات لفهم الخطوات المتبعة، وهذا ما يعكس سلبا على تغذية الطفل.

ترتفع معدلات سوء التغذية للنساء اللواتي لا يتبعن الدفتر الصحي 63,6%، بينما تنخفض النسبة للنساء المتبعات بمعدل 61,8%، وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين متابعة الدفتر الصحي وسوء التغذية (الجدول رقم (69)).

الجدول رقم (4.69): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب متابعة تعليمات الدفتر الصحي.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				متابعة تعليمات الدفتر الصحي
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	34	38,2	13	61,8	21	نعم
100	66	36,4	24	63,6	42	لا
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 5,70، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

(ج). التلقيحات

تولي كافة الحكومات عناية فائقة بالتنفيذ ببرامج متكاملة لتطعيم الأطفال ضد الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة، وتتضمن تلك البرامج توفير كافة التطعيمات بالجودة والصلاحية والكميات المطلوبة، وتدريب الأطباء والهيئة المعاونة في كيفية تنفيذ برامج التطعيمات وفقا للجدول الزمنية التي تعدها المنظمات والهيئات الدولية الصحية العالمية، وتحرص على إمداد مراكز الرعاية الصحية الأولية بكافة التعليمات والإرشادات التي تمكنها من، متابعة تنفيذ برامج التطعيمات مع الأسر وفقا للجرعات والمواعيد المحددة من قبل برامج الصحة العالمية.

كما تحرص على تكثيف جهود وسائل الإعلام المختلفة نحو التوجيه و إرشاد الأسر إلى أهمية الإلتزام ببرامج التطعيم حرصا على حياة الأطفال ووقايتهم من الأمراض التي قد يتعرضوا إليها في المراحل العمرية المبكرة والتي تمتد آثارها السلبية إلى المراحل العمرية المتقدمة في حياة الأطفال، وتسبب لهم إعاقة بدنية (جسدية) أو ذهنية أو نفسية تؤثر على مسار حياة الفرد، وتحد من قدرته على تحمل أعباء الحياة، فتقدم المجتمع يعني الإهتمام بتنشئة أجيال صحيحة جسديا وبدنيا ونفسيا ليصبح عضوا نافعا يسهم في التنمية، ولايشكل عبئا على أسرته أو مجتمعه ويعيش حياة خالية من المعوقات، كما يسهم تنفيذ برامج التطعيمات في خفض معدلات الوفيات و إرتفاع متوسط العمر المتوقع للأفراد.

فسوء التغذية ترتفع عند النساء اللواتي لم يتبعن التلقيحات في موعدها بمعدل 68,4%، بينما تنخفض المعدلات للواتي يتبعن بالمعدل 50,0%، وإختبار χ^2 ، يؤكد الارتباط بين التلقيحات وسوء التغذية (الجدول رقم (70)).

الجدول رقم (70): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب التلقيحات.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				التلقيحات
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	24	50,0	13	50,0	11	نعم
100	76	31,6	24	68,4	52	لا
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 3,84، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

(د). الوقاية ضد الكساح

يعتبر مرض الكساح من أهم الأمراض التي تصيب صحة الطفل، بحيث لو تخيلنا مولودا جديدا يتغذى من ثدي أمه، لوجدنا محيطه يتكون فقط من أمه والغرفة التي يتقاسمها، أما فرص بقائه على قيد الحياة فقط تكون مهددة بعدة أخطار كالإكتضاض، قلة التهوية، مشاكل التطهير.....، بالإضافة إلى أنه مرض مدمر للطفل قد لا يؤدي إلى وفاته، لكنه يتسبب في إعاقة الطفل وإضطراب معدلات نموه خلال فترة حياته حيث تمتد آثاره السلبية التي لتصاحب الأطفال خلال فترة حياته كلها، ولها أبعاد نفسية وإجتماعية بالغة السوء.

لذا الحكومات تبذل الجهود المكثفة لحماية الأجيال من ذلك المرض، وتضع البرامج اللازمة لتنفيذ التطعيم ضد الكساح الأطفال بدقة سواء من حيث الجرعات المناسبة والتوقيتات المناسبة والأعمار المناسبة، حيث يبدأ التطعيم بالجرعات الأساسية في الشهر الأولى من حياة الطفل، ويتبع ذلك مجموعة جرعات تنشيطية ووقائية خلال سنوات العمر الأولى. في المقابل هذا ترتبط فرص البقاء على قيد الحياة بعوامل أخرى ذات الأثر الإيجابي، كالرضاعة الطبيعية، تلقيح الأمهات والأطفال، مستوى تعليم الأم، تؤثر هذه العوامل على وقاية الطفل من الكساح.

فسوء التغذية ترتفع عند الأطفال الذين لم يلقحوا ضد الكساح بمعدل 66,7%، بينما تنخفض عند اللذين لقحوا في الشهر الأول والشهوه السادس وهذا على التوالي، 58,8% و 37,5%، ويأكد الارتباط بين الوقاية ضد الكساح وسوء التغذية (الجدول رقم (6.71)).

لجدول رقم (6.71): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب الوقاية ضد الكساح.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				الوقاية ضد الكساح
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	45	33,3	15	66,7	30	نعم
100	17	41,2	07	58,8	10	الشهر الأول
100	08	62,5	05	37,5	03	6 أشهر
100	30	33,3	10	66,7	20	لا
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 10,6، χ^2 الجدولة 7,81، عند درجة حرية 3 بالنسبة 95%.						

3.3.1.8. الخصائص التغذوية للطفل

أ. الحرص على التنوع الغذائي للطفل

هذا المتغير يهتم بدراسة التنوع الغذائي للطفل، الذي يتطلب دراسة نوعية الطعام التي يحتاجها الطفل لكي نمده بالطاقة والفيتامينات اللازمة لحيويته ونشاطه ونموه بشكل صحيح، وكذلك كمية الطعام المناسبة للفترة العمرية. ويبدأ الإهتمام بتغذية الطفل وهو جنين في بطن أمه، حيث يجب العناية بالأُم خلال فترة الحمل. والعناية بالنظام الغذائي لها.....حيث تكون مصدرا لتغذية الطفل أثناء مرحلة الحمل.

وللحكم على صلاحية النظام الغذائي لها، تبدأ بوزن الطفل عند الولادة مباشرة. وهناك جداول صحية عالمية تحدد أهمية وزن الطفل وأثره على صحة وحياة الطفل. وتتعلق إشارات تحذيرية تنبه لخطورة حالة الطفل عند إنخفاض وزنه عن المعدل المتعارف عليه طبيا، والذي يشير إلى إستكمال نمو الرضيع

في مرحلة التكوين وقدرته على مواجهة الحياة خارج رحم الأم، ومناعته لمقاومة الأمراض والملوثات خلال تلك الفترة العمرية المبكرة.

فسوء التغذية ترتفع عند الأطفال الذين ليس لديهم تنوع في الغذاء بمعدل 63,4%، بينما تنخفض عند الذين لهم تنوع بمعدل 57,1%، و إختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين التنوع الغذائي وسوء التغذية (الجدول رقم (7.72)).

الجدول رقم 72: نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب التنوع الغذائي.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				التنوع الغذائي
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	07	42,1	03	57,1	04	نعم
100	93	36,6	34	63,4	59	لا
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 6,90، χ^2 الجدولة 3,84، عند درجة حرية 1 بالنسبة 95%.						

(ب). العمر الخاص بالتنوع الغذائي للطفل

يعتبر المتغير الخاص بالتنوع الغذائي للطفل حسب عمره، من أهم المتغيرات الخاصة بالدراسة، بحيث يتأثر بمجموعة من العوامل من بينها، معرفة مدى مناسبة المستوى المعيشي والإقتصادي للمرأة الحامل، والمساهمة في مساعدة الأم على الحصول على كافة الإحتياجاتها ورعايتها صحيا وغذائيا. تبني حملات التوعية التي تستهدف تلقين الأم مبادئ وأصول رعاية الطفل من النواحي الغذائية، وأهمية الرضاعة الطبيعية وتنفيذ برامج التطعيمات للأطفال في توقيتها وفقا لتعليمات الدفتر الصحي. دراسة البيئة الإجتماعية للأم الحامل والعمل على دعم المفاهيم الصحية السليمة، والقضاء على الأفكار الإجتماعية السلبية، والمورثات الثقافية التي تتعامل مع الطفل بشكل خاطئ، حيث تختلف الظروف البيئية باختلاف مستوى التعليم والثقافة.

فسوء التغذية ترتفع حسب الأعمار الخاصة بالتنوع الغذائي بين الأعمار (10 - 11) شهرا و (4 - 6) شهرا بالمعدلات، 75,0% و 65,3%، بينما تنخفض عند الأعمار (6 - 7) شهرا و (12 - 18) شهرا بالمعدلات 50% و 44,4%. وإختبار χ^2 ، يؤكد الإرتباط بين العمر الخاص بالتنوع الغذائي وسوء التغذية (الجدول رقم (8.73)).

الجدول رقم (8.73): نسب وتكرار الأطفال الأقل من خمسة سنوات، معرضين لسوء التغذية حسب الأشهر الذي يتم فيه التنوع الغذائي.

المجموع		حالة نقص الوزن WAZ				الأشهر الذي يتم فيه التنوع الغذائي
		تغذية حسنة		سوء التغذية		
النسب	التكرار	النسب	التكرار	النسب	التكرار	
100	75	34,0	26	65,3	49	6 - 4
100	10	50,0	05	50,0	05	7- 6
100	02	0	0	100	02	9 - 8
100	04	25,0	01	75,0	03	11 - 10
100	09	55,6	05	44,4	04	18 - 12
100	100	0,37	37	0,63	63	المجموع
χ^2 المحسوبة 12,05، χ^2 الجدولة 9,48، عند درجة حرية 4 بالنسبة 95%.						

2.8. التحليل التفسيري لسوء التغذية حسب خصائص المحيط والأم والطفل

التحليل الوصفي للوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في البلدية يعتبر كالتمهيد، بالتحليل التفسيري سوف نستخدم نموذج الإنحدار اللوجيستي «La Régression Logistique»، الذي يقوم بالتحليل العلاقة بين نموذج الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص الوزن بالنسبة للعمر (WAZ) مع المتغيرات الخاصة بالإشكالية والفرضيات المقترحة. من أجل معرفة تأثير المتغيرات المدروسة على سوء التغذية، سوف نستعمل كل المتغيرات النوعية والكمية على حدى، بوجود معادلة الإنحدار اللوجيستي وهي كالآتي:

$$\text{Logit } y = C + B_1x_1 + \dots + B_{26}x_{26} + E$$

بحيث:

Logit y: المتغير التابع، الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص الوزن، وتأخذ القيمتان:

0، إذا كان الطفل مصابا بسوء التغذية.

1، إذا كان الطفل غير مصابا بسوء التغذية.

أما بالنسبة للمتغيرات المستقلة x_i ، وهي متغيرات خاصة بالمحيط والأم والطفل، بحيث:

1-PERSGR: متوسط عدد الأفراد بكل حجرة.

2-STRATE 1: مكان الإقامة.

3-HABITAT: نوعية المسكن.

4-AEP: مصدر المياه الصالحة للشرب.

5-DISPTIO: شبكة الصرف الصحي.

6-AGEFG: عمر الأم المرتب.

7-NEVOU: المستوى التعليمي للأم.

8-TRAVAI: عمل الأم.

9-PARITG: خصوبة الأم.

10-ACTUTIL: استعمال الأم لوسائل تنظيم الأسرة.

11-MTROMOD: ميل للطب الحديث أو التقليدي.

12-DERACCOU: المصدر الصحي المتخصص لوضعها للآخر طفل.

13-SALLARF: الدخل الفردي للأسرة.

14-CONS3MIO: متابعتها للكشف الصحي خلال 3 أشهر من وضعها.

15-DERNOUV: متابعتها للكشف الصحي لطفلها خلال 3 أشهر الأولى من حياته.

16-TETPREG: تلقيح الأم ضد التيتانوس خلال آخر حمل لها.

17-MALADIE: المعرفة بالأمراض التي تصيب طفلها.

18-ALLMAOSI: الرضاعة الطبيعية أم الإصطناعية.

19-AGEEG: عمر الطفل.

20-SEXE: التفضيل بين الجنسين.

- 21-CARNSAN: تواجد الدفتر الصحي للطفل.
 22-SUICASAN: متابعة تعليمات الدفتر الصحي.
 23-VACSINA: التلقيحات.
 24-COUSAH: الوقاية ضد الكساح.
 25-NUTRITF: التنوع الغذائي للطفل.
 26-AGENTRI: العمر الذي يتم فيه التنوع الغذائي للطفل.

ويتم استخدام معادلة الإنحدار اللوجستي، وإستخدام مؤشر WALD لمعرفة أي من المتغيرات التي لها تأثير في النموذج، وهذا عن طريق إجراء عدة محاولات بإستخدام SPSS، يتم حذف المتغيرات التي ليس لها علاقة بسوء التغذية، بحيث من 26 متغير تم إستخراج 18 متغير يؤثر على النموذج.

1.2.8. نموذج سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن WAZ

1.1.2.8. خصائص المحيط

أ. الأسرة

* كلما كان متوسط عدد الأفراد بكل حجرة: له تأثير على النموذج، بحيث مؤشر WALD يمثل 5,3519 ومضروب B_i سالبا 1,2887-، أما الخطر المطلق $Exp(B)$ يمثل معدل الإصابة بسوء التغذية حسب مؤشر نقص في الوزن وهذا بحوالي 0,5756. وكل هذا يمكن تفسيره بالتدخل المتغيرات الخاصة بالمحيط والأم والطفل، بحيث نقص الوعي لدى بعض من الأسر بالأهمية تتبع المتغيرات الإجتماعية، وتحويل السلوكات السلبية والتي تدعو إلى الزواج المبكر، وإرتفاع نسبة الأمية، وعدم الوعي بأهمية تعليم البنات. بالإ العادات والتقاليد غير الواعية إلى جانب عدم الإهتمام بتنظيم الأسرة تؤدي إلى إرتفاع عدد الأفراد في الأسرة و هذا ما يساعد على إنتشار الأمراض المعدية بسهولة.

ب. المسكن

* الوسط السكاني: الأماكن المتجمعة و المتفرقة، والتي تعكس الفوارق في التغذية بين الوسطين، وقد تبين أهمية هذا المتغير في النموذج، من خلال مؤشر WALD 12,0915 ومضروب B_i سالبا

0,1476-، أما الخطر المطلق 0,8048. هذا المتغير يمكن تفسيره بالظهور العديد من المناطق العشوائية في المدن غير المخططة، وما يصاحب ذلك من إنخفاض مستوى الخدمات في تلك المناطق، بالإضافة إلى إنتشار المظاهر السلبية في تلك المناطق. التأثير السلبي للهجرة إلى المدن على كافة أنواع الخدمات كالإسكان والمياه والكهرباء والصرف الصحي والمواصلات والاتصالات، إرتفاع الكثافة السكانية في المناطق الحضرية.

* نوعية المسكن: والتي تعكس الفوارق في التغذية بين النوعين، وقد تبين أهمية هذا المتغير في النموذج، من خلال مؤشر WALD 3,6299 ومضروب Bi سالبا 0,9536 -، أما الخطر المطلق 0,3853. هذا المتغير يمكن تفسيره بالدور الذي تلعبه الأم داخل المنزل، من حيث نظافة المسكن من أرضية المنزل الغير سهلة التنظيف والحاملة لمختلف أنواع الجراثيم والتي تنقل بسهولة بين الأطفال الصغار، بالإضافة إلى تواجد الإزدحام والفوضى بسبب الحجم المتراد من الأفراد داخل المسكن وكل هذا يحفز على الإصابة بالسوء التغذية.

* مصدر المياه الصالحة للشرب: تبين من خلال النموذج تأثير هذا المتغير على الوضعية التغذوية للأطفال، فمؤشر WALD 5,2354 ومضروب Bi 0,2805 -، أما الخطر المطلق 0,7554. هذا المتغير يوضح تأثيره في النموذج بحيث، يعتبر الإصحاح البيئي والإمداد بالمياه وسلامة الغذاء من العوامل المهمة المحددة للوضعية التغذوية والصحية. ويلاحظ من خلال التفسير أن تلوث مصادر المياه يتوقف على العادات الصحية مثل وسائل التخلص من الفضلات والنفايات. بالإضافة إلى إنتشار الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال تنتقل عن طريق المياه الملوثة، ويرتبط تلوث المياه بكل من نوعية مصدرها الرئيسي وبأوعية تخزينها.

* شبكات الصرف الصحي: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث تبين من خلال التحليل التفسيري، بأن مؤشر WALD 6,4298 ومضروب Bi 0,8474-، أما الخطر المطلق 1,3106. هذه النتائج يمكن تفسيرها على أن الوضعية التغذوية للطفل، تظهر من خلال تأثرها بالممارسات الوقائية داخل الأسرة، وأن فئة الأطفال هم الأكثر تعرضا للأمراض والأقل مقاومة للتلوث البيئي، بالإضافة إلى أن أغلب الأمراض راجعة إلى تدهور نظافة المحيط. وكل هذا يرجع إلى الدور الذي تلعبه الأم في النظافة الصحية لطفلها وللأفراد أسرتها.

مكان الإقامة ليس له تأثير في النموذج، لإرتباطه بالوسط السكاني.

2.1.2.8. خصائص الأم

أ. خصائصها الشخصية

* العمر: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث تظهر من خلال النتائج المتحصل عليها، فمؤشر WALD 7,0344 ومضروب $Bi = -0,7312$ ، أما الخطر المطلق 0,6901، من خلال هذه النتائج يمكن تفسيرها كما يلي، العادات الإجتماعية التي تدعوا إلى الزواج المبكر، وزيادة عدد الأطفال، وعدم الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، وإهمال وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الأفراد. كما تعاني كثير من الأمهات من الأمية ونقص الثقافة والوعي، بمفهوم بناء الأسرة، مما يؤثر سلبيا على التمسك بالعادات والتقاليد الموروثة، وعدم الإقبال على مفاهيم تنظيم النسل لتوفير حياة أفضل للأجيال المستقبلية، وإن تغيير في حد ذاته يلقي كثيرا من الرفض والمقاومة. خاصة إذا كان يتجه نحو تغيير العادات والتقاليد الإجتماعية الموروثة التي تأصلت عبر سنوات طويلة في ذهن الأفراد، ويتطلب جهودا مكثفة من طرف طبقة المثقفين والمعلمين.

* وسائل تنظيم الأسرة: يعطي بأهميته في النموذج بالوضوح، فالمؤشر WALD 10,316 و مضروب $Bi = -0,9314$ - وأما الخطر المطلق 0,8431. هذا المتغير يمكن إعطائه تحليلا تفسيريا بحيث، يتأثر بالعوامل منها العادات والتقاليد الإجتماعية الموروثة من الأجدادهم السابقين، كالزواج المبكر الذي يحث على الزيادة في عدد الأطفال، دون مراعات المباحدة بين الولادات وهذا مايعكس بسلبياته على مستوى المعيشي لأفراد الأسرة وتصبح عاجزة على تلبية كل المتطلبات الضرورية لها.

* أما المتغيرات الأخرى فليس لها تأثير في النموذج، منها الخصوبة وميل للطب الحديث أم التقليدي و تفضيل الرضاعة الطبيعية أو الإصطناعية، لأرتباطهم بالمتغيرات التي لها تأثير ومتمثلة في عمر الأم ووسائل تنظيم الأسرة.

ب. الخصائص الصحية

* متابعتها المنظمة خلال ثلاثة أشهر بعد الوضع: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 3,715 ومضروب $Bi = -2,5292$ - وأما الخطر المطلق 0,5647. فالتحليله التفسيري يكون كالاتي، تعد هذه المرحلة من المتابعة الفترة من أكثر الفترات حساسية وخطورة للحفاظ على حياة الطفل،

وتستوجب عناية خاصة تتفق مع حجم الأخطار والأمراض التي تصيب الطفل، يساهم هذا المتغير في توضيح أثر المتغيرات البيئية والتقاليد الإجتماعية، والمتغيرات الثقافية ومقدار الوعي السائد في التأثير على مقدار الوعي الصحي، وتطبيق المبادئ والأصول والقواعد الصحية المناسبة لتلك الفترة من حياة الطفل.

* متابعتها لطفلها خلال 3 أشهر الأولى من حياته: هذا المتغير يظهر بتأثيراته في النموذج كما يلي، المؤشر WALD 3,9493 ومضروب Bi 1,0273 - وأما الخطر المطلق 0,3580. يكون التحليل التفسيري على مدى متابعة الأصول والقواعد الطبية والفنية، ومقدار الخبرة والمهارة والتدريب اللازم للأفراد الذين يقومون بمتابعة الأم والطفل وهذا عن طريق الدفتر الصحي.

* المعرفة بالأمراض التي تصيب طفلها: تبين من خلال النموذج نلاحظ تأثير المتغير كالاتي، فالمؤشر WALD 11,2417 ومضروب Bi 0,1282 - وأما الخطر المطلق 0,8017. هذا المتغير يمكن تفسيره كما يلي، الأمراض المعدية تظهر من خلال تأثرها في نقص الوعي بأهمية المحافظة على صحة الأطفال، ووقايتهم ضد الأمراض، من ناحية أخرى تلعب الرضاعة الطبيعية دورا هاما في هذا المتغير، إذ يؤدي التخلي عنى إلى تدهور نوعية غذاء الأطفال، وهو ما يساعد على إصابتهم بالأمراض ذات الآثار السلبية التي تنتهي بالإعاقة من سوء التغذية أو الوفاة. بالإضافة إلى العادات والتقاليد السلبية التي تحملها الأم عند تعرض طفلها للمرض.

* أما المتغيرات المتبقية ليس لها تأثير في النموذج، ومن بينها متابعتها الصحية لآخر حمل لها ومكان ولادة طفلها و تلقحها ضد التيتانوس، وكل هذه المتغيرات تدخل ضمن المتغيرات التي لها تأثير في النموذج.

(ج).الخصائص الثقافية

* المتغيرات التي ليس لها تأثير في النموذج، تفضيل الرضاعة الطبيعية أو الإصطناعية و الميل للطب الحديث أم التقليدي، لم تأثر بسبب وعي الأمهات بالأهمية الرضاعة الطبيعية مع إعتماهن على الطب الحديث والتقليدي بحيث، أثبت العلماء النفسيين أن عملية الرضاعة أساسية في التكوين النفسي والإجتماعي للفرد حيث تساعد على إشعار الرضيع بالأمان والأطمئنان النفسي، وتسهم في تكوين إنفعالات وتواصل وجداني وروحي بين الأم ووليدها (الأمان النفسي) الذي يساعد على تكوين شخصية

سوية خالية من العقد النفسية والاجتماعية. بالإضافة إلى وقايتها من الأمراض المعدية والمباعدة بين الولادات (تنظيم الأسرة).

* أما ميولها الطب الحديث والتقليدي، مرتبط بمدى وعي الأم وما تعلمته من عادات وتقاليد متوارثة من الأجيال ماضية، كما نجد هناك تكامل بين الطب الحديث والتقليدي، بمعنى أن الطب التقليدي هو الذي حفزة على بروز الطب الحديث وهناك ما يفضل الإثنين معاً، ولا يقصد بالطب التقليدي الذي يعتمد على السحر والشعوذة والبدع الخرافية والتي ليس لها معنى في الطب كما تؤدي حتماً إلى سوء التغذية الأطفال.

* وأخيراً المستوى التعليمي: لا 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 دراسة (Shults 1984) (حافظ). إن تحول مكانة المرأة من زوجة إلى أم يدخلها في تجربة تعليمية، تجعلها تكتسب قيماً ومعايير ومعتقدات صحية من الوسط الذي تعيش فيه، تظهر هذه التنشئة من خلال الممارسات العلاجية والوقائية التي قد تلاحظ على الأم أثناء وبعد الولادة.

ج). الخصائص الاقتصادية

* العمل: هذا المتغير له تأثير في النموذج، بحيث مؤشر WALD 4,0684 و مضروب Bi 0,1510 - وأما الخطر المطلق 0,8599. يمكن تحليل هذا المتغير كما يلي، عموماً يؤثر عمل الأم مقابل الأجر النقدي على بقاء الأطفال على قيد الحياة مع عدم تعرضهم لسوء التغذية، نظراً لما قد توفره الأمهات من المتطلبات الضرورية التي يحتاجها الطفل (الغذاء، العلاج.....).

لكن يجب الإشارة إلى نوع العمل الذي قد يكون سبباً في سوء التغذية الأطفال. بالإضافة إلى ارتفاع عدد الأفراد بالمسكن وارتفاع في معدلات الخصوبة، مع زيادة عدد الإناث في سن الإنجاب، كما يتأثر بالعادات الاجتماعية الموروثة والتي تدعو إلى الزواج المبكر، وعدم الإقبال على برامج تنظيم الأسرة. وكل هذه المتغيرات المؤثرة على متغير العمل تؤدي إلى انخفاض المستوى المعيشي للأسرة والتي تصبح مشلولة وعاجزة على تلبية متطلبات كل أفراد الأسرة. أما الدخل الفردي للأسرة ليس له تأثير في النموذج، لأنه مرتبط بالمتغير العمل.

3.1.2.8. خصائص الطفل

(أ). الخصائص الشخصية

* العمر: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 38,0318 ومضروب Bi 0,2980 - وأما الخطر المطلق 0,5690. ويمكن تفسير هذا المتغير في النموذج كما يلي، الفئة العمرية لطفل معرض لسوء التغذية يؤدي إلى تحميل الدولة أعباء ومسئوليات كبيرة من أجل توفير الرعاية الصحية والاجتماعية لهم، حيث يتطلب رعاية الأطفال الأقل من خمسة سنوات مجهودات خاصة من الناحية الصحية والغذائية والإعداد والتنشئة التعليمية في المراحل العلمية الأولى والاجتماعية. بالإضافة إلى الموارد الاقتصادية محدودة ترتفع فيها تلك الفئة العمرية، مما يشكل أعباء على المستوى المعيشي للأسرة، ويستوجب ضرورة التركيز على توعية المجتمع بأهمية تنظيم الأسرة.

* التفضيل بين الجنسين: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 3,9176 ومضروب Bi 0,1967 - وأما الخطر المطلق 0,8214. ويمكن تفسير هذا المتغير كالاتي، التفضيل الذكور يعرض الإناث إلى سوء تغذيتهم، فالذكر يحمل إسم العائلة و نجده دائما حاضرا في كل حالات (الفرح، أزمة أو مشكلة تخص عائلته،إلخ)، بالإعتباره ممثل العائلة بحيث هو الذي يعوض مكانة الوالد، ويتميز بالكامل الحقوق في التعليم والتغذية والصحة والعمل،إلخ، بينما الأنثى عكس ما سبق ذكره، بالإعتبارها بمثابة ضيف في عائلتها لأنها تتزوج وتنتقل إلى عائلتها الجديدة، حاملتا 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. لكن هذا ما يعكس سلبا على سوء تغذية الأنثى على الذكر.

(ب). الخصائص الصحية

* متابعة تعليمات الدفتر الصحي: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 6,0693 ومضروب Bi 0,8440 - وأما الخطر المطلق 0,8023. ويمكن تفسير هذا المتغير كما يلي، معظم الأمهات لديهن الدفتر الصحي لكن لايعرفن كيفية إستعماله وتتبع المراحل بشكل دقيق إلا في حالة ما نجد عكس ذلك إذا كانت الأم متعلمة، لأن الدفتر الصحي يتطلب مستوى معين لفهمه وقرائته، وكان من المفروض إستخدام الرموز أو الرسومات لفهم الدفتر الصحي وهذا حسب الآراء النسوة المعنيات

بالوضعية التغذوية لأطفالهن، بالإضافة إلى إنعدام المراكز الخاصة بالتدريب المختصين في الصحة لتوعية وتعليم الأمهات الخطوات المتبعة في الدفتر الصحي، وكل هذا لتدارك مخاطر سوء التغذية الأطفال، بالإضافة إلى إنعدام وسائل الإعلان والإشهار بالأهمية صحة الطفل والأم معا.

* التلقيحات: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 3,8882 ومضروب Bi 1,4997 - وأما الخطر المطلق 1,0656. ويمكن تفسير هذا المتغير كما يلي، تولي الحكومات عناية فائقة بتنفيذ برامج متكاملة لتطعيم الأطفال ضد الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة، وذلك بالتوجيه الأسر إلى أهمية الإلتزام ببرامج التطعيم حرصا على حياة الأطفال ووقايتهم من الأمراض التي قد يتعرضون إليها في المراحل العمرية المبكرة والتي تمتد آثارها السلبية إلى المراحل المتقدمة في حياة الأطفال، وتسبب لهم إعاقة بدنية أو ذهنية أو نفسية تؤثر على مسار حياة الفرد والذي يشكل عبئا على أسرته أو مجتمعه، بالإضافة إلى عدم متابعة الأم تعليمات الدفتر الصحي في الجزئ الخاص بالتلقيحات في موعدها.

* تطعيمه ضد الكساح: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 23,5584 ومضروب Bi 7,185 - وأما الخطر المطلق 0,8338. ويمكن تفسير هذا المتغير كالاتي، تكمن خطورة هذا المرض في أنه مرض مدمر للأطفال قد لا يؤدي إلى وفاته، لكنه يتسبب في إعاقة الفرد وإضطراب معدلات نموه خلال فترة حياته حيث تمتد آثاره السلبية لتصاحب الإنسان خلال فترة حياته كلها، ولها أبعاد نفسية وإجتماعية بالغة السوء، لذا الحكومات تبذل الجهود المكثفة لحماية الأجيال من ذلك المرض، وتضع البرامج اللازمة لتنفيذ التطعيم ضد الكساح الأطفال بدقة سواء بالجرعات الأساسية في الشهر الأول من حياة الطفل، ويتبع ذلك بالجرعات تنشيطية ووقائية خلال سنوات العمر الأولى، بالإضافة من صعب محو فكرة العادات والتقاليد السلبية لمجتمع متمسك بها والتي تعكس على الوضعية التغذوية للطفل.

* تنوعه الغذائي: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 7,5093 ومضروب Bi 0,2660 - وأما الخطر المطلق 0,6814. ويمكن إعطاء التحليل التفسيري للمتغير كالاتي، تعتبر التغذية الصحية السليمة أساسا لحماية الجسم من الأمراض، وتساعده على النمو العقلي والبدني بشكل سليم خال من الأمراض والمعوقات الصحية، ويعاني الكثير من الأطفال من سوء التغذية، وذلك مرجعه عدم توافر الغذاء الصحي المناسب للأطفال سواء من ناحية الكم، أي احتياجات الجسم، ومن ناحية نوعية الغذاء وما يتضمنه من فيتامينات ومعادن والبروتينات يحتاجها الجسم لتمده بالمناعة اللازمة لمقاومة الأمراض، وتساعد على بنائه وتكوينه بشكل مناسب، وتمد الجسم بالطاقة والنشاط الحيوية اللازمة لممارسة دوره

بشكل سليم. وتعد العوامل الإقتصادية وتوافر الإمكانيات المادية هي المعوق الحقيقي الذي يعكس بصورة كبيرة على ظهور أمراض سوء التغذية.

* عمره الخاص بالتنوعه الغذائي: هذا المتغير له تأثير في النموذج بحيث، المؤشر WALD 26,5727 مضروب Bi 0,2030 - وأما الخطر المطلق 0,8866. ويمكن إعطاء التحليل التفسيري كالاتي، عند إدخال عمر الطفل وتوعه الغذائي ساعدة على ظهور عدة متغيرات من بينها، زيادة في عدد الأطفال في الأسرة الواحدة، والأثر السلبي لذلك على القدرة على رعاية الأطفال وتغذيتهم بشكل سليم متكامل، وزيادة معدلات النمو السكاني بما يفوق إمكانيات الدول الفقيرة ذات الموارد الإقتصادية والثروات الطبيعية المحدودة، وإرتفاع نسبة الخصوبة، ونقص التوعية والإرشاد سواء بالنسبة للتوعية بالضرورة تنظيم الأسرة، والرعاية الصحية والغذائية المطلوبة. ويرجع ذلك إلى إنخفاض مستوى التعليم، وهنا يكتمل الثلاث المدمر لحيات المجتمع: الفقر والجهل والمرض. المتغير الذي ليس له تأثير في النموذج والمتمثل في تواجد الدفتر الصحي للطفل، لأن أغلبية الأمهات لديهن الدفتر الصحي وإرتبطة بالمتغيرات التي تؤثر على النموذج

الجدول رقم 74: نموذج سوء تغذية الأطفال الأقل من خمسة سنوات حسب مؤشر نقص الوزن 95%.

Exp(B)	df	WALD	Bi	المتغيرات
0,5756	1	5,3519	-1,2887	PERSGR
0,8048	1	12,0915	-0,1476	HABITAT
0,7554	1	5,2354	-0,2805	AEP
1,3106	1	6,4298	-0,8474	DISPTIO
0,6901	1	7,0344	-0,7312	AGEFG
0,8599	1	4,0684	-0,1510	RAVAILT
0,8431	1	10,316	-0,9314	ACTUTIL
0,5647	1	3,7150	-2,5292	MIO3CONS
0,3580	1	3,9493	-1,0273	DERNOUV
0,8017	1	11,2417	-0,1282	MALADIE
0,5690	1	38,0318	-0,5690	AGEEG
0,8214	1	3,9176	-0,8214	SEXE
0,8023	1	6,0693	-0,8023	SUCARSAN
1,0656	1	3,8882	-1,4997	VACSINA
0,8338	1	23,5584	-7,1850	POLIO
0,6814	1	7,5093	-0,2660	NUTRIT
0,8866	1	26,5727	-0,2030	AGENTRI

خاتمة

من خلال الباب النظري والميداني، نلاحظ أن الوضعية التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات، تقريبا 12 طفل في الدقيقة وفي اليوم يموتون إثر المجاعة وسوء التغذية، حوالي أكثر من نصف من الأطفال في الدول النامية يموتون بسبب سوء التغذية حسب المنظمة العالمية للصحة لعام 1995. إن تغذية الأطفال بشكل سيء سيكون أكثر عرضة لموت الأطفال في سن مبكر و أيضا من الصعب علاجه، في آسيا الجنوبية، نصف من مجموع الأطفال يعانون من سوء التغذية، وفي إفريقيا 1/3 يعانون من نقص في الوزن، الأطفال الأقل من 5 سنوات يعانون من فقر الدم بسبب نقص في مادة الحديد يمكن أن يؤدي إلى تأخر في تطور النمو والنمو العقلي، الذي ينخفض معدل الذكاء حوالي 9 نقاط.

العوامل التي تؤثر على الحالة التغذوية في الدول النامية: الفقر، النمو الديمغرافي، الكوارث الطبيعية والتي يسببها الإنسان، نقص النظافة، النقص المعرفي حول التغذية، اللاجئيين، نقص التكملة الغذائية. أما بالنسبة للدول المتقدمة: النسب الضعيفة للإستعمال الرضاعة الطبيعية، ضعف المعرفي للتغذية، الأكل الجاهز، نقص الغذاء أو الوجبة الصحية كما ونوعا، الإفراط في الغذاء، تغيير السلوك الغذائي. القمة العالمية التي نظمت سنة 1990، أوضحت إلى نقص في ثلاث عناصر: الحديد و اليود و الفيتامين A.

و من العوامل الضرورية التي يمكن أن تحسن الحالة التغذوية، لهذا قد روجت بالدراسة الأخيرة من منظمة الأمم المتحدة، التي أكدت بأنه لا يوجد هناك صيغة فريدة للتطبيق، لكن معظم العناصر كانت أساسية. كالمثال، أن تعطي للنساء التعبير والقدرة على التصرف ومهم من هذا تحسين التغذية لهن ولأطفالهن، هذا يتطلب جهود تشريعية وسياسية تهدف إلى المكافحة التمييز نحو النساء وإستغلالهم، ورفع المستوى التربوي للبناء والنساء أيضا. وواحدة من الخاتمة المهمة من تقرير الأمم المتحدة، بأن في البلدان حيث النجاح المحقق للتغذية أصبح معطلا بسبب النمو الإقتصادي، التمييز الإجتماعي نحو النساء في ممارسه العامة.

الملاحق

الملحق رقم 1



الصورة رقم: 01

Une mère et son enfant au Népal, où une étude a montré récemment que l'administration hebdomadaire de suppléments de vitamine A à des femmes enceintes abaissait sensiblement la mortalité maternelle.



الصورة رقم: 02

Trois soeurs dans un centre de santé à Haïti



الصورة رقم: 03

Près de 40% des enfants de moins de cinq ans dans le monde présentent un retard de croissance. Leurs performances scolaires s'en ressentiront. Ces deux petites Bangladaises ont le même âge.



الصورة رقم: 04

A Oman, dans le cadre d'un effort communautaire pour améliorer la nutrition infantine, une mère examine la fiche de croissance de son bébé avec un conseiller bénévole.



الصورة رقم: 05

Le manque d'hygiène entraîne des maladies qui menacent la santé et la croissance de l'enfant. Il ressort de nouvelles recherches que l'insalubrité perturbe la croissance même avant l'apparition d'une infection aiguë. Ici, une petite Egyptienne au milieu de monceaux d'ordures.



الصورة رقم: 06

En Gambie, un beau bébé dort paisiblement.



الصورة رقم: 07

Au Brésil, des bénévoles du *Pastoral da Criança* pèsent une petite fille au cours d'une séance de contrôle de la croissance.



الصورة رقم: 08

Les femmes qui doivent consacrer de longues heures aux corvées d'eau, de combustible ou autres travaux pénibles n'ont plus beaucoup de temps pour leurs enfants. Des efforts conjoints peuvent alléger quelque peu ce fardeau. Ici, les membres d'une coopérative agricole du Niger aménagent une terrasse pour lutter contre l'érosion.



الصورة رقم: 09

Une femme allaite son nouveau-né dans un hôpital de Chine, pays où l'initiative des «hôpitaux amis des bébés» a entraîné une hausse marquée de l'allaitement maternel.



الصورة رقم: 10

L'amélioration des pratiques de soins, y compris sur le plan de l'hygiène personnelle, est un élément essentiel dans la lutte contre la malnutrition. Au Bangladesh, des femmes se lavent les mains avant de nourrir leurs enfants.



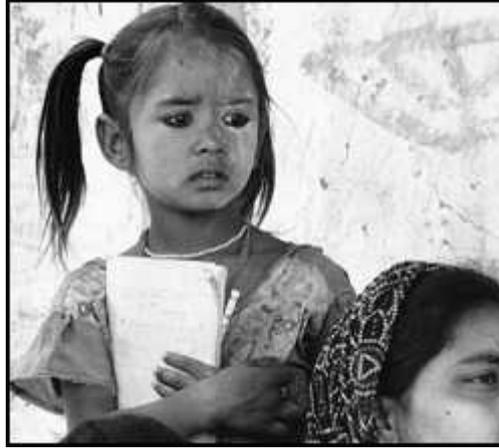
الصورة رقم: 11

En Indonésie, un agent de santé et nutrition explique que les oeufs sont une bonne source de vitamine A.



الصورة رقم: 12

Des femmes et des enfants devant un centre de santé soutenu par l'UNICEF en Amazonie péruvienne, où le paludisme pose un important problème.



الصورة رقم: 13

Les affections dues aux vers sont parmi les maladies les plus fréquentes. Elles entravent le développement physique et mental des enfants. Ici, une petite Indienne à l'école.



الصورة رقم: 14

En Afrique du Sud, des agents de santé communautaires pèsent les enfants, et discutent avec les familles des moyens de favoriser la croissance.



الصورة رقم: 15

En République démocratique du Congo, des agents de santé vaccinent des fillettes dans un camp pour des enfants rwandais réfugiés non accompagnés.



الصورة رقم: 16

Une maman asiatique avec ses jumeaux. Le bébé de gauche est un garçon: sa maman l'allaite, il est bien nourri et en bonne santé; le bébé de droite est un fille: elle est nourrie au biberon et souffre de dénutrition sévère (elle est morte le jour après)



الصورة رقم: 17

Partage du lit avec le nouveau-né



الصورة رقم: 18

Conseils donnés durant la grossesse



الصورة رقم: 19

Encouragement de l'allaitement maternel



الصورة رقم: 20

Marasme avec amaigrissement extrême à Rotterdam (Pays-Bas) pendant la seconde guerre mondiale



الصورة رقم: 21

Marasme chez un enfant colombien



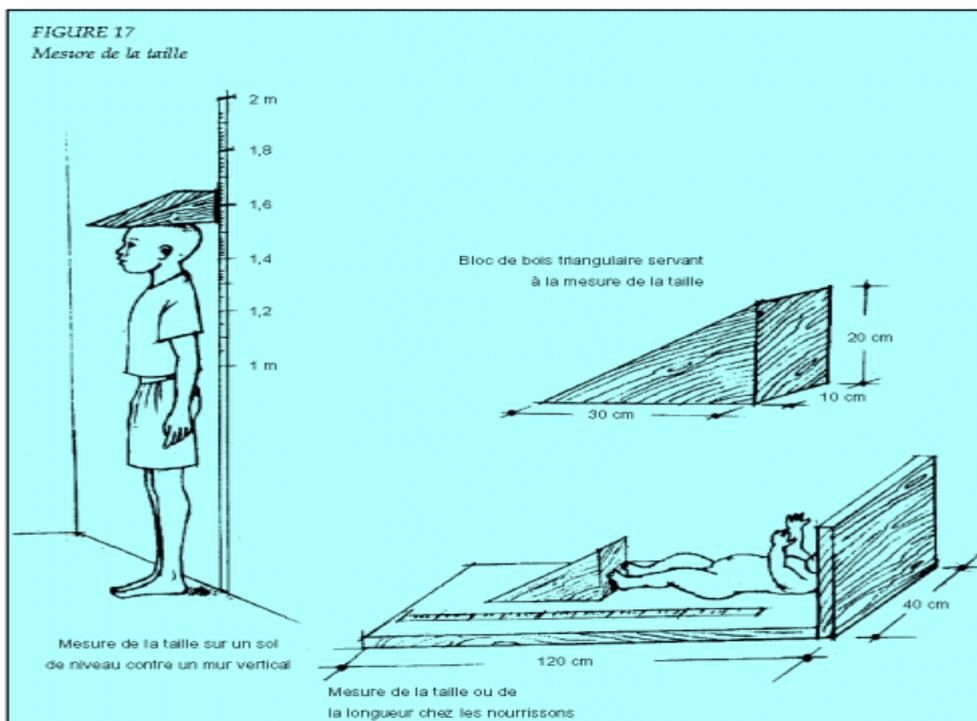
الصورة رقم: 22

Distribution de repas à des réfugiés par le PAM en Afrique



الصورة رقم: 23

Enfants du Bhoutan consommant du boulgour donné par le PAM



الصورة رقم: 24



الصورة رقم: 25

Mère allaitant son enfant au Bhoutan



الصورة رقم: 26

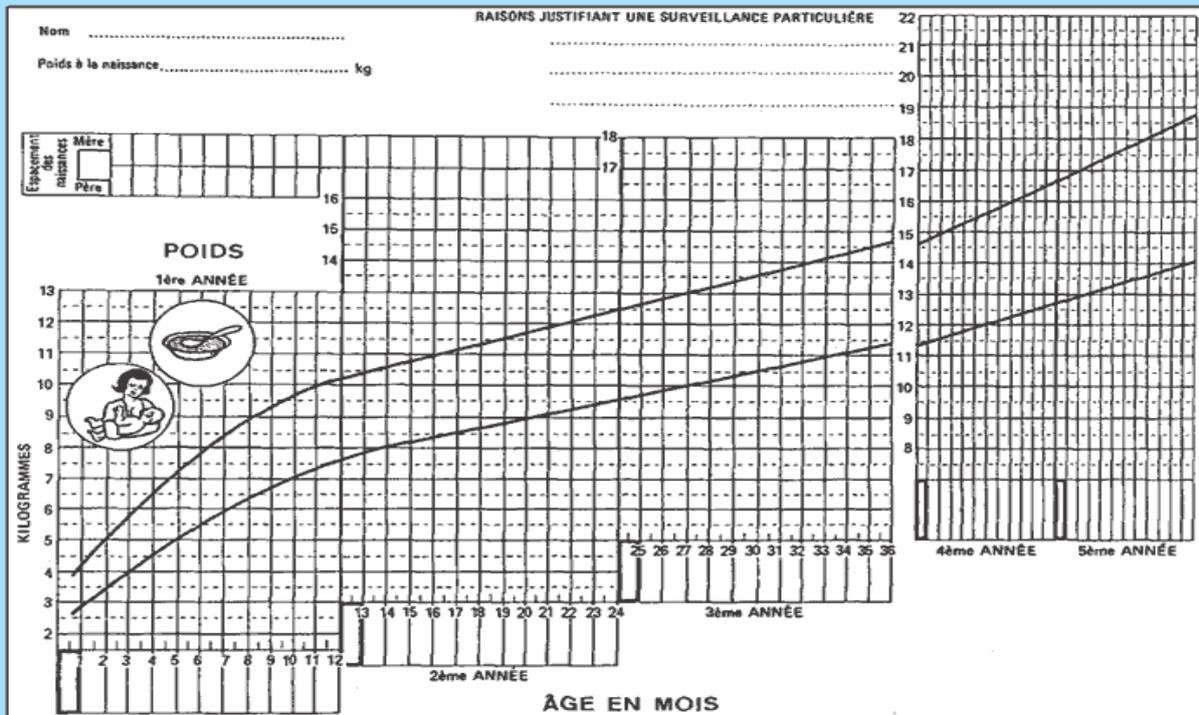
Mère bhoutanaise portant son enfant sur le chemin du marché



الصورة رقم: 27

Grand-mère birmane cuisinant tout en s'occupant de son petit-fils

FIGURE 18
Une courbe de croissance simple



الشكل رقم: 28



الصورة رقم: 29

Education nutritionnelle au Lesotho



الصورة رقم: 30

Démonstration de cuisine aux Philippines



Démonstration de cuisine dans un village

الصورة رقم: 31



الصورة رقم: 32 *œdèmes, altérations cutanées et ulcération du coude chez un enfant atteint de kwashiorkor*

الملحق رقم 2

الإستمارة

1.1. الفرضية الأولى الخاصة بالمحيط

ظروف المحيط السيئة التي يعيش فيها الأطفال الأقل من خمسة سنوات تشكل أحد المحددات الأساسية في سوء تغذيتهم.

1-1-1- كم يبلغ عدد أفراد أسرتك:

(أ) - إثنين (ب) - ثلاثا (ج) - أربعة فأكثر

1-1-2- كم عدد الغرف الموجودة في المسكن، وما عدد الأفراد الذين يشغلونها:

(أ) - غرفتين (ب) - ثلاث غرف (ج) - أربع غرف

1-1-3- مكان الإقامة:

(أ) - الريف (ب) - الحضر

1-1-4- الوسط السكاني:

(أ) - الأماكن المتجمعة (ب) - الأماكن المتفرقة

1-1-5- نوعية المسكن:

(أ) - قبيلات وشقق - منزل تقليدي، أكواخ، آخر

1-1-6- ما هي مصادر المياه الصالحة للشرب المستعملة من طرف أسرتك؟

(أ) - شبكة المياه الصالحة للشرب (ب) - خارج المنزل:

*- محمية - غير محمية

1-1-7 هل تتواجد شبكات صرف المياه الغير صالحة للشرب؟

(أ) - غير موجودة

(ب) - موجودة:

*- داخل المنزل

** - خارج المنزل

2. الفرضية الثانية الخاصة بالأم

يعتبر تدني الوعي الثقافي للأم كأحد الأسباب الرئيسية المؤدية لتعرض طفلها لسوء التغذية.

1-2- كم يتراوح عمرك:

(19-15) (24-20) (29-25)
 (34-30) (39-35) (44-40)
 (49-45)

2-2- المستوى التعليمي:

(أ) - أمية (ب) - ابتدائي (ج) - متوسط
 (د) - ثانوي (هـ) - جامعي فأكثر

3-2- المهنة:

(أ) - تعمل (ب) - لا تعمل: إذا كانت لا تعمل من هو ممول الأسرة،

4-2- عدد أطفالك، هل هو:

(أ) - طفل واحد (ب) - (4-2) أطفال (ج) - (7-5) أطفال
 (د) - 8 أطفال فأكثر

5-2- هل تستخدمين وسائل تنظيم الحمل؟

(أ) - نعم (ب) - لا (ج) - ترفض الإجابة

6-2- هل لكي ميل:

(أ) - للطب الحديث (ب) - للطب التقليدي

7-2- أنتي حريصة على المتابعة الصحية لآخر حمل لكي؟

(أ) - نعم (ب) - لا (ج) - لاتعرف

8-2- مكان ولادة طفلكي:

(أ) - تابع للدولة (ب) - عيادات خاصة (ج) - المنزل (د) - آخر
9-2- الدخل الفردي للأسرة:

(أ) - جيد (ب) - متوسط (ج) - ضعيف

10-2- هل لديكي متابعة لطفلكي خلال 3 أشهر الأولى بعد الوضع؟

(أ) - نعم (ب) - لا (ج) - لاتذكر

11-2- هل لديكي متابعة لطفلكي خلال 3 أشهر الأولى من حياته؟

(أ) - غير مبالية (ب) - الأسبوع الأول من العمر (ج) - (4-1) أسبوع

(د) - (3-1) أشهر هـ - لاتذكر

12-2- خلال آخر حمل لكي، هل تلقيتي تلقيحا ضد التيتانوس؟

(أ) - نعم (ب) - لا (ج) - لاتعرف

13-2- هل لديكي معرفة بالأمراض التي تصيب طفلكي؟

(أ) - نعم (ب) - لا

3. الفرضية الثالثة الخاصة بالطفل

التمييز بين الجنسين له علاقة سلبية على تغذية البنت.

1-3- عمر الطفل:

أقل من 6 أشهر (6-11) شهرا
(12-23) شهرا (24-35) شهرا
(36-47) شهرا (48-59) شهرا

2-3- وزن الطفل (كلغ) :

3-3- الطول (سم) :

4-3 هل تفضلين رضاعة طفلكي:

(أ) - رضاعة طبيعية (ب) - رضاعة إصطناعية

5-3 هل لديكي تفضيل فيما يخص جنس الطفل؟

(أ) - نعم (ب) - لا
 (ج) - ماهو؟ * - ذكر ** - أنثى

6-3 هل لديكي الدفتر الصحي لطفلك؟

(أ) - نعم (ب) - لا

7-3 هل تابعتي بدقة تعليمات الدفتر الصحي؟

(أ) - نعم (ب) - لا

8-3 هل كانت التلقيحات في موعدها؟

(أ) - نعم (ب) - لا

(ج) - إذا كان الجواب سلبي ماهو التلقيح الغير منجز:

.....

9-3 هل قمتي بالوقاية طفلك ضد الكساح؟

(أ) - نعم: (ب) - لا
 * - الشهر الأول - الشهر السادس

10-3 هل أنتي حريصة على التنوع الغذائي لطفلك، وماهو النظام الغذائي؟

(أ) - نعم: (ب) - لا
 من (6-4) أشهر (7-6) أشهر
 (9-8) أشهر (11-10) شهرا
 (18-12) شهرا

ملاحظة: الإجابة تكون بالشطب باستعمال العلامة X في المربعات، وفي حالة نقاط يطلب إملائها.

قائمة المراجع

1. Stuart Gillespie, John Mason, and Reynaldo Martorell, «How Nutrition Improves, ACC/SCN State-of-the-Art Series», Nutrition Policy Discussion Paper No. 15, United Nations, New York, July (1996), 12.
2. Alison Draper, «Child Development and Iron Deficiency: Early action is critical for healthy mental, physical and social development», The Oxford Brief, Opportunities for Micronutrient Interventions, Washington, DC, May (1997), 58.
3. «Rapport sur le développement dans le monde 1993: investir dans la santé», Banque mondiale, Washington, DC, (1993), 79.
4. FAO. «Stratégies de l'alimentation et de la nutrition dans le développement national. Neuvième rapport du Comité mixte FAO/OMS d'experts de la nutrition», Rome, 1994. Réunions de la FAO sur la nutrition n° 56. OMS, Série de rapports techniques, (1996), 584.
5. Glenn F. Maberly, «Iodine Deficiency in Georgia: Progress towards elimination», Summary Report, The Program Against Micronutrient Malnutrition, Atlanta, April-May, (1997), 1- 3 .
6. Helen Young, and Susanne Jaspars, « Nutrition Matters: People, food and famine», Intermediate Technology Publications, London, (1995), 17.
7. OMS. «Food for thought: nutrition and school performance». ACC/SCN News n° 5. Genève, (1990), 12.

8. Alaimo K., Olson C. M., Frongillo E. A., Briefel R. R. « Food insufficiency, family income, and health in US preschool and school-aged children». *American Journal of Public Health*. (2001);91-781-786.
9. Philip W, et al., « The contribution of nutrition to inequalities in health», *British Medical Journal*, Vol. 314, British Medical Association, London, 24 May (1997), 1545.
10. UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). «Malnutrition and infection in the classroom», par Ernesto Pollitt. Paris,(1990), 10.
11. UNICEF. «La situation des enfants dans le monde 1994». Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni, (1994), 12.
12. Michael Col. And Sheila R. Col, «Prenatal Development», *The Development of children*, Scientific American Books, New York and Oxford, (1998), 45.
13. Madeleine J. Nash, «Fertil Minds», *Special Report*, *Time*, Vol.149, No. 5,3 February (1997), 56.
14. Cassie Landers,« A Theoretical Basis for Investing in Early Child Development: Review of current concepts», *Innocenti Global Seminar on Early Child Development*, International Child Development Centre, UNICEF, Florence, (1999), 15.
15. «Profile santé Algérie», OMS, 6/(1995), 18.
16. «Profile santé Algérie», MSP, 7/(1996), 78.

17. «Profile santé Algérie», MSP, 7/(1999), 73.
18. Amadou. (N), Méthodologie d'analyse de la mortalité des enfants, «Application au Cameroun», Université catholique de Louvain, Département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, (1997), 42.
19. Kouaouci (A), et autres, «Population et environnement au Maghreb», Academia, L'harmattan, Belgique, (1995), 41.
20. Pressat, (P), «Dictionnaire de démographie», Paris, PUF, (1997), 58.
21. OMS. «Guide pour la formation en nutrition des agents de santé communautaires». WHO Offset Publication n° 59. Genève, (1996), 50.
22. FAO. «Guide méthodologique des interventions dans la communication sociale en nutrition». Rome, (1993), 73.
23. Akoto, (E). «Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire, hypothèse et recherche d'explication». Academia Louvain-la-Neuve, Belgique, (1993), 52.
24. «Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie : Santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie 2000», MSP, UNICEF, INSP, OMS, 15-48.
25. J. ALDANA. MENDOZA, & H. PIECHULEK. «Situation nutritionnelle des enfants de 0 à 59 mois en zone urbaine et rurale du Cameroun». Bulletin of the World Health Organization, (1992), 70 - 725-732 .

26.«Enquête nationale sur les objectifs de la min-décennie : Santé de la mere et de l'enfant, MDG Algérie 1995», MSP, UNICEF, INSP, OMS, (1996), 15-45.

27. عز الدين جوني: الإحصاء الإقتصادي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (1998)،
19.

28.FAO. «Guide pour les projets participatifs de nutrition». Rome, (1993),
52.

29.Jonathan.(G) ,« Programs for Nutritionnal Anthropometry Divition of Epidimiology», Emory University, Departement of Internationale Heath, University of Michigan, and denis Coulombier, EPO, CDC, Chapter23, IPI INFO, (1999), 459.

30.Bocquier, (ph), «Analyse des enquêtes biographiques», INSEE, (1996),
45.

31.Bonhivers, (P), «Pratique de statistique», Belgique, (1998), 78.

32.FAO/OMS (Organisation mondiale de la santé). «Besoins énergétiques et besoins en protéines. Rapport d'un comité spécial mixte FAO/OMS d'experts. Collection FAO : Alimentation et nutrition» n° 7. Rome,(1993),
69.

33.OMS/UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance).. «Le sevrage de l'allaitement maternel à l'alimentation familiale. Guide à l'usage des agents de santé et autres personnels communautaires». OMS, Genève; FISE, Paris,(1998), 18.

34.OMS/UNICEF. «Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité». Déclaration

conjointe OMS/UNICEF. OMS, Genève; UNICEF, New York,(1999), 69.

35. «Eau salubre et assainissement pour tous : progrès accomplis pendant la première moitié des années 90 : Rapport du Secrétaire général», Nations Unies, New York, A/50/213-E/1995/87, 8 juin (1995), 5.

36. «Le progrès des nations 1997», UNICEF, Genève, (1997), 1

37. Stephenson, L.S. «Impact of helminth infections on human nutrition». Taylor & Francis, Londres. (1998), 18.

38.«Rapport mondial sur le développement humain 1997», PNUD, Economica, Paris, (1998),184-185

39.«Food, Health and Care», UNICEF, New York, November (1996), 13.

40.«Statement on the Link Between Nutrition and Cognitive Development in Children», School of Nutrition,Center on Hunger, Poverty and Nutrition Policy, (1995), 8.

41.Alleyne, G.A.O., Hay, R.W., Picou, D.I., Stanfield, J.P. et Whitehead, R.G.« Protein-energy malnutrition». Arnold, Londres. (1999), 78.

42.Latham, M.C., McGandy, R.B., McCann, M.B. et Stare, F.J. «Scope manual on nutrition», Upjohn Company, Kalamazoo, Michigan, Etats-Unis. (1997), 147.

43. Banque mondiale,« Enriching lives. Overcoming vitamin and mineral malnutrition in developing countries», Washington, (1994), 198.

44.Engle, P. «Care and child nutrition. Communication pour la Conférence

inter nationale sur la nutri tion». UNICEF, New York.(1992), 45-48.

45.Latham, M.C., Bondestam, L. et Jonsson, U. «Hunger and society, vol. 1 à 3. Cornell International Nutrition Mono graph Series nos17-19». Cornell University, Ithaca, New York. (1996), 194

46.UNICEF, «La situation des enfants dans le monde», (1998), 19.

47.O.G. BROOKE.« Nutritional requirements of low and very low-birth-weight infants». Ann. Rev. Nutr.,(1997), 91-116 .

48.FAO. «Aliments traditionnels et non traditionnels». Collection FAO: Alimentation et nutrition n° 2. Rome, (1999), 92.

49.Sanjur, D. «Social and cultural perspectives in nutrition». Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, Etats-Unis. (1999), 45.

50. Jean A.S, Ritchie, «Manuel sur développement de l'enfant, la vie familiale, la nutrition.», CEA/FAO , Addis-Abeba, (2000), 45.

51. M.C. Latham, «Planification et évaluation des programmes de nutrition appliquée», Etudes de nutrition de la FAO, n°26, Rome, (1999), 19.

52.Latham, M.C. et Van Esterik, P.« The decline of the breast: an examination of its impact on fertility and health, and its relation to socioeconomic status». Cornell Inter national Nutrition Monograph Series n° 10. Cornell University, Ithaca, New York. (1998), 45.

53.FAO. «Intégration de la nutrition dans les projets de développement

agricole et rural. Manuel». Nutrition et agriculture n°1. Rome,(1997), 15.

54.Michael. (C), «Nutrition dans les pays en développement», Université de Cornell, Ithaca, New York, FAO, (2001), 45.

55.Pelletier D.L Frongillo E.A. Jr., Schroeder D.G., Habicht J-P. «The effects of malnutrition on child mortality in developing countries», Bulletin of the World Health Organization,(1999), 125.

56. OMS/UNICEF, «Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité», Déclaration conjointe , New York, (1999), 125.

57.Mora J & Nestel PS, Am J Clin. «Improving prenatal nutrition in developing countries : Strategies, prospects & challenges», (2000); 7 – 13.

58.OMS. «Recommandations diététiques basées sur l'approche alimentaire: élaboration et utilisation: rapport d'une consultation conjointe» FAO/OMS, Nicosie, 1995. OMS, Série de rapports techniques 880. Genève,(1998), 14.

59.Berg, A. «Malnutrition. What can be done? Lessons from the World Bank experience». University Press, Baltimore, Maryland, Etats-Unis.(1999), 54.

60.Waterlow, J.C. «Protein energy malnutrition». Edward Arnold, Londres.(1992), 49.

61.FAO. «Planification et évaluation des programmes de nutrition

appliquée», par M.C. Latham. Etudes de nutrition de la FAO n° 26. Rome.(1999), 13.

62.Brun, T.A. et Latham, M.C. «Maldevelopment and mal nutrition». World Food Issues, Vol. 2. Cornell University, Program in International Agriculture, Ithaca, New York. (1990), 79.

63.UNICEF, «La situation des enfants dans le monde», (1995), 67

64.Brown, M.L. «Present knowledge in nutrition». International Life Sciences Institute, Nutrition Foundation, Washington. 6e éd. (1990), 58.

65.Brown JL, Pollitt E. «Malnutrition, poverty and intellectual development». Scientific American. (1996); 274-38-43.

66.FAO, «L'alimentation des travailleurs dans les pays en développement. étude FAO: Alimentation et nutrition n° 6». Rome, (1996), 18.

67. Nelson, M. «Childhood nutrition and poverty». The Proceedings of the Nutrition Society, (2000); 59-307-315.

68.McLaren, D.S. John Wiley and Sons,« Nutrition in the community», New York. 2e éd. (1998), 567.

69.McLaren, D.S., Burmad, D., Belton, N.R. et Williams, N.F. «Textbook of paediatric nutrition». Churchill Livingstone, Edimbourg, Ecosse, Royaume-Uni. 3e éd. (1991), 123.

70. Pelletier D.L., Frongillo E.A. Jr., Schroeder D.G., Habicht J-P. «Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on

- child mortality». *American Journal of Public Health*, (1993), 159.
71. Emery. JL, Scholey S, «Decline in breastfeeding, *Archives of diseases in childhood*», (1990), 138.
- 72.FAO. «La femme rurale et la sécurité alimentaire dans les pays en développement». Rome,(1990), 25.
73. Morrow. AL, «protection against infection with giardia lamblia by breastfeeding in a cohort of Mexican infants», *Journal of pediatrics*, (1992), 363-370.
- 74.Pelletier, D.L., Frongillo, E.A. Jr., Habicht, J-P. «A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries», *The Journal of Nutrition, Supplement*, (1994), 136.
- 75.Pelletier D.L. «The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research». *The Journal of Nutrition, Supplement*,(1995), 189.
76. Bouyer, (J), «Epidémiologie-principes et méthodes quantitatives», INSERM-(1993), 14.
- 77.Ladipo O, *Am J Clin*, «Nutrition in Pregnancy : mineral and vitamin supplements». (2000); 72- 280- 90.
78. Belaribi, (Z), «Impact de certains facteurs socio-démographique et

socioéconomique sur la mortalité des enfants au Maroc», thèse de
 majistère, Blida, (1995/1996), 47.

79. Cantrelle, (P), «Estimation de la mortalité de jeunes enfants, (0-5)»,
 INSERM, (1995), 59.

80. Willow N. D., Gray-Donald K. «Blood lead concentrations and iron
 deficiency in Canadian aboriginal infants». Science of the Total
 Environment. (2002); 289-255-23

81.R. J. Stoltzfus, et al,« CEA (Commission économique pour
 l'Afrique)/FAO. 2000». Manuel sur le développement de l'enfant, la vie
 familiale, la nutrition. Jean A.S. Ritchie. Addis-Abeba. (2000), 159.

82. Baker J, Martin L et Piwoz E. «Académie pour le Développement
 del'Education, décembre A Time to Act: Women's Nutrition and Its
 Consequences for Child and Reproductive» , Health in Africa (1996), 163.

83.OMS. «The growth chart. A tool for use in infant and child health care».
 Genève,(1996), 10.

84.Reissland N, Burghart R ,« Conseil canadien de développement social.
 Le Progrès des enfants au Canada: à l'aube du millénaire». (1999-2000).
 Conseil, Ottawa;(1999), 154.

85.Alfred Sommer, and Keith P. West, Jr., «Vitamin A Deficiency: Health,
 survival and vision», Oxford University Press, New York and Oxford,
 (1996), 41, 48,66-70.

86.Kramer, M. S. «Maternal nutrition, pregnancy outcome and public

- health policy». CMAJ.(1998);159-663-5.
- 87.UNICEF. «La situation des enfants dans le monde 1995». Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni,(1995), 16.
- 88.UN ACC/SCN. «Malnutrition and infection». A review, par A. Tomkin et F. Watson. Genève,(1990), 16.
- 89.OMS. «Utilisation et interprétation de l'anthropométrie: rapport d'un comité OMS d'experts».OMS, Série de rapports techniques 854. Genève,(1995), 50.
- 90.OMS. «Indicateurs d'évaluation des troubles dus à la carence en iode et de la lutte contre ces troubles par iodation du sel». WHO/NUT/94.6. Genève,(1994), 79.
- 91.A. CARLSON & WARDLAW, «T.M.A Global Régional and country assessment of child malnutrition».UNICEF. Staff working paper,(1990), 22
- 92.Dewey K. G. «Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant».Pediatric Clinics of North America. (2001) ;48-87-104.
- 93.OMS. «Prise en charge diététique de la diarrhée infantile aiguë: manuel à l'intention des administrateurs de programmes de santé», par D.B. Jelliffe et E.F.P. Jelliffe.2e éd. Genève,(1991), 18.
- 94.Cannon, G.C. «Food and health: the experts agree. An analysis of one hundred authoritative scientific reports on food, nutrition and public health published throughout the world in thirty years», between 1961 and 1991. Consumers' Association, Londres.(1992), 81.
- 95.FAO/OMS. «Conférence internationale sur la nutrition». Rapport final. Rome,(1992), 73.

96. Godfrey K. M., Barker D. J. P. «Fetal nutrition and adult disease. *American Journal of Clinical Nutrition*». (2000), 71-1344.
97. Esterik Van, P. «Women, work and breastfeeding». *Cornell International Nutrition Monograph Series n° 23*. Cornell University, Ithaca, New York. . (1992), 12-15.
98. FAO/OMS. «Conférence internationale sur la nutrition. Nutrition et développement – une évaluation d’ensemble». Rome, (1992), 51.
99. FAO/OMS. «Les graisses et les huiles dans la nutrition humaine. Rapport d’une consultation mixte FAO/OMS d’experts, 1994. Etude FAO: *Alimentation et nutrition*» n° 57. Rome, (1996), 72.
100. Omar M. A., Coleman G., Hoerr S. «Healthy eating for rural low-income toddlers: caregivers perceptions». *Journal of Community Health Nursing* (2001);18-93-106
101. Romney AK, Weller SC, Batchelder WH «Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy». *American anthropology*, (1996), 88 - 313-338.
102. King, F.S. et Burgess, A. «Nutrition for developing countries». Oxford University Press, Oxford, Royaume-Uni. 2e éd. (1993), 154.
103. Sanjur, D. «Social and cultural perspectives in nutrition». Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, Etats-Unis. (1999), 79.
104. United States Agency for International Development (USAID). «Crucial elements of successful community nutrition programs». Report of the Fifth International Conference of the International Nutrition Planners Forum, 15-19 August, Seoul. USAID Bureau for Science and Technology, Office of Nutrition, Washington, (1999), 56.
105. Sally Grantham-McGrego, « A Review of Studies of the Effect of

Severe Malnutrition on Mental Development», *The Journal of Nutrition, Supplement*, Vol. 125, No. 8S, The American Institute of Nutrition, Bethesda, (1995), 2235.

106. Travers K. D. «The Social Organization of Nutritional Inequities». *Social Science and Medicine*. (1996); 43-543-553.

107. Young, V.R. et Pellett, P.L. «Plant proteins in relation to human protein and amino acid nutrition», 59 (Suppl.): . (1994), 1203-1212.

108. Ladipo O, *Am J Clin*, « WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Nutritional Status. Anthropometric Indicators». Update (1999), 938.

109. A. LECHTIG. «Effects of maternal nutrition infant health : Implications for action». *Journal of Tropical Pediatrics*. (1992), 28 -273-286.

110. Leiva Plaza B et coll. «The impact of malnutrition on brain development, intelligence and school work performance». *Archivos latino americanos de nutrition*, (2001); 51-64-71.

111. Harrison GG et al. «Breastfeeding and weaning in a poor urban neighborhood in Cairo, Egypt : Maternal beliefs and perceptions». *Social science and medicine*, (1993), 36 – 1063- 1069.

112. Rose D., Oliveira V. «Nutrient intakes of individuals from food-insufficient households in the United States». *American Journal of Public Health*, (1997); 87.

113. Loughlin J., Paradis G., Renaud L., Meshefedjian G., Gray-Donald K. «Prevalence and correlates of overweight among elementary schoolchildren in multi-ethnic», low income, inner-city neighbourhoods in Montreal, Canada. *Annals of Epidemiology*, (1998); 8-422-32.

- 114.FAO. «Besoins en vitamine A, fer, acide folique et vitamine B12. Rapport d'une consultation conjointe d'experts FAO/OMS sur la nutrition». Collection FAO : Alimentation et nutrition n° 23. Rome,(1998), 19.
- 115.FAO. «Les aliments vendus sur la voie publique. Rapport d'une consultation d'experts FAO», Jakarta, 1988. Etudes FAO: Alimentation et nutrition n° 46. Rome, (1990), 17.
- 116.FAO. «Bibliography of food consumption surveys». Rev.3. Rome,(1990), 10.
- 117.FAO. «Women in agricultural development». FAO's Plan of Action. Rome,(1998), 23.
- 118.FAO. «Racines, tubercules, plantains et bananes dans la nutrition humaine. Collection FAO: Alimentation et nutrition» n° 24. Rome, (1991), 36.
- 119.FAO. «Les besoins énergétiques de l'homme. Manuel à l'usage des planificateurs et des nutritionnistes». W.P.T. James et E.C. Schofield. Economica, Paris,(1992), 24.
- 120.FAO. «Conduite de petites enquêtes nutritionnelles: manuel de terrain. Nutrition et Agriculture» n° 5. Rome,(1992), 19.
- 121.FAO.« Integrating diet quality and food safety into food security programs, par M.F. Zeitlin et L.V. Brown. Nutrition Consultants» Reports Series n° 91. Rome, (1992), 17.
- 122.FAO. «Meat and meat products in human nutrition in developing countries». -FAO Food and Nutrition Paper n° 53. Rome, (1992), 48.
- 123.FAO.« La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture» Rome, 1992, 79.
- 124.FAO. «1993a. Directives pour l'élaboration des plans nationaux

- d'action pour la nutrition». Rome, 1994, 53.
125. Reynaldo Martorell, «The Role of Nutrition in Economic Development», *Nutrition Reviews*, Vol. 54, No. 4, April (1996), 70.
126. Christopher J, «The global Burden of Disease, Harvard school of public Health», Cambridge, (1999), 360-367.
127. David J, «Babies and Disease in Later Life», *BMJ*, London, (1994), 48.
128. Catherine M, «Shiell, Is blood preeure inversely related to birth weight? The strength of evidence from a systematic review of the literature», Vol 14, No 8, (1996), 935-941.
129. Law M, «Thinness at birth and glucose tolerance in seven-year-old children», (1995), 24-29.
130. Hales N, «Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64», *British*, (1991), 1019-1022.
131. david R, «Birth weight and non-insulin dependent diabetes: Thrifty genotype, thrifty phenotype, or surviving small baby genotype?», *British*, Vol 308, (1994), 942-945.
132. David J, «Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: The thrifty phenotype hypothesis», *Diabetologia*, (1992), 595-601.
133. «A study of maternal nutrition and intrauterine fetal growth», *KEMHRC*, (1996), 36.
134. «proceedings of the Third Annual Workshop on the Fetal and Early Origins of Adult Disease», meeting in Khandala, India, (1996), 6.
135. Caroline Fall, «Communication personnelle», (1997), 58.
136. Mc Keigue, «Coronary heart disease in South Asians overseas : A review », *Epidemiology*, Vol 42, No 7, United Kingdom, (1999), 597-609.

137.FAO. «Le riz dans la nutrition humaine. Préparé en collaboration avec la FAO par B.O. Juliano. Collection FAO: Alimentation et nutrition» n° 26.

Rome, (1994), 91.

138. Keith P. West, Jr, «Vitamin A Deficiency: Health, survival and vision», Oxford University Press, New York and Oxford, (1999), 44.

139. « Les femmes dans le monde 1995: des chiffres et des idées, Statistiques et indicateurs sociaux», New York, (1995), 113.

140. «Zinc for Child Health : Child Health Research project Special Report, Report of a meeting», Baltimore, (1997), 8.

141. «Improving Iron and Zinc Nutrition in Infancy and early Childhood: Proceedings of the Bali Consultation Meeting for the Planning of Multi-Country Iron and Zinc Intervention Trials», Indonesia, UNICEF, (1997), 6-7.

142.Richard D, «Will vitamin A supplementation reduce mother-to-child transmission of HIV?», Research in Action, No 5, UNICEF, New York, (1996), 587.

143. Peter A, «Le monde est sourd, le progrès des nations », UNICEF, Genève, (1996), 8.

144.Kathleen M, «Effects of breastfeeding on maternal health and well being, Food and Nutrition Bulletin», Vol 17, No 4, (1996), 366.

145.Christopher J, «The Global Burden of Disease, Harvard School of Public Health», Cambridge, (1996), 360-367.

146.«Progrès accomplis à mi-parcours de la décennie dans l'application de la résolution 45/217 de l'Assemblée générale relative au Sommet mondial pour les enfants», Rapport du Secrétaire Général, Nations Unies, New York, (1996), 130.

147. Alexia L, «Thérapeutique de réhydratation orale-Elixir de vie»,

UNICEF, New York, (1997), 3.

148. حافظ شقير وآخرون، «الحالة التغذوية للأطفال الأقل من خمسة سنوات في الأقطار العربية»، المؤتمر العربي لصحة الأم والطفل (7-10) يونيو (1999)، 6.

149. OMS, «Prévention du tetanos du nouveau né», GENEVE , (1999), 2.

150.Desforts,(J).« Education et surveillance du petit enfant Algérien», OPU, Alger, (1995).47

151. عبد الله الصوفي، موسوعة العناية بالطفل، دار العربي، بيروت ط2، (1991)، 95.