

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



قسم العلوم الاجتماعية

جامعة الحاج لخضر باتنة

شعبة علم الاجتماع

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية

الأساليب المتبعة من طرف الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة

(دراسة مقارنة بين الأساليب الشعبية والحديثة-دراسة ميدانية بمدينة المسيلة)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع

- تخصص علم الاجتماع العائلي

إشراف الأستاذ الدكتور:

أ.د/ عوفي مصطفى

إعداد الطالبة:

بونويقة نصيرة

لجنة المناقشة:

أ.د/ لوثن حسين	رئيسا	جامعة الحاج لخضر - باتنة
أ.د/ عوفي مصطفى	مشرفا ومقررا	جامعة الحاج لخضر - باتنة
أ.د/ جابر نصر الدين	عضوا	جامعة محمد خيضر - بسكرة
د/ دريد فطيمة	عضوا	جامعة الحاج لخضر - باتنة
د/ شنافي ليندة	عضوا	جامعة خنشلة
د/ ضياف زين الدين	عضوا	جامعة المسيلة

الموسم الجامعي : 2013 / 2014

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
	فهرس الموضوعات
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
05	1- إشكالية الدراسة
07	2- أهمية الدراسة
07	3- أسباب اختيار الدراسة
08	4- أهداف الدراسة
08	5- تحديد المصطلحات
08	5-1- الطفل
08	5-2- الطفولة
09	5-3- الطفولة المبكرة
09	5-4- الأسرة
10	5-5- الرعاية الصحية للطفل
10	5-6- المرض
11	5-7- مفهوم الصحة
11	6- الأصول النظرية
11	6-1- النظرية البنائية الوظيفية
14	6-2- نظرية السبب الواحد للمرض
14	6-3- نظرية الأسباب المتعددة للمرض
20	7- الدراسات السابقة
25	8- فرضيات الدراسة
الفصل الثاني: ماهية الرعاية الصحية	
27	تمهيد

28	1- فلسفة الرعاية الصحية .
30	2- الرعاية الصحية والأديان .
33	3- المجتمع الحديث والصحة والمرض .
35	4- أساليب وأسس الرعاية الصحية .
36	5- العوامل الصحية المرتبطة بالصحة والمرض .
36	5-1- الثقافة والسلوك المرضي .
37	5-2- العادات والتقاليد .
38	5-3- المعتقدات الطبية الشعبية .
40	6- عوائق برامج الرعاية الصحية .
40	6-1- العوائق الثقافية .
41	6-2- العوائق الاجتماعية .
41	6-3- العوائق النفسية .
43	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: صحة الطفل في الطفولة المبكرة	
45	تمهيد
46	1- خصائص الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة .
46	1-2- الخصائص العقلية .
47	1-2- الخصائص الجسمية .
48	1-3- الخصائص الاجتماعية والانفعالية .
49	2- العوامل المؤثرة في صحة الطفل .
49	2-1- العوامل الوراثية .
50	2-2- المناعة .
50	2-3- العوامل البيئية .
57	2-4- التغذية .
57	2-5- النظافة .
58	2-6- الفحص الطبي قبل الزواج .
58	3- الأمراض السارية الستة التي تفتك بالأطفال .
58	3-1- الدفتيريا (الخانوق) .

60	2-3- السعال الديكي (الشاهوق)
62	3-3- الكزاز (التيتانوس)
65	4-3- شلل الأطفال
68	5-3- التدرن الرئوي (السل)
71	6-3- الحصبة
73	4- المشاكل الصحية في الطفولة المبكرة
73	4-1- النكاف ومضاعفاته
74	4-2- الحصبة الألمانية ومضاعفاتها
75	4-3- جدري الماء ومضاعفاته
77	4-4- لين العظام
77	4-5- الصرع
79	4-6- النزلات والالتهابات الشعبية
79	4-7- الحساسية الشعبية
79	4-8- الديدان الدبوسية
80	4-9- الحمى الروماتيزمية
81	4-10- الحول
81	4-11- بعض الأمراض التي تصيب العين
84	4-12- التهاب اللوزتين الحبيبي
85	4-13- التهاب غدد الرقبة
85	4-14- قمل الرأس
85	4-15- قوباء فروة الرأس الحلقية (سعفه الرأس)
85	4-16- قدم الرياضي
86	4-17- إسهالات الأطفال والجفاف
91	4-18- أمراض سوء التغذية
96	5- الخدمات الاجتماعية الصحية للطفولة
97	5-1- التحصين ضد الأمراض

97	..... 5-2- رعاية الأمهات الحوامل
97	..... 5-3- تحسين نظام المياه والصرف الصحي
98	..... 5-4- سوء التغذية
98	..... 5-5- الرضاعة الطبيعية
98	..... 5-6- المغذيات الدقيقة
98	..... 5-7- نقص الأغذية
100	..... خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الأسرة والرعاية الصحية للطفل	
102	..... تمهيد
103	..... 1- سمات الأسرة وأنواعها
103	..... 1 ± سمات الأسرة
104	..... 1 2 أنواع الأسرة
105	..... 2- وظائف الأسرة ومقوماتها
105	..... 2-1- وظائف الأسرة
107	..... 2-2- مقومات الأسرة
109	..... 3- الأسرة والتغير الاجتماعي
110	..... 4- أهمية الأسرة بالنسبة للطفل ودورها في إشباع حاجاته
111	..... 4-1- الحاجات العضوية
111	..... 4-2- الحاجة إلى الحب
112	..... 4-3- الحاجة إلى الأمن
112	..... 4-4- الحاجة إلى التقدير الاجتماعي
112	..... 4-5- الحاجة إلى اللعب
112	..... 4-6- الحاجة إلى توكيد الذات والتعبير عنها
113	..... 4-7- الحاجة إلى الحرية والاستقلال
113	..... 4-8- الحاجة إلى التوجيه السليم والقيادة الصحيحة
113	..... 4-9- الحاجة إلى التحصيل والنجاح

114	4-10- الحاجة إلى الانتماء
114	5- العوامل المؤثرة على صحة الطفل داخل الأسرة
114	5-1- حجم الأسرة
114	5-2- تركيب الأسرة
114	5-3- الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة
114	5-4- المستوى التعليمي
115	5-5- المعتقدات الخاطئة
115	5-6- المعتقدات والأساليب غير العلمية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية
115	6- الأسرة والتربية الصحية للطفل
117	6-1- العادات الصحية السيئة
119	6-2- العادات الصحية الحميدة
126	7- الأسرة وتغذية الطفل
127	7-1- أنواع الغذاء
141	7-2- الاحتياجات الغذائية للأطفال
142	7-3- علاقة سوء التغذية بقاتلات الشهية
143	8- الأسرة وصحة بيئة الطفل
143	8-1- شروط المسكن الجيد
144	8-2- مكافحة الحشرات والقوارض الناقلة للأمراض
146	خلاصة الفصل.....
الفصل الخامس: منهجية الدراسة وعرض ومناقشة النتائج	
148	1- منهجية الدراسة.....
148	1 1 المنهج.....
148	1 2 عينة الدراسة.....
149	1 3 الوسائل الإحصائية المستخدمة.....
149	1 4 مصادر جمع المادة العلمية النظرية والميدانية

150	1 5 أدوات جمع البيانات الميدانية.....
150	1 6 مجالات الدراسة.....
152	2- عرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....
152	2-1- عرض وتحليل النتائج
283	2-2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
298	3- نتائج الدراسة
299	4- الاقتراحات
302	خاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
152	يبين مدى الاهتمام بالنظافة الشخصية للطفل	01
153	يبين مدى الاهتمام بنظافة البيت وتهويته	02
153	يبين مدى نظافة البيئة الخارجية	03
154	يبين توزيع أفراد العينة حسب السن للزوج والزوجة	04
155	يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأبوين	05
156	يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية للأبوين	06
156	يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	07
157	يبين توزيع أفراد العينة حسب عدد الأولاد	08
157	يبين الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة	09
158	يبين مقر سكن الأسرة	10
158	يبين كيفية الاهتمام بغذاء الطفل	11
159	يبين مدى الاهتمام بقيمة غذاء الطفل	12
159	يبين مدى الاهتمام بالماء المقدم للطفل	13
160	يوضح اهتمام الأسرة بصحة الطفل	14
161	يبين اهتمام الأسرة بالطفل في حالة إصابته بمرض ما	15
163	يبين مدى تدخل الجدين في علاج الطفل	16
163	يبين ما إذا كان الطفل مصاب بمرض مزمن	17
164	يبين مدى استعمال الطرق الشعبية في علاج الطفل المريض بمرض مزمن	18
164	يبين الأمراض التي يتعرض لها الطفل دائما	19
165	يبين مدى اهتمام الأسرة بالنظافة الشخصية للطفل	20
166	يبين مدى اهتمام الأسرة بتلقيح الطفل قواعد النظافة الشخصية	21
167	يبين مدى اهتمام الأسرة بتهوية البيت	22

168	يبين مدى توفير الأسرة للغذاء الكامل للطفل	23
169	يبين مدى اهتمام الأسرة بتخصيص المياه المعدنية للطفل في حالة انقطاع المياه أو تلوثها	24
170	يبين مدى اهتمام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل	25
171	يبين مدى اهتمام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل	26
171	يبين مدى لجوء الأسرة إلى الطبيب في علاج الطفل	27
171	يبين سبب عدم لجوء الأسرة إلى الطبيب في علاج الطفل	28
172	يبين مدى إعطاء الطفل الحلويات	29
172	يبين مدى إعطاء الطفل أنواع الشيبس	30
173	يبين إن كان الطفل قد دخل المستشفى من قبل	31
173	يبين سبب عدم قيام الأسرة بالمتابعة الصحية للطفل بعد خروجه من المستشفى	32
174	يبين مدى لجوء الأسرة للطالب في علاج الطفل	33
175	يبين مدى لجوء الأسرة للعجائز في علاج الطفل	34
175	يبين مدى خوف الأسرة من العين والحسد	35
176	يبين مدى لجوء الأسرة للأولياء الصالحين طلبا لشفاء الطفل	36
177	يبين أسلوب العلاج المتبع في علاج الطفل في حالة إصابته بكسور	37
177	يبين أسلوب العلاج المتبع في علاج الطفل في حالة إصابته بحروق	38
178	يبين رأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية	39
178	يبين رأي الأسرة في فعالية العجائز في علاج الطفل	40
179	مدى إقبال الأسرة على كل جديد طبي في علاج الطفل	41
180	يبين رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب في علاج الطفل	42
180	يبين اعتقاد الأسرة بنجاعة الطب الحديث في علاج الطفل	43
180	يبين مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات العناية بالطفل المريض	44
181	يبين مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل	45

182	يبين مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول الوقاية من الأمراض المعدية	46
182	يبين مصدر تلقي الأسرة للإرشادات	47
183	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بغذاء الطفل	48
184	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بقيمة غذاء الطفل	49
185	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بالماء المقدم للطفل	50
186	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بصحة الطفل	51
187	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب واختيار أسلوب علاج الطفل	52
189	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بنظافة الطفل	53
190	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بتقنين قواعد النظافة للطفل	54
191	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بتهوية البيت	55
192	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والفحص الدوري لعيني الطفل	56
193	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والفحص الدوري لأسنان الطفل	57
194	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وإعطاء الطفل الحلويات	58
195	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وعرض الطفل على الطالب	59
196	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وعرض الطفل على العجائز	60
197	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب واللجوء للأولياء الصالحين	61
198	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ورأي الأسرة في التداوي بالأعشاب	62
199	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ورأي الأسرة في فعالية العجائز	63
200	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والإقبال على كل جديد طبي	64
201	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ورأي الأسرة في الاعتماد على الطالب	65
202	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بقيمة غذاء الطفل	66
203	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بغذاء الطفل	67
204	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بالماء المقدم للطفل	68

205	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بصحة الطفل	69
206	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم واختيار الأسلوب المتبع في علاج الطفل	70
208	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بنظافة الطفل	71
209	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية	72
210	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل	73
211	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم و الاهتمام بتهوية البيت	74
212	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل	75
213	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وإعطاء الطفل الحلويات	76
214	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وعرض الطفل على الطالب	77
215	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وعرض الطفل على العجائز	78
216	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم واللجوء إلى الأولياء الصالحين	79
217	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ورأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية	80
218	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ورأي الأسرة في فعالية العجائز	81
219	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والإقبال على كل جديد طبي	82
220	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم و رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب	83
221	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاعتقاد بنجاعة الطب الحديث	84
222	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض	85
223	يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم و وسعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل	86
224	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بغذاء الطفل	87

225	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بقيمة غذاء الطفل	88
226	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بالماء المقدم للطفل	89
227	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بصحة الطفل	90
228	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل	91
229	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بنظافة الطفل	92
230	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بتلقي الطفل قواعد النظافة الشخصية	93
231	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل	94
232	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة و المراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل	95
233	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وإعطاء الطفل الحلويات	96
234	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وعرض الطفل على الطالب	97
235	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وعرض الطفل على العجائز	98
236	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والخوف من العين والحسد	99
237	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة واللجوء إلى الأولياء الصالحين	100
238	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة ورأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية	101
239	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة ورأي الأسرة في فعالية العجائز	102
240	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة و رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب	103
241	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاعتقاد بنجاعة الطب الحديث	104
242	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض	105
243	يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل	106
244	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والاهتمام بغذاء الطفل	107
245	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والاهتمام بالماء المقدم للطفل	108
246	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والاهتمام بصحة الطفل	109

247	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل	110
249	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والاهتمام بنظافة الطفل	111
250	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والاهتمام بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية	112
251	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل	113
252	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة و المراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل	114
253	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وإعطاء الطفل الحلويات	115
254	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعرض الطفل على الطالب	116
255	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعرض الطفل على العجائز	117
256	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والخوف من العين والحسد	118
257	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة واللجوء إلى الأولياء الصالحين	119
258	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة ورأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية	120
259	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة ورأي الأسرة في فعالية العجائز	121
260	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة ورأي الأسرة في الاعتماد على الطالب	122
261	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض	123
262	يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل	124
263	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بغذاء الطفل	125
264	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وبين والاهتمام بالماء المقدم للطفل	126
265	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بصحة الطفل	127

266	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل	128
268	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بنظافة الطفل	129
269	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بتلقي الطفل قواعد النظافة الشخصية	130
270	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل	131
271	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل	132
272	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وإعطاء الطفل الحلويات	133
273	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وعرض الطفل على الطالب	134
274	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وعرض الطفل على العجائز	135
275	يبين العلاقة بين عدد الأولاد والخوف من العين والحسد	136
276	يبين العلاقة بين عدد الأولاد ورأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية	137
177	يبين العلاقة بين عدد الأولاد ورأي الأسرة في فعالية العجائز	138
278	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وإقبال الأسرة على كل جديد طبي في علاج الأطفال	139
279	يبين العلاقة بين عدد الأولاد ورأي الأسرة في الاعتماد على الطالب	140
280	يبين العلاقة بين و عدد الأولاد والاعتقاد بنجاعة الطب الحديث	141
281	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض	142
282	يبين العلاقة بين عدد الأولاد وسعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل	143

تعتبر الأسرة أول وأهم النظم الاجتماعية التي أنشأها الإنسان لتنظيم حياته في الجماعة، وهي التي تحدد المركز الاجتماعي للفرد على أساس وضعها في النظام الطبقي للمجتمع، كما يؤثر مركزها الاجتماعي والاقتصادي على الفرص المتاحة لنمو الطفل جسدياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ونفسياً وعلى نوع وأساليب الرعاية الصحية التي تستخدمها، والقيمة التي تضعها على التربية الصحية للطفل، كما أنها تحدد بصورة عرضية درجة تقبل مؤسسات المجتمع له ولدوره ودرجة نجاحه في هذا الدور.

فالطفل يكتسب أولى الخبرات الاجتماعية في الحياة من أسرته ومن خلال عملية التفاعل الاجتماعي فيتعلم كيف يميز نفسه ككائن مستقل منذ السنة الثانية، ويبدأ في تكوين صورة لذاته كما يبدو أفراد أسرته، كما يتحدد النمط العام لشخصية الطفل. وبانتماء الطفل للأسرة، تشبع حاجاته، هذه الأخيرة متعددة ومختلفة، ومن الصعب حصرها وتحديدها، وليس من السهل تحديد ما هو ضروري، وما هو غير ذلك، لأن هذا يتأثر بعوامل عديدة منها: نوع المجتمع وثقافته بما يتضمنه من عادات وتقاليد وقيم وتراث ديني حضاري، ومن المسلم به أنه كلما نجحت الأسرة وأدت دورها في إشباع احتياجاته بدرجة مناسبة، أدى ذلك بدوره إلى نمو الطفل نمواً طبيعياً ومتوازناً؛ وإن السنوات الأولى للحياة والتي تسمى بمرحلة الطفولة المبكرة تعتبر فترة حيوية إلى أقصى الحدود، فيها تتطور المنظومة العصبية في الدماغ وقبل أن يبلغ الطفل سنتين ونصف سنة تكون ملايين الروابط العصبية قد تشكلت، وهي روابط يتوقف عليها النمو الجسدي والعقلي إلى حد كبير.

ومن أجل ضمان صحة جيدة وحياة منتجة وأفضل بداية ممكنة لحياة الطفل علينا أن ندرك أن الأطفال يعتمدون علينا نحن الكبار خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي توصف بالمرحلة الحساسة والحرجة في حياة الإنسان من خلال إتباع أساليب الرعاية الصحية السليمة، وترتبط هذه الأخيرة ارتباطاً وثيقاً بثقافة الأسرة

والمجتمع والقيم والتقاليد السائدة فيه، فالثقافة تحوي مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان، من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها، فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني من العادات الاجتماعية، وعادات النظافة والتربية والمعتقدات والمعارف والأمثال والحكم والمفاهيم، والتصورات الشعبية والقيم والطقوس الدينية، علاوة على آداب الحديث والمعاشرة والتحية والسلوك اللائق وغيرها من العناصر التي تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض. وتدفع بالأسرة إلى إتباع أسلوب معين دون سواه في رعايتها لصحة أبنائها، خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي يتميز فيها الطفل بالضعف البالغ وكثرة تعرضه للأمراض والمشاكل الصحية.

كما تزخر المعتقدات والمعارف الشعبية برصيد ضخم من الممارسات والأفعال التي تلجأ إليها بعض الأسر لعلاج أمراض معينة تصيب الطفل، أو لإسعاف حالات طارئة أو للبحث عن أمل في الشفاء من مرض مزمن طال علاجه بالطب الحديث، وفي كثير من الحالات تلجأ الأسرة في علاج الطفل إلى الأساليب الصحية الحديثة والتقليدية في نفس الوقت.

ولقد تم تناول هذا الموضوع من خلال خطة بحث تناولت مقدمة وستة فصول وخاتمة .

أما الفصل الأول فقد تناول : إشكالية الدراسة، أسباب اختيار موضوع الدراسة وأهميته، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم، الدراسات السابقة، الأصول النظرية.

أما الفصل الثاني فقد تناول ماهية الرعاية الصحية من خلال التطرق لـ : فلسفة الرعاية الصحية، الرعاية الصحية والأديان، المجتمع الحديث والصحة والمرض، أساليب وأسس الرعاية الصحية، العوامل الثقافية المرتبطة بالصحة والمرض، وأخيرا عوائق البرامج الصحية.

أما الفصل الثالث فقد خصص لدراسة صحة الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة وقد تناول، خصائص الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، العوامل المؤثرة في صحة الطفل

، الأمراض السارية الست التي تفتك بالأطفال، المشاكل الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة وأخيرا الخدمات الاجتماعية الصحية للطفولة.

أما الفصل الرابع فقد تناول الأسرة والرعاية الصحية للطفل من خلال التطرق إلى: سمات الأسرة وأنواعها، وظائف الأسرة ومقوماتها، الأسرة والتغير الاجتماعي، أهمية الأسرة بالنسبة للطفل ودورها في إشباع حاجاته، العوامل المؤثرة على صحة الطفل داخل الأسرة، الأسرة والتربية الصحية للطفل، الأسرة وتغذية الطفل، وأخيرا وصحة بيئة الطفل.

والفصل الخامس خصص لمنهجية البحث والتعريف بميدان الدراسة.

أما الفصل السادس فقد خصص لعرض وتحليل النتائج ومناقشتها على ضوء فرضيات البحث وأخيرا جاءت خاتمة البحث.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة الدراسة.

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- أهمية الدراسة.
- 3- أسباب اختيار الدراسة .
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- تحديد المصطلحات .
- 6- الأصول النظرية .
- 7- الدراسات السابقة .
- 8- فرضيات البحث .

1 - إشكالية الدراسة :

إن الاهتمام بالطفولة هو اهتمام بالإنسان كحامل للقيم وكصاحب حقوق على مجتمعه يجب الاعتراف له بها وتأمينها له، إضافة إلى اعتبارها مدخلا صحيحا للوصول إلى التنمية الشاملة، إذ أن التنمية البشرية؛ ستؤدي حتما إلى تنمية اقتصادية واجتماعية؛ وهذا لن يكون بإصدار التشريعات والقوانين فقط بل يجب أن تتكامل مع السياسة التنموية السائدة التي تأخذ بعين الاعتبار مشكلة الحاضر والمتطلعة دوما إلى المستقبل.

فإذا أدركنا بوعي كامل ودقيق ما للطفل من مكانة هامة في المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة، باعتبارها الخلية الأولى التي ينفذ من خلالها إلى مؤسسات المجتمع الأخرى كما أنها هي التي تحدد هوية الطفل ومركزه الاجتماعي من خلال موقعها في النظام الاجتماعي وتحمل المسؤولية الأساسية في رعاية الطفل الصحية وحمايتها، خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين تساهم في تشكيل المعالم الأولى لشخصية الطفل، وتحديد نمطها واتجاهاته وعاداته وأنماطه السلوكية المستقبلية.

ولما كانت الأسرة تمثل النظام الاجتماعي الرئيسي والحيوي للمجتمع، وكانت هي الوسيلة الهامة والأساسية لتوفير كافة حاجات الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة خاصة الصحية منها؛ كان من الأساسي دراسة كل مايتعلق بالأسرة ودورها في توفير الفرص والتدريب الذي يحتاجه الطفل لتحقيق مطالب نموه في حدود قدراته الوراثية واستعداداته وعلى أسس صحية سليمة.

وما يهمننا في دراستنا هو الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل، في مرحلة الطفولة المبكرة والتي يمكن أن تكون سببا في معاناة الطفل وتعرضه للعديد من المشاكل الصحية والأمراض، التي يمكن أن يمتد أثرها عليه في المستقبل، والتي كانت وراء وفاة عدد كبير من الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث تُبين الإحصائيات أن هناك ارتفاع في نسبة وفيات الأطفال في هذه المرحلة كان معظمها بسبب تدهور الحالة الصحية لهم.

حيث يشير تقرير منظمة المؤتمر الإسلامي أن 11 دولة من بين الدول المشكلة له ويبلغ عددها 57 دولة إسلامية توجد ضمن الدول الـ16 الأعلى في معدلات وفيات الأطفال في العالم، في الوقت الذي يموت فيه 4.3 مليون طفل تحت سن الخامسة في دول المنظمة بسبب أمراض يمكن الوقاية منها وسوء التغذية (1)، وحسب تقرير لمنظمة اليونسيف فإن 35000 طفل دون السن الخامسة يموتون يوميا في الدول النامية، وأن 60% من هذه الوفيات ناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها بطرق ميسورة، والمتمثلة في ذات الرئة، الإسهال والحصبة (2)، وفي الجزائر تشير الإحصائيات إلى أن معدل وفيات الأطفال بلغ 55.17 بالألف. (3)

وقد كشفت دراسة الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي " فورام " عن النتائج الأولية للتحقيق الذي أجرته وزارة الصحة بالتنسيق مع الديوان الوطني للإحصائيات، والذي أكد وجود 600 ألف طفل دون سن الخمس سنوات، وهو ما يمثل نسبة 18 بالمائة يعانون من سوء التغذية، منهم 150 ألف طفل يعانون من سوء تغذية حادة.

وتشير الدراسة ذاتها إلى معاناة 322 ألف طفل من تأخر في النمو أي بنسبة 3،11 و 106 آلاف طفل من أصل 600 ألف طفل يعانون من سوء تغذية حادة ومزمنة. (4)

فالطفل اليوم يعيش واقعا صحيا صعبا ، يعيق نموه في الإطار السليم، مما يدفعنا للتساؤل عن الأسباب الكامنة وراء هذا الوضع، وعن أهم العوامل المؤثرة على توفير الرعاية الصحية الكاملة للطفل في أهم مرحلة من مراحل حياته، وهي الطفولة المبكرة.

وفي دراستنا سنحاول الكشف عن واقع الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة في وسطه الأسري، و كذا سنركز على توضيح أهم الأساليب التي تتبعها الأساليب التي تتبعها

(1) اليونسيف: مسيرة الأمم 1996 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، الأردن، 1996، ص12 .

(2) اليونسيف، مسيرة الأمم 1993 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان ، الأردن ، 1993 ، ص 3

(3) P.2 ,1996 (ONS (office national des statistiques) .

(4) لطيفة .ب : 18 بالمائة من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من سوء التغذية، يومية البلاد ، الجزائر ، العدد 2404 الصادر يوم الأربعاء 17 أكتوبر 2007 ،ص6

الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ، وكذا توضيح أثر هذه الأساليب على الجانب الصحي للطفل.

وبناء على ما سبق فقد تبلورت إشكالية دراستنا ضمن التساؤلات التالية:

_ ماهي الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة؟

_ ما هي العوامل المؤثرة في اختيار نوع الأسلوب المتبع في الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة؟

_ أي هذه الأساليب المتبعة أكثر إيجابية على الجانب الصحي للطفل؟

2- أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي تتناوله من جهة وهو أساليب الرعاية الصحية للطفل في وسطه الأسري في مرحلة الطفولة المبكرة ، ومن جهة أخرى العوامل المؤثرة على اختيار هذه الأساليب وأثر هذه الأخيرة على الجانب الصحي للطفل في أهم مرحلة من مراحل حياته، والتي هي أساس حياته المستقبلية.

وهذه الدراسة تكمن أهميتها في كونها : تعطي صورة حقيقية على واقع الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ،وتحاول الكشف عن أهم الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل، والعوامل المؤثرة في اختيار هذه الأساليب وأثرها على الجانب الصحي للطفل.

3- أسباب اختيار الدراسة :

هناك عدة أسباب دفعتنا لاختيار هذا الموضوع، نجلها فيما يلي :

-أهمية الموضوع نفسه.

-أهمية وحساسية مرحلة الطفولة المبكرة في حياة الإنسان، التي هي أساس المراحل التالية.

-واقع الطفولة الحالي الذي يعكس التدهور الملموس لأحوال الصحة للأطفال في هذه الفترة.

-الإحساس بنقص وعي الأسرة بالدور الذي يجب القيام به في الرعاية الصحية للطفل ، وكذا بالأساليب السليمة الواجب إتباعها في ذلك .

-الحاجة إلى بحوث في هذا المجال للكشف عن العوامل الحقيقية الكامنة وراء مشاكل الأطفال الصحية بمرحلة الطفولة المبكرة بوسطهم الأسري.

4- أهداف الدراسة:

لكل دراسة هدف أو مجموعة من الأهداف يسعى الباحث لتحقيقها ، وقد تم تحديد أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:

-إلقاء الضوء على واقع الرعاية الصحية للطفل داخل الأسرة.

-الكشف عن الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة وأثر هذه الأساليب على الجانِب الصحي للطفل.

-محاولة طرح قضايا جديدة تخص عالم الطفولة للدراسة.

-إثراء البحث العلمي.

5- تحديد المصطلحات :

5-1- الطفل :

"هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك، بموجب القانون المطبق عليه".(1).

5-2- الطفولة :

هي:" فترة الحياة التي تمتد من الميلاد حتى الرشد، وهي تختلف من ثقافة إلى أخرى، قد تنتهي الطفولة عند البلوغ، أو عند الزواج، أو يصطلح على سن محددة لها".(2).

(1) منظمة اليونسف : الإعلان العالمي لبقاء الطفل و نمائه بوجه ، المؤسسة الصحفية الأردنية الرأي ، 1990 ، المادة 01 .

(2) محمد عاطف غيث : قاموس علم الاجتماع ، مطبعة الهيئة المصرية للكتاب ، مصر ، 1989 ، ص.55.

ومنه يمكن تعريف الطفولة على أنها: هي المرحلة الأولى من حياة الإنسان، تبدأ منذ ولادته، وتنتهي ببلوغه سن الرشد.

5-3- الطفولة المبكرة:

هي فترة الطفولة التي تمتد من 2 - 06 سنوات، ويطلق عليها البعض اسم مرحلة ما قبل المدرسة.

5-4- الأسرة : اختلف الكثير من الباحثين على استعمال مصطلح الأسرة ،

فبعضهم استعمل الأسرة والبعض الآخر استعمل العائلة، سواء في مؤلفاتهم أو في تراجمهم ، والبعض الآخر استعمل العائلة والأسرة في أن واحد ، وهناك شبه اتفاق على مصطلح الأسرة والعائلة، حيث يتضمن كل منهما: الزوج والزوجة والأطفال (1) .

ولقد تعددت التعاريف واختلفت في هذا الشأن، والكل يعرفها من زاوية دراسته، ولهذا سنتعرض للبعض منها: " الأسرة هي نظام اجتماعي معقد يتضمن وظائف متداخلة بين أعضائها، وهذه الوظائف يمكن أن يحدث فيها التغيير في الشكل أو السلوك لوحد من أفرادها نتيجة المتغيرات مثل: وجود أحد الوالدين فقط أو عمل الأمهات." (2) .

تعريف ((نمكوف)):" الأسرة تتكون من الزوج و الزوجة والأطفال أو بدون أطفال وقد تتمتع بصفة الديمومة والبقاء، و تتكون من الزوج و الأطفال، أو الزوجة والأطفال، وذلك في حالة الوفاة أو الطلاق." (3)

تعريف((أمل عواد معروف)):" الأسرة هي أول محيط اجتماعي ، تتكون فيه استجابات الطفل الأولى، نتيجة التفاعلات التي تنشأ بينه و بين أعضاء أسرته الآخرين، كما أنها المجال الأول لإشباع حاجاته البيولوجية والسيكولوجية ... وهي تشمل النماذج التي تتشكل وفقا لها تفاعلاته وعلاقاته الاجتماعية، وتؤثر على نموه العاطفي والانفعالي" (4) .

(1) سيد رمضان، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة و الطفولة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص24 .

(2) زكريا الشربيني، يسرية صادق، تنشئة الطفل و سبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلته، دار الفكر العربي، القاهرة ، 1996 ، ص1.

(3) أمل عواد معروف : أساليب الأمهات في المتطبيع الاجتماعي في الأسرة الجزائرية ، مؤسسة الطباعة للنشر ، الطبعة الأولى ، بيروت ، 1987، ص23.

(4) محمد عاطف غيث ، المرجع سابق ، ص- ص 440 - 443 .

أما التعريف الإجرائي للأسرة:

نقصد بها جماعة من الأفراد تربطهم روابط قوية ناتجة عن صلة الزواج ، الدم، التبني، متفاعلين ومتصلين كل مع الآخر، في أدوارهم الاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بدورهم كزوج وزوجة ، أب وأم، أخ وأخت، كما أنها تعتبر المكان الأول الذي تبدأ فيه معالم عملية التنشئة الاجتماعية فهي التي توجه سلوكه وتحمي حقوقه وقد تحدث بوظائفها وخدماتها الاجتماعية نوعا من التغيير في شكل أو سلوك واحد من أفرادها، نتيجة متغيرات عديدة ، مثل: التفكك، الوفاة، التربية الخاطئة.

5-5- الرعاية الصحية للطفل:

هي ذلك الجانب من الرعاية الذي يركز على النواحي الصحية في حياة الطفل بشقيه الوقائي و العلاجي، والتي تبدأ من مرحلة الحمل حتى نهاية مرحلة الطفولة. " (1) .

5-6- المرض:

يعرف قاموس ((وليستر)) المرض: " باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة، وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعني الحرفي لكلمة المرض هو الاحتياج للراحة".

وتعرف الأستاذة ((إقبال بشير)) وآخرون المرض على أن: " المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام كما يحدث المرض أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها ". (2) .

التعريف الإجرائي للمرض:

هو الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو النفسية أو الاجتماعية للإنسان ينتج عنها عدم قدرة الجسم عن أداء وظائفه.

5-7- مفهوم الصحة :

(1) خيرى خليل الجميلي ، بدر الدين كمال عبده ، الإتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة و الطفولة ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، بدون سنة ، ص.174
(2) إقبال بشير وآخرين : الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، 1981 ، ص . 97 .

لقد حاول العالم ((بركينز)) تعريف الصحة على أنها : " حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وهذه الحالة تنتج عن تكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وإن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه".

أما هيئة الصحة العالمية ، فعرفت مفهوم الصحة على أنه: " حالة السلامة والكفاية البديلة والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز".(3)

التعريف الإجرائي للصحة:

هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من حالة التكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من الجهود المنظمة من قبل المجتمع وتشمل العديد من المجالات والبياديين.

6-الأصول النظرية:

لقد اشتمل الإطار النظري لهذه الدراسة على النظريات التالية: النظرية البنائية الوظيفية باعتبار أن الأسرة هي أحد أنساق البناء الاجتماعي المهمة.

أما النظرية الثانية والثالثة فقد اهتمت بالكشف عن ماهية المرض وعن مسببات الأمراض، وذلك لأن الرعاية الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة تستوجب أولاً معرفة كل ما من شأنه أن يعيق نمو الطفل في الإطار السليم ويعرضه للمشاكل الصحية، ومن ثم اختيار أفضل التدابير لرعاية الطفل والتكفل به صحياً على أكمل وجه.

6-1-النظرية البنائية الوظيفية :

إن فكرة البناء ليست فكرة حديثة العهد بل إنها تمتد إلى منتصف القرن التاسع عشر، عندما ظهرت في كتابات "مونتسكيو" وحينها ظهرت فكرة النسق الاجتماعي على أساس أن مظاهر الحياة الاجتماعية تؤلف فيما بينها وحدة متماسكة متسقة، وذلك عندما تحدث

(3) المرجع نفسه ، ص . 47 .

"مونتنسكيو" عن القانون وعلاقته بالتركيب السياسي والاقتصادي والدين والمناخ وحجم السكان والعادات والتقاليد وغيرها مما يشكل في جوهره فكرة البناء الاجتماعي.(1)

ثم ظهرت البنائية الوظيفية واضحة وبشكل علمي في كتابات "هربرت سبنسر" في مجال تشبيهه المجتمع بالكائن العضوي، فكان "سبنسر" يؤكد دائما وجود التساند الوظيفي والاعتماد المتبادل بين نظم المجتمع في كل مرحلة من مراحل التطور الاجتماعي، والغاية التي كان يهدف إليها هي إيجاد حالة من التوازن تساعد المجتمع على الاستمرار في الوجود، وكان "سبنسر" أيضا يتصور المجتمع على أنه جزء من النظام الطبيعي للكون، وأنه يدخل في تركيبه، ولذا يمكن تصوره كبناء له كيان متماسك .

وبلغت الفكرة الوظيفية ذروتها في تفكير "إميل دوركايم" وبخاصة في مواجهة موضوع الحقائق الاجتماعية التي تمتاز بعموميتها وقدرتها على فرض نفسها على المجتمع، والنظم الموجودة في المجتمع من سياسية واقتصادية وقانونية وغيرها تؤلف بناء له درجة معينة من الثبات والاستمرار .

وقد تبنى العديد من علماء الأنثروبولوجيا هذه الظاهرة وأشهرهم "رادكليف براون" فهو يرى أن البناء يتكون من كائنات إنسانية، وأن كلمة "بناء" تشير بالضرورة إلى وجود نوع من التنسيق والترتيب بين "الأجزاء"، التي تؤلف "الكل" وتجعل بناء متماسك ومتمايز، وبمقتضى هذا الفهم تكون "الوحدات الجزئية" الداخلة في تكوين البناء الاجتماعي هي "الأشخاص" أي أعضاء المجتمع الذي يمثل كل منهم مركزا معيناً، ويؤدي دورا محددًا في الحياة الاجتماعية.

فالفرد لا يعتبر جزء مكونا في البناء الاجتماعي، ولكن أفراد المجتمع من حيث هم "أشخاص" يدخلون كوحدات في هذا البناء، ويدخلون في شبكة معقدة من العلاقات "رادكليف براون" يستخدم مفهوم البناء الاجتماعي بمعنى واسع لأنه يدخل فيه كل العلاقات الثنائية التي تقوم بين شخص وآخر مثل العلاقة بين الأب والابن، أو العلاقة بين الشعب والدولة وغيرها.

(1) إسماعيل زكي محمد : الأنثروبولوجيا والفكر الإنساني ، شركة مكتبات عكاظ للنشر والتوزيع ، جدة ، 1982 ، ص228 .

ويرى "رادكليف براون" كذلك أن البناء الاجتماعي ليس إلا مجموعة من "الأنساق الاجتماعية". والأنساق هي الأجهزة أو النظم التي تتفاعل فيما بينها داخل البناء التكاملي الشامل والنسق عبارة عن عدد من النظم الاجتماعية التي تتشابك وتتضامن فيما بينها في شكل رتيب منظم. كما أن النظام عبارة عن قاعدة أو عدة قواعد منظمة للسلوك يتفق عليها الأشخاص، وتنظمها الجماعة داخل البناء.

ويرى "رادكليف براون" أن علاقة النظم بالبناء علاقة ذات شطرين:

- علاقة النظام بأفراد الجماعة داخل البناء الاجتماعي.

- علاقة النظام بسائر النظم الأخرى التي تتعلق بالنسق والبناء الاجتماعي. (1)

أما بالنسبة للوظيفة كما ذكرها العلماء الوظيفيون هي : الدور الذي يلعبه الجزء في الكل أي النظام في البناء الاجتماعي الشامل، أي أن درجة الاستمرار أو الاطراد في البناء هي التي تحقق وحدته وكيانه ، ولا يمكن أن تتم إلا بأداء وظيفة هذا البناء ، أي الحركة الديناميكية المتمثلة في الدور الذي يلعبه كل نظام أو نسق داخل البناء . فالوظيفة في البناء هي التي تحقق التساند والتكامل بين أجزائه بحيث يفقد النسق أو البناء الاجتماعي معناه المتكامل لو انتزع من نظام ما. (2)

أما "رادكليف براون" فيرى أن فكرة الوظيفة التي تطبق على النظم الاجتماعية تقوم على المماثلة بين الحياة الاجتماعية والحياة البيولوجية، فالوظيفة هي الدور الذي يؤديه أي نشاط جزئي في النشاط الكلي الذي ينتمي إليه، وهكذا تكون وظيفة أي نظام اجتماعي هي الدور الذي يلعبه في البناء الاجتماعي الذي يتألف من أفراد الناس الذين يرتبطون ببعضهم البعض في كل متماسك، عن طريق علاقات اجتماعية محددة. (3)

ومن تعريفات الوظيفة ذلك الذي قدمه "ميرنون" حيث قال بأنها تلك النتائج أو الآثار التي يمكن ملاحظتها، والتي يمكن ملاحظتها، والتي تؤدي إلى تحقيق التكيف والتوافق من نسق معين. (4)

(1) المرجع نفسه ،ص235 .

(2) المرجع نفسه ، ص 240 .

(3) وصفي عاطف :الأنثروبولوجيا الاجتماعية ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ،بيروت ،1997 ، ص47 .

(4) نيقولا تيماشيف : نظرية علم الاجتماع - طبيعتها وتطورها - ، ترجمة :محمود عودة وآخرون ، دار المعارف ،ص 331 .

ويعتبر "بارسونز" مفهوم الوظيفة أساسيا لفهم أي نسق من الأنساق الاجتماعي، فالوظيفة تمثل النتيجة المنطقية لمفهوم النسق، فهي توضح طبيعته، وتعمل على تكيفه مع بيئته.

لقد اعتمدت هذه النظرية لاحتوائها على الشروط النظرية اللازمة لديمومة ووجود النسق الاجتماعي وتوازنه، على اعتبار أن الأسرة هي أحد أنساق البناء الاجتماعي المهمة . كما أن هذه النظرية تهتم بالطرائق التي تحرص على توفير درجة عالية من التوازن بين عناصر البناء الاجتماعي وأنماط السلوك والتكامل والثبات النسبي للأسرة والمجتمع.

6-2- نظرية السبب الواحد للمرض :

وتفترض أن هناك سببا واحدا محددًا يؤدي إلى المرض – فمثلا ميكروب السل هو السبب في ظهور مرض السل، وبالتالي يمكن التحكم والتخطيط للوقاية من هذا المرض بإبعاد ميكروب السل أو القضاء عليه في حالة الإصابة.(1).

وهذه النظرية قد تجاهلت العوامل البيئية المؤثرة في المرض والعوامل الشخصية المرتبطة بالمريض، وركزت على جانب واحد وهو أن المرض يحدث نتيجة لسبب واحد محدد وفي حالة وجود هذا السبب تظهر الحالة المرضية.

ومن هنا يبرز قصور هذه النظرية في تفسير حدوث المرض، وكذا قصورها في تحديد مستويات الصحة، ومن ثم طرق الوقاية والرعاية الصحية.

6 3 نظرية الأسباب المتعددة للمرض :

تستند هذه النظرية إلى أن المستوى الصحي للفرد أو المجتمع ينتج من تفاعل عدة عوامل وقوى يعمل كل منها في اتجاه قد يكون إيجابيا أو سلبيا فيما يتعلق بإكساب الصحة أو فقدها، والمستوى الصحي يكون بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل، وتظهر الحالة المرضية في حالة تغلب العوامل السلبية، فمثلا مرض السل يحدث نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل منها ميكروب السل والعوامل البيئية المحيطة والإنسان المضيف للمرض.

(1) سيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص 25 .

وحسب هذه النظرية فإن العوامل التي تقرر مستويات الصحة في المجتمع تتمثل في: المسببات النوعية للأمراض، مسببات تتعلق بالإنسان، مسببات تتعلق بالبيئة المحيطة والمسببات النوعية للأمراض.

أ – العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض :

المسبب النوعي هو العنصر أو المادة الذي في وجوده أو غيابه قد تبدأ الحالة المرضية وتتقسم المسببات النوعية إلى عدة أقسام منها:

أولا – المسببات الحيوية:

وهي إما أن تكون نباتية مثل: البكتيريا (السل والتفويد) أو فيروسية كالحصبة أو شلل الأطفال.

وقد تكون فطرية مثل: الفطر المسبب للقراع، أو تكون حيوانية مثل: الملاريا، الأميبيا، الديدان، البلهارسيا والإسكارس

وتختلف درجة الضرر بهذه المسببات باختلاف خصائص المسبب نفسه ودرجة حيويته ومقاومته للعوامل الشخصية والبيئية، وباختلاف خصائص الشخص المستقبل للمسبب وقدراته لتكوين أجسام مضادة ضد هذا المسبب. وأخرى خصائص متعلقة بالبيئة وطرق انتقال المسببات باللمس أو بالطعم أو الرذاذ أو الحشرات ...

ثانياً – المسببات الغذائية:

وهي تلك المسببات التي ترتبط بأسباب أمراض سوء التغذية، وتنتج أمراض نقص أو سوء التغذية من عدة عوامل هي:

- نقص الكميات المتناولة في الطعام:

وهو ما يسمى سوء التغذية الأساسي، حيث ينتج من عدم حصول الفرد على كفايته من الطعام ومن العناصر الغذائية ، ويرجع ذلك إلى:

• الجهل بأنواع الأطعمة ذات القيمة الغذائية المرتفعة.

- العادات الغذائية الخاطئة، تناول الأطعمة التي تفتقر إلى الفيتامينات وغيرها من العناصر.
- الفقر وارتفاع أسعار بعض المواد الغذائية.
- انخفاض خصوبة التربة مما يؤدي إلى انخفاض في غلة الأرض، أو استخدام بعض المواد الكيميائية لزيادة غلة الأرض الزراعية، وما يتسبب عنها من أضرار غذائية.
- عدم الحصول على الكميات المتاحة والتي تغطي الاحتياجات الحقيقية لجميع المواطنين.
- زيادة الحاجات الوظيفية:

وهي الحالات التي تحتاج إلى زيادة في كمية العناصر الغذائية نتيجة ظروف خاصة مثل : حالات الحمل أو الرضاعة أو حالات المرض أو العمليات الجراحية.

-العوامل الأخرى المرتبطة بأمراض الجهاز الهضمي :

من بينها الأمراض المعوية أو المعدية أو الإصابة بالأمراض الطفيلية والتي تؤدي الأمعاء إما بفقد كميات من الدم أو لإفراز مواد سامة تقلل امتصاص العناصر الغذائية والمعدنية.

ثالثاً- المسببات الطبيعية:

وتتمثل في العوامل المرتبطة بالظروف الطبيعية للمجتمع والمحيط بالإنسان، وتظهر في عوامل الحرارة والرطوبة والضوء والكهرباء والإشعاعات؛ فارتفاع درجات الحرارة أو انخفاضها تؤثر في الظروف الصحية وقد تكون سبباً أساسياً في اعتلال الحالة الصحية كما أن الضوء الخافت أو الزائد أو الضوضاء ذاتها يؤثران على قوة الإبصار أو حدة السمع بالإضافة إلى تعرض الإنسان للإشعاع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة والتي لها تأثير على الصحة العامة للإنسان.

رابعاً- المسببات الميكانيكية:

وهي التي تتمثل في الفيضانات والزلازل والأعاصير والحرائق والحوادث في المصانع .

خامساً- المسببات الكيميائية:

وهذه قد تكون خارجية مثل مركبات الرصاص والزرنيخ وغاز الفسفور، وقد تكون نشأت داخل الجسم مثل المواد التي تكون في الدم أثناء مرض البول السكري أو التسمم البولي أو التسمم الكبدي.

سادساً- المسببات الوظيفية:

وهي التي تحدث بسبب اختلال الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء داخل الجسم.

سابعاً- المسببات النفسية والاجتماعية:

مثل الضغط العاطفي ضغط الحياة الحديثة والإحساس بالمسؤولية وعدم الأمان في العمل أو الطريق أو الإدمان على المخدرات والمشروبات .

ب. العوامل المتعلقة بالإنسان، العائل المضيف:

وهي مدي مقاومة الإنسان للمسببات النوعية، وهي التي تكون في إحدى الصور:

أولاً- المقاومة الطبيعية غير النوعية :

وتكون مقاومة آلية مثل ما يهيؤه الجلد والغشاء المخاطي وما له من أهداب وشعيرات وإفرازات وحموضة الإفرازات، وخلايا المقاومة التي لها قابلية محاربة المسببات النوعية للأمراض بمساعدة مواد خاصة.

ثانياً- المقاومة النوعية:

وهي مناعة ضد أمراض معينة ، وقد تكون مناعة طبيعية أو مكتسبة طبيعياً أو مكتسبة صناعياً.

ثالثاً- العوامل الوراثية والصفات الوراثية:

وهي التي تنتقل عن طريق الجينات ، وقد يكون هناك استعداد موروث للمرض.

رابعاً- العوامل الاجتماعية أو الثقافية:

وهي التي تتعلق بطرق تجهيز الطعام والعادات المتعلقة بالصحة الشخصية من نظافة وتغذية والتجمعات الترويحية، وما ينتج عنها من نظم إعداد الغذاء والولائم والشعائر الدينية.

خامساً- العوامل الوظيفية :

والتي ترتبط بالأعمال التي يترتب عليها سهر وإجهاد أو التعرض لبعض المسببات مثل: الأمراض المهنية

سادساً- الأسباب المتعلقة بالسن والنوع والعنصر:

مثل أمراض الطفولة وأمراض الشيخوخة والمراهقين ، وأمراض الإناث ، وهناك أمراض عنصرية تنتشر بين أجناس معينة ، مثل الهنود.

ج.العوامل المتعلقة بالظروف البيئية المحيطة:

ويقصد بالبيئة كل العوامل الخارجية المؤثرة في الإنسان العائل للمرض.

وتعتبر المسببات النوعية أجزاء متخصصة من البيئة، وتتكون البيئة من مكونات كثيرة منها:

أولاً- البيئة الطبيعية:

وتتمثل في الظروف الجغرافية، فالمناطق المرتفعة عن سطح البحر تؤدي إلى قلة الأكسجين مما يؤدي إلى أمراض الجهاز التنفسي، والحالة الجيولوجية، مثل نوع التربة ونوع الغذاء .

ثانيا. البيئة البيولوجية:

وتشمل عناصر المملكة الحيوانية والنباتية وتؤثر في العوامل الوسيطة لنقل الأمراض وعوامل ترتبط بعادات الإنسان وعمله الزراعي أو الصناعي.

كما تشمل البيئة أيضا الجوانب الاجتماعية والثقافية وهي التي ترتبط بكثافة السكان والمستوى التعليمي وما يرتبط به من وعي صحي وطرق الوقاية والعلاج من الأمراض، والمستوى الاقتصادي وما يترتب عليه من تمتع الإنسان بقدر مناسب من المسكن والتعليم والغذاء ... وأخيرا ترتبط العوامل البيئية بمدى توفر الإمكانيات والإمدادات الصحية من مستشفيات وعيادات ومدى توفر أساليب التشخيص أو الوقاية أو العلاج المناسبة.

ويرتبط تاريخ أي مرض بكل العوامل السابقة حيث تتأثر بفترات ما قبل المرض وفترات المرض ، فكي يحدث المرض لا بد من تواجد:

– المسبب القوي للمرض.

– الصفة المهيأة للعائل المضيف.

– البيئة المناسبة للمرض.

وبالتالي يحدث المرض نتيجة تفاعل العوامل السابقة، وبالتالي يمر المرض بالمراحل التالية:

– فترة حضانة قبل ظهور المرض .

– ثم ظهور بعض الأعراض المرضية .

– انتهاء المرض بالشفاء التام أو الجزئي أو عدم الشفاء .(1)

لقد نفت هذه النظرية أن يكون المرض ناتجا عن سبب أو علة واحدة، وأكدت على أن المرض يحدث نتيجة اجتماع مجموعة من العوامل المختلفة، وقد قسمت هذه العوامل إلى

(1) المرجع نفسه، صص 26 – 31 .

ثلاثة أقسام، كل قسم يحتوي على عناصر متعددة ، كما أكدت مرور المرض بثلاث مراحل قبل ظهوره، وان تاريخه مرتبط بكل العوامل المذكورة.

وفي هذه الدراسة نتبنى النظرية الثانية أي نظرية الأسباب المتعددة للمرض، وهذا لأن الرعاية الصحية بصفة عامة، والرعاية الصحية للطفل داخل الأسرة بصفة خاصة لا تحقق أهدافها ولا تكون ذات فعالية إلا إذا أخذت في الاعتبار جميع العوامل والظروف التي قد تعرض صحة الطفل للخطر والإصابة بالأمراض، فاهتمام الأسرة بجانب واحد فقط في رعايتها للطفل كالنظافة أو الغذاء بمفردهما على اعتبار أنهما هما اللذين يعرضان الطفل للمرض غير كافيين لنمو الطفل السليم والصحي، ولهذا توجب عليها الإلمام بكل ما يتعلق بالصحة من أسباب الأمراض ،كيفية الوقاية منها وكيفية العلاج، كما عليها أن تعلم بأن المرض وسوء صحة الطفل ليس وليد سبب واحد بعينه ، وإنما هو نتيجة أسباب متعددة ومتداخلة قد تكون بعيدة عن الأسباب الميكروبية أو الفيروسية، التي في الغالب تركز اهتمامها على محاربتها و تفاديها مهملة العوامل التي سبق ذكرها – ومرتبطة بأكثر من جانب في حياة الطفل.

إذن فالرعاية الصحية للطفل في الوسط الأسري لا تقوم على رعاية الطفل في جانب واحد فقط وإنما تتسع لتشمل كل العوامل والظروف التي تمكن الطفل من النمو الصحي في الإطار السليم وتجنبه المشاكل الصحية التي تخل بنموه وقد تؤدي إلى فقدان حياته .

7 - الدراسات السابقة :

إن حساسية مرحلة الطفولة المبكرة و أهميتها في حياة الإنسان ، دفع الكثير من الباحثين إلى الاهتمام بدراستها ومحاولة ضبط جميع العوامل المساعدة على النمو السليم للطفل في هذه المرحلة من جميع النواحي، و ما يهمننا نحن هو الدراسات التي تناولت عوامل نمو الطفل (خاصة الجانب الصحي) بالوسط الأسري في هذه المرحلة، ومن بين تلك التي اهتمت بهذا الموضوع ما يلي:

الدراسة الأولى:

"دراسة النمو العقلي والجسماني للأطفال من سن 1 إلى 4 سنوات على ضوء تكوين الأسرة النفسي والاجتماعي" رسالة دكتوراه - معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، 1990 . من إعداد الدكتورة ((ماجدة عبد الفتاح)) .

وتهدف الدراسة إلى دراسة طبيعة النمو للأطفال من سن 1 إلى 4 سنوات و إيجاد العوامل التي يحتمل أن تشكل خطورة على عملي النمو والنضج للطفل .

وانطلقت الباحثة من الفروض التالية:

— هناك علاقة ذات دلالة إحصائية إيجابية بين تكوين الأسرة والنمو العقلي والجسماني للأطفال في هذه المرحلة .

— هناك علاقة بين التكوين الاجتماعي للأسرة و النمو العقلي والجسماني للأطفال في هذه المرحلة .

— هناك علاقة بين التكوين النفسي للأسرة والنمو العقلي والجسماني للأطفال في هذه المرحلة .

— هناك علاقة بين العوامل البيئية المحيطة والنمو العقلي و الجسمي للأطفال في هذه المرحلة .

أجري البحث على 500 طفل، اختيروا عشوائيا من كلا الجنسين، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: قيمت المقاييس الأنثروبومترية من وزن وطول ومحيط الرأس والذراع بمقارنتها بالطرق القياسية مثل طريقة خلف والمقياس المنوي، وأجرت اختبار التقييم العقلي والعصبي على 320 طفل من العينة كانوا في صحبة الوالدين، وكذلك تم الاستعانة باختبار وهز الاجتماعي وقد احتوت استمارة البحث أسئلة عن تاريخ الطفل البيئي والحيوي والطبي و النمو واشتملت على تفاصيل البيئة المحيطة والعوامل الأسرية التي تعرف بتأثيرها على عملية النمو والنضج للطفل، وكانت النتائج التي توصلت إليها الباحثة:

— ظهرت حالات سوء التغذية باستخدام الطرق الأنثروبومترية المختلفة مع علاقة دالة بينها وبين المستوى الاجتماعي والثقافي للأسرة.

— ظهرت علاقة بين زيادة الوزن ومحيط الذراع والرأس مع زيادة المستوى الاجتماعي وكانت العلاقة ذات دلالة إحصائية معنوية.

— ناسب الطول مع المستوى الاجتماعي و كان لها دلالة إحصائية معنوية.

— توجد دلالة إحصائية بين تأثير المستوى الاجتماعي في نمو الطفل في المجال الاجتماعي والشخصي والنمو الحركي الكبير.

— لا توجد دلالة إحصائية بين النمو اللغوي الحركي الدقيق والتأقلم بالمستوى الاجتماعي.

— ساءت صحة الطفل بخط متوازي مع الوزن والطول بدون دلالة إحصائية معنوية، كان لصحة الطفل تأثير إيجابي و قيمة إحصائية على نمو الطفل العقلي والعصبي و النفسي.

— كانت نسبة عدم التقبل الجزئي للأطفال أعلى في المستوى الاجتماعي المنخفض.(1)

لقد انصب اهتمام الباحثة على توضيح تأثير تكوين الأسرة على النمو العقلي

والجسماني للطفل، حيث توصلت إلى أن لتكوين الأسرة الاجتماعي والنفسي أثر كبير على نمو الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، وبرز ذلك في سوء التغذية، النمو في المجال الاجتماعي والشخصي والنمو الحركي وهي جوانب لها علاقة وطيدة بصحة الطفل.

إلا أن تكوين الأسرة النفسي والاجتماعي ليس بمعزل عن تأثير العوامل الأخرى بالمجتمع لذا فإن هذه الدراسة تخدم موضوع البحث من خلال نتائجها المتعلقة بتأثير المستوى الاجتماعي للأسرة على النمو العقلي والجسمي للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، ونحن في دراستنا سنحاول توضيح تأثير العوامل الاجتماعية للمجتمع من خلال تأثير الخدمات الاجتماعية في المجال الاجتماعي والصحي المقدمة للأسرة على صحة الطفل في هذه المرحلة.

(1) سهير كامل أحمد، أسس تربية الطفل بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2000، ص-ص 298 - 299 .

الدراسة الثانية:

" العوامل الأسرية و البيئية المرتبطة بالجوانب العقلية والوجدانية لأطفال ما قبل

المدرسة" رسالة دكتوراه كلية التربية، جامعة جنوب الوادي، 1995 من إعداد الدكتورة:
(مديحة محمد محمود سالمان))، وتهدف الدراسة إلى:

— التعرف على العلاقة بين العوامل الأسرية (المستوى الاجتماعي الاقتصادي المستوى الثقافي حجم الأسرة) وبين الجوانب العقلية متمثلة في الذكاء و النمو اللغوي.

— التعرف على العلاقة بين العوامل الأسرية السابقة والجوانب الوجدانية (العدوان، مفهوم الذات)

— التعرف على العلاقة بين البيئة متمثلة في إمكانات الرياض والعوامل العقلية والوجدانية السابقة.

— التعرف على الفروق بين الأطفال في الجوانب العقلية والوجدانية تبعا للترتيب الميلادي.

— التعرف على الفروق الفردية بين الأطفال تبعا لاختلاف إمكانات يراض الأطفال.

وأجري البحث على عينة من: 120 طفل وطفلة (90 ذكور، 30 إناث) في المرحلة العمرية من 4 إلى 6 سنوات، يمثلون ثلاث روضات، و هي مختلفة فيما بينها في: الإمكانيات جهة الإشراف التابعة لها ، فصول متعددة، مناهج مختلفة، معلمين مختلفي الإعداد. (الأولى : الأرقم ، تابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية، الثانية: اللغات ، تابعة لوزارة التربية والتعليم الثالث معهد الإمام، تابعة للأزهر).

ويتفق الأطفال في العيش مع أسرة مترابطة ومضي عام دراسي على التحاقهم بالروضة.

واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

— مقياس المستوى الاجتماعي و الاقتصادي ، المثال المعد من طرف عبد التواب عبد الله
— تربية أسويط .

— مقياس الثقافات الأسرية من إعداد سيد صبحي — تربية عين شمس — 1976.

- استبيان نوعية الرعاية المقدمة في دور رياض الأطفال.
- اختبار الاستعداد الذهني لمرحلة ما قبل المدرسة.
- اختبار التعبير اللفظي من بطاريات القدرات النفسية اللغوية.
- مقياس مفهوم الذات لمرحلة ما قبل المدرسة و دور رياض الأطفال.
- اختبار الإدراك السمعي.
- مقياس السلوك العدواني عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.
- و كانت التساؤلات والفروض :
- لا توجد علاقة ارتباطيه بين الذكاء وكل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الثقافي حجم الأسرة وإمكانات الرياض
- لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من النمو اللغوي وكل من المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، حجم الأسرة.
- لا توجد علاقة ارتباطية بين مفهوم الذات وكل من المستوى الاجتماعي، الاقتصادي الثقافي حجم الأسرة ، إمكانات رياض الأطفال.
- لا توجد فروق بين أطفال رياض الأطفال في الجوانب العقلية والوجدانية باختلاف إمكانات الرياض.
- لا توجد فروق بين أطفال رياض الأطفال في الجوانب العقلية والوجدانية باختلاف الرتيب الميلادي.
- لا توجد فروق بين أطفال رياض الأطفال من الجنسين في الجوانب العقلية والوجدانية.
- وكانت النتائج التي توصلت إليها الباحثة:
- وجدت علاقة غير دالة بين إمكانات الروضة وكل من الذكاء والنمو وحجم الأسرة والمستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي وكانت دالة مع النمو اللغوي ولم يتأثر الذكاء.

— وجدت علاقة غير دالة بين كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي و الثقافي وحجم الأسرة، بينما كانت العلاقة دالة سالبة عند كل من العدوان السلبي و نفس العناصر وكذلك توجد علاقة دالة سالبة بين العدوان وإمكانات الروضة .

— لم توجد علاقة دالة بين مفهوم الذات وتغيرات الدراسة ماعدا المستوى الاقتصادي و الاجتماعي فكانت العلاقة موجبة دالة.

— وجدت فروق في النمو اللغوي بين الأطفال باختلاف إمكانات الروضة وكانت الفروق دالة لصالح الإمكانات المرتفعة للروضة كما وجدت فروق في النمو اللغوي بين الأطفال باختلاف الترتيب الميلادي لصالح ذوي الترتيب الأخير.

— لم توجد فروق بين الجنسين في الجوانب العقلية و الوجدانية المقاسة.(1)

وتم توظيف نتائج هذا البحث فيما يخص أهمية العوامل الاجتماعية والاقتصادية للأسرة وأثرها في النمو العقلي للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث أن النمو العقلي السليم مرتبط بالنمو الجسمي السوي والصحي للطفل، فالعوامل المؤثرة في الجانب العقلي للطفل تؤثر كذلك في الجوانب الصحية له في هذه المرحلة العمرية.

8 - فرضيات الدراسة :

لقد تمت صياغة فرضيات البحث كما يلي:

_ تتبع الأسرة الأساليب الشعبية في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة أكثر من الأساليب الحديثة.

_ إن للمستوى التعليمي للوالدين أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل.

_ إن لتركيب الأسرة أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل.

_ إن للبيئة الأسرية أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل.

_ إن الأساليب الحديثة في الرعاية الصحية للطفل هي الأكثر ايجابية على الجانب الصحي للطفل.

(1) المرجع نفسه، صص 412 - 415 .

الفصل الثاني: ماهية الرعاية الصحية.

تمهيد

- 1 - فلسفة الرعاية الصحية .
 - 2 - الرعاية الصحية والأديان.
 - 3 - المجتمع الحديث والصحة والمرض.
 - 4 - أساليب وأسس الرعاية الصحية.
 - 5 - العوامل الصحية المرتبطة بالصحة والمرض.
 - 6 - عوائق برامج الرعاية الصحية.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

لقد جاء هذا الفصل في جوهره محاولة لتسليط الضوء على ماهية الرعاية الصحية، التي اتخذت أشكالاً متعددة منذ أن عرف الإنسان الاستقرار والتجمع، وقد تباينت حولها المفاهيم والآراء من طرف المفكرين والفلاسفة، إلى أن اجتمعت كلها في مفهومها الحالي، الذي تسعى جميع الدول والمجتمعات لتجسيده وتحقيق أهدافه. فكانت البداية بالتطرق إلى فلسفتها، ثم الرعاية الصحية والأديان فالمجتمع الحديث والمرضى، تلتها أساليب أسس الرعاية الصحية، والعوامل الثقافية المرتبطة بالصحة والمرضى، وأخيراً عوائق البرامج الصحية.

1- فلسفة الرعاية الصحية:

عرف الإنسان الرعاية الاجتماعية منذ أن عرف الاستقرار والتجمع، ويرتبط بذلك ظهور التفكير الاجتماعي، الذي وضح في الفكر المصري القديم وكذلك في الفكر الصيني والهندي، قبل أن يظهر التفكير الاجتماعي عند فلاسفة اليونان القدامى.

ويمكن القول بأن أهم الاتجاهات التي كان ينصب حولها التفكير الاجتماعي القديم، يمكن تلخيصها في ثلاث اتجاهات رئيسية منها:

- اعتبار الدين عامل أساسي في التفكير الاجتماعي القديم.

- ظهور اليوتوبيات كفكرة مثالية يريد بها المفكر أن يصل بمجتمعه الذي يعيش فيه إلى المدن الفاضلة.

- البحث عن أخلاقيات تنظيم السلوك الإنساني وتجعله متجها إلى الفضيلة وبعيدا عن الشرور. (1)

وهذه الاتجاهات هي التي تحدد ملامح التفكير الاجتماعي القديم الذي جعل الاهتمام بالمرضى والمعوقين يأخذ مكانا متميزا بين مختلف الاهتمامات المجتمعية الأخرى التي تتناول مختلف نواحي الحياة وكان هذا الاهتمام في مجموعة رعاية للمرضى والمعوقين واتخذ صورا شتى، سواء كان ذلك بالمغالاة في إغداق العطاء والخدمات لهم أو تقربا من المعبود، ويدخل كل هذا فيما يمكن أن يطلق عليه مصطلح "الرعاية الصحية"، وقد مرت هذه الرعاية بمراحل مختلفة وتعددت أساليب العطف على المريض والمعوق، وفي الحقيقة أن هذه الرعاية لم تأخذ الصورة الواعية التي هي عليها الآن في كل حقبة التاريخ، ولكنها حال شاهد على انتباه المجتمع إلى أن المرض والعائق مسائل لا تهم من يصاب بها وحده بل تعني من حوله أيضا .

وتباينت الاهتمامات المجتمعية بالمرضى والمعوقين عبر التاريخ بين الرعاية الإيجابية وبين المعاملة الشاذة، فقد ذكرت كتب التاريخ أن "منفتح الأول" - حوالي 1200 ق.م - قام بعزل آلاف المجذومين من بني إسرائيل في محاجر ثم أسكنهم بعد ذلك في مدينة

(1) محمد بيومي، تاريخ التفكير الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1981، ص 3-24

تانيس بشمال شرق الدلتا، وكانت المدينة خالية بعد طرد الهكسوس منها، ويقال أن استفحال المرض بين بني إسرائيل كان من الأسباب التي دفعت الفراعنة إلى طرد اليهود من مصر.

وعند النظر إلى اليونان القدامى ونسقتهم الاجتماعي فهناك أسلوب آخر شاذا يساير فلسفتهم وقتذاك في النظرة إلى الحياة، فقوانين ((ليكورجوس)) الإسبرطي و ((سولون)) الأثيني كانت تسمح بالتخلص ممن بهم نقص جسمي، كما أعلن ((أفلاطون)) و ((أرسطالين)) موافقتهما على هذا العمل وكانت السلالة تباع علنا في أسواق أسبرطة وأثينا ليوضع فيها الصغار المشوهون خارج المدينة إهلاكا لهم.

وفي روما ظل الناس أجيالا عديدة يغرقون الأطفال غير مكتملي النمو في نهر النيبر غير أن الرواقيين الذين أثرت فلسفتهم على التفكير الروماني، كانوا يمثلون اتجاها آخر يربط بين الخير وبين حسن معاملة المرضى والمعوقين.(1)

أما المرض العقلي أو النفسي فقد عرفه الإنسان منذ القدم، وأوردته أشعار ((مانو)) القديمة في الهند منذ آلاف السنين، كما شخصه الفراعنة وعالجه ((أمحتوب)) ، وعرفه اليونان حينما وضع ((إيبوقراط)) 400 ق.م نظريته عن الأمزجة الأربعة للإنسان . وجاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون نصيحة بأن لا يظهر أي مصاب بمرض عقلي في طرقات المدينة، بل يقوم أقاربه بملاحظته في المنزل بقدر إمكانهم ومعرفتهم ، ويتعرضون لدفع غرامة إذا أهملوا في أداء هذا الواجب، وفي العصر المسيحي أكدوا على تسلية المريض المصاب بالاكنتاب وعالجه بوسائل الرياضة البدنية والموسيقى والقراءة بصوت عالي وأوصوا لبعض المرضى بالغذاء الجيد والحمامات الدافئة.(2)

كما عرف الأطباء المسلمون المرض النفسي، وكانت المستشفيات تضم أجنحة للأمراض العقلية والعصبية، ووضع الأطباء المسلمون رسائل في الأمراض النفسية مثل : ((ابن عمران))، ((ابن الهيثم))، ((الرازي)) رائد الطب النفسي.

(1) محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مكتبة القاهرة الحديثة ، مصر ، 1981 ، ص - ص 7 - 10 .

(2) إقبال بشير وآخرين ، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي والمجال النفسي ، المرجع السابق ، ص . 9 .

إلا أنه في أوروبا خصوصا في العصور الوسطى، كانوا يعزلون مرضى العقول خلف القضبان، ويتخذون معهم أساليب تتسم بالقسوة في معاملتهم فهم يلجأون إلى التشويه أو الحرق أو الإغراق أو الشنق ، واستندت الظروف المجتمعية التي سمحت بذلك إلى دوافع وطنية منها توهم وقاية المجتمع من أخطار مزعومة يتعرض لها من جانب مرضى العقول أو حماية لهم، أو بناء على تأصل ظنون وخرافات بشأنهم. ولم تتغير هذه النظرة إلا في أواخر القرن التاسع عشر.

2- الرعاية الصحية والأديان:

العلاقة بين الدين كنظام اجتماعي وبين النظم الأخرى ، ومنها النظم الصحية قديمة أيضا قدم المجتمع البشري نفسه، فقد أكدت معظم الأديان على ضرورة الاهتمام بالفئات المحتاجة وتقديم العون لها بما يحفظ عليها كرامتها ويقيها من الإهمال والعنف، وفي مقدمة هذه الفئات المرضى والمعوقون. فكان ((بوذا)) مثلا يوصي بالرفق بالمرضى والضعفاء والمشوهين وكان يعلق أن هدفه تخليص البشرية من آلامها وأن يكون نورا وشفاء لكل مريض أو عاجز وأقام الملوك البوذيين في الهند أول المعاهد للعناية بمن انتابهم عجز أو قصور في حواسهم وأبدانهم.

ولم تبتعد الديانة الفارسية القديمة كثيرا عما كان سائدا في الهند والصين من ضرورة رعاية المرضى والمعوقين . أما في الديانات المصرية القديمة فإن الإحسان ورعاية المرضى كان ينظم عن طريق الدولة ويدلنا على ذلك الصور والرسومات الكثيرة المنقوشة على جدران معابد القدماء وقبورهم، فكان رئيس الدولة يرأس الحفلات التي تجمع فيها التبرعات وتقدم القرابين في المواسم المعينة وتوزع على الفقراء والمحتاجين، كما كان الملك يأمر بإدخال بعض الفقراء الحمام ومنحهم الطعام والملبس. وكانت المعابد أو أغلبها تستعمل كمراكز للبر والإحسان بجانب تلقين العلوم والفنون والآداب، كما استعمل بعضها كملاجئ للعجزة والمقعدين والمرضى، وحتى مرضى العقول، فقد تسامت فلسفة قدماء المصريين عن فكرة اليونان والرومان في التخلص من المرضى والمعاقين ومنحهم حق الحياة ومدهم بما يحتاجون إليه.(1)

(1) إقبال إبراهيم مخلوف : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية - اتجاهات تطبيقية - دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1991، ص - ص 04-05 .

كان هذا في الديانات الوضعية الأرضية، أما في الأديان السماوية، فإن أول الديانات المنزلة، وهي اليهودية، ومع أنها لم تنتشر تماما كالدين المسيحي أو الدين الإسلامي إلا أنها جاءت بمبادئ كان لها أثرها الواضح في تغيير الاتجاه نحو الخير والقضاء على الشرور التي كانت سائدة منذ بدء التاريخ، لفساد النظم الاقتصادية والسياسية والطبقية التي كانت قائمة آنذاك، ورجوعا إلى مضمون بعض آيات التوراة التي نزلت على سيدنا موسى عليه السلام يمكن استخلاص بعض أهم مبادئ الرعاية الاجتماعية ومن ضمنها رعاية المريض والمعوقين التي أرساها الدين اليهودي في:

- الاتحاد عماد الحياة الاجتماعية [الفرد يحب لجاره ما يحب لنفسه، حياة الفرد هي أعلى شيء وهي مرتبطة بحياة الجماعة فيجب المحافظة عليها ووقايتها من الشرور].

- ثروة الفرد ملك لله فيجب رعايتها وصرفها فيما يعود على الجماعة بالخير والرفاهية وأن الفرد من صنع الله.

ولتنظيم الإحسان أوجدت اليهودية نظام العشور وهو تقديم عشر المحصول أو الثمار أو الخيرات لتوزع على الفقراء والأرامل والأيتام ، كما جعل الدين اليهودي للمرضى وضعاً خاصاً لرعايتهم و الاهتمام بالنظافة التي تقي من الأمراض. (1)

ثم نزل الدين المسيحي وسار على النهج الروحي السامح الذي نزل به الدين اليهودي ، واتجهت رسالة المسيح عليه السلام إلى تطهير البشر من كل الرذائل، ومحاربة المادية البشعة التي أدت إلى تفاوت طبقي مرذول وعودة إلى مظاهر التخلف والانحراف التي كانت تسود قبل نزول الأديان السماوية، وقد زحرت تعاليمه بكل ما يتعلق برعاية الأرامل والأيتام والمرضى وذوي العاهات. وتخصص الكثير من رجال الدين المسيحي في الطب وقد كان ((لوقا)) وهو أحد الحواريين طبيبا.

وفي الإسلام فإن الرعاية الاجتماعية فيه تعتمد على مبدأ التكافل الاجتماعي فهو يقرر أن المحتاج إلى الرعاية تقع مسؤولية رعايته على المجتمع، ولل فرد حق المطالبة بها والتقاضى بشأنها. إذ جعل الإسلام كفالة المحتاج على أفراد أسرته مسؤولية مقررة سواء

(1) مصطفى القماش، مبادئ الصحة العامة، ط1 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، 2000 ، ص 51 .

كان طفلا أو أرملة أو مطلقة أو مريضا أو عاجزا عن الكسب ، فإذا عجزت الأسرة عن هذه الكفالة انتقلت المسؤولية إلى الدولة التي تتكفل برعاية المحتاج ، ولم يجعل الإسلام هذه الكفالة تصدقا أو إحسانا، ولكنه أوجبها قانونا بحيث يكون للمحتاج حقا مفروضا . فالإسلام ينظر إلى رعاية الضعيف في أي صورة كان : طفلا أو مريضا أو عاجزا أو معاقا كواجب ديني دنيوي يحاسب عليه الإنسان ثوابا أو عقابا، ومن هنا جاء اهتمام الإسلام برعاية المرضى، وقد بدأت هذه الرعاية بالعناية بالجرحى أثناء الغزوات والفتوحات الإسلامية وبعد ذلك تزايد اهتمام المسلمون بتقديم الرعاية الصحية واعتنوا بالمجذومين وعزل المرضى بأمراض معدية.

وكانت الرعاية الاجتماعية مقترنة بالرعاية الصحية من حيث توفير العلاج والنفقات والأغذية والأغطية وغير ذلك مما يلزم للمريض وأسرته خلال المرض، والتكفل بكل المستلزمات إذا توفي المريض، كما يتولى بيت مال رعاية أسرته، واستمر الحكام المسلمون في العناية بالمرضى و المعوقين، وكأمثلة على ذلك اهتمام عمر بن الخطاب رضي الله عنه و ((عبد الملك بن مروان)) و ((عمر بن عبد العزيز)) بتوفير الرعاية الاجتماعية للمرضى والمعوقين. وحتى سلاطين مصر في العهد المملوكي لم يهملوا رعاية المرضى والمعوقين ، بل أنشأوا المستشفيات كالسلطان ((قلاوون)) الذي أنشأ " البيمارستان " والذي ما زالت بقاياه موجودة حتى الآن تحمل اسم مستشفى قلاوون. وكان المريض يلقي الرعاية والاهتمام مدة بقائه في المستشفى تحت إشراف السلطان نفسه، ويعطى المريض بعد خروجه بعض المال كي لا يضطر للعمل في فترة نقاهته.

إن الأديان كلها : الوضعية منها أو السماوية قد اهتمت جميعها بالصحة والمرض فحثت ضمن تعاليمها على رعاية المرضى والعجزة، وأصحاب العاهات، وتدرجت في ذلك من التوصية إلى الواجب إلى الفرض الديني المحتم نفاذه، فنشأت المستشفيات المتنقلة والثابتة التي تهتم بالمرضى والجرحى، وتقديم ألوان الرعاية الشاملة المترتبه على المرض والعجز وكذلك المرض العقلي والنفسي.(1)

(1) سيد رمضان ، سلوى عثمان الصديقي ، المرجع السابق ، ص- 16 - 17 .

3- المجتمع الحديث والصحة والمرض :

يلزم المرض الإنسان بنسب متفاوتة ولا يوجد إنسان خال من الأمراض، فقد ذهب ((دوركايم)) إلى أن الصحة هي أن يكون الإنسان في حالة أقل قدرا ممكنا من الأمراض، أما الإنسان الخال من الأمراض فليس له وجود، ويشير دوركايم إلى علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة مثل المرض الشهري لدى النساء. فإذا اختفت اعتبر الإنسان مريضا. وقد انصرف بعض الأطباء إلى الاهتمام بالميكروبات التي تصيب الإنسان والكشف عن سبيل الوقاية منها ، وتحصين البشر علاوة على الاكتشافات المختلفة عن الفيتامينات وإفرازات الغدد باعتبار أن ذلك وحده مفتاح الشفاء وسبيل استعادة الصحة . وكان هذا الاتجاه حجر الزاوية في مدرسة فكرية وأسلوب علاجي، يمكن أن يسمى المنهج الجزئي في الطب والعلاج والوقاية، ولم يدم هذا الاتجاه طويلا، فقد ظهرت مدرسة فكرية جديدة يمكن تسميتها بالمنهج التكاملي وهو المنهج الطبي الاجتماعي، وتقوم فلسفة هذا المنهج على النظر للإنسان كوحدة متكاملة يكون المرض أحد جوانبها وعوارضها ، ولا يمكن تحقيق الشفاء للمريض إلا إذا سلمنا بأن مرضه وعائقه وظروفه الاجتماعية كلها مؤثرات متبادلة إحداها يؤثر في الآخر ويتأثر به في نفس الوقت.

ولقد شهد الربع الأخير من القرن التاسع عشر مولد الطب الاجتماعي ، ومن المهتمين به طبيب بلجيكي أصدر عام 1862 مؤلفا عن الأحوال الصحية والاجتماعية والاقتصادية للشعب البلجيكي، وتناول فيه البيئة الجغرافية للمجتمع ، دراسة أسباب الوفيات وأهم الأمراض المسببة لها، ثم البحث في العوامل المجتمعية المؤثرة في تلك الأمراض، وبحث في التدابير الاجتماعية التي يأخذ بها لعلاج المشكلات الصحية والمرضية التي تعرض لها. (1)

ولم يظهر مؤلفا بعد ذلك حتى ظهر مؤلف ((ألفريد جروتمان)) 1911: " الباثولوجيا الاجتماعية "، الذي أورد فيه الأسس الاجتماعية لأي دراسة علمية لمجتمعية المرض على النحو التالي:

(1) المرجع نفسه ، ص . 19 .

- تحدد أهمية المرض من الوجة الاجتماعية بمدى انتشار وتكرار حدوثه في المجتمع.

- التداخل بين المسببات المرضية والعوامل الاجتماعية يمكن أن يقتفى أثرها في

النواحي التالية:

*عوامل مهياة أو ممهدة لحدوث المرض.

*عوامل مباشرة في الإصابة بالمرض.

*مؤثرات مختلفة في سير المرض ونتائج مكافحته وعلاجه.

*لا ترجع أسباب الأمراض إلى عوامل مجتمعية فحسب بل إن للأمراض نتائج اجتماعية أيضا.

* في حالة الأمراض التي لها أهمية مجتمعية يجب أن يأخذ في الاعتبار فاعلية العلاج الطبي الاجتماعي الشامل في إيقاف حدة المرض وانتشاره وكذلك استجابة المجتمع واهتمامه بتوفير سبل النجاح للجهود العلاجية والطبية.

*الوقاية من الأمراض تقتضي الاهتمام بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والقيمية في المجتمع.

وقد لاحظ ((جروتمان)): أن الأمراض المزمنة في مقدمة الأمراض التي لها أهمية مجتمعية وأن نسبة كبيرة من الأمراض المهمة اجتماعيا من الممكن توقيفها أو على الأقل في الإمكان السيطرة عليها.(1)

وبعد أن عاش العالم سنوات طويلة وفي تصور أطبائه أن مهمتهم هي علاج المرضى أو الوقاية من المرض في أحسن الأحوال، برز ميدان جديد هو الصحة العامة، حيث وضحت فيها النظرة الاجتماعية إلى المرض. إن صحة البيئة أمر مجتمعي، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الصحة العامة في واقع الأمر هي توازن بين الإنسان والوسط الذي يعيش فيه من النواحي البدنية والتربوية والسلوكية والنفسية والطبية. فالوقاية من الأمراض لا يمكن الوصول إليها بمجرد بحوث المعامل والمختبرات ولكن كذلك يتوقف

(1) محمد عبد المنعم نور، المرجع السابق، ص - ص 7 - 22 .

الأمر على القدرة على تغيير السلوك ثقافيا، وكما تغير مفهوم الطب نحو العلاج والوقاية من المرض تغير كذلك مفهوم الصحة.

ويشهد الاهتمام بالرعاية الصحية مع تقدم الدراسات العلمية في الميدان الطبي في السنوات الأخيرة زيادة كبيرة، وتنوعت أساليب الفحص الطبي، كما تعددت وسائل الكشف المبكر عن المرض، قد تبع ذلك سهولة في التشخيص وتيسير في العلاج الذي استحدثت الكثير مما كان يعد ضربا من المحال فيما سبق، ومعنى ذلك أن الاهتمام بالرعاية الصحية بلغ الذروة في عصرنا هذا تبعا لازدهار علوم الطب وتعدد وسائل الفحص والعلاج التي أخذت طريقها للعمل لخير الإنسانية.

4- أساليب وأسس الرعاية الصحية :

لكي تحقق الرعاية الصحية أهدافها تستعين بوسائل وأساليب متنوعة وتوزع جهودها في نواحي متعددة من نواحي الحياة.

ومن هذه الوسائل إثارة المواطنين وتعريفهم بالأمراض وأعراضه - وخصوصا في وقت انتشارها، وتزويدهم بالمعرفة عن كيفية الوقاية منها وأيسر الطرق لعلاجها ، كما ينبغي تعريف المواطنين بالمستشفيات والعيادات التي تقدم لهم الفرص العلاجية ، ووسائل المسؤولين في هذا السبيل:

1 - الدعاية بكافة أنواعها بالإضافة إلى المنشورات والمحاضرات ويقوم بهذه المهمة قسم الصحة الاجتماعية والتثقيف الصحي.

2 - توفير المؤسسات الطبية المختلفة وتوفير العدد الكافي من المسؤولين عن الرعاية الصحية وتدريب الموظفين والعمل على رفع المهن التمريضية.

3 - رفع مستوى الطبقات الفقيرة وإرشادها إلى الطرق الصحيحة للتغذية والعمل على توفير المواد اللازمة للوقاية والنمو.

4 - تدعيم النظم الصحية الجديدة كفحص الراغبين في الزواج ، ومؤسسات رعاية الناقهين وتدعيم نظام الزائرات الصحيات.

5 - ربط العمل الصحي بالنواحي الدينية - حيث تعتبر الدوافع الدينية من الدوافع القوية عند الإنسان.

6 – محاولات للتجاوب مع الحاجات والرغبات النفسية كأن يكون الاستفادة من البرنامج لصحي دافعا للحصول على مركز اجتماعي.(1)

5- العوامل الثقافية المرتبطة بالصحة والمرض:

5-1- الثقافة والسلوك المرضي:

تحتوي الثقافة مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان، من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها، فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني من العادات الاجتماعية، وعادات النظافة والتربية والمعتقدات والمعارف والأمثال والحكم والمفاهيم، والتصورات الشعبية والقيم والطقوس الدينية، علاوة على آداب الحديث والمعاشرة والتحية والسلوك اللائق وغيرها من العناصر التي تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض.

وتجدر الإشارة إلى أن تأثير الثقافة على الصحة والمرض وبالتالي على الخدمة الصحية يتضح من خلال تنظيمها للأمراض بصفة عامة إلى مرض لم يشخص، ومرض مزمن .

أما المرض الأول: هو المرض الذي لم يشخص، فهو يمثل دائرة أو حلقة مفرغة يدور المريض حولها وداخلها على عيادات الأطباء، وعلى المستشفيات الخاصة والعامة ، وفي حالة عدم التشخيص، يدور المريض حول الثقافة الشعبية من معتقدات وممارسات طبية وشعبية إلى علاج شعبي إلى استشفاء بالأولياء.

أما المرض الثاني فهو المرض المزمن، وهنا قد يعلم المريض أو لا يعلم بطبيعة المرض الذي يدفعه إلى طرق كل الأساليب الطبية العلاجية والشعبية والسحرية، ويرجع السبب إلى الأزمان وإلى سمة السرعة في طلب الشفاء واستعجاله وبالتالي يفرض الطابع الثقافي سطوته على المريض.

ومن جهة أخرى فإن الثقافة تتضمن آداب التحية في المجتمع كالترحيب بالأيدي والسلام بالتقبيل وكثرة الترحيب ، والحديث بصوت عال، وهي وسائط لنقل الأمراض مثل الحصبة. لذلك يؤدي إهمال تطعيم الأطفال من إلى إصابتهم بالكثير منها، فبين لو

(1) سيد رمضان ، سلوى عثمان الصديقي ، المرجع السابق ، ص . 21 .

كانت الثقافة تحض على إتباع الأساليب الصحية في ميادين الحياة والوقاية بالتطعيم لقلت الإصابة وانتشار الأمراض المعدية إلى أدنى حدودها، ولتحسن المستوى الناس الصحي. كما أن الثقافة لها أهمية كبيرة كمحدد لنمط سلوك المرض، وكيفية التصرف حياله وعلاجه، وحتى أسلوب الشكوى منه، وإن التنشئة الثقافية تمارس دورها في سلوك المرض في المجتمع باختلاف قطاعاته، وبداخل المؤسسات الصحية، وظهر ذلك من خلال الثقافات البدوية والريفية والحضرية، وثقافة النوع (ذ- أ) والأصول الاجتماعية وغيرها. (1)

5-2- العادات والتقاليد:

تؤدي العادات والتقاليد دورا كبيرا في تنظيم الحياة الاجتماعية والبناء الاجتماعي، وتمكن الفرد من إشباع حاجاته بطريقة مشروعة، يرضى عنها المجتمع وبالتالي تؤدي إلى تنظيم المجتمع كالزواج والأسرة وبقية العلاقات الاجتماعية.

وهي القيم المتوارثة التي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك بما كان يعتقد فيه الآباء والأجداد، وهي قوى تعوق كل ما هو جديد وتقف حجر عثرة في سبيله، ومن أمثلة ذلك المعتقدات والطرق غير العلمية في أسباب وعلاج المشاكل الصحية، واعتمادها على عادات وتقاليد ومعتقدات خاطئة ومتوارثة.

وتمارس العادات والتقاليد دورها في الصحة والمرض سواء بزيادة معدلات الأمراض وانتشارها ومضاعفتها وتفاقمها أو بالحد والتقليل منها، وكذلك تمارس دورها في الخدمة الصحية سواء بطلبها عند الضرورة أو الانحراف عنها، أو بالحد من مفعولها.

ويمكن توضيح أثر العادات والتقاليد على الصحة كما يلي:

- الاستحمام في الترع يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الطفيلية وتكرارها حتى بعد العلاج.

- الزواج من الأقارب يسهم في زيادة الأمراض الوراثية كالعمى والتخلف العقلي وأمراض القلب والتشوّهات الخلقية.

(1) عبد المجيد الشاعر وآخرون، علم الاجتماع الطبي، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص

- عادات النظافة هي الأصل في الإصابة بمعظم الأمراض في مختلف القطاعات الاجتماعية .
- عادات التحية والحديث ، كالسلام بالأيدي والتقبيل والعطس في الوجه يؤدي إلى انتشار الأمراض مثل الحصبة وأمراض الصدر
- عادات تربية الطفل مثل عدم تعريضه لأشعة الشمس حفاظا على صحته حسب التصور الشعبي يؤدي إلى مرض الكساح ، أو عدم إعطائه المطاعيم الضرورية للوقاية من بعض الأمراض يؤدي إلى الإصابة بها .
- العادات الغذائية مثل النباتيون الذين يمتنعون عن أكل اللحوم الغنية بمواد غذائية تفنقرها النباتات مما يؤدي إلى بعض الأمراض مثل فقر الدم ، ومثل الاعتماد فقط على حليب الأم وعدم إضافة المواد الضرورية للطفل حسب عمره مما يؤدي إلى بعض الأمراض مثل لين العظام ، وكذا الشراء من الباعة المتجولين مما يؤدي إلى انتشار الأمراض الهضمية والتهاب الكبد .
- العلاج بالكي بالنار .
- العين الحاسدة ، حيث يعتقد بعض الناس أن الطفل الجميل معرض للحسد ، لذا يعلقون على جبهته خرزة زرقاء ويلبسونه ملابس قذرة تؤثر عليه.
- الالتزام بين الأصدقاء، حيث نجد أن الصديق يراعي صديقه و يشعر نحوه بالالتزام الخاص ، فمثلا إذا وجدت قابلة في قرية فإن المرأة تفضل أن تلد بمساعدتها بدل أن تلد في المستشفى، وإذا وجد حلاق فإن الشخص يفضل ختان أطفاله عنده بدل الطبيب المختص حتى لا يفقد صداقته.
- عادات التدخين وما لها من آثار سيئة المدخن والمحيطين به.(1)

3-5 المعتقدات الطبية الشعبية:

تزخر المعتقدات والمعارف الشعبية برصيد ضخم من الممارسات والأفعال التي يلجأ إليها المرضى وذووهم لعلاج أمراض معينة، أو لإسعاف حالات طارئة أو

(1) المرجع نفسه ، ص 158 .

للبحث عن أمل في الشفاء من مرض مزمن طال علاجه بالطب الرسمي، وفي كثير من الحالات يلجأ المرضى إلى الخدمة الصحية الرسمية وغير الرسمية في نفس الوقت.

وعند دراسة المعتقدات الطبية الشعبية يجب أن ينظر إلى طبيعـة المجتمع (بدوي ريفي، حضري) وإلى طبيعة المرض (مزمن، لم يشخص) وإلى نوع المرض (باطني، عظام، أطفال) والملاحظ أن ثقافة البادية تتميز بالطب الشعبي والاستشفاء بالأولياء، بينما تتميز ثقافة الريف بثرائها بالممارسات السحرية والاستشفاء بالأولياء، في حين تتسم الثقافة الحضرية بالاعتماد على الطب الرسمي والشعبي غير الاحترافي في نفس الوقت.

مما سبق يتضح أن المعتقدات الطبية الشعبية تظم ثلاثة أمور هي:

أ - الطب الشعبي:

يمثل الطب الشعبي في بعض الأحيان مصدرا أوليا ومهدئا لحين التصرف حيال المرض، كما يمثل في أحيان أخرى ملاذا للمرضى بأمراض مستعصية أو مزمنة، أو المرضى بأمراض لم تشخص، ففي هذه الحالات يدور المريض بين الأطباء والمستشفيات، ويطرق كل أبواب الطب الشعبي والسحر، والاستشفاء بالأولياء وغيرها، لتشخيص المرض أو طلبا للعلاج، ولا يقتصر الطب الشعبي على البادية والريف فقط بل يشمل المجتمع الحضري أيضا.

يتمثل الطب الشعبي في أي مجتمع فيما يلي:

- العلاج العشبي: ويعتمد على الأعشاب الطبية في علاج الحالات المرضية .
- العلاج بالكي : كما يحدث في حالة عرق النسا.
- العلاج بالحجامة: وهي عبارة عن استخراج كمية من الدم من أجزاء معينة من جسم المريض.
- العلاج بالتشريط: وهنا تعالج سموم العقارب والثعابين ، وكذا بعض حالات الضغط.

- الوصفات المنزلية: وهي تعبير عن الممارسات الطبية الشعبية غير الحرفية ، الناتجة عن تجارب ومعرفة بالأعشاب.

- التجبير الشعبي: وهو علاج الالتواء العضلي بالصوف.

ب - الممارسات الطبية السحرية:

تتنوع الممارسات الطبية السحرية في نفس المنطقة أو في مناطق مختلفة لعلاج بعض الأمراض التي يغلب عليها طابع الإزمان والاستعصاء، وتلعب الثقافة دورها في الاعتماد على هذه الممارسات العلاجية، تؤازرها العوامل الاجتماعية كالدخل والمهنة والتأثير الاجتماعي للمرض، وتكثر هذه الممارسات في القطاع البدوي عنه في القطاع الريفي عنه في القطاع الحضري.

أكثر هذه الممارسات الطبية السحرية تمارس في حالات الصرع ، حالات العقم والإجهاض المتكرر، ووفاة الأطفال الرضع والصداع المتكرر، وتمارس بوسائل مختلفة مثل الأحجبة والتعاويذ التي تعلق على صدر المريض ...

ج - الاستشفاء بالأولياء:

قد بعض إلى الأولياء أو زيارة أضرحتهم والطواف حولها لعلاج بعض الأمراض مثل حالات العقم، الأمراض العصبية أ الصداع المزمن، شلل الأطفال.(1)

6- عوائق برامج الرعاية الصحية:

يمكن تقسيم هذه العوائق إلى: عوائق ثقافية واجتماعية ونفسية .

6-1- العوائق الثقافية: وتتمثل في :

أ- التقاليد: حيث القيم الثقافية المتوارثة التي تعمل على المحافظة على القديم والتمسك به في مقاومة كل جديد في برامج الرعاية الصحية.

ب- الاعتقاد الزائد في القضاء والقدر مما يدفع الكثيرين إلى التواكل دون القيام بدور إيجابي للوقاية من المرض أو علاجه.

(1) عصام أحمد الصفدي وآخرون، علم اجتماع الصحة، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص157 ،

جـ التمرکز الذاتي للثقافة، حيث يرى سكان كل مجتمع أن طريقتهم في الحياة أفضل من طريقة أي مجتمع آخر.

د- انتشار الجهل والأمية وما يتبعه من عدم وعي الأولياء فيما يتعلق بالشؤون الصحية وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر .

6-2- العوائق الاجتماعية: ونذكر منها :

أ- الفقر وانخفاض مستوى معيشة المواطنين وعدم وجود إمكانيات للوقاية والعلاج من الأمراض.

ب- قوة العلاقات الاجتماعية في الأسر الممتدة ، وبالتالي هناك شعور بالالتزام المتبادل بين أفراد الجماعة الواحدة .. فمثلا في الريف نجد أن زوجة الابن لا تذهب إلى الطبيب أو للوحدة الصحية إلا بعد استشارة أم الزوج والتي قد تكون لها نصائح مخالفة للتعاليم الصحية وهذه النصائح تعتبر ملزمة للزوجة للحفاظ على النصائح الأسرية

ج- القيم النسبية: وهو التفاوت في إعطاء القيمة للعمل الواحد ، فالأطباء ينادون بالامتناع عن التدخين نظرا للأضرار الصحية الجسمية ، بينما يراه البعض مظهرا من مظاهر الرجولة.

د- المعتقدات والأساليب غير العملية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية فمن هذه الأساليب: الاعتقاد السائد بين العامة بتأثير العين الحاسدة كسبب أساسي لكثير من الأمراض ولا سيما أمراض الطفولة، مما يجعل الأهل يخفون الطفل عن الأنظار أو يستخدمون أساليب غير صحية في التعامل معه فيلبسونه ملابساً قذرة أو يقومون بلفه في خرق حتى لا يسقط فريسة للعين الحاسدة وبالتالي تتأثر حالته الصحية بملابسه القذرة ، أو تعليق الخرزات الزرقاء على جبهة الطفل والتي مع تلوثها تساعد على إصابة عيني الطفل بالرمد الحبيبي وانتقال العدوى إليه. كما أن العلاج بالكي بالنار لبعض الأورام أو الروماتيزم قد يؤدي إلى تلوث الجرح الناتج عن الكي ويؤدي إلى مضاعفات كثيرة وخطيرة.

6-3- العوائق النفسية: وأهمها:

الراحة النفسية لاستخدام الأساليب التقليدية في العلاج سواء فعالة أو غير ذلك، أو التفاوت في إدراك الأمور فمثلا إدراك البعض أن العلاج المجاني غير مجدي وبالتالي لا يقبلون على الرعاية الصحية بالمؤسسات الطبية المجانية العامة ، ومع عدم القدرة على مواكبة التكاليف الباهظة للعلاج في المؤسسات الطبية الخاصة نجدهم يحجمون عن العلاج الطبي ويلجأون إلى ذوي الخبرة. (1)

(1) محمد علي سلامة:العوامل الاقتصادية والاجتماعية وأثرها على الوعي الطبي ، ط1 ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ،الاسكندرية ، 2007 ، ص 62، 63 .

خلاصة الفصل:

يتبين لنا من خلال هذا الفصل أن الرعاية الصحية مفهوم واسع، اشتغل به العديد من المفكرين والفلاسفة، وتباينت الاتجاهات المجتمعية في التعامل مع الصحة والمرض ، وقد ارتقى هذا المفهوم برقي التفكير وازدهار الثقافات وتقدم العلوم الطبية ، فظهر الطب الاجتماعي في الربع الأخير من القرن التاسع عشر، ثم برز ميدان جديد هو ميدان الصحة العامة حيث وضحت فيه النظرة الاجتماعية للمرض، وزاد الاهتمام بالرعاية الصحية مع تقدم الدراسات والبحوث العلمية في الميدان الطبي في السنوات الأخيرة زيادة كبيرة ، فبلغ الاهتمام بالرعاية الصحية ذروته تبعا لازدهار علوم الطب وتعدد وسائل الفحص والعلاج، التي أخذت طريقها للعمل واضحة تسعى لتحقيقها، لكنها تبقى على علاقة وثيقة بالثقافة والعادات والتقاليد المجتمعية التي تفرز هي أيضا بعض الأساليب الشعبية في العلاج والرعاية الصحية.

الفصل الثالث: صحة الطفل في الطفولة المبكرة.

تمهيد

- 1 خصائص الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة.
 - 2-العوامل المؤثرة في صحة الطفل.
 - 3-الأمراض السرية السارية التي تفتك بالأطفال.
 - 4-المشاكل الصحية في الطفولة المبكرة .
 - 5-الخدمات الاجتماعية الصحية للطفولة .
- خلاصة الفصل.

تمهيد :

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل حياة الطفل، وفترة حرجة بالنسبة له؛ ففيها تزرع معالم شخصيته الأولى، ويكون الطفل فيها عرضة للكثير من المشاكل والأخطار التي يمكن أن يمتد أثرها إلى حياته المستقبلية، من بينها المشاكل الصحية. لذا وجب علينا الإمام بكل ما يخص هذه المرحلة من سمات وحاجات يجب إشباعها بالطريقة المناسبة، وكذا كل ما يتعلق بصحة الطفل بهدف حمايته وتوفير الرعاية الصحية اللازمة له في هذه المرحلة الحساسة، وهذا ما سنحاول توضيحه في هذا الفصل.

1- خصائص الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة:

يمكن تلخيص الخصائص التي يتميز بها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة فيما يلي (1):

1-1- الخصائص العقلية:

أ- الواقعية عند الطفل:

وتعني أن الطفل يعيش واقعية خاصة من نوعها والتي تختلف بدورها عن واقعية الراشدين، فعند الطفل تتمركز حول الذات وتبتعد عن الموضوعية في النظر إلى العالم الخارجي، وذلك لعدم قدرة الطفل على التمييز بين الموضوعي والذاتي، الأمر الذي يجعله دائماً يخلط بين الأنا والأشياء، أي بين الذات والغير، كما يجعله يميل إلى المزج بين الأحلام بالواقع.

ب - الإحيائية:

يضيء الطفل في الطفولة المبكرة الحياة على الأشياء و الكائنات من حوله وكأنها تحس وتشعر وتفرح وتحزن وتتألم، مثلما يحس هو ويشعر ويتألم، فهو يضيء عليها نفس المشاعر التي يحس بها، كما يعتقد أن الأشياء من حوله لها إرادة ورغبة؛ فكثيراً ما نلاحظه يتحدث إلى الأشياء التي يلعب بها ويعاقبها في بعض الأحيان عندما تسبب له الألم، كما يقوم باللعب الإيهامي الذي يتخيل فيه نفسه طبيياً مثلاً أو مدرساً.

ج - حب الاستطلاع:

الطفل في هذه المرحلة يهتم بمعرفة كل شيء يحيط به، وذلك لأنه يتخيل أن كل شيء يتصل بذاته وله علاقة بها، وكثيراً ما نلاحظه دائم الحركة يستطلع و يستكشف الأشياء ، الأمر الذي يتطلب تفاعله المستمر مع تلك الأشياء، ويساعده على قدرته على التعرف

(1) محمد عبد المؤمن حسين : مشكلات الطفل النفسية ، دار الفكر الجامعي ، مصر ، بدون سنة ، ص - ص

على الأشكال والألوان وخصائص المثيرات و إدراكه وتمييزه للبشر والحيوانات والنباتات.

د- خصوبة الخيال:

بما أن لكل شيء معنى و صفة بالنسبة للطفل، فإن خياله يتسم بالخصوبة والتي تجعله يتجاوز حدود الزمان والمكان الذي يخرج من عالمه الصغير، ويمكن نسج عالم آخر مليء بألوان السحر وإشباع الحاجات والرغبات التي يقف فيها الراشدون من حوله أمام إشباعها.

هـ - الميل إلى الحل و التركيب:

من خلال حب الطفل للاستطلاع و معرفة الأشياء من حوله تنمو لديه الرغبة في فك تلك الأشياء و إعادة تركيبها ثانية للتعرف عليها وإدراك سرها أو اكتشافها.

1-2- الخصائص الجسمية:

أ - اختلاف الأطفال في معدلات نموهم:

الواقع أن هناك فروقا فردية بين الأطفال، يجعل نموهم مختلفا فيما بينهم اختلافا كبيرا سواء في المعدل، أو السرعة أو الجنس ، فهناك أطفالا ينمون بمعدل أسرع من غيرهم في نواحي جسمية معينة وببطء في نواحي جسمية أخرى، كما أن هناك فروقا بين الجنسين ملحوظ في النمو الجسمي.

ب - سرعة النمو الجسمي والحركي:

في هذه المرحلة ينمو الطفل بسرعة تفوق سرعة نموه في فترات النمو المتأخرة ، وذلك يرجع إلى أن الطفل يحمل من القوى والطاقات الكامنة الكثير ما يجعله دائم التحفز لتلقي المثيرات والاستجابة لها بسرعة.

ج - نمو العضلات الكبيرة قبل الصغيرة :

نتيجة لنشاط الطفل الزائد و سيطرته على جسمه وقدرته على الجري والتسلق والقفز، تنمو عضلاته الكبيرة الضرورية لتلك النشاطات، نتيجة لاستخدامه لها باستمرار.

1-3- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

أ – سرعة الاستجابة للمؤثرات:

إن للطفل في هذه المرحلة استعدادا كبيرا للاستجابة لمؤثرات البيئة من صوت وحركة ولمس.

ب – كثرة الانفعالات وسرعتها:

في هذه المرحلة يتميز الطفل بسرعة انفعالاته وسرعة غضبه و ثورته العارمة التي سرعان ما تنتطفئ ليعود مرة أخرى إلى حالة الطبيعة والهدوء والاستقرار.

ج – شيوخ الأنانية:

من المعروف أن الطفل لا يزال متمركزا حول ذاته ولا يهتم إلا بإشباع حاجاته ويحاول جذب انتباه واهتمام الآخرين واعترافهم به وتقديرهم له، فهو يجب أن يكون مركز العناية والاهتمام والحديث دائما، ومن ثم لا يهتم بمشاعر الآخرين وعواطفهم.

د – شيوخ الغيرة والحقد:

يشعر الطفل بأنه الوحيد الذي يستحق العناية والرعاية والاهتمام نتيجة لتمرّكه حول ذاته وإحساسه بالضعف أمام الكبار، وهو بهذا ينتظر أن توجه إليه الأنظار وأن يكون مركز العناية والاهتمام والمدح والثناء، وكثيرا ما يجد الطفل غضاضة في نفسه وغيره وحقد تجاه غيره من الأطفال الذين يسلبون منه الامتيازات من الوالدين أو من الراشدين من حوله ويظهر أيضا عند التفرقة بين الأطفال.

هـ — التقليد والمحاكاة:

من أهم ما يميز الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ميل الطفل إلى التقليد والمحاكاة لسلوك الآخرين وتصرفاتهم وأعمالهم وأقوالهم؛ وهذا التقليد يكسب الطفل في الواقع مهارات وقدرات عقلية وجسمية مختلفة، ويزيد من حصيلته اللغوية في الوقت نفسه. (1)

2- العوامل المؤثرة في صحة الطفل:

هناك عدة عوامل تؤثر على صحة الطفل، وقد حاولنا إجمالها فيما يلي:

2-1 العوامل الوراثية:

إن التشابه بين الآباء والأبناء واضح، حيث يمتد إلى الكثير من الخصائص التركيبية أو الوظيفية التي يشترك فيها أفراد السلالة الواحدة، وقد يكون التشابه في صفات فردية مثل لون الجلد أو الشعر أو العين، وتظهر الصفات الخارجية كالحجم والشكل هي أهم الاختلافات الوراثية، بل هناك كثير من الفروق النوعية في البروتينات والكاربوهيدرات والمناعة، والتعرض للإصابة بأمراض خاصة أو القدرة على تمييز الألوان المختلفة وما تليها من فروق.

إن جميع الخلايا في الجنين مستمدة من خلية واحدة هي البويضة المخصبة ، وما يجعل هذه الخلايا مختلفة بعضها عن بعض هو أساسا بروتينات معينة ضرورية لوظائف متخصصة، وتركيب هذه البروتينات محمول بالشفرة في تتابع من النيوكليوتيدات في (DNA) كروموزومات الخلايا. إذا أصبحت ذات جينات متماثلة، مختلفة بعضها عن بعض ، فإن جينات معينة فقط في خلايا معينة تنشط ، وهذا يؤدي إلى تخليق بروتينات معينة في طرز معينة من الخلايا.

ومن أثر شذوذ الكروموزومات وأمراضها ما يلي:

(1) المرجع نفسه ، ص 41 - 42 .

أ – شذوذ في الكروموزومات الصبغيات:

أولاً- شذوذ (زيادة أو نقص) في عدد الكروموزومات مثل زيادة عدد الكروموزومات من 46 العدد الطبيعي إلى 47 كما هو الحال في الطفل المنغولي.

ثانياً- نقص عدد الكروموزومات، مثل الحالات التي تكون فيها النساء غير قادرات على تخليق الكروموزومات في المبايض ، فيحدث 45 كروموزوم، حيث يتسبب في تأخر ظهور الصفات الأنثوية

ب- شذوذ في الكروموزومات يؤدي إلى نقص العوامل المورثة، مثل حدوث نقص في كروموزوم زوج (5) يسبب ولادة طفل صغير الحجم للدماغ .

ج – ظهور طفرة في أحد الجينات : تسبب أمراضا وراثية تنتقل بواسطة الكروموزومات أو أمراضا تورث بصفة متنحية ، أمراضا تنقل بواسطة الكروموزومات الجنسية .

2-2- المناعة:

المناعة هي حالة فيسيولوجية تحدث عن طريق الخلايا اللمفاوية، و تضي على الجسم المقدرة على التمييز والمقاومة ضد جزيء محدد يعرف بالمستضد (الإنجين) (1).

2-3- العوامل البيئية:

أ – البيئة الرحمية (الداخلية):

بيئة الإنسان الأولى هي رحم الأم غير المعزولة عن البيئة الخارجية ، فالحنين يتأثر ببيئة أمه الخارجية.

(1) أيمن سليمان مزاهرة وآخرون : مبادئ صحة الطفل و تغذيته ، دار الخليج للنشر ، عمان ، الأردن ، 2000 ،

تبدأ عملية الحمل من وقت التصاق البويضة بجدار الرحم، وتنظم خلايا خاصة من الجنين، فتتكون أربعة أغشية جنينية، وهذه الأغشية توفر للجنين التغذية والحماية والدعامة.

لذلك يجب العناية بصحة الطفل المقبل قبل ولادة الجنين وتطور حاجات بناء جسمه داخل الرحم تعتمد على الوضع الصحي العام للأم إلى درجة كبيرة، و من المشاكل الصعبة التي تواجه الأم والتي تؤثر على الطفل ما يلي:

أولا – الالتهابات:

من الالتهابات التي قد تصيب الأم الحامل، التهابات الجهاز البولي والمثانة وحوض الكلية، الالتهابات الفطرية.

– التهابات الجهاز البولي:

عبارة عن اصطلاح يشمل أنواع الالتهابات التي تحدث في المثانة وكذلك في حوض الكلية وأيضا في أنسجتها، وهذا النوع هو الأكثر شيوعا أثناء الحمل.

– التهاب الفطريات:

تعزى كثرة التهاب الفطريات عند الحوامل إلى ارتفاع مادة السكر في الخلايا خلال الحمل التي تعطيه مجالا للتكاثر، وهناك عوامل أخرى مثل تناول المضادات الحيوية وحبوب منع الحمل، ومن المخاطر التي يسببها التهاب الفطريات على الطفل هي انتقالها إلى الوليد خلال عملية الولادة مما يؤدي إلى ظهور فطريات في فمه.

ثانيا – السكري:

من المستبعد جدا أن تحمل مريضة السكري دون السيطرة عليه بالعلاج، أما إذا حملت دون علاجه فسوف تكون حياتها وحياة جنينها عرضة للخطر، يتم الكشف عن مرض السكري بإجراء فحص البول بحثا عن السكري بشكل روتيني عند زيارة الحامل

للعيادة، فالمشكلة الحقيقية التي تواجه الحامل هي المقدره على السيطرة الدقيقة على حالة السكري في أثناء الحمل.

ويتم علاج الأم الحامل بتعاطيها مادة الأنسولين وذلك باستعمال عيار دقيق لكمية الغذاء وكمية الدواء؛ وذلك لان علاج السكري بدقة قد يؤدي إلى الإجهاض أو التسمم الحلمي أو الاستسقاء الأمينوسي، أو قد يهدد بولادة مبكرة، وقد يتسبب عند الجنين تشوهات خلقية، أو يعرضه للموت داخل الرحم.

ثالثا – الضغط المرتفع:

على أي امرأة تعاني من ارتفاع في الضغط، أن تستشير الطبيب قبل الشروع بالحمل مما يؤثر على نقصان الدم الوافد إلى الرحم، وبالتالي إلى المشيمة والجنين.

أما النتيجة الواضحة لذلك فتكون على حساب الجنين، إذ أنه يظهر إلى الوجود بوزن قليل، مما يعرضه إلى الخطر، كما أنه قد يموت في رحم أمه نتيجة لذلك .

رابعا – سوء التغذية:

يمكن تعريف سوء التغذية بأنه الحالة المرضية الناجمة عن نقص أو زيادة نسبية أو مطلقة في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية.

يساعد الحصول على الغذاء الصحيح و المناسب في أثناء فترة الحمل على تأمين الصحة الجيدة للجنين ، فيحتاج جسم الإنسان و خاصة الجنين في رحم أمه إلى عدة أنواع من الأغذية والمعادن لنموه و نضجه ، يوجد معظمها في الغذاء العادي الذي يجب أن يحتوي على:

– كمية كافية من البر و تينات.

– كمية معتدلة من النشويات.

– كمية كافية من الخضر و الفواكه الطازجة.

— كمية معتدلة من الدهون.

— كمية كافية من السوائل.

خامسا — فقر الدم:

ويقصد به فقر الدم الحقيقي الناتج عن نقص مادة الحديد فقد يكون مسببا عن افتقار طعام الحامل لهذه المادة أو عن افتقار السائل المعدي لحامض الهيدروكلوريك الذي يجعل امتصاص الحديد ممكنا أو عن مشاركة الجنين أمه لكمية الحديد التي في دمها (1) .

سادسا — الأمراض المعدية التي تتعرض لها الأم الحامل:

من بين الأمراض المعدية الخطيرة التي تتعرض لها الأم الحامل ما يلي :

— الحصبة الألمانية:

سبب الحصبة الألمانية فيروس، يصيب الحامل ويعدى الجنين من خلال المشيمة ويؤثر على نموه و يؤذيه، خاصة إذا كان الحامل في الأسابيع الإثني العشرة الأولى ومن أضراره تشوهات خلقية في أعضاء الجنين مثل تشوه القلب وفقدان السمع وكثافة قرنية العين أما إذا حصلت العدوى بعد الأسبوع الثاني عشر من الحمل فيكون تأثير الحصبة الألمانية على الجنين ضئيلا. و لوقاية الحامل من هذا المرض ومضاعفاته يكون بالابتعاد عن الإنسان المصاب به ولكن هذا أمر من الصعب التنبؤ به، لأن تشخيص الحصبة الألمانية قبل ظهور الطفح الجلدي ليس بالعمل السهل.

— الكزاز:

هو مرض قاتل يبدأ بتقلصات تشنجية مميزة تظهر في العضلات الماضغة (التكزز). ولهذا لا يستطيع المريض أن يفتح فمه وأن يمضغ أو يتكلم ثم تتبعها تقلصات تشنجية في

(1) مديحة الخضري، موسوعة الطفل الصحية - من مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو - المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001، ص - ص 55 - 56

عضلات الوجه، تمتد بعد ذلك إلى عضلات الرقبة والظهر والبطن والأطراف، ويمكن أن يؤدي إلى تقلصات توتيرية في عضلات التنفس مما يؤدي إلى شلها، فيظهر ضيق التنفس وازرقاق الجلد وقد يؤدي إلى موت المريض مختنقا.

سابعاً – التدخين:

التبغ هو عبارة عن نبات من نوع الأعشاب الحولية و يعود في الأصل إلى أواسط القارة الأمريكية و ينتمي إلى العائلة النباتية المسماة سولاناكسيا وأنواعه عديدة تقدر بأربعين نوعاً و أوراقه تحتوي على النيكوتين ومواد سليلوزية ومركبات طيارة. وتعتبر مادة النيكوتين إحدى أقوى السموم النباتية المعروفة وهي تمتص بسرعة خلال المعدة والجلد لتدخل الدم وأنسجة الجسم المختلفة. لذلك يعتبر تأثير التدخين على الحامل وجنينها ازدواجي الضرر، حيث أن ضرره لا يقف عند حد المرأة الحامل بل يتعداه إلى حملها.

ويمكن تحديد تأثير مادة النيكوتين على المرأة الحامل و الجنين فيما يلي:

أظهرت الدراسات أن نسبة الإجهاض والولادات المبكرة عند الحوامل المدخنات أكثر بكثير مما هو عليه عند غير المدخنات وذلك يرجع إلى ولوج ومادة النيكوتين في دم المرأة الحامل عند التدخين و من ثم يصل عبر المشيمة إلى دم الجنين.

– يسبب تقلص عضلات الرحم.

– تؤثر حالات التشنج الخطيرة على حياة الأم و الجنين وهي أكثر مما يحصل عند المرأة غير المدخنة.

– الأطفال المولودون لأم مدخنة يقل وزنهم وطولهم عن المعدل الطبيعي.

ثامناً – الإشعاع و أثره على صحة الجنين:

هناك ثلاث مراحل تكوينية يمر بها الإنسان قبل ولادته هي:

— مرحلة إخصاب البويضة

— مرحلة العلقة : عبارة عن كتلة من الخلايا.

— مرحلة المضغة: هي أشد المراحل في تطور الجنين.

وهذه المرحلة يكون فيها الجنين أكثر عرضة للتأثر بالعوامل البيئية الخارجية. ففي

الأيام التي يتطور فيها عضو ما، يكون لكل مؤثر من البيئة الخارجية يصل إلى هذا

العضو أثره الخطير في حسن تطور الجنين و طبيعة التغيرات النمائية التي تحدث له،

فالخلايا غير الناضجة وغير المتميزة، وهي خلايا سريعة الانقسام تكون حساسة جدا

للإشعاع. والأضرار التي تلحق بالجنين ترتبط بالجرعة الشعاعية وبمرحلة الحمل

والأسابيع الأولى من الحمل ربما كانت هي الأسابيع الأكثر حساسية للإشعاع. فقد تحدث

تغيرات وظيفية من جراء الإشعاع خصوصا تلك التي تشمل الجهاز العصبي المركزي

واحتمال حدوث طفرات وراثية في الخلايا التناسلية غير الناضجة للجنين (الخصية

والمبيض).

هلاك الخلايا. فكيفية تأثير الأشعة على الجنين يكون على قدرة الخلية على الانقسام

وأحيانا قد يؤدي إلى فعلى الأم التأكد من احتمال حدوث الحمل قبل أخذ الصور الشعاعية،

كما على الطبيب التأكد من ثبات الحمل أو عدمه.

تاسعا — الأدوية:

تمر كل المواد الأزمة لنمو الجنين و بقاءه بشكل مركبات كيميائية بسيطة من خلال

المشيمة لكي تصنعها هي على شكل زلايات معقدة التركيب بالإضافة إلى مواد أخرى.

تعود كل المواد المطروحة من الجنين إلى الأم بالمثل عن طريق المشيمة و في شكل

مركبات كيميائية مبسطة . تنتقل معظم الأدوية المعطاة إلى الحامل و التي تتكون في

العادة من مركبات بسيطة إلى جنينها، لتجلب له معها إما المنفعة أو الضرر أحيانا. و

من المعروف إن بعض الأدوية تلحق الأذى بالجنين في فترة محدودة من الحمل مثل:

— المضادات الحيوية :

إن لبعض المضادات الحيوية رد فعل عكسي على الجنين . فاستعمال علاج التترسيكلين، إذا ستمعمل في نهاية الحمل يؤدي إلى اكتساء الأسنان والعظام باللون الأصفر نتيجة تخزين هذا الدواء والتحامه بمركبات الأسنان والعظام أم مادة الستربتومايتسين فقد تحدث ضررا للأعصاب المغذية للأذن حتى عند الكبار، مسببة الصمم أو عدم مقدرة الجسم على التوازن (مع أنه لم يثبت علميا هذه المادة تسبب أي أذى لسمع أو توازن الجنين، إلا أنه لا ينصح به بتاتا في فتارة الحمل).

— علاجات الغدة الدرقية :

تؤدي هذه الأدوية إلى تضخم الغدة الدرقية عند الجنين، إذا استعملتها الحامل (1)

في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل ولذا فإنه يحبذ عدم استعمالها طيلة مدة الحمل، إلا أنه يمكن استعمالها في فترة الحمل الأولى.

— أدوية السرطان:

تستعمل (Cytotoxic Drugs) في علاج كل أنواع السرطانات والأمراض التي الخبيثة التي تصيب الغدد الليمفاوية. ومن الثابت علميا أنها تلحق أذى كبيرا بالجنين نظرا لضرر الكبير الذي تحدثه في خلاياه النامية، ومن هذا المنطلق يحظر استعمالها مطلقا في أي مرحلة من مراحل الحمل.

— أدوية السكري :

إن ارتفاع نسبة السكر أو أخذ كمية كبيرة من مادة الأنسولين يلحق ضررا بالجنين والأم . فإهمال السيطرة على نسبة السكر في الدم يؤدي إلى حصول تشوهات خلقية في الأجنة . والمحافظة على نسبة السكر في الدم يؤدي إلى إنجاب طفل سليم بالإضافة إلى

(1) المرجع نفسه ، ص60 .

ذلك تعاني الأم الحامل من المشاكل الأخرى التي تصيب مريضة السكري غير الخاضعة لعلاج دقيق.

2-4- التغذية:

هي مجموع العمليات التي بواسطتها يحصل الإنسان أو الحيوان على المواد اللازمة لنموه وحفظ حياته وتجديد أنسجته وتوليد الطاقة اللازمة لذلك.

إن للغذاء عدة فوائد يمكن تلخيصها فيما يلي:

أ - بناء خلايا الجسم وتجديدها.

ب - تزويد الجسم بالطاقة.

ج - تنظيم عمل الخلايا وحفظها بحالة جيدة.

د - المحافظة على توازن الوسائل بالجسم.

هـ - مساعدة الأجهزة المختلفة في الجسم على القيام بوظائفها.

و - المحافظة على درجة حرارة الجسم ثابتة.

إن لتغذية الأم أثناء الحمل أثرا كبيرا على حالة الطفل والأم عند الولادة. فقد أثبتت

الدراسات أن سوء التغذية أثناء الحمل يؤدي إلى بعض حالات التسمم وإلى ولادة الطفل

غير تام النمو (الخديج).

2-5- النظافة:

النظافة العامة ضرورية مدة الحمل، كما هي قبل الحمل ويستعمل في هذه النظافة أحد

أمرين إما الاستحمام في المغاطس وإما سكب الماء.

ويجب أن يجري الاستحمام في محل دافئ لا في جريان الهواء ولا في حميم شديد
السخونة وينبغي ألا تزيد حرارة الماء عن حرارة البدن 37° ولا مدة الحمام عن
عشرين دقيقة.

2-6- الفحص الطبي قبل الزواج:

إجراء الفحص الطبي قبل الزواج لاكتشاف أي مرض أو
مُعوقات مع الحمل والولادة، ومحاولة
علاجها، واكتشاف أي أمراض وراثية تؤدي إلى تكوين جيل ضعيف، كما يجري
تحليل الدم لتحديد نسبة الهيموجلوبين وفصيلة الدم وعامل ريسوس، واكتشاف الإصابة
بمرض الزهري. (1)

3- الأمراض السارية الستة التي تفتك بالأطفال:

يمكن عرض هذه الأمراض كما يلي:

3-1- الدفتيريا (الخانوق):

مرض حاد يصيب الأغشية المخاطية في الأنف والفم سببه جرثومة الدفتيريا وهي
جرثومة عصوية تفرز في مواد سامة قوية تذوب بسرعة في الجسم ويمتصها ، فتنتقل من
مكان الالتهاب إلى الأعصاب والعضلات والجسم .

أ - طريقة العدوى: ينتقل المرض عن طريق الرذاذ المتطاير أثناء الكلام والسعال
وكذلك عن طريق الاتصال المباشر مع المريض وملامسة حاجياته الملوثة.

ب - فترة الحضانة: تتراوح فترة الحضانة من 2 - 5 أيام.

ج - فترة العدوى: من أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

د - الوقاية والمكافحة: من الطرق الفعالة لمكافحة الدفتيريا إعطاء المطعوم
الثلاثي والمتكون من مطعوم (الدفتيريا+الكزاز+السعال الديكي) ونبدأ بإعطائه للطفل

(1) أيمن سليمان مزاهرة ، مبادئ صحة الطفل وتغذيته ، المرجع السابق ، ص - ص 41 - 45 .

عند إكماله الشهر الثاني من عمره بثلاث جرعات بينهما شهران وجرعة منشطة بعد سنة من الجرعة الثالثة ويعطى الطفل جرعة أخرى عند دخوله الروضة. ومن الإجراءات الوقائية الأخرى غلي الحليب.

إن الاكتشاف المبكر للمرض مهم جدا لمنع مضاعفات المرض ومنع انتشاره بين الأطفال.

هـ – أعراض المرض: أولاً- إذا أصاب مرض الدفتيريا الأغشية المخاطية الموجودة في الأنف تكون الأعراض مشابهة لأعراض الرشح أي خروج إفرازات مخاطية مع صديد من الأنف، وعادة يؤدي إلى حدوث نزيف في الأنف.

ثانياً – إذا أصاب المرض الأغشية المبطنة للوزتين أو البلعوم فأهم أعراضه: انحطاط عام في الجسم وفقدان الشهية ، والتهاب الحلق، وألم في الحنجرة، وأغشية بيضاء تبطن مكان الإصابة. وينتج عنها انسداد في مجرى التنفس، وفي الحالات الشديدة قد تؤدي إلى الوفاة.

ثالثاً- إذا أصاب المرض أغشية القصبات الهوائية فتكون الأعراض سعالاً يرافقه ارتفاع درجة الحرارة، مع بحة في الصوت. وإذا كانت الإصابة حادة فقد تؤدي إلى الاختناق.(1)

ز – العناية بالمريض: للعناية بالمريض يجب:

أولاً – العزل الجيد لحين التأكد من شفاء الطفل شفاء تاماً.

ثانياً – الراحة التامة مع الإقلال من الحركة للمحافظة على عضة القلب سليمة.

رابعاً- إعطاء الكفل مضادات الدفتيريا وذلك لتخفيف حدة السموم التي تفرزها جرثومة الدفتيريا بعد التأكد من عدم وجود حساسية لدى الطفل من مضاد الدفتيريا.

خامساً- مراقبة الطفل باستمرار خاصة جهازه التنفسي منعا لحدوث أي انسداد فيه، ونقله للمستشفى في حالة حدوث ذلك.

(1) أيمن سليمان مزاهرة، التربية الصحية للطفل ، ط1 ، الأهلية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2007 ، ص 66 ، 67 .

سادسا- إعطاء المضادات الحيوية للوقاية من المضاعفات.

سابعا- تغذية الطفل المريض عن طريق إعطائه السائل أو الأطعمة المهروسة وذلك لوجود صعوبة في البلع.

ثامنا- عطاء محلول غرغرة للحنجرة.

ح - مضاعفات المرض:

أولا- إصابة الجهاز العصبي والتي قد تؤدي إلى الشلل في أعصاب العين أو الحلق أو الأعصاب الطرفية مما قد يؤدي إلى الشلل.

ثانيا- التهاب الكليتين وعضلة القلب.

ثالثا- التهاب الشعب الهوائية والربو.

رابعا- انسداد القصبة الهوائية.

قد تصل نسبة الوفاة إلى 25 % ونسبة كبيرة قد تعاني من مضاعفات المرض

السابقة.(1)

3-2- السعال الديكي (الشاهوق):

مرض معدي سببه عصيات السعال الديكي ويكثر انتشاره في فصل الشتاء والربيع، ويصيب الإنسان في جميع الأعمار ولكنه أكثر إصابة للأطفال الصغار حتى السابعة من عمرهم كما تكثر الإصابة به لدى الأطفال الرضع.(2)

(1) المصري ، نهاد شكر، صحة الطفل ، إشراف للنشر والتوزيع ، عمان ، 1974 ، ص 80 .

(2) Eldering G, Kendrick P. *Bacillus parapertussis*: a species resembling both *Bacillus pertussis* and *Bacillus bronchiseptica*, but identical with neither. *J Bacteriol* 1938; 35: 561-572

أ – العدوى: ينتقل المرض عن طريق الاتصال المباشر مع المريض أو عن طريق الرذاذ المتطاير أثناء السعال والعطاس والصراخ وملامسة حاجيات المريض الملوثة بالمرض.

ب – حضانة المرض: تتراوح فترة الحضانة ما بين 5 - 21 يوماً.

ج – فترة العدوى: يكون المرض معدياً بنسبة كبيرة في المرحلة الأولى وعند بداية ظهور أعراض الجهاز التنفسي أي قبل بدء نوبات السعال وقد تمتد إلى أربعة أسابيع بعد بداية نوبات السعال.

د – الأعراض: يمر المرض بثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى:

وتبدأ بالرشح ، والسعال ، والعطس، وسيلان الدموع ، وارتفاع بسيط في درجات الحرارة، وتستمر هذه الأعراض من 1 - 2 أسبوع يصبح بعدها السعال جافاً وشديداً.

المرحلة الثانية:

ويظهر السعال بوضوح وبشدة أثناء الليل ويكون على هيئة نوبات قصيرة حادة سريعة تتبع بشهيق حاد طويل مفاجئ يصاحبه صوت يشبه صياح الديك ويظهر ازرقاق وجه الطفل بوضوح أثناء نوبات السعال أو يحمر الوجه بشدة مع صعوبة في التنفس وبرزوز العينين واللسان والتقيؤ ، وضعف عام في الجسم تستمر هذا المرحلة من 4 - 6 أسابيع.

المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة النقاهة وتتميز بالتوقف التدريجي لنوبات السعال الحاد وإذا سعل الطفل يكون بشكل بسيط وغير متواصل.

هـ – العناية بالمريض: للعناية بالمريض يجب:

أولاً – عزل المريض.

ثانيا – الراحة التامة للمريض مع ابتعاده عن الدخان والغبار.

ثالثا – الاستمرار في تسلية الطفل وتزويده بالألعاب المحببة لديه وذلك لإبعاد انتباهه عن نوبات السعال.

رابعا – أن يكون المريض في مكان جيد التهوية مع توفر الأكسجين إذا أمكن.

خامسا – الاهتمام بتغذية المريض وإعطائه السوائل بكميات قليلة متكررة.

سادسا – إعطاء المضادات منعا لحدوث المضاعفات.

سابعا – إعطاء المهدئات لتخفيف نوبات السعال.

ثامنا – إعطاء مخفضات الحرارة.

ز – مضاعفات المرض:

أولا – التهاب الشعب الهوائية والرتتين.

ثانيا – حدوث نزيف في الدماغ.

ثالثا – التهاب الأذن الوسطى.

رابعا – سوء التغذية.

خامسا – الوفاة.

ح – الوقاية:

أولا – إعطاء اللقاح الثلاثي والذي يتضمن السعال الديكي.

ثانياً- مراقبة المخالطين للطفل خاصة في المدرسة وعند ظهور أول علامة للرشح يمنع الطفل من الذهاب للمدرسة وذلك حتى يتم التأكد من عدم إصابته بالسعال الديكي. (1)

3-3- الكزاز (التيتانوس):

مرض ينتج من تلوث الجروح بميكروب خاص يفرز سمومه في جسم الإنسان فتصل إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة الأعصاب والدم فتسبب تقلصات في العضلات خاصة عضلات المضغ (الحنك) وينتج عنها قفل الفم وعدم القدرة على فتحه كما تحدث تشنجات في جميع أجزاء الجسم تتكرر عدة مرات.

أ - سبب المرض:

هذا المرض منتشر في جميع أنحاء العالم وفي جميع فصول السنة ويعيش ميكروب هذا المرض طبيعياً في أمعاء الحيوانات لا سيما آكلة العشب كالحصان ، كذلك يعيش في أمعاء الإنسان أحيانا ويخرج مع البراز ويكون كيساً حول نفسه ويبقى على هذا الحال حتى يجد الظروف المناسبة لدخوله في الجرح وعند ذلك يخرج ميكروب المرض من كيسه وينمو ويتكاثر في موضعه ويفرز السموم التي ينتج عنها المرض. والميكروب منتشر جداً وموجود في تراب الشارع، وكذلك الحقول التي يتم تسميدها بروث البهائم.

يدخل الميكروب إلى الجسم عن طريق الجرح إذ لا يستطيع هذا الميكروب اختراق الجلد السليم ويبقى الميكروب في الجرح ولا يسير في الدم مطلقاً ، لكنه يفرز سمومه التي تسري في الجسم وتصل إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق الأعصاب أو الدم.

ب - فترة الحضانة للمرضى:

تتراوح الحضانة من 4 أيام إلى 3 أسابيع وتختلف المدة تبعاً لطبيعة الجرح وموضعه .

ج - فترة العدوى:

(1) Baron S, Njamkepo E, Grimprel E, Begue P, Desenclos JC, Drucker J et al. Epidemiology of pertussis in French hospitals in 1993 and 1994: thirty years after a routine use of vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 412-418

لا ينتقل هذا المرض مباشرة من شخص إلى آخر لكنه يكون على هيئة أوبئة تدخل إلى جسم الإنسان عن طريق الجروح والخدوش والحروق أما الكزاز الولادي فينتقل عن طريق تلوث سرّة الطفل أثناء قص الحبل السري.

د – الأعراض: تتمثل أعراض هذا المرض في:

أولاً – تصلب وتشنج عضلات الرقبة وال الفك فيصبح من الصعب على المريض فتح فمه .

ثانياً – إصابة باقي عضلات الجسم بالتشنج خاصة عضلات الظهر.

ثالثاً – صعوبة البلع والكلام.

رابعاً – حصر البول. المرجع نفسه: ص 71- 72

خامساً – يكون المصاب شديد التأثر بالعوامل الخارجية كالصوت المفاجئ أو الضوء الشديد أو اللمس حيث تؤدي إلى تشنجات عضلية ورجفات متتالية.

سادساً – ازرقاق لون المريض مع صعوبة في التنفس.

سابعاً – الوفاة بنسبة 35 % - 40 % من الحالات.

هـ – الوقاية: للوقاية من هذا المرض يجب اتباع ما يلي :

أولاً – إعطاء اللقاح الثلاثي الذي يحتوي على مطعم الكزاز .

ثانياً – إزالة الأجسام الغريبة عند حدوث الجروح و تنظيف الجروح جيداً .

ثالثاً – إذا جرح الطفل وكان قد أخذ لقاح الكزاز سابقاً فيجب إعطاؤه جرعة منشطة،

أما إذا لم يأخذ اللقاح فيجب إعطاؤه جرعة مناعة مؤقتة .

والإصابة بالمرض لا تعطي مناعة دائمة ضد الإصابة مرة أخرى.(1)

(1) العبيدي محمد رفيق، الصحة المدرسية ، مطبعة التضامن ، بغداد ، 1987 ، ص 77 80 .

ز – العناية بالمريض: للعناية بالمريض يجب:

أولا – ينظف الجرح بعناية فائقة.

ثانيا – إعطاء مضادات للكرزاز عند حدوث أي جرح سببه أداة يحتمل أن تكون سببا لحدوث هذا المرض.

ثالثا – إعطاء مضادات حيوية لمنع المضاعفات.

رابعا – إعطاء مهدئات تساعد على ارتخاء العضلات ومنع التشنجات.

خامسا – الراحة التامة للطفل، بوضعه في فراشه وفي غرفة خافتة الإضاءة بعيدا عن الضوضاء.

سادسا – الاهتمام بتغذية الطفل.

سابعا – إعطاء الطفل سوائل للمحافظة على نسبة توازن الأملاح في الجسم.

ح – مضاعفات المرض:

تتمثل مضاعفات هذا المرض فيما يلي :

أولا – التهاب الجهاز التنفسي.

ثانيا – هبوط في القلب.

ثالثا – انسداد الحنجرة (الاختناق).

رابعا – الموت الذي يحدث بنسبة 35 % – 75 % من المصابين به .

3-4- شلل الأطفال:

مرض فيروسي حاد ينتقل بواسطة الملامسة المباشرة لإفرازات البلعوم أو البراز ويدعى الفيروس (بوليو فايرس) وهو يصيب الحبل الشوكي وله أنواع ثلاثة.

والفيروس صغير الحجم ويقاوم المحاليل الكيميائية ويموت بتأثير الأشعة والمحاليل المؤكسدة وماء الأكسجين و محلول الكلور.

أ – فترة الحضانة:

تتراوح مدة الحضانة لهذا المرض من 7 - 12 يوم وقد تكون ما بين 3 - 21 يوم .

ب – فترة انتقال العدوى:

غير معروف بالضبط ولكنها تكون قبل وبعد بداية ظهور أعراض المرض تستمر لمدة أسبوع إذا كان الفيروس موجود في الحنجرة و لمدة 4- 6 أسابيع إذا كان الفيروس بالبراز .

ج – الأعراض:

تتمثل أعراض هذا المرض فيما يلي:

أولاً- الالتهاب الذي يدخل فيه الفيروس إلى القناة الهضمية للطفل ويتكاثر فيها وتظهر أعراض خفيفة أهمها:

– ارتفاع درجة الحرارة مع الشعور بالكسل و الخمول.

– التهاب الحلق و صعوبة في البلع.

– صداع و فقدان الشهية.

– غثيان و تقيؤ و ألم حاد في البطن.(1)

– عند سحب عينة من سائل النخاع قد يظهر ارتفاع في نسبة البروتين والتي تدل على حدوث التهاب.

(1) محمد علي سلامة ، مرجع سابق ، ص 69- 70 .

ثانياً – التهاب النخاع الشوكي غير المسبب للشلل، و تظهر أعراضه وتستمر 48 ساعة وبالإضافة للأعراض السابقة تظهر الأعراض التالية:

– ألم و تصلب في عضلات الرقبة.

– تصلب في عضلات الظهر.

– ألم و تصلب في عضلات القدمين.

– عند عينة من سائل النخاع الشوكي نلاحظ ارتفاع نسبة البروتين و الخلايا اللمفاوية مما يدل على وجود التهاب .

ثالثاً – التهاب النخاع الشوكي الذي يسبب الشلل و تظهر أعراض كالأعراض الأولى بالإضافة إلى الألم الشديد .

– رجفة في الأطراف .

– شلل في الجهاز العصبي المركزي.

يعتمد حدوث الشلل على المنطقة المتأثرة في الجهاز العصبي المركزي بحيث انه في حالة إصابة الجزء العلوي من النخاع الشوكي تتأثر عضلات التنفس وتؤدي إلى ضيق الحنجرة مع اضطراب عملية البلع.

من الممكن أن تكون عملية الشفاء تامة خلال عدة أشهر وقد تؤدي إلى حدوث الشلل المزمن وهذا يعتمد على شدة المرض و تكثر الإصابة بهذا المرض خلال اشهر الصيف و الخريف.

د – الوقاية:

للووقاية من هذا المرض يجب ما يلي:

أولاً – إعطاء المطاعيم الضرورية مع الطعم الثلاثي وبنفس عدد الجرعات.

ثانيا – عزل المريض في البيت و تعقيم جميع الأدوات التي يستعملها.

هـ – العناية بالمريض:

للعناية بالمريض يجب اتباع ما يلي:

أولا – عزل المريض وإراحته في الفراش.

ثانيا – تشجيع الطفل على تحريك أطرافه لمنع ضمور العضلات.

ثالثا – تغيير وضعية المريض للتخفيف من ألم العضلات ومنع حدوث تقرحات للأجزاء المشلولة.

رابعا – تعقيم أدوات المريض.

خامسا – الاهتمام بتغذية المريض.

سادسا – المساعدة في المعالجة الفيزيائية للطفل وإجراء التمارين الرياضية.

سابعا – مراقبة تنفس المريض.

ثامنا – تشجيع المريض على الذهاب للحمام منعا للحدوث حصرا للبول.

تاسعا – تشجيع الطفل على اخذ الأدوية وخاصة المضادات الحيوية التي يصفها الطبيب المختص.

ز – مضاعفات المرض:

تتمل مضاعفات هذا المرض فيما يلي:

أولا – التهاب الجهاز التنفسي.

ثانيا – ضمور الأطراف وفقدانها للحس والحركة.

ثالثا – حصر بول مؤقت.

رابعا – اضطرابات نفسية بسبب حدوث الشلل الدائم.(1)

3-5- التدرن الرئوي (السل):

مرض مزمن يصيب الإنسان في كافة مراحل حياته لكنه غالبا ما يصيب الأطفال والشباب ما بين 15- 25 سنة.

أ – طريقة العدوى:

ينتقل هذا المرض عن طريق :

أولا – عن طريق الرذاذ بواسطة التنفس والكلام أو السعال والعطس

ثانيا – استعمال أدوات المريض الملوثة بإفرازات الفم والأنف.

ثالثا – عن طريق الهواء الملوث.

رابعا – عن طريق شرب الحليب الملوث غير المغلي ولحوم الحيوانات المريضة .

ب – أعراض المرض:

قد يظهر واحدا وأكثر من الأعراض التالية:

أولا – سعال جاف يدوم فترة طويلة.

ثانيا – حمى مسائية يصحبها عرق غزير في الليل.

ثالثا – فقر دم مع هزال شديد.

رابعا – وخز في الصدر بسبب التهاب غشاء الرئة.

خامسا – سعال ملوث بالدم أو النزيف في الصدر.

ج – الوقاية:

للوقاية من هذا المرض يجب:

(1) سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2004 ، ص 64،60 .

أولاً – المحافظة على قواعد الصحة الشخصية السليمة.

ثانياً – العناية بالنظافة الشخصية و نظافة البيئة المحيطة.

ثالثاً – تحصين المخالطين للمصاب بالمرض.

رابعاً – الكشف الدوري بالأشعة على الفئات المعرضة للإصابة بالمرض.

خامساً – عزل المصاب وإبعاد الأطفال الحديثي الولادة مؤقتاً عن والديهم المصابين بالسل .

سادساً – بسترة الحليب و غليه جيداً قبل الشرب.

سابعاً – عدم شراء اللحوم إلا إذا تأكدنا من أن الحيوانات ذبحت في المذابح الحكومية.

ثامناً – الوقاية من الغبار و الأماكن المزدحمة.

تاسعاً – إعطاء الطفل لقاح لسل في المواعيد المحددة لذلك.

د – العناية بالمريض:

أولاً – نقل المصابين إلى مستشفيات خاصة و عدم إخراجهم منها إلا بعد التأكد من الشفاء التام للمريض.

ثانياً – الاهتمام بعزل المصاب و تعقيم أدواته.(1)

ثالثاً – الراحة التامة و التدفئة للمريض.

رابعاً – الاهتمام بتغذية المريض.

هـ – مضاعفات المرض:

أهم مضاعفات هذا المرض ما يلي:

أولاً – تدرن الحنجرة (سل).

ثانياً – سل الأمعاء.

ثالثاً – السحايا الدماغية.

(1) أيمن سليمان مزاهرة ، التربية الصحية للطفل ، مرجع سابق ، 77- 79 .

رابعا - سل العظام.

وقد وجد أن الأم المصابة لا تعطي المناعة لطفلها، كذلك لا ينتقل المرض عبر المشيمة، ولهذا يولد الطفل سليما ولكنه قد يتعرض للإصابة نتيجة وجوده باستمرار مع الأم المصابة خاصة أثناء الرضاعة و العناية به، لذلك يفضل عزل الطفل عن الأم المصابة بالسل.

ز - أسباب المرض:

هناك أسباب عديدة تساعد على حدوث المرض بعد العدوى وأهمها:

أولا - ضعف الجسم و الإجهاد الزائد.

ثانيا - سوء الوسط المحيط بالإنسان كالازدحام و ضيق المسكن.

ثالثا - كمية العدوى الموجودة في المجتمع.

رابعا - الصناعات المنتجة للغبار.

خامسا - القابلية الوراثية لمرض السل.

سادسا - سوء التغذية.(1)

3-6- الحصبة:

مرض فيروسي حاد سريع الانتشار بين الأطفال.

أ - الحضانة:

تتراوح مدة الحضانة من 8 - 13 يوم.

ب - طرق العدوى:

الرذاذ المتطاير من فم المريض أو استعمال أدواته .

ج - الأعراض:

أهم أعراض هذا المرض ما يلي :

(1) المرجع نفسه ، ص 80 .

أولاً – رشح و سعال و احمرار و تدميع في العينين.

ثانياً – ارتفاع شديد في درجة الحرارة.

ثالثاً – تورم الغدد الليمفاوية في الرقبة.

رابعاً – ظهور بقع بيضاء داخل الفم في اليوم (الثالث – الرابع).

خامساً – في اليوم الخامس ترتفع الحرارة و يظهر الطفح خلف الأذنين أولاً ثم على الجسم و الوجه

د – المضاعفات:

تتمثل مضاعفات هذا المرض فيما يلي :

أولاً – التهاب رئوي.

ثانياً – التهاب الأذن الوسطى.

ثالثاً – التهاب الدماغ.

رابعاً – سوء التغذية.

خامساً – الوفاة.(1)

هـ – الوقاية:

للقاية من هذا المرض يجب إتباع ما يلي:

أولاً – إعطاء الطفل مطعوم الحصبة بعد الشهر التاسع وبجرعة واحدة لأن الطفل تكون لديه مناعة طبيعية في الشهور الأولى من عمره ومع تقدم العمر تقل هذه المناعة.

المطعوم يعطي 90 % مناعة طيلة حياة الطفل.

ثانياً – التهوية الجيدة وتجنب الزحام.

ثالثاً – عدم البصق على الأرض.

رابعاً – الراحة وعدم الإرهاق.

(1) أبو حامده مروان عبد الحي : هندسة صحة الطفل بين يدي الأم ، ط1 ، إشراف للنشر والتوزيع ، عمان ، 1999 ، ص79 .

خامسا – اتباع العادات السليمة.

ز – العناية بالطفل المصاب:

للعناية بالطفل المريض يجب القيام بما يلي:

أولا – إبقاء الطفل في غرفة قليلة الإضاءة لوقاية عينيه.

ثانيا – الاهتمام يوميا بنظافة العينين والفم والأذن .

ثالثا – عدم تعريض الطفل إلى تيارات هوائية لتجنب النزلات الصدرية.

رابعا – الاهتمام بتغذية الطفل وإعطائه سوائل بكثرة مثل الشربة والمرق والحليب .

خامسا – استشارة الطبيب و التقيد بإرشاداته.

سادسا – عدم خلط الطفل السليم بالمصاب، وعدم تدفئة بشكل زائد.(2)

4- المشاكل الصحية في الطفولة المبكرة:

من بين أهم المشاكل والاضطرابات الصحية التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة نذكر الأمراض المعدية التي انتقلت الإصابة بها من الشخص المصاب (المريض) إلى شخص آخر (كان سليما) فيصاب بالمرض نفسه، و مسببات الأمراض المعدية هي جراثيم (ميكروبات أو فطور أو فيروسات). ولكل مرض مسببه الجرثومي الخاص.

ووسائط انتقال المرض مختلفة فمنها ما ينتقل بالتماس أو بواسطة حشرات كالذباب وقمل أو بواسطة الطعام والماء والهواء.

4-1- النكاف ومضاعفاته:

للنكاف عدة أسماء: أبو كعب، أبو ييطان أبو دغيم، التهاب الغدة النكفية، والنكاف هو انتفاخ في الغدة اللعابية التي مكانها تحت الأذن وأمامها، وهو يسبب ألما كبيرا، وقد يتوضع النكاف في جهة واحدة وأحيانا في الجهتين، وقد يمتد إلى الغدة

(2) المرجع نفسه ، 80 ، 81 .

اللغابية تحت الفكية وتحت الذقنية، فيصبح الوجه كإجاصة ويقف صوان الأذن في جانب الإصابة عموديا، والنكاف مرض فيروسي حاد.

أ – مدة الحضانة: 12 - 28 يوما.

ب – طرق العدوى:

أولا – الرذاذ المتطاير من فم الطفل المريض.

ثانيا – استعمال أدواته أو اللعب بألعابه.

ج – الأعراض:

أولا – ارتفاع في درجة حرارة الطفل 38 - 39 م°.

ثانيا – ألم تحت إحدى الأذنين وقد يسبقه ألم في البلعوم.

ثالثا – ورم في الجهة المصابة و قد يمتد إلى كلا الجهتين.

د – المضاعفات:

أولا – عند الصبيان في سن البلوغ أو بعده قد تتورم الخصية وقد يتطور إلى عقم.

ثانيا – في حالات نادرة قد تلتهب غدة البنكرياس.(1)

ثالثا – و نادرا ما يؤدي إلى التهاب الدماغ و التهاب السحايا.

رابعا – التهاب المبيضين عند النساء. وقد يتطور إلى عقم.

خامسا – التهاب رئوي.

هـ – الوقاية:

أولا – يجب عزل الطفل المصاب، ومنعه من مخالطة الأطفال في البيت والمدرسة لمدة أسبوعين.

ثانيا – يجب تطهير و تعقيم جميع أدوات و ألعاب وملابس الطفل المصاب.

ثالثا – التطعيم ضد هذا المرض يكسب مناعة لأكثر من أربع سنوات.

(1) أيمن سليمان مزاهرة ، التربية الصحية للطفل ، مرجع سابق ، ص 81 .

و – العناية بالطفل المصاب:

أولاً – على الطفل المصاب ملازمة فراشه حتى تتخفض درجة حرارته، وفي بداية الإصابة يسبب مضغ الطعام ألماً لذلك تقتصر تغذيته على السوائل والأغذية سهلة المضغ مثل : الفواكه و الخضار المسلوقة و المهروسة.

ثانياً – يدهن المرض بمرهم طبي مثل أكتيول 15 % و يراعى نظافة الفم عدة مرات في اليوم بمواد مطهرة.

ثالثاً – يمكن استخدام مادة الجاما جلوبيولين التي ظهرت فائدتها في علاج هذا المرض .

4-2- الحصبة الألمانية ومضاعفاتها:

الحصبة الألمانية مرض معد فيروسي تصيب مختلف الأعمار وبشكل خاص 5 - 15 سنة من العمر وتظهر غالباً في فصل الربيع.

أ – مدة الحضانة : تتراوح بين 10 - 21 يوماً.

ب – طرق العدوى:

عن طريق التنفس والرذاذ الخارج معه، أو استعمال أدوات الشخص المصاب.

ج – الأعراض:

أولاً – تعب عام عند الطفل ، صداع في الأطراف والظهر و غثيان وسعال خفيف .

ثانياً – حرارة بسيطة إلى متوسطة مدة 1- 5 أيام .

ثالثاً – طفح جلدي شبيه بطفح الحصبة ولكن أتخف شدة ، ويستمر 3 أيام، ولا يظهر سعال، رشح، التهاب عينيين بشكل كبير.

رابعاً – انتشار الطفح على بقية الجسم و تتضخم الغدد الليمفاوية و يستمر الطفح ثلاثة أيام.

د – المضاعفات :

إن إصابة الحوامل بهذا المرض و خاصة في الأسابيع الأولى من الحمل تؤدي إلى عواقب وخيمة مثل موت الجنين قبل الولادة، أو تشوهات دماغية للطفل، و فقدان السمع أو البصر.

هـ – الوقاية:

إعطاء المطاعيم الخاصة بهذا المرض قبل الحمل، و لكل الفتيات في سن الزواج؛ لذلك يجب التركيز على هذا في برامج التثقيف الصحي بمختلف وسائل الإعلام.

و – العناية بالطفل المصاب:

أولا – بقاء الطفل في البيت و استشارة الطبيب للتأكد من صحة التشخيص.

ثانياً- لا يحتاج المريض إلى علاج عدا كمادات الماء البارد أو مخففات الحرارة .

ثالثاً. الاحتفاظ بسجلات منزلية لكافة الأطفال وتسجل عليها الإصابات بالأمراض

والمطاعيم التي أخذها الطفل.(1)

4-3- جدرى الماء ومضاعفاته:

إن جدرى الماء مرض منتشر في مختلف دول العالم ويظهر في صورة أمراض معدية بين طلاب المدارس والحضانة، إذ أن أكثر الأشخاص عرضة لهذا المرض هم الأطفال. وإذا أصيب الشخص وهو طفل، لا تعود إليه الإصابة وهو كبير وينتشر المرض في فصل الشتاء

أ – مدة الحضانة: 14 - 20 يوماً .

ب – طرق العدوى:

عن طريق الملامسة أو استعمال أدوات المصاب .

ج – الأعراض :

أولا – ارتفاع في درجة حرارة الجسم مع شعور بالخمول وألم بالظهر وإحساس بالقيء.

(1) المرجع نفسه ، ص81 .

ثانيا – و بعد مرور يوم يبدأ الطفح الجلدي بالظهور على شكل حبيبات وردية اللون دقيقة الحجم ك رأس الدبوس على البطن والجذع .

ثالثا – تبدأ الحبيبات بالامتلاء بسائل رائق يعتم لونه ويتحول إلى صديد أصفر و ظهور فقاعات في الفم.

رابعا – تبدأ الحبيبات بالجفاف تاركة قشورا تتساقط، مخلفة وراءها أثر التهام سطحي خفيف وردي اللون. أي أن بثور هذا المرض سطحية و ليست عميقة.

د – المضاعفات:

أثر التهام سطحي خفيف وردي اللون.

هـ – الوقاية و رعاية المصاب:

أولا – بقاء المريض على فراش الشفاء حتى تتقشر البثور الجلدية و عدم اختلاط المصاب مع المجتمع.

ثانيا – بعطي المصاب بعض المضادات الحيوية باستشارة الطبيب، و هذه المضادات تهدف إلى الوقاية من حدوث مضاعفات للمرض و محاربة العدوى الثانوية التي تحدث بالبثور .

ثالثا – النظافة الدائمة وتعقيم أدوات المريض.

رابعا – تسهيلا لفصل القشور دون أن تترك أثرا غائرا لالتهام يمكن استعمال زيت يحتوي على قليل من حامض الكربونيك لدهن البثور.

خامسا – التثقيف الصحي المستمر وخاصة لطلاب المدارس، و التطعيم عامل وقائي رئيسي.

سادسا – ولا يسمح للطفل بالحك لمنع التهاب البثور، وللتخفيف من الحكمة يمكن رش الجلد بمسحوق الطلق مضافا إليه كافور بنسبة 1 % (1) .

4-4- لين العظام:

(1) المرجع نفسه ، ص – ص 67- 71 .

هذا المرض في حقيقته هو أحد أمراض الطفل في عامه الأول وهو نتيجة لعدم تعرض الطفل لأشعة الشمس أو نقص فيتامين (د) والكالسيوم في الأكل كنتيجة لسوء التغذية، ولكن الأعراض التي تبدو في السنة الأولى قد لا تلفت نظر الأم إلى رطوبة المسكن أو إلى الجو كذلك تشوه بسيط في القفص الصدري ولكن الأعراض التي تظهر خلال العام الثاني هي التي تلفت النظر حيث تتقوس ساقه و تظهر بشكل معوج.

والعلاج هنا هو مسؤولية الطبيب ويجب اللجوء إلى استعمال الحقن والأدوية دون مشورة الطبيب وخير من العلاج هو الوقاية خلال العامين الأولين من العمر وذلك باستعمال نقط فيتامين (أ)، (د) وشراب الكالسيوم بالجرعة التي يحددها الطبيب وكذلك تعريض الطفل لأشعة الشمس. (2)

4-5- الصرع:

الصرع قد يكون نتيجة نقص خلقي في تكوين المخ أثناء الولادة العسرة، أو نتيجة حوادث إصابات الرأس المغلقة أو المفتوحة أو عن مشاكل صحية تصيب الأم أثناء الحمل أو أن يكون اثر مرض أثناء الطفولة كالحصبة و السعال الديكي أو الحمى المخية، كما أن نقص الأغذية ونقص السكر بالدم وتسمم الدم، ونادرا قد تكون أورام المخ من المسببات ولكن في كثير من الأحوال يصعب تحديد سبب واضح للنوبات أو الصرع، ولهذا يسمى الصرع بالمرض الغامض؛ أي أن مسببات المرض غير واضحة أو معروفة وليس لهذا المرض أي صلة بما يسمى بالخبل أو الجنون، وقد يكون لعامل الوراثة دخل كبير في مرض الصرع.

في كثير من الأحيان يتغلب الأطفال على مرضهم وفي العديد من الحالات يتغلبون على هذا المرض حين يصلون إلى سن البلوغ ولكن في بعض الحالات تستمر النوبة أو الصرع مدى الحياة ولا توجد أي وسيلة للتنبؤ بما يحدث في كل حالة فردية وإذا كانت النوبة لم تعاود الطفل لعدة سنوات فمن المحتمل أن يقرر الطبيب إيقاف الدواء ليرى أثر

(2) Garabédian M. Métabolisme osseux et besoins en calcium·phosphates et vitamine D pendant la croissance. In : Ricour C, Ghisolfi J, Putet G, Goulet O eds .Traité de nutrition pédiatrique Paris : Maloine, 1993 : 161-175.

ذلك فإذا حدث وعاودت النوبة فلا داعي للقلق أو الخوف لأنه في كل الأحوال يمكن التحكم في المرض مرة أخرى بالعقاقير الطبية.

وقد تكون لحظات فقدان الوعي أثناء النوبة قصيرة جدا وبالتالي فهناك القليل الذي يمكن عمله للطفل أثناءها، وفيما يلي بعض الإرشادات البسيطة حول ما يجب وما لا يجب عمله أثناء إصابة الطفل بالنوبة:

— لا تحاول التحكم في حركات الطفل.

— إمنع الطفل عن إيذاء نفسه — مد جسمه على الأرض أو في الفراش وأبعد أي أدوات حادة أو قطع أثاث عند تناول يده.

— ضع الطفل في رقدته على جانبه واجعل الرأس مائلا قليلا إلى الخلف للسماح للعباب بالخروج وليتمكن من التنفس.

— فك ملابس الطفل.

— إخلع نظارته إذا كان يستخدم نظارة.

— ضع بحذر طرف ملعقة أو ما يشابهها ملفوفة في منديل بين أسنانه حتى لا يعض لسانه.

— لا تحاول إعطائه أي دواء أثناء النوبة ولا تحاول إيقاظه منها .

— تذكر أن الطفل بعد النوبة يكون متعبا و خائفا حاول أن تهدئ من روعه قدر استطاعتك وسجل حالة الطفل أثناء النوبة ، و مدة النوبة نفسها لان ذلك مفيد للطبيب

المعالج.(1)

4-6- — النزلات والالتهابات الشعبية:

من أهم أعراضها ارتفاع في درجة الحرارة، و السعال قد يكون متقطعا طول الليل والنهار و قد يأتي على شكل نوبات عنيفة تنتهي بالقيء وكثيرا من الأهل يحاولون علاج هذه الحالات بأدوية الكحة المتوفرة في الصيدليات ، و هذا أسلوب خاطئ ، فمن الواجب اللجوء إلى الطبيب لعلاج هذه الحالات بمعرفته.

(1) أيمن مزاهرة، مبادئ صحة الطفل وتغذيته ، مرجع سابق ، ص 100 ، 101 .

4-7- الحساسية الشعبية :

تختلف عن الالتهاب الشعبي العادي في أنها علاوة على الكحة تتميز بالتزييق بالصدر و ضيق ملحوظ بالتنفس وإن الكحة والتزييق تعود للطفل بكثرة على أي تعرض للبرد أو مع تناول المأكولات التي تهيج الحساسية كالبيض أو السمك أو الموز أو المانجو أو الفراولة أو عند التعرض للروائح النفاذة كالعطر.(1)

4-8- الديدان الدبوسية :

هذه الديدان من الطفيليات صغيرة الحجم وتسكن أمعاء الطفل وعندما تكبر تخرج من الشرج لتضع بيضها حول فتحة الشرج، أثناء وجود هذه الديدان ولذا فإنها تخرج عادة أثناء النوم و عند خروجها من فتحة الشرج فإنها تسبب رغبة شديدة في الهرش في فتحة الشرج وتجعل نوم الطفل قلقا كثير التقلب في الفراش وقد يقوم باكيا محاولا الهرش في فتحة الشرج، صارخا من شعوره بالألم فيها وهذه الديدان تشاهد بالعين المجردة لو نظرنا عند فتحة الشرج أثناء بكاء الطفل وأحيانا تشاهد مختلطة بالبراز خاصة لو كان هناك بعض اللين.

وعلاج هذه الديدان صعب لأن بيضها خفيف الوزن فيتطاير من على جلد المصاب ومن ملابسه و من فراشه وأثناء تعلق البويضات في الهواء يبتلعها المخالطون ولذلك فإن وجود حالة في المنزل يعني عدوى لباقي أفراد الأسرة، ووجود حالة في الحضانة يؤدي إلى التسبب في عدوى باقي الأطفال بسهولة وعند علاج الطفل، فإنه يعود ويصاب من باقي أفراد الأسرة المصابين أو من زملائه المصابين والموجودين في الحضانة معه. والطبيب عادة يعالج كل أفراد الأسرة ولا يجب التقصير في علاج الحالة حتى لا تعود العدوى مرة أخرى لكل أفراد الأسرة.

4-9- الحمى الروماتيزمية :

كان اسم الحمى الروماتيزمية يثير دائما مخاوبا كثيرة في نفس الوالدين والطبيب معا، ذلك لأن الحمى الروماتيزمية إذا لم تعالج مبكرا أو حيدا فإنها قد تؤثر على القلب

(1)Fauroux B, Clement A, Tournier G. Toxicité pulmonaire des médicaments et de l'irradiation thoracique chez l'enfant. Rev Mal Respir, 1996 p:235 - 242

وتسبب أضراراً خطيرة بعضلاته وصماماته تضعف من قدرته البدنية ، و لكن بفضل التقدم العلمي الحديث وزيادة الوعي الطبي من الأهل لم يعد هناك ما يدعو لهذا الخوف بعد أن تأكدت جدوى العلاج طويل المدى بالبنسلين لحالات الالتهاب الحاد بالحلقة و اللوزتين وجدوى الوقاية بالبنسلين للأطفال الذين تتردد عليهم هذه الالتهابات بكثرة غير عادية في منع الإصابة بالحمى الروماتيزمية.

وتأتي الحمى الروماتيزمية كأحد المضاعفات لالتهاب الحلقة واللوزتين بالمكروب السبحي فمع تكرار الإصابة بهذا المكروب تتكون لدى بعض الأطفال وليس عندهم كلهم نوع من التفاعل المناعي لسموم هذا المكروب بسبب الإصابة الروماتيزمية بعد حوالي أسبوعين من الإصابة بها بالتهاب اللوزتين والحلق .

وتبدأ أعراض الحمى الروماتيزمية عادة بارتفاع درجة حرارة الطفل المصاب وقد لا يصاحب ارتفاع درجة الحرارة أعراض أخرى وتعتبر حمى غامضة السبب، و ببعض التحليلات المعملية عادة يمكن تأكيد الاحتمال بأن ارتفاع حرارة الطفل راجع إلى إصابته بالحمى الروماتيزمية.

أما إذا صاحب ارتفاعه الحرارة ألم المفاصل وخصوصاً إذا كان الألم ينتقل من مفصل إلى آخر، فإن هذا يؤكد أن الطفل مصاب بحمى روماتيزمية بالمفاصل، ويهتم الطبيب بهذه المرحلة بفحص قلب الطفل المصاب ليتأكد إذا كانت الحمى الروماتيزمية قد أثرت على القلب، و هذا أخطر آثارها وليحدد العلاج اللازم له ومدة الراحة الضرورية.

فإذا كان هناك أي أعراض تدل على بداية الإصابة للقلب بالروماتيزم، فعلى الوالدين عدم اللهفة على عودة الطفل لنشاطه العادي بسرعة حتى يعطي الطفل الفرصة الكافية ليشفى تماماً من الحمى الروماتيزمية دون أن تترك أي أثر على قلبه.

ويجب على الوالدين عدم التقصير في استكمال علاج التهاب الحلقة واللوزتين بالبنسلين المدة الكافية بإعطاء العلاج الكامل هو أهم وسيلة لمنع حدوث المضاعفات

للحمى الروماتيزمية، ولا يجب أبداً وقف العلاج قبل ذلك أو بمجرد هبوط درجة الحرارة أو بعد هبوطها بيومين أو ثلاثة، بل يجب في كل الظروف استكمال العلاج.(1)

4-10- الحول:

الحول هو انحراف إحدى العينين عن النظر أمامها وهذا الانحراف قد يكون منذ الولادة، وهذا لا يعنينا هنا فالمفروض أن الأم قد عرضته على الطبيب فور ملاحظتها لهذا الحول ويتولى هو علاجه أما الذي يعنينا فهو الطفل الطبيعي الذي لم تلاحظ الأم عليه أي علامة من علامات الحول وفجأة وفي سن الثالثة عند بدء الطفل بالخربشة بالقلم والورق وإمساك الكتب والنظر إلى السبورة فيها فجأة يظهر الحول وهذا يحدث للأطفال الذين لديهم طول نظر، وعند سن ثلاث سنوات يبدأ الطفل في استعمال عينيه في النظر إلى الأشياء القريبة وهذا يستلزم عند طول النظر بذل مجهود أكبر من الطبيعي وهذا المجهود الزائد قد ينتج عنه اختلال توازن عضلات العين بشكل ظاهر وهو ما يعبر عنه بالحول.

أما إذا ظهر الحول فجأة أو مصحوباً بأي ارتفاع في درجة الحرارة، فيجب استشارة الطبيب فوراً و يجب استشارة طبيب العيون و اتباع تعليماته بكل دقة .

4-11- بعض الأمراض التي تصيب العين :

قد تتعرض العين إلى أمراض خطيرة نتيجة لعدم العناية بها تؤدي إلى ضعف البصر وتلف العين والعمى أحياناً.

أ - الرمد الصيدي:

مرض حاد شديد الخطر يتطلب المبادرة الفورية لعلاج نظرًا لخطورته ويحدث بين الأفراد في مختلف الأعمار ولكن الأطفال الأكثر تعرضاً له. ويتسبب عن نوع معين من البكتيريا العنقودية، وفترة الحضانه من 24 - 72 ساعة .(2)

أولاً - طرق انتقال العدوى :

(1) مديحة الخضري ، المرجع السابق ، ص - ص 159 - 165 .

(2) مصطفى القمش وآخرون: مبادئ الصحة العامة ، ط1 ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، 2000 ، ص 129

– ينتقل بالملامسة بطريقة غير مباشرة كاليد الملوثة عند مصافحة المريض وكذلك استعمال أدوات المريض الملوثة، أو النوم على وسادته .

– يلعب الذباب دورا مهما في نقل جراثيم المرض من المصاب إلى السليم .

ثانيا – أعراض المرض:

– احمرار شديد في العين.

– إفراز صديدي.

– تورم في الجفون خاصة في الجفن الأعلى .

– آلام شديدة في العين.

وقد تصاب إحدى العينين أو كلاهما معا.

ثالثا – مضاعفات المرض:

– حدوث تقرح في القرنية.

– عدم الرؤية بوضوح.

– العمى.

رابعا – الوقاية :

– المعالجة الفورية للمصاب.

– منع زهاب الأطفال المصابين إلى المدرسة لحين التأكد من شفائهم.

– تطهير أدوات المريض.

– تعويد الأطفال على النظافة الشخصية وخاصة نظافة الوجه و العينين باستمرار.

– عدم فرك العين باليد وهي متنسخة.

– عدم استعمال المناشف المشتركة.

– منع الطفل المصاب من النوم على وسائد إخوته.

– مكافحة الذباب بالتخلص من الفضلات باستمرار.

– منع وصول الذباب إلى عيون الأطفال.

ب – الـرمـد الحبيبي:

مرض مزمن معد يحدث في قرنية و ملتحمة العين، وتبدأ أعراض المرض بالظهور التدريجي أو المفاجئ وقد تستمر طول العمر إذا لم يعالج في حينه، وهو أكثر انتشارا بين الطبقات الفقيرة التي تعيش في منازل مزدحمة بسكانها، كما أن لعدم النظافة دورا مهما في انتشار المرض، و قد يؤدي هذا المرض إلى العمى.

أولا – فترة الحضانة : تتراوح فترة حضانة المرض ما بين 5 - 12 يوم .

ثانيا – طريقة العدوى:

– طريقة مباشرة كاشتراك أكثر من فرد في استعمال مناشف المريض أو النوم على وسادته.

– مصافحة المريض خاصة إذا كانت يده ملوثتين بإفرازات العين المصابة.

– للذباب دور مهم في نقل جراثيم المرض.

ثالثا – الأعراض:

– الشعور بتعب العين عند القراءة.

– ظهور إفرازات حبيبية على حدقة العين.

– عدم الرؤية بوضوح.

– شعور المريض بوجود مادة غريبة تحت الجفن.

رابعا – المضاعفات:

– تقرحات في العين.

– حدوث عتمة في الرؤية.

– العمى.

خامسا – الوقاية:

– التقيد بالعادات الصحية السليمة.

- استعمال مناشف خاصة للشخص المصاب.
- استعمال المصاب للصابون الخاص وعدم اشتراك أي شخص سليم في استعمال نفس الصابون.
- عدم النوم على وسادة الغير.
- غسل اليدين بعناية بعد مصافحة المريض.
- علاج المريض عند بداية ظهور أعراض المرض.
- تعقيم الأدوات التي تلوثت بإفرازات عين المصاب.
- فحص الملامسين للمصاب سواء داخل المنزل أو في المدرسة.(1)

ج — التهاب العين الصريري:

يظهر على شكل ارتفاع في درجة الحرارة مع ورم بالجفون ونزول صديد منها عند فتحها وعدم الرغبة في النظر إلى الضوء ويجب عدم إهمال في العلاج لخطورة المرض على قوة الأبصار وخير من العلاج هو الوقاية وذلك بالنظافة و مكافحة الذباب و إذا أصيب الطفل يعرض على الطبيب فوراً.

4-12- التهاب اللوزتين الحبيبي:

هذا المرض من الأمراض التي تصيب الأطفال كثيرا وأعراضه ارتفاع درجة الحرارة وألم في البلع وإذا نظرنا في فم الطفل وجدنا اللوزتين شديدي الاحمرار ومغطاتين ببقع بيضاء وأحيانا يوجد ورم مثل البندقة أو أكبر قليلا على جانبي الرقبة والعلاج يجب أن يكون بواسطة الطبيب ولا يستعمل أي دواء إلا تحت إشرافه. وتكرار التهاب اللوزتين الحبيبي دون علاج قد يصيب الطفل بالحمى الروماتيزمية أو التهاب الكليتين الحاد.

(1) المرجع نفسه ، ص 127- 128 .

4-13- التهاب غدد الرقبة :

تظهر أورام في الرقبة كثيرا لدى أي التهاب في الفم أو الأسنان أو الحلق أو الوجه أو فروة الرأس، وهنا يجب استشارة الطبيب، وإذا كان الورم ليس في الرقبة فقط ولكن الإبط وفي منطقة الفخذ أي أنه في أكثر من منطقة بالجسم فيجب استشارة الطبيب بسرعة.

4-14- قمل الرأس:

قمل الرأس هو حشرة سهلة الانتقال بين الأطفال، يجب فيه علاج الطفل المصاب وعلاج المصدر الذي نقل له منه الإصابة، وخطورة قمل الرأس تنحصر في حكة في فروة الرأس تجعل الطفل يهرش باستمرار و يجرح فروة الرأس وهذه الجروح قد تتلوث وبالتالي قد تظهر الدامل والقرح في فروة الرأس، والعلاج أساسا هو الوقاية بالتنقيش في رأس الطفل دائما وغسله بالماء والصابون، وإذا ظهر قمل الرأس يترك العلاج للطبيب (1).

15 – قوباء فروة الرأس الحلقية (سعفه الرأس):

تبدأ قوباء فروة الرأس الحلقية كبثرة صغيرة تمتد خارجا بعيدا عن المركز تاركة بقعات من الصلع المؤقت ويصبح الشعر المصاب سهل السقوط وأحيانا تظهر مناطق متقيحة ومستودع المرض هو الإنسان.

4-16- قدم الرياضي:

يتميز المرض بتشقق الجلد وخاصة ما بين أصابع القدم أو وجود بثور تحتوي على سائل مائي.
أ – سبب المرض:

أنواع مختلفة من الفطريات والمستودع هو الإنسان ويصيب المرض الكبار أكثر من الأطفال.

ب – العدوى:

(1) المرجع نفسه ، ص – ص 159 - 172 .

ينتقل هذا المرض عن طريق الملامسة المباشرة للجلد للأشخاص المصابين بالعدوى أو ملامسة أرضية الحمام أو أي أداة ملوثة من قبل المريض.

ج - الوقاية :

أولا - تثقيف الناس بأهمية النظافة الشخصية.

ثانيا - الاهتمام بتنشيف ما بين أصابع القدم.

ثالثا - الاستعمال المنظم لمسحوق بودرة مضادة لفطريات القدم.

رابعا - إبلاغ المركز الصحي القريب من المدرسة إذا حدثت إصابات فيها.

خامسا - غلي جوارب الطفل المصاب.

سادسا - تعريض أحذية الطفل المصاب إلى التعقيم (بواسطة بخار الفورمالدهيد لعدة ساعات ثم تركها في الهواء)(1) .

4-17- إسهالات الأطفال والجفاف :

تعتبر الإسهالات من أخطر الأمراض وأكثرها انتشارا في البلدان العربية، التي تصيب الأطفال، ومن الأسباب الرئيسية المؤدية إلى الوفيات عند الرضع خاصة والأطفال عامة، بمعنى أن معظم وفيات الأطفال بسبب الإسهالات وتحدث بين الأطفال دون السنتين من العمر نتيجة تعرضهم للجفاف الشديد ومضاعفاته. كذلك فإن الإسهالات تساهم في الإصابة بسوء التغذية وتأخر النمو والإصابة بالالتهابات الأخرى.

يموت كل عام 15 مليون طفل في الدول النامية بسبب الإسهال أما في الدول المتقدمة فيموت 12000 ألف طفل سنويا لنفس السبب؛ لأنه عندما يصل الفاقد من الماء و الأملاح عن طريق الإسهال أكثر من 10 % من وزن الجسم يصبح فقدان سوائل الجسم خطيرا، وقد يموت المريض خلال ساعات.

أ - تعريف الإسهال:

الطفل المصاب بالإسهال هو الطفل الذي يكون قوام برازه سائلا وعدد مرات التبرز يزداد بحيث يصبح أكثر من ثلاث مرات.

(1) أيمن سليمان مزاهرة و آخرون، المرجع السابق ، ص- ص 141 - 145 .

والإسهال يعرف بأنه خروج البراز بشكل مائي بتكرار يزيد على 3-4 مرات يوميا على قوام البراز هو العامل الأكثر أهمية من التكرار ، فمثلا تكرار تغوط براز متماسك لا يعتبر إسهالا مع ملاحظة أن الأطفال الرضع الذين تتم رضاعتهم طبيعيا من الأم كثيرا ما يكون قوام برازهم ليينا ويعتبر هذا طبيعيا وليس إسهالا.

ب - أنواع الإسهال:

أولا - إسهالات بسيطة:

وهي حالة تتميز بازدياد عدد مرات التبرز مع تلونه باللون الأصفر المخضر، ورائحته كاللبن المتخمر مع خروج الغازات، و من أسبابه عدم انتظام تغذية الطفل أو زيادة كمية الحليب المعطاة للطفل في الرضاعة الطبيعية، أو تركيز الحليب الزائد في الرضاعة الصناعية، أو بسبب تحسس الطفل للحليب، أو في الأيام الأولى من حياة الطفل بسبب عدم اكتمال جملة الطفل العصبية نتيجة عدم وجود خمائر معوية كافية، وتكون حالة الطفل العامة جيدة ولا يحتاج الطفل إلى المعالجة.

ثانيا - إسهالات حادة:

وهذه الحالة من الإسهال غالبا ما يكون سببها إنتاني، أي أن المسبب في الأمعاء هو جراثيم وطفيليات و فطريات وفيروسات أو في الأذن الوسطى عند التهابها، أو الناميات الأنفية، أو تقيحات في الجلد، أو جراثيم من الغذاء أو الماء.

ومن أعراضه أنه فجائي الظهور، مصاحب بالقيء والمغص، وانخفاض في الوزن، وارتفاع في الحرارة، والجفاف (فقدان سوائل الجسم و أملاحه) .(1)

ج - أعراض الإسهالات:

أولا - زيادة عدد مرات التبرز.

ثانيا - تغير لون البراز إلى اللون الأصفر- الأخضر.

ثالثا - رائحة البراز بين العادي - الكريه.

رابعا - ظهور الدم أو المواد المخاطية مع البراز.

(1) مصطفى القمش وآخرون، مبادئ الصحة العامة، مرجع سابق، ص 140، 141.

خامسا – القىء وارتفاع درجة الحرارة والمغص.

د – أسباب الإسهالات:

إن نتائج الدراسات تشير إلى أن حوالي 75 - 80 % من حالات الإسهال هي نتيجة فيروسات مختلفة أو غير معروفة، بينما حوالي 20 - 25 % نتيجة البكتيريا والطفيليات المعوية.

أولا – العوامل الميكروبية (الأحياء الدقيقة) أو ما يسمى بالعوامل الممرضة: أي العوامل المسببة للمرض ، و نجمل هذه العوامل فيما يلي:

ثانيا – الفيروسات وأهمها روتا، ريو، نورفولك أدينو .

ثالثا – البكتيريا (الجراثيم) وأهمها ضمات الكوليرا، عصيان الشيغلا (الزحار العصوي أو الدوسنطاريا)، السالمونيلا المعوية، القولونيات البرازية، المكورات المعوية، الكولوستريديا، اليرسينيا، والكومبايلوبكتر .

رابعا – الطفيليات وأهمها الأميبا (الزحار الأميبي) والجياديا والديدان .

هـ – العوامل المساعدة : و أهمها:

أولا – شح المياه و تلوثها بالميكروبات.

ثانيا – التصريف غير الصحي للفضلات الإنسانية و القمامة .

ثالثا – التحضير والإعداد والطهو و الحفظ غير السليم للأطعمة .

رابعا – تلوث و عدم تعقيم زجاجة الرضاعة الاصطناعية .

خامسا – سوء التغذية عند الأطفال (و عدم انتظام تغذية الطفل) .(1)

سادسا – تعرض الطفل للبرد و الحر .

و – مضاعفات الإسهال :

الإسهالات في أغلب الأحيان تشفى تلقائيا ما لم تحدث مضاعفات ناجمة عن فقدان السوائل و الأملاح و خاصة عند عدم تعويضها بالطريقة الصحيحة ، و هي من أهم

(1) المرجع نفسه، ص 142 .

المضاعفات التي يعتمد حدوثها على فترة الإسهال و شدته و حالة الطفل قبل الإصابة بالإسهال .

والجفاف هو من أهم مضاعفات الإسهال، و يعرف الجفاف بأنه فقدان السوائل والأملاح من الجسم بسبب الإسهال و القيء ويتم هذا الجفاف بسرعة كبيرة عند الرضع خصوصا في أيام الصيف حيث الحرارة مرتفعة ، و يؤدي الجفاف إلى ما يلي :

أولا – انعدام التوازن بين السوائل والشوارد الكهربائية في الدم .

ثانيا – هبوط الكلى و انعدام التبول .

ثالثا – الصدمة وفقدان الوعي .

رابعا- الاختلاجات (التشنجات) عند الأطفال نتيجة اختلال نسبة السكر (الجلوكوز) والأملاح في الدم.

خامسا – سوء التغذية و تنتج عن الإسهال المزمن أو المتكرر ، و تسبب سوء التغذية الكثير من المضاعفات و النتائج أهمها :

– نقص في الوزن.

– توقف النمو و التطور عند الأطفال .

– نقص المواد الزلالية (البروتين) و الأجسام المناعية في الدم ، أي فقر الدم .

– التعرض للالتهابات المختلفة و جر ثمة الدم بسبب انخفاض مستوى الأجسام المناعية ومضادات الالتهابات .

– التكرز .

ز – علامات الجفاف المصاحب للإسهال الشديد :

عند الإصابة بالإسهال الشديد يجب الانتباه إلى وجود أعراض وعلامات الجفاف

وقد تختلف هذه العلامات بحسب شدة الإسهال و عمر الطفل المصاب وأهم هذه العلامات هي:

أولا – العطش الشديد و جفاف اللسان و الشفاه .

- ثانيا – ضعف درجة مرونة الجلد .
- ثالثا – جفاف قرنية العين ،والعيون تصبح غائرة ،ويكون بكاء الطفل بدون دموع .
- رابعا – انخفاض اليافوخ عند الرضيع .
- خامسا – التنفس سريع وعميق ،والنبض سريع وضعيف .
- سادسا – ارتفاع درجة حرارة الطفل .
- سابعا – التبول قليل ، و لون البول أصفر غامق و مركز .
- ثامنا – الضعف العام ، و نقصان الوزن و التهيج .
- تاسعا – في المراحل المتقدمة للجفاف تتجمد الأصابع و تحدث الصدمة .

ح – معالجة الإسهالات :

أولا – أهداف معالجة الإسهالات :

– الوقاية من الجفاف و مضاعفاته .

– تعويض السوائل و الأملاح المفقودة و إعادة توازنها في الدم .

– المثابرة على الإماهة حتى يتوقف الإسهال بشكل كامل .

– الإستمرار بتغذية الطفل و خاصة الرضاعة الطبيعية .

ثانيا – المعالجة بالإماهة الفموية :

يمكن معالجة 80 - 90 % من حالات الإسهال الحاد بما في ذلك الكوليرا باستعمال

الإماهة (التمييه ، الإرواء) . و يستعمل بهذه الطريقة محلول الإماهة الفموي مع

السوائل الأخرى و الاستمرار بالرضاعة الطبيعية، و يتوفر هذا المحلول على شكل

مسحوق في عبوات جاهزة للتحضير و من ثم الاستعمال .

ط – الوقاية من الإسهالات :

هناك طرق متعددة للوقاية من الإسهال منها :

أولا – الرضاعة الطبيعية من الأم هي الأمثل و الأكثر أمانا .

وفي حالة الرضاعة الاصطناعية يجب الاهتمام بالنظافة و بشكل دائم دونما ملل ، وأن تجري عمليات الفطام تدريجيا و بعيدا عن أشهر الصيف .

ثانيا – إعداد و تحضير و طهي و حفظ الأغذية المعدة للأطفال و حسب الطرق الصحية ، دائما و ضرورة غلي الماء و الحليب قبل شربهما .

ثالثا – المحافظة على نظافة الطفل الشخصية و نظافة بيئته .

رابعا – استعمال المياه النقية المغلية باستمرار .

خامسا – مكافحة الذباب و الحشرات المنزلية و منع وصولها إلى الأغذية .

سادسا – إبعاد الطفل عن المصابين بالأمراض و رعايته و تدفئته .

سابعا – الإسراع في علاج حالة الإسهال فور ظهورها .

ثامنا – ترغيب الأمهات في استعمال الكوب و الملعقة بدلا من الزجاجات في تغذية الأطفال لسهولة التنظيف و التعقيم ، وان يجتنب الطفل تناول الأطعمة باليد مباشرة .

تاسعا – على الأم أن تستشير الطبيب في تحديد نوعية الحليب المناسب لطفلها، وأن لا تعطي مقادير قليلة أو كبيرة منه .(1)

4-18- أمراض سوء التغذية:

سوء التغذية يعرف بأنه الحالة المرضية الناتجة عن نقص أو زيادة نسبية أو مطلقة في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية . أو هو عجز الجسم عن الحصول على كفايته من المواد الغذائية كلها أو بعضها بسبب الفقر أو الجهر ، أو هو عجز الجسم عن التمثيل والاستفادة من الأغذية المتناولة في بنائه وتجدد نشاطه بسبب المرض أو الحالة النفسية ، أو الصحية العامة أو الخلل في الجهاز الهضمي أو سوء اختيار الغذاء أو الطهي السيئ ، العادات الغذائية الخاطئة أو نتيجة أسباب فيزيائية مثل عدم قدرة المتقدمين في السن أو الأطفال المعوقين على جلب الطعام أو بسبب تعاطي المخدرات والإدمان على الكحول أو بسبب بعض المعتقدات الدينية التي تمنع الفرد من تناول بعض الأطعمة.

ومن أشكال سوء التغذية ونتائجه نذكر ما يلي :

(1) أيمن سليمان مزاهرة وآخرون، مرجع سابق، ص - ص 75 - 81 .

أ – الإفراط في الأكل ويسبب :

أولا – اضطراب الهضم .

ثانيا – الحموضة .

ثالثا – البدانة .

رابعا – أمراض القلب والكبد والكلية .

خامسا – السكري .

سادسا – ارتفاع ضغط الدم .

سابعا – تقصير العمر .

ب – نقص الطعام أو عدم جودته ويسبب :

أولا – الهزال والضعف .

ثانيا – الأنيميا .

ثالثا – ضعف المناعة .

رابعا – الهبوط العصبي .

خامسا – النزلات الشعبية الدرن .

ج – الماراسماس :

هو مرض الجوع الشديد المهلك عند الطفل الصغير ويحدث في السنة الأولى حيث يلاحظ ضعف النمو وفقدان الأنسجة الدهنية والعضلية ونقصان الوزن بنسبة تصل إلى

60 % وتغيرات في الشعر والجلد وتضخم في الكبد والتهابات معدية ومعوية

وأعراض الجهاز التنفسي وبروز العظام .

وللوقاية منه يجب القضاء على المرض والجوع والفقر ، والإرشاد والتثقيف

الغذائي والصحي وتنظيم النسل والرضاعة الطبيعية .

د - الكواشيوركور :

وينتج عن نقص البروتين مع توفر الطاقة ، وينتشر بين الأطفال من عمر 2 - 3 سنوات ويتصف المريض بضعف في النمو وفقدان العضلات تحت الجلد مع الاحتفاظ بالدهون ، ويحدث استسقاء وانعدام الشهية ، وضعف الإحساس واللامبالاة ، وانخفاض في الصوت ، وفقدان لون البشرة ويتساقط الشعر ويتضخم الكبد ، ويحدث فقر دم وجفاف في العين

وللوقاية منه يجب مكافحة الفقر والمرض من خلال التنقيف الصحي بتناول غذاء متوازن غني بالعناصر الغذائية جميعها والتركيز على أهمية الرضاعة الطبيعية وتجنب الإسهالات والأمراض المعدية .

هـ - فقر الدم :

إن لفقر الدم أنواع مختلفة أهمها :

أولا - فقر الدم بسبب نقص الحديد :

ويتميز بكريات دم حمراء صغيرة الحجم وشاحبة اللون ، ومن أعراضه التهاب اللسان وضمور حلیماته وتشقق زوايا الفم والتهابها وتبدو الأظافر مقعرة ملعقية ، وعند الأطفال يلاحظ ظاهرة تناول التراب .

السبب الرئيسي لفقر الدم هو تناقص مخزون الحديد في الجسم بسبب عدم التوازن بين كمية الحديد في الغذاء من جهة وبين متطلبات الجسم من جهة أخرى لأسباب قد تكون فيزيولوجية ، ونزيف ، وسوء هضم وامتصاص ونمو سريع وولادت ه قبل النضج (خداج) .

وللوقاية من فقر الدم يجب تناول غذاء يوفر مقادير جيدة من الحديد (5 ملغم / لليوم) وذلك بتناول اللحوم ، والبيض ، والخضر الورقية والإكثار من فيتامين ج الذي يساعد في امتصاص الحديد .

ثانيا - فقر الدم بسبب نقص فيتامين ب 16 وحامض الفوليك :

إن نقص فيتامين ب 16 وحامض الفوليك معا سيؤثر على تكوين كريات الدم الحمراء بسبب حدوث خلل في صنع الأحماض النووية، وينتج كريات حمراء كبيرة الحجم تحتوي على مقادير غير كافية الهيموجلوبين.

لذلك يجب تناول أغذية متوازنة غنية بالفيتامينات وخاصة ج الضروري لجعل حامض الفوليك بالشكل الفعال، حيث أن نقص حامض الفوليك أو فيتامين ج في الطفولة المبكرة بسبب أنيميا الكريات الضخمة في الطفولة.

ثالثا - فقر الدم الخبيث :

سببه هو افتقار المريض العامل الضروري لامتصاص فيتامين (ب) 12 من الأمعاء ويتميز هذا النوع بأنه مزمن ، وكبير حجم خلايا الدم ، وضمور النسيج المخاطي في الجهاز الهضمي وتلف المسارات العصبية .

رابعا - أنيميا إسهال البلاد الحارة :

إن الإسهال وسوء الامتصاص نتيجة عرقلة مزمنة للامتصاص تؤدي إلى نقص فيتامين ب 12 وحامض الفوليك ، ويؤدي إلى أنيميا تتميز بأن كريات الدم الحمراء تكون كبيرة الحجم .

خامسا - الإسقربوط :

ينجم هذا المرض عن نقص فيتامين (ج) ومن أعراضه التعب ، والاضطرابات النفسية، كما يشكو المريض من تهيج ونزف في الجسم والأغشية المخاطية وتصبح اللثة زرقاء ونازفة مع ألم عضلي مع ألم في المفاصل ويتأخر التئام الجروح وتتضخم الغضاريف وقد يحدث شلل، وقد تظهر علامات فقر الدم .

لذلك ينصح بإعطاء الإنسان غذاء متوازنا غنيا بالحمضيات والخضروات .

سادسا - العشى الليلي :

وينتج عن نقص فيتامين (أ) ، ومن أعراضه ملتحة العين وتصلبها ، وتوقف الغدد الدرقية وعدم وضوح الرؤيا في الظلام ، ونقل مقاومة الجسم للأمراض ويتلف

ح - علاقة سوء التغذية بقاتلات الشهية :

إن الاهتمام بشهية الطفل أمر على غاية الأهمية ، وبه يقبل الطفل على الطعام . وعند فقدان الشهية لا يقبل الشخص على الطعام ، وفقدان الشهية عامل رئيسي لحدوث سوء التغذية ؛ لذلك يجب تنويع الأغذية من حيث الأصناف والأشكال والتنسيق والنظافة لتساهم بفتح الشهية ، وبالتالي تأمين تغذية متوازنة .

ولفقدان الشهية أسباب أهمها : العادات الغذائية الخاطئة ، ومعاملة الطفل غير الجيدة وخاصة وقت الطعام ويجب عدم إجبار الطفل على تناول طعام معين بل تشجيع وتعويدهم على نمط غذائي صحيح ، والاهتمام بمظهر الطعام وتنويعه ونظافته ، كذلك الأمراض التي تصيب الأطفال بالإضافة إلى العوامل النفسية . ويكون العلاج المثالي بأنه عند رفض الطفل الغذاء يرفع الغذاء دون إعطاء الطفل اهتماما كبيرا ، فإذا طلب الطفل غذاء بعد إيجاب بأن عليه الانتظار للوجبة القادمة ، وهكذا يُعوّدُ الطفل ويطلب أمه بالطعام بالأوقات الاعتيادية وتزول حالة فقدان الشهية .

ومن خلال الأخطاء الشائعة وغير محمودة النتائج الإكثار من إعطاء الأطفال بشكل عام وفي السنة الأولى بشكل خاص شيبس وسكا كر ، وأشربة والحلويات التي تباع للأطفال . إن هذه المواد سهلة الامتصاص وتؤدي إلى شعور الطفل بالشبع وإعراضه عن المواد الغذائية الأخرى وأهمها الحليب ؛ لذلك يحرم الطفل من المواد البروتينية والدهنية والأملاح المعدنية والفيتامينات اللازمة لنموه نموا سليماً ، وإن الإفراط في تناول هذه المواد (الحلويات ، السكاكر ، والشيبس) يؤدي إلى فقر دم وسمنة واختلال نمو العظام وتسوس الأسنان .

5- الخدمات الاجتماعية الصحية للطفولة :

إن السنوات الأولى للحياة تعتبر فترة حيوية إلى أقصى الحدود ، فيها تتطور المنظومة العصبية في الدماغ ، و قبل أن يبلغ الطفل سنتين و نصف سنة تمون ملايين الروابط العصبية قد تشكلت ، وهي روابط يتوقف عليها النمو الجسدي و العقلي إلى حد كبير .

ومن أجل ضمان صحة جيدة و حياة منتجة و أفضل بداية ممكنة للحياة علينا أن ندرك أن الأطفال يعتمدون علينا نحن الكبار منذ لحظة ولادتهم ، ومدى نجاحنا في إعداد الرضع لكي يبقوا على قيد الحياة و ينجحوا و يتعلموا ، فهم حين يحصلون على الأساسيات يكافئوننا طيلة المشوار .

أما لبنات البناء فهي متواضعة نوعا ما ، فالأطفال يحتاجون إلى الرعاية الصحية السليمة مع التركيز على الرضاعة الطبيعية ، كما يحتاجون إلى بيئة آمنة و صحية و هذا هو الحد الأدنى، وهو ليس بالباهظ، إلا أنها تمكن الأطفال من أن يذهلوننا بإنجازاتهم(1) . وعلى هذا الأساس فإن اليونسف تركز على الأوجه التالية للرعاية الصحية للأطفال :

5-1- التحصين ضد الأمراض :

بالرغم من التحسينات الباهرة التي استحدثت في مجال صحة الأطفال ، إلا أن هناك ما يقارب 11 مليون طفل دون سن الخامسة ما زالوا يلقون حتفهم كل عام و الغالبية العظمى من هذه الوفيات كان من الممكن تفاديها (1) .

ونحو مليوني طفل دون سن الخامسة يموتون سنويا بسبب ستة أمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيم ، و هذه الأمراض هي : الدفتيريا ، الحصبة ، السعال الديكي ، شلل الأطفال والسل ، و الكزاز ، و قبل عقدين من الزمن لم تتمكن البلدان النامية من تحصين سوى 5% من الأطفال ضد الأمراض الستة القاتلة للأطفال .

5-2- رعاية الأمهات الحوامل :

يمكننا تقديم الرعاية الصحية للأطفال في المرحلة التي تسبق ولادتهم ، وذلك عن طريق العناية بالأمهات ، يقدر عدد النساء اللواتي يمتن سنويا بـ 600000 امرأة من جراء المضاعفات التي تحدث أثناء الحمل أو الولادة – 99 % منهن في دول العالم النامية ، و وفاة الأم تشكل خطورة على حياة الطفل لأن الأطفال الذين تلقى أمهاتهم حتفهن هم أنفسهم عرضة للموت قبل بلوغ العام الثاني من أعمارهن و إذا ما توافرت

(1) كارول بيلامي، رعاية الطفولة المبكرة، مسيرة الأمم 2000 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط و شمال إفريقيا ، عمان ، الأردن ، 2000 ص-ص 11 - 12 .

(1) موقع انترنيت: www.gmfc.org ، يوم 12 - 12 - 2009 ، 15.00 زوالا .

وسائل الرعاية الأساسية في مراحل ما قبل الولادة و في أثنائها و بعدها و إذا تحسنت وسائل الحصول على العناية الطارئة في وقت الولادة يكون من الممكن تفادي وقوع هذه الوفيات .

5-3- تحسين نظام المياه و الصرف الصحي:

نتيجة للدراسات حول تطور الأمراض التي تنتقل بواسطة المياه (الكوليرا، حمى التيفوئيد، الديزنتاريا، و باء الكبد) . حفز تفاقم هذا النوع من الأمراض على إنشاء ومتابعة برامج مكافحة الأمراض التي تنتقل بواسطة المياه من قبل بلدان عديدة في العالم وبالرغم من أن حوالي مليوني طفل يموتون سنويا بسبب الأمراض المرتبطة بنوعية المياه ، وإن جل هؤلاء الأطفال هم دون الخامسة من العمر ، كما يعاني ملايين الأطفال من التهابات الديدان الطفيلية الناجمة عن وجود فضلات و نفايات في البيئة.

5-4- سوء التغذية:

يعد سوء التغذية سببا رئيسيا في وفيات الرضع دون العام والأطفال دون الخامسة وبذلك تصبح التغذية جزءا من الاستثمار الذي أنفقه المجتمع في تربية ورعاية الطفل ، وقد أثبتت الإحصائيات أن نسبته تتراوح بين 40 - 50 % من العالم النامي و العربي هم ممن دون 15 سنة ، وهذا يفرض عبئا متزايدا على خطط التنمية الاجتماعية و الاقتصادية حيث تواجه خطة الاستهلاك تحديا في توفير قدر أكبر من الاحتياجات الغذائية لحوالي 50 % من السكان وهم فئة الأطفال في سن النمو ، و فئة الفتيان و الفتيات في سن البلوغ (1) .

5-5- الرضاعة الطبيعية :

وتعني تمكين جميع النساء من الاقتصار على إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية خلال الشهور الأربعة أو الستة الأولى من أعمارهم ثم الاستمرار بعد ذلك في الرضاعة الطبيعية مع إعطائهم أغذية تكميلية أثناء معظم السنة الثانية .

5-6- المغذيات الدقيقة :

(1) - اليونيسف، مسيرة الأمم 1995 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط و شمال إفريقيا ، عمان ، الأردن ، 1995 ، ص . 9 .

المغذيات الدقيقة مثل: اليود، الحديد، وفيتامين (أ) أساسية للصحة الجيدة والنمو الطبيعي ، و نقص أحد هذه المغذيات يؤدي إلى مرض سوء التغذية الذي بدوره يؤدي إلى أمراض عديدة كالشلل، العمى الليلي ، الموت أحيانا .

5-7- نقص الأغذية :

تغيرت المفاهيم المتعلقة بمشكلات سوء التغذية بين الأطفال تغيرا كبيرا في السنوات الأخيرة، فبعد أن كانت تعتبر المشكلة ناجمة عن نقص البروتين ، ثم نقص السعرات الحرارية، أصبح ينظر إلى سوء التغذية الآن على أنه ناجم إلى حد كبير عن ممارسات التغذية السيئة ، ونقص الغذاء نفسه، وقد ازداد الوعي مؤخرا حول أهمية تنوع الغذاء في تحسين الصحة والتغذية.

وقد وضعت اليونسف خطة مؤلفة من أربعة نقاط ترى أنها يمكن أن تتخذ حياة 20 ألف طفل يوميا وهي:
أ – التحصين:

أن توفير اللقاحات الجديدة و تثقيف الوالدين بشأنها يمكن أن تمنع أهم ستة أمراض تصيب الأطفال من القضاء على خمسة ملايين طفل في السنة و إعاقه خمسة ملايين آخرين .(1)

ب – الإماهة الفموية :

يسبب الجفاف الناتج عن الإسهال خمسة ملايين حالة وفاة بين الأطفال كل سنة ، ويمكن العلاج بالإماهة الفموية لإنقاذ أغلب هؤلاء الأطفال في الوقت الحاضر بواسطة خليط بسيط رخيص مكونا من السكر و الملح و الماء يعده والدا الطفل في منزله ويمكن أيضا توفيره في أكياس رخيصة الثمن تضمن خلط المحتويات بالكميات الصحيحة .

ج – الرضاعة الطبيعية :

(1) حسين إبراهيم، أوضاع الطفولة بالوطن العربي ومتطلبات الارتقاء بها ، الطبعة الأولى ، دار طلاس للدراسات و الترجمة و النشر، الكويت ، 1991 ، ص . 93.

حليب الأم غذاء كامل للأطفال ، ويعطيهم مناعة ضد العدوى للأمراض الشائعة للطفولة وهو معي و مأمون ، وتتقيد الوالدين بشأن بالرضاعة الطبيعية وأخطار الرضاعة الخارجية في البلدان النامية حيث لا يتوفر الماء النظيف في الكثير من الأحيان يمكن أن ينقذ حياة ملايين الرضع ويحمي صحتهم .

د - مراقبة النمو :

لاستخدام مخططات بيانية رخيصة الثمن للنمو يستطيع الآباء معرفة إذا كان أولادهم يعانون من آثار سوء التغذية ويمكن وزن بانتظام للتأكد من حسن تقدمه ، وفي حالة عدم القيام بذلك يمكن أن يعاني الطفل من سوء التغذية دون أن تلاحظ ذلك والوزن عملية هامة بصورة خاصة عند الفطام(عندما يبدأ الطفل في تناول الأطعمة الصلبة بدلا من حليب الأم) وفي البلدان النامية يعني ذلك نقصا في البروتين في الكثير من الأحيان ولهذا السبب ينقص وزن الطفل في أي بلد من البلدان النامية عند بدء الفطام .

خلاصة الفصل:

يتضح لنا أن الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ذو بنية هشة وحساسة لكل المثيرات الخارجية بمختلف أنواعها، كما أن هناك العديد من الأخطار والأمراض التي تترصد الطفل في هذه الفترة الحرجة من حياته، هذا ما يستوجب تدخل الأسرة لرعاية الطفل وحمايته من كل ما يهدد حياته ، وكذا إلمامها بكل ما يخص الجانب الصحي للطفل، وهذا ما سنحاول إبرازه في الفصل الموالي.

الفصل الرابع: الأسرة والرعاية الصحية للطفل

تمهيد

- 1 - سمات الأسرة وأنواعها.
 - 2 - وظائف الأسرة ومقوماتها.
 - 3 - الأسرة والتغير الاجتماعي.
 - 4 - أهمية الأسرة بالنسبة للطفل ودورها في إشباع حاجاته.
 - 5 - العوامل المؤثرة على نمو الطفل داخل الأسرة.
 - 6 - الأسرة والتربية الصحية للطفل.
 - 7 - الأسرة وتغذية الطفل.
 - 8 - الأسرة وصحة بيئة الطفل.
- خلاصة الفصل.

تمهيد :

إن الأسرة هي البيئة الأولى التي تحتضن الطفل، وتقع عليها المسؤولية الأساسية في تنشئة الطفل وتوفير الرعاية له في جوانب حياته المختلفة، خاصة الصحية منها، كما يتوجب عليها الإلمام بكل ما يتعلق بالطفل في هذه المرحلة، وكيفية التعامل مع كل احتياجاته ومتطلبات نموه السليم بأساليب صحيحة، لكي يتسنى لها القيام بدورها الأساسي في توفير رعاية صحية كاملة تساعد الطفل على النمو الصحي والمتكامل.

1- سمات الأسرة وأنواعها:

1 1 سمات الأسرة:

إن الدراسة الجيدة والتدقيق في محتوى تعريف الأسرة، تمكننا من تحقيق السمات العامة لها كنظام اجتماعي وخليّة أساسية في المجتمع، وفيما يلي نذكر مجموعة من السمات العامة للأسرة وهي (1):

أ – تتكون الأسرة من أشخاص تربطهم روابط الزواج أو الدم أو التبني، فالرابطة بين الزوجين هي رابطة الزواج، والعلاقة بين الوالدين و أطفالهما قائمة على رباط الدم ، وقد تقوم في بعض الأحيان على رباط التبني (التبني ليس نظام يقره الدين الإسلامي).

ب – ينتظم أعضاء الأسرة عادة في مكان واحد للمعيشة و يكونون بيتا واحدا ، وقد يتخذ البيت أشكالا مختلفة تبعا لظروف وعادات كل مجتمع من المجتمعات .

ج – تعتبر الأسرة وحدة للتفاعل المتبادل بين الأشخاص و يقوم أعضاؤها بأداء العديد من الأدوار ،كأدوار الزوج و الزوجة، والأب والأم والابنة و الأخ والأخت، وهي أدوار يحددها المجتمع.

د – تتسجم الأسرة و تلتزم بالمعايير الحضارية للمجتمع الذي تعيش فيه باعتبارها جزء من بناء المجتمع.

هـ – تعتبر الأسرة الإطار العام الذي يحدد تصرفات أفرادها، فهي التي تشكل حياتهم، وتضفي عليهم خصائصها و طبيعتها، ففي داخل جماعة الأسرة ينمي الطفل اتجاهاته الأساسية نحو البشر، التي على أساسها وجدت الأنظمة الاجتماعية الأخرى.

و – الأسرة بوصفها نظاما اجتماعيا ، تؤثر فيما عداها من النظم و تتأثر بها، فإذا كان النظام الأسري في مجتمع ما منحلا وفسادا، فإن صدى ذلك ينعكس على وضعه

(1) سيد رمضان، مدخل في رعاية الأسرة والطفولة، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر، 1999 ، ص - ص 18 - 20.

السياسي وإنتاجه الاقتصادي ومعايير الأخلاقية ، والمثل إذا كان النظام الاقتصادي والسياسي فاسداً، فإن ذلك يؤثر في مستوى معيشة الأسرة وفي خلقها و تماسكها.

ز – تلقي الأسرة مسؤوليات مستمرة على أعضائها أكثر من أية جماعة أخرى ، فإذا كانت مسؤوليات الحياة الاجتماعية مرهونة بالمواقف الداعية إليها أو موقوفة بحدود معينة، فإننا نجد المسؤوليات الأسرية تمتد طوال العمر، بل إن أكثر ما يواجه الأسرة من مشكلات تكمن في تخلي أفراد منها عن مسؤولياتهم.

ح – تتسم الأسرة بدقة التنظيم الاجتماعي التي تكفله التشريعات القانونية ، و يأتي في مقدمة ذلك عقد الزواج و شهادة الميلاد و شهادة الوفاة .

1 2 أنواع الأسرة:

أ – الأسرة الممتدة:

تعرف بالأسرة المركبة، وهي عبارة عن أسرة تظم أكثر من جيلين ، وتشمل الأجداد والآباء والأحفاد، وهؤلاء جميعا يقيمون في مكان واحد (مسكن واحد) ويشاركون في حياة اجتماعية و اقتصادية واحدة تحت رئاسة الأب الأكبر أو رئيس العائلة، وقد يلتحق بهم الأعمام والأقارب وغيرهم، وتتميز بـ :

أولاً – تعتبر وحدة اقتصادية واحدة متعاونة.

ثانياً – تؤكد العلاقات الاجتماعية بين أفرادها، كما تتميز بوجود التقارب فيما بينهم والضبط الاجتماعي بالسلوك.

ثالثاً – تسود بينهم رابطة الدم أكثر من رابطة الزواج .

رابعاً – غالبا ما يرأسها الأب الأكبر، و يتمتع بسلطات واسعة على جميع أفرادها و هذا النمط يتواجد في الأرياف أكثر منها في المدن .

ب – الأسرة النواة:

يعرفها ((محمد عاطف غيث)): " تشير إلى الجماعة المكونة من الزوج و الزوجة

وأولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معا في مسكن واحد وهذا النمط الأسري يعرف بالأسرة الزوجية وتتميز بـ:

أولا – تنتشر في المجتمعات الحضرية والمجتمعات المتقدمة.

ثانيا – تقوم باتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونها الخاصة دون تدخل من آخرين، فهي مستقلة.

ثالثا – تتميز بقوة العلاقات الاجتماعية والعاطفية داخلها، وقرب أفرادها من بعضهم البعض، التي تضعف عند بلوغ أبنائها أو استقلالهم بحياتهم الخاصة.

رابعا – تتميز هذه الأسرة باستقلال وحدتها الاقتصادية و السكنية (1) .

2- وظائف الأسرة ومقوماتها:

2-1 وظائف الأسرة:

الوظيفة تعني الأدوار والمسؤوليات التي تقوم بها الأسرة لصالح أفرادها و لصالح المجتمع العام.

وبنفس الطريقة نجد أن الوظيفة تتدرج من الاتساع إلى التقلص، فمثلا كانت الأسرة قديما تقوم بجميع الوظائف الاقتصادية والدينية والتربوية بجانب الدفاع والأمن، ولكن اختلفت و تقلصت هذه الوظائف وأصبحت الوظائف كما يلي (2):

أ – الوظيفة العاطفية:

هي التفاعل المتعمق بين جميع أفراد الأسرة في ظل مشاعر العاطفة بين الوالدين والأطفال عندما يعملون جميعا من أجل مصلحة الحياة الأسرية، وحفاظا على كيانها ووحدتها، وهذه الوظيفة تحدد الملامح الرئيسية المميزة للأسرة الحديثة.

ب – الوظيفة الحضارية

تقوم الأسرة بإعداد أعضائها في المجتمع للعمل والتفاعل والمشاركة الاجتماعية، كما أن الأسرة تؤكد الاستمرار الحضاري للمجتمع من خلال إنجاب الأطفال وتربيتهم وجعلهم يلتئمون في الجيل الحاضر، هذا بالإضافة إلى مسؤولية الأسر في منع أفرادها وتجنبهم اقتراف السلوكيات الاجتماعية ذات التأثيرات الضارة، والتي لا تتناسب مع قيم

(1) المرجع نفسه ، ص . 23 .

(2) محمد محمود حسن، رعاية الأسرة، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، مصر ، 1997 ، ص

المجتمع الحضارية، فالأسرة مؤسسة لنقل الثقافة إلى الأعضاء بما يمكنهم من الاندماج المجتمعي، ويعمل المجتمع بدوره على استقرار الأسرة و مساعدتها على القيام بوظائفها ، فيضع الأنظمة والتشريعات حفاظا على كيانها وبقائها و تقاليدها وبتحديد حقوق وواجبات كل من الزوجين والعلاقات الأسرية وتربية الأطفال وجميع التفاصيل المتعلقة بالعلاقات التي تربط الأسرة بالمجتمع.

وعلى هذا يجب أن ترتبط وتتوافق الحياة الأسرية مع ظروف الحياة الاجتماعية المتطورة.

ج – الوظيفة الاقتصادية:

إن الأسرة من التطور الصناعي في المجتمعات المتقدمة تحولت إلى وحدات اقتصادية مستهلكة بعد أن هيا المجتمع للأسرة لمنظمات جديدة تقوم بعمليات الإنتاج الآلي ، و توفير السلع و الخدمات و بأسعار أقل نسبيا .

كما أن الحياة في المجتمعات المتقدمة أجبرت أفراد الأسرة على السعي للعمل خارج محيط الأسرة، مما أدى إلى نشأة روابط و علاقات اقتصادية خارج محيطها.

ونتيجة الزيادة المستمرة في نفقات المعيشة ورغبة الأسرة في رفع مستوى معيشتها، نزلت المرأة إلى ميدان العمل وشاركت الرجل في إعالة الأسرة و مساعدته في تحمل مسؤوليات المعيشة.

وإن نتيجة الحياة في المجتمعات المتقدمة واستمرار تطور السلع والخدمات، فإن دخل الأسرة الحضرية نحو الاستهلاك المتزايد يهدد أمن الأسرة المادي.

د – الوظيفة النفسية:

هناك بعض الاحتياجات لا يمكن أن يشبعها الفرد إلا في ظل الحياة الجماعية، فالفرد

في حاجة إلى الشعور بالأمن والتقدير، وهي احتياجات نفسية لا تجد مجالا لإشباعها سوى عن طريق الجماعات التي ينتمي إليها الفرد ، والأسرة على قمة هذه الجماعات .

فالأسرة توفر لأفرادها علاقات الاهتمام والتكافل والتضحيات والأمن، وهي عناصر تساهم في تهيئة جو من الصحة النفسية داخل الحياة الأسرية .

وإن طمأنة الطفل في الأسرة و خلق جو من الإشباع النفسي، يخلق نمم الطفل إنسانا متزنا ومستقرا و شاعرا بالانتماء الأسري، ويعكس صورته الإيجابية على الإحساس بمشاعر الولاء للمجتمع الخارجي، وإن نجاح الأسرة في تهيئة الجو النفسي المناسب للطفل يتوقف على مدى ما يوفره الوالدين لأبنائهم في حياتهم الأسرية، من تجاوب وعلاقات طيبة كزوجين، مما يؤدي إلى تهيئة جو من الصحة النفسية السليمة للأبناء.

هـ — حفظ النوع البشري:

تهتم الأسرة بحفظ النوع البشري من خلال اتصال جنسي مشروع يستلزم تصديق المجتمع و قبوله، و ذلك وفق قواعد تمثل في جملتها تنظيمات اجتماعية تتحكم فيها العادات و التقاليد المجتمعية، بناء على تعليمات دستورية إلهية ، ففي الشريعة الإسلامية تشير الآية الكريمة: ﴿ وجعل لكم من أزواجكم بنين وحفدة ﴾ (1) . وذلك بقصد التعبير واستمرار الحياة الاجتماعية.

و — إعاله الأطفال وتربيتهم:

تقوم الأسرة بدور هام في تكوين شخصية الطفل وإكسابه عادات و اتجاهات ومعتقدات المجتمع الذي ينتمي إليه، فالأسرة تقوم بتزويد الطفل بمختلف الخبرات أثناء سنواته التكوينية، وهي تمثل أكبر قوة اجتماعية، لها قوة التأثير وتنمية الشعور بالألفة والمحبة و الشعور بالانتماء للأسرة والمجتمع الخارجي، فإن عملية الاتصال داخل الأسرة تنشط انتقال العادات والاتجاهات، من الآباء إلى الأطفال وتؤثر تأثيرا دائما وعميقا في تكوين شخصية الطفل.

2-2- مقومات الأسرة:

تعتمد الأسرة في حياتها على عدد من المقومات الأساسية حتى تتمكن من القيام بوظيفتها كمؤسسة اجتماعية، حيث أن نجاح الأسرة و توافقها الاجتماعي يتوقف على تكامل هذه المقومات الاجتماعية، فالأسرة مثلا تحتاج إلى دخل اقتصادي ملائم يسمح بإشباع حاجاته الأساسية من مسكن وملبس...، كما تحتاج إلى خدمات صحية ، وصحة

(1) سورة النحل، الآية 72 .

نفسية تساعدنا على مواجهة أزمة الحياة ، وتحتاج إلى علاقات اجتماعية سليمة ، تحقق لها القدرة على تخطي العقبات، التي تحول بين إقامة التعاون والود، ولذا سنتعرض لدراسة بعض هذه المقومات.

أ – المقوم البنائي:

يقصد به وحدة الأسرة في كيانها وفي بنائها، من حيث وجود كل من أطرافها الزوج والزوجة والأولاد، في صورة مترابطة متماسكة، كل يقوم بدوره ويؤدي رسالته، ومن ثم " فإن التكامل لبنائي في الأسرة يقوم على أساس وجود كل من الزوجين والأبناء في إطار مثلث يجمع أفرادها بين أضلاعه ، فالزوج موجود، ويؤدي دوره كأب ورب بيت وعضو منتسب يعمل و يوفر أسباب المعيشة، والزوجة من جانبها تعمل كربة بيت وزوجة تتعامل مع زوجها في تدابير الحياة السليمة لأفرادها." (1) .

ومنه فإن المقوم البنائي يفيد في قيام التفاعل الأسري، وإذا ما صارت الحياة الأسرية مع قصور أو نقص في كيانها البنائي.

ب – المقوم العاطفي:

يقصد بالتكامل العاطفي للأسرة، أن يكون قائما على عواطف إيجابية ، بمعنى أن يكون الحب و الود و التراحم والرضا قائما بين أطراف الحياة الزوجية والأسرية، قائما بين الزوج و زوجته قائما بين الآباء و الأبناء، وأن يخلق جوا من العاطفة الأسرية ، ويعطي الفرصة و الجو الملائم للتفاعل الإيجابي لهذه العلاقات ، بحيث تتحول من الصلة المادية الكيانية إلى صلة عاطفية معنوية، تربط هذا الكيان المادي برابط عاطفي قوي ومتين قادر على مواجهة ظروف الحياة وأحداثها.

ج – المقوم الاقتصادي:

يقوم التكامل من الناحية الاقتصادية للأسرة على أساس توفير قدر من الإشباع اللازم للحاجيات المادية التي يحتاج إليها الفرد في حياته الزوجية والأسرية، ويقوم هذا الإشباع

(1) سيد رمضان، مدخل في رعاية الأسرة والطفولة ، المرجع السابق ، ص . 26 .

على ضرورة توافر المواد الاقتصادية و المالية ، والحاجات المادية مختلفة و متباينة ، وهي نسبية لكل إنسان تبعا لوضعه في المجتمع ومستواه المعيشي الذي يرتبط به.

د – المقوم الاجتماعي:

يتم نجاح الأسرة بانسجام العلاقات والروابط الاجتماعية و استقرار الجو الأسري، " إذ لا يمكن أن تنجح الحياة الأسرية إلا إذا شعر الزوجان بأهمية العلاقات الاجتماعية التي ينسجان خيوطها معا، فالرغبة في استمرار هذه العلاقات والروابط الاجتماعية تعني الاستقرار و الاطمئنان." (1) .

والحياة الأسرية تقوم على احترام متبادل، والتوفيق في تأدية الأدوار الزوجية من ناحية الإشباعات الجنسية والعاطفية وعلاقات الصداقة والديموقراطية والمشاركة في السلطة و تقسيم العمل.

هـ – المقوم النفسي:

يرتبط بمسيرة الحياة الأسرية في سيرها بسهولة في ظل عوامل التماسك والاستمرار التي تبدأ عادة بالتفكير في الزواج، وهي سلطة متصلة تحتاج إلى وقفة متأنية، حتى يمكن الوصول إلى البناء الحقيقي للأسرة الناجحة.

و – المقوم الديني:

يعتبر الدين من أهم النظم الاجتماعية التي نلاحظها في كافة المجتمعات، والتي يخضع لها الفرد في تصرفاته وسلوكه إن طوعا أو كرها، ولا شك أن من أهم الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التكامل والوحدة بين أعضاء الأسرة ، ممارسة الشعائر بطريقة جماعية ، ومثل هذه الممارسات الدينية ترفع الأسرة فكريا ومعنويا وتمنع الانحراف ، فالدين في مجتمع معين يألف بين حقوق الأفراد وواجباتهم ويربط هذه الالتزامات بالقوة العليا المهيمنة على البشر والتي تستطيع أن توقع العقاب على كـ ل من يتجاوز حقوقه أو يتعدى على حقوق الآخرين، كما يمكنها أن تثيب المحسن الذي يكبح جماح شهواته ، ونزواته ويحترم حقوق غيره من الناس (2) .

(1) محمد محمود حسن، المرجع السابق ، ص . 90 .

(2) المرجع نفسه، ص . 92 .

3- الأسرة والتغير الاجتماعي :

تؤثر التغيرات الاجتماعية التي تحدث في المجتمع على الأسرة بشكل مباشر من حيث وظائفها للحياة، وتطلعاته، ونمط العلاقات بين أفرادها وتوزيعها لدخلها، فقد أدى التحديث والتقدم التكنولوجي في هذا العصر إلى تغيرات كثيرة في وظائف الأسرة ونظرتها للحياة، فزادت نسبة الأمهات اللاتي يعملن، كما ظهرت مؤسسات متخصصة في المجتمع، ساعدت الأسرة في الكثير من الوظائف التي كانت تؤديها من قبل مثل: التعليم ورعاية الأبناء في سن ما قبل المدرسة (مدارس رياض الأطفال) ومسؤولية الترفيه والكثير من الخدمات وقد ساهم ارتفاع المستوى التعليمي للأم وزيادة وقت فراغها نتيجة لقيام الكثير من مؤسسات ببعض وظائفها التقليدية في زيادة اهتمامها بدورها في التنشئة الاجتماعية، ومساعدتها لأبنائها للقيام بدور التلميذ (1) .

أثرت التغيرات الاجتماعية والتحديث على بناء الأسرة ونظامها، فأصبح الشباب يتطلع إلى الاستقلالية والحرية في التعبير وحقه في المشاركة في اتخاذ القرارات الخاصة بشؤون الأسرة . أصبحت مؤسسات المجتمع ذات الدور التربوي، مسؤولة على تهيئة الأسرة والقيام بأدوارها الجديدة من خلال مساعدتها على إعادة بنائها وتماسكها ومساعدتها على إدراك مطالب الحياة العصرية، وما يحتاجه الأبناء من حب وتفهم وديمقراطية في المعاملة ، وحرية موجهة، وقيم واتجاهات وخبرات ومهارات تتماشى ومطالب الحياة المعاصرة. كما ساعدت الأندية الثقافية والاجتماعية الأسرة في قيامها بدورها التربوي ، ووفرت لأبنائها البيئة المناسبة التي تساعد على تحقيق مطالب نموهم ، وإشباع حاجاتهم وتنمية مواهبهم ، عن طريق التدريب بواسطة المختصين ،

(1) سميرة أحمد السيد، علم اجتماع التربية، دار الفكر العربي، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1997، ص-ص 23 - 25 .

وإتاحة الفرص لهم مواهبهم وتوجيهها ، مستخدمة ما لديها من إمكانيات .

ولوسائل الإعلام دور هام أيضا تجاه الأسرة ، فالإذاعة والصحافة والتلفزيون تساعد الأسرة في مواجهة مسؤولياتها وقيامها بدورها التربوي ، وتكسب الأسرة خلال هذه البرامج والمواد الإعلامية الكثير من المعارف والخبرات والمهارات، التي يتطلبها دورها الجديد في المجتمع الحديث وتساعد أبناءها على مواجهة متطلبات الحياة.

4- أهمية الأسرة بالنسبة للطفل ودورها في إشباع حاجاته:

تعتبر الأسرة أول وأهم النظم الاجتماعية التي أنشأها الإنسان لتنظيم حياته في الجماعة، وهي التي تحدد المركز الاجتماعي للفرد على أساس وضعها في النظام الطبقي للمجتمع كما يؤثر مركزها الاجتماعي والاقتصادي على الفرص المتاحة لنمو الطفل جسما وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ونفسيا وعلى نوع وأساليب التنشئة الاجتماعية التي تستخدمها، والقيمة التي تضعها على التعليم وكما أنه تحدد بصورة عرضية درجة تقبل مؤسسات المجتمع له ولدوره ودرجة نجاحه في هذا الدور، فالطفل يكتسب أولى الخبرات الاجتماعية في الحياة من أسرته ومن خلال عملية التفاعل الاجتماعي فيتعلم كيف يميز نفسه ككائن مستقل منذ السنة الثانية، ويبدأ في تكوين صورة لذاته كما يبدو أفراد أسرته، كنا يتحدد النمط العام لشخصية الطفل.

وبانتماء الطفل للأسرة، تشبع حاجاته، هذه الأخيرة متعددة ومختلفة، ومن الصعب حصرها وتحديدها ، وليس من السهل تحديد ما هو ضروري، وما هو غير ذلك، لأن هذا يتأثر بعوامل عديدة منها: نوع المجتمع وثقافته بما يتضمنه من عادات وتقاليد وقيم وتراث ديني حضاري، ومن المسلم به أنه كلما نجحت الأسرة وأدت دورها في إشباع احتياجاته بدرجة مناسبة، أدى ذلك بدوره إلى نمو شخصية الطفل نموا طبيعيا ومتوازنا، وعليه يمكن تعريف احتياجات الطفولة على أنها: " ضروريات فردية مترتبة على

الخصائص البيولوجية والنفسية وطبيعة العلاقات الشخصية المميزة لمراحل نمو الطفل، وتحقيق الأهداف المجتمعية في الوقت ذاته " (1) .

وأهمية الأسرة في حياة الطفل ترجع إلى دورها الأساسي في إشباع حاجاته المختلفة ، لذلك سنتطرق إلى حاجات الطفل التي هي بمثابة حقوق يجب أن يتمتع بها الطفل، ومن أهمها:

4-1 - الحاجات العضوية:

مثل الحاجة إلى الطعام والشراب ، الحاجة إلى الإخراج (التبول ، التبرز)، ويجب علا الأسرة إشباع هذه الحاجات، بما يمكن الطفل من التوفيق بين دوافعه الغريزية ومطالب البيئة الاجتماعية.

4-2 - الحاجة إلى الحب: إن الطفل بحاجة لأن يشعر بأنه محبوب خاصة في تلك العلاقة بينه وبين أعضاء أسرته المحيطين به ، ويمكن أن يصل هذا الإحساس بالحب إلى الطفل منذ شهوره الأولى، ولذلك من خلال عدة تفاعلات منها التفاعل الصوتي، البصري والمداعبة، خاصة من طرف الأم (1).

وإشباع هذه الحاجات ضروري لتحقيق إشباع كافي للحاجات الأخرى للطفل.

4-3 - الحاجة إلى الأمن:

يرضى هذه الحاجة إشباع الحاجات العضوية المختلفة للطفل ، وحاجته للحب وأن يكون موضع عطف ، ومودة وعناية من والديه وذويه، وأن يلقى تجاوبا انفعاليا منهم، فيهتمون بأمره ويتحدثون معه ،ويجيبون على أسئلته ويشاطرونه ألعابه ، ومما يرضي هذه الحاجة هو وجود سلطة ضابطة ترسم له الحدود، وتبين له ما يجب عمله وما يجب تركه ، كما أن شعور الطفل بالانتماء يقوي دعائم الطمأنينة في نفسه (2).

4-4 - الحاجة إلى التقدير الاجتماعي:

(1) خيرى خليل الجميلي ، بدر الدين كمال عبده ، المرجع السابق ، ص . 109 .
(2) سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية من منظور الممارسة في الرعاية الاجتماعية و الخدمة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 1997 ، ص . 145 .
(2) المرجع نفسه ، ص- ص 145 - 146 .

يشبع هذه الحاجة شعور الطفل بأنه موضع قبول وتقدير واعتبار من الآخرين ، فلا يكون موضع استهجان أو نبذ أو كراهية؛ لذا يرضي هذه الحاجة نجاح الطفل في أعماله وأعباه ، و ثقنتا فيه و تقبلنا له، و اعترافنا به.

4-5 – الحاجة إلى اللعب:

للعب دور في تنمية الجسم و النفس ، و العقل ، وهو يكون تلقائيا في فترة الطفولة و هو بمثابة سلوك يقوم به الطفل بدون غاية أو تخطيط مسبق، فاللعب من أهم وسائل الصغار في تفهم البيئة المحيطة بهم، وهو من أهم الوسائل التي يعبر بها الطفل عن نفسه و من هذا يتطلب الأمر من أجل إشباع هذه الحاجة ، إتاحة وقت فراغ للعب و إفساح مكان له و اختيار مختلف الألعاب المشوقة و توجيه الأطفال نفسيا و تربويا أثناء اللعب.

4-6 – الحاجة إلى توكيد الذات و التعبير عنها:

تبدو هذه الحاجة في ميل الطفل إلى التعبير عن النفس و الإفصاح عن شخصيته في كلامه و أفعاله و أعباه و رسومه، و ما يحبطها تحكم الكبار و تدخلهم في أوجه النشاط الذي يقوم به، أو الإسراف في تقييد الطفل و السخرية من أسئلته و أفكاره، أو إشعاره بأنه عديم القيمة و الشخصية و الأهمية .

4-7 – الحاجة إلى الحرية و الاستقلال:

تبدو هذه الحاجة في ميل الطفل إلى القيام ببعض الأعمال دون مساعدة من أهله، كأن، يعقد رباط حذائه بنفسه، و أن يختار ملابسه و أصدقائه و أعباه، و يجب أن نستغل هذه الحاجة في تعويد الطفل الاعتماد على نفسه و تحمل المسؤولية، و هذه العملية هي جوهر النظام الاجتماعي الهادئ في الأسرة، و ربما شكوى بعض الآباء و عناد أطفالهم يرجع أساسا إلى نزوع الطفل إلى الاستقلالية و عدم تقدير و تشجيع المحيطين به على ذلك.

4-8 – الحاجة إلى التوجيه السليم و القيادة الصحيحة:

ليس لدى الطفل الخبرة الكافية و العقل المجرد الذي يمكنه من اختيار الاتجاه السليم، و الحرية بدون توجيه، قد تؤدي إلى الكثير من الأضرار و هذا لا يعني تقييده و كبحته، ولكنه يحتاج إلى المرشد و الموجه الذي لا يكبته، ولكنه يفتح مجالات تحول،

وتستثمر حيوية الطفل وطاقاته إلى الاتجاه المفيد والنافع، فالميل إلى القيادة إن لم يتم في إطار المناسب، قد ينقلب إلى حب السيطرة والتحكم في الآخرين وحب الاستطلاع، ومن المهم أن يدرك الطفل من خلال هذا التوجيه مجموعة القيم والاتجاهات والمعايير المرغوب فيها، لأنه كلما كان الطفل أكثر التزاماً، كلما زاد تقبل المجتمع له وينعكس هذا بدوره على زيادة انتمائه للمجتمع.

4-9 - الحاجة إلى التحصيل والنجاح :

إن إشباع هذه الحاجة و إرضائها يساهم بدرجة ملحوظة في إشباع حاجات أخرى مثل: الحاجة إلى تحقيق ذاته واحتوائها و تأكيد وجودها، وذلك النجاح يشبع واقعه الذاتي للإنجاز و تشبع في نفس الوقت دوافع واديه التي تدور حول نجاح طفلها، و من ثم على الأسرة أن تخلق وتهيئ الفرص المناسبة لقدرات الطفل وإمكانياته، وتلاحظه وتدفعه، ومن خلال الاستثمار الأمثل لطاقاته حتى يتحقق له النجاح المشهود والإنجاز المناسب الذي يجب أن يقيم بالاستمرارية التي تجعل منه شخصية إيجابية متعاونة قادرة على تحمل المسؤوليات و تحقيق أهداف ارتقائية.

4-10 - الحاجة إلى الانتماء:

إن الانتماء إلى جماعة الأسرة، حاجة من الحاجات الأساسيّة للنمو النفسي والاجتماعي، وخاصة في السنوات الأولى من حياة الطفل، إلا أنه في بعض الأحيان يقوم الآباء بأنماط من السلوك تدفع الأبناء إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم ، وكلما تكرر هذا السلوك و خاصة في هذه المرحلة أ أصبح ذا أثر سيئ في تكوين الطفل النفسي (1) .

5- العوامل المؤثرة على صحة الطفل داخل الأسرة:

هناك عدة عوامل تؤثر على صحة الطفل داخل الأسرة نذكر منها :

5-1 - حجم الأسرة:

حيث أن الأسرة ذات الحجم الكبير قد لا تحقق لأبنائها الرعاية الجسمية والنفسية التي توفرها الأسرة الصغيرة، مما يؤثر على معدلات نموهم ، وذلك لكثرة وتعدد مطالب الحياة لديها خاصة مع انخفاض الدخل وعدم تلبية حاجات أفراد الأسرة اليومية.

(1) خيرى خليل الجميلي، بدر الدين كمال عبده ، المرجع السابق ، ص - ص 110 - 113 .

2-5 – تركيب الأسرة:

ونقصد به عدم تكامل الأسرة وتصدعها وتفككها، وما يؤدي إليه هذا، من عدم توفير جو الرعاية والعناية بالأبناء، وانعدام التوازن النفسي والاجتماعي لهم.

3-5 – الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة:

حيث تحدد الطبقة الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل، مركزه الاجتماعي، والفرص المتاحة لنموه الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، فهي تحدد إلى حد كبير إمكانية الأسرة في مساعدة الطفل على تحقيق مطالب نموه الصحية، والأساليب التي تستخدمها في التنشئة الاجتماعية. فالأطفال المنتمين إلى أسر ذات مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض، لا يكون لهم فرص أن تنهياً لهم إمكانيات عالية من الرعاية الصحية (الجسمية والعقلية) التي قد تتاح لقرنائهم المنتمين إلى أسر أكثر في المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

4-5 – المستوى التعليمي:

يؤثر المستوى التعليمي لأسرة الطفل وخاصة الوالدين – الأم – بشكل كبير على

صحة الطفل فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهم بمتطلبات النمو الصحي والسليم للطفل وبكل احتياجاته في هذه المرحلة وكيفية تلبيتها، في حين أن الجهل والامية يؤدي إلى عدم وعي الوالدين بما يتعلق بالشؤون الصحية للطفل وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر.

5-5 – المعتقدات الخاطئة:

فيما يتعلق بالقضاء والقدر والتواكل بحجة أن ما كتبه الله على الإنسان لا بد وأن يراه الإنسان.

6-5 – المعتقدات والأساليب غير العلمية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية:

ومن هذه الأساليب الاعتقاد الزائد بين العامة بتأثير العين الحاسدة كسبب أساسي لكثير من الأمراض ولا سيما أمراض الطفولة – مما يجعل الأهل يخفون الطفل عن الأنظار أو

يستخدمون أساليباً غير صحية في التعامل معه، فيلبسونه ملابساً قذرة أو يقومون بلفه في خرق حتى لا يسقط فريسة للعين الحاسدة وهذا له أثر سيئ على حالة الطفل الصحية(1).

6- الأسرة والتربية الصحية للطفل:

التربية الصحية تعني تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير على معلوماتهم واتجاهاتهم و ممارساتهم فيما يخص الصحة تأثيراً جيداً، بحيث يصبح لدى الفرد أنماطاً سلوكية صحية سليمة.

ولما كانت تربية الأطفال حقاً من حقوقهم الإنسانية الأساسية ، فمن الواجب أن تعتبر التربية الصحية جزءاً لا يتجزأ من العملية التربوية التي تهتم بتوجيه نمو الطفل الجسمي وغرس العادات السليمة فيه.

كما أن التربية الصحية من أبرز الجوانب التي تشكل شخصية الطفل؛ وذلك لما لها من دور بارز في بناء قدرته على كسب عيشه والدفاع عن نفسه ووطنه من جهة، ولارتباطها الوثيق بثقافة الأسرة والمجتمع من جهة أخرى. وقد يتبادر إلى أذهان كثير من الناس أن التربية الصحية تقتصر على العناية بجسم الإنسان وحمايته من الأمراض والعلل، غير أن المفهوم الدقيق يتسع ليشمل حاله الطفل النفسية، فإن بين الحالتين ارتباط وثيق؛ فكلاهما تؤثر في الأخرى سلباً وإيجاباً، يضاف إلى ذلك الآثار التي تترتب على القيم والتقاليد السائدة في المجتمع، لذلك فإنه يمكن تعريف التربية الصحية بأنها: بناء شخصية الطفل من جميع لجوانب المكونة لها، بناء سليماً من خلال العناية بمتطلبات هذا البناء وتوفير أسباب الوقاية والعلاج.

وبناء عليه فإنه يمكن بلورة أهداف التربية الصحية بما يلي:

- بناء جسد الطفل بناءً سليماً.
- العناية بنفس الطفل من خلال تنمية وجدانه بناءً سليماً.
- تنمية ثقة الطفل بنفسه.

(1) سيد رمضان ، سلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق ، ص . 94 .

(2) أيمن سليمان مزاهرة وآخرون ، المرجع السابق ، ص . 130 .

- تنمية الشعور بالمسؤولية لدي.
- تسليحه بمهارات حياتية نافعة.
- تزويده بالقيم والمبادئ السامية التي من شأنها أن تساعد على المحافظة على صحته.
- تمكينه من الصمود ومواجهة المشكلات الحياتية والتغلب عليها.
- تبصيره بكيفية الحفاظ على صحته من خلال توفير بيئة معرفية ملائمة.
- توفير العلاج اللازم في حالة المرض.1
- تكوين اتجاهات صحية سليمة وذلك بتحفيز الفرد على الرغبة في اتباع التوجيهات والقواعد الصحية السليمة و الرغبة للوصول إلى أعلى مستوى صحي ممكن.
- تكوين عادات صحية سليمة باتباع أسلوب السلوك الصحي القويم في الحياة اليومية بما في ذلك المأكل و الملابس و المسكن.
- الاستفادة من الخدمات الصحية المتوفرة و العمل على اتباع الخطوات التي تحد من انتشار المرض و المساهمة في تحسين صحة المجتمع.
- التزود بالحقائق و المعلومات الأساسية بالنسبة للجسم و الجلد و الأعضاء و الصحة العقلية و الأمراض الشائعة.
- كيفية المحافظة على الصحة الشخصية و صحة الأسرة و البيئة المحيطة .

1-6 - العادات الصحية السيئة:

أ - اللعب بالأنف :

قد يلجأ الطفل أحيانا إلى اللعب بأنفه و ذلك للتخلص من الإفرازات التي قد تعيق التنفس لديه، لذلك يجب منعه من القيام بذلك عن طريق تعويده التخلص من إفرازات الأنف باستعمال المنديل الورقي ووضعه في صندوق القمامة بعد استعماله، كما أن اللعب بالأنف قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجهاز التنفسي.

¹ محمد بن عيسى الموزان، الرعاية الصحية المنزلية للأطفال ، العبيكان ، الأردن ، 2002، ص 22.

هناك العديد من الحالات التي يلجأ بها الأطفال إلى إدخال أجسام غريبة في فتحات الأنف ، لذلك يجب مراقبتهم أثناء لعبهم و التأكد باستمرار من عدم وضوع الإصبع بالأنف ، وتنبيه الطفل بلطف إذا لاحظت الأم أنه يميل للعب بأنفه، مع الاهتمام بنظافة اليدين باستمرار .

ب – التمخيظ باليد:

نلاحظ أن الأطفال قد يلجأ ون للتخلص من إفرازات الأنف خاصة أثناء إصابتهم بالرشح عن طريق التمخيظ باليد، لعدة أسباب أهمها :

أولا – نزول سائل من الأنف باستمرار .

ثانيا – الرشوحات المستمرة التي تصيب الأطفال .

ثالثا – قد تنشأ لديه هذه العادة نتيجة لحدوثها باستمرار في البيئة التي يعيش فيها الطفل .

رابعا – إهمال الأهل لتعليم الطفل العادات الصحية السليمة.

خامسا – الفقر الشديد مما يؤدي إلى عدم قدرة الأسرة على تأمين المحارم الورقية.

هذه الأسباب مجتمعة أو بعضها منها قد تؤدي إلى استعمال الطفل ليديه في التمخيظ، علما أن هذه العادة قد تؤدي إلى نقل العديد من الرشوحات وأمراض الجهاز التنفسي . (1)

ج – العناية بالأذن و الأنف:

يجب الاهتمام بنظافة الأذن والأنف باستمرار وعدم استعمال أي أداة لتنظيفها من الداخل وإنما الاكتفاء بتنظيف الأذن من الخارج منعا لأي أذى قد يصيب الأذن الداخلية.

بالنسبة للأنف فيفضل التخلص من أي شيء عالق بداخله عن طريق نفخ الهواء إلى الخارج باستعمال منديل خاص أو الماء كما أن إهمال علاج الزكام المتكرر عند الأطفال يسبب تضخما في اللوزتين و الزوائد الأنفية فيسد الأنف و يضطر الطفل إلى التنفس من فمه الذي يبقى مفتوحا مما يعرضه للالتهابات المتكررة.

د – مس العين بيد ملوثة:

(1) أيمن سليمان مزاهرة، التربية الصحية للطفل، مرجع سابق ص 144 .

من المعروف أن العديد من الأمراض تصيب العين نتيجة لفركها باليد و هي ملوثة بجراثيم الأمراض مثل اليرقان والتهان و التراخوما أو اليرقان الحبيبي ، و تعتبر هذه من العادات السيئة التي قد يغفل الأهل عن تنبيه الطفل لعدم ممارسة هذه العادة، وللحد من انتشار أمراض العين يجب التأكد من نظافة أيدي الطفل باستمرار عن طريق تعويده على غسلها باستمرار و عدم مس العين إلا بعد التأكد من نظافة الأيدي(2) .

وللعناية بالعينين يجب أن تغسل العينان أثناء غسل الوجه بالماء النقي والصابون مع الاهتمام بالأمر التالي للمحافظة على سلامة العينين ونظافتهما :
أولا – الانتباه إلى نوم الطفل على وسادة نظيفة دائما .

ثانيا – عدم إرهاق العين باستعمالها لفترة طويلة خاصة لمراقبة التلفزيون ، و استعمال الكمبيوتر لفترات طويلة.

ثالثا – عدم جعل الطفل يؤدي واجباته المدرسية وهو يدرس في ضوء خافت أو متوهج.

رابعا – ضرورة وجود مصدر ضوء عام وإذا كان غير كاف فيضاف مصدر ضوء خلف الطفل وهو يدرس بشرط أن تكون شدة الإضاءة مناسبة.

خامسا – الاهتمام بتغذية الطفل وإعطائه كميات كافية من الأغذية التي تحتوي على فيتامين أ و ذلك للمحافظة على سلامة بصره .

سادسا – عدم السماح للذباب أن يحط على وجه الطفل أو عينيه لنقله العديد من الأمراض.

سابعاً – تعويد الطفل على عدم فرك العين باليد خاصة أثناء اللعب منعاً للإصابة بالميكروبات و الأمراض.

ثامنا – لا يجوز استعمال الوصفات الشعبية للعين.

تاسعا – الفحص الدوري للطفل و الاهتمام بالعينين للتأكد من سلامة بصره.

عاشرا – مراجعة طبيب العيون إذا اشتكى الطفل من أي ضعف في النظر.

(2) محمد بن عيسى الموازن ، مرجع سابق ، ص - ص 132 - 136 .

2-6 - العادات الصحية الحميدة:

من بين العادات الصحية الحميدة نذكر ما يلي(1) :

أ - غسل الأيدي و نظافتها:

إن عملية غسل الأيدي باستمرار تعتبر من العادات الصحية الحميدة التي يجب تعليمها للأطفال ، كما أن عادة غسل اليدين قبل تناول الطعام و بعده تقلل من الإصابة بالأمراض المعدية ، و قد ينسى الطفل أحيانا غسل يديه خاصة بعد خروجه من الحمام فلا مانع من تنبيهه للقيام بذلك .

إن نشوء عادة صحية معينة بحاجة إلى متابعة وتكرار وملاحظة من قبل الوالدين للطفل حتى يكبر وهو يمارس هذه العادة كشئ روتيني يومي لا بد من القيام به ، كما يجب تنبيه الطفل إلى غسل يديه في الحالات التالية:

أولا - بعد الصحو من النوم.

ثانيا - قبل الذهاب للنوم.

ثالثا : قبل و بعد تناول الطعام.

رابعا - بعد الانتهاء من اللعب.

خامسا - بعد الخروج من الحمام .

سادسا - عند لمسه لأي مادة ملوثة .

ب - غسل الخضر و الفواكه :

يجب على جميع أفراد الأسرة التأكد من نظافة وغسل الخضار والفواكه خاصة التي تؤكل طازجة قبل تناولها، وهناك العديد من الأمور التي يجب مراعاتها عند غسل الخضار و الفواكه أهمها:

أولا - التخلص من الأوراق الذابلة أو غير الصالحة للأكل خاصة من الخضروات الورقية كالخس ، و السبانخ ، و الملوخية ، و البقدونس وغيرها.

(1) المرجع نفسه ، ص - ص 138 - 150 .

ثانيا – إزالة أي أجزاء غير صالحة للأكل كأوراق الجزر، الزهرة

ثالثا – التخلص من الأتربة على بعض الخضار الدرنية باستعمال الفرشاة و
الماء الجاري ، وذلك للتأكد من عدم بقاء أي أثر
للأتربة .

رابعا – غسل الخضار الورقية أكثر من مرة للتأكد من نظافتها تماما .

خامسا – وضع قليل من مادة معقمة في ماء غسل الخضار والفواكه ، وإذا لم تتوفر يمكن
إضافة بعض ملح الطعام.

سادسا – هناك بعض أنواع الفواكه يصعب غسلها قبل وضعها في الثلاجة لذلك تغسل
عند تناولها، وحتى إذا قامت الأم بغسل الخضار و الفواكه و تنشيفها قبل وضعها في
الثلاجة فلا مانع أن يقوم الطفل بإعادة غسلها عندما يريد تناولها و ذلك لغرس هذه العادة
في الأطفال و حمايتهم و وقايتهم من العديد من الأمراض التي تنتقل عن طريق الجهاز
الهضمي.

ج – عدم تناول الأطعمة المكشوفة من الباعة المتجولين :

لا نستطيع التأكد من نظافة الباعة المتجولين بأطعمتهم المنوعة المكشوفة ، لأن
نظافة الغذاء و التأكد منه لا يتم إلا بفحوصات دقيقة، إذا شكل المادة المباعة لا يعطي
مؤشرا لنظافتها أو عدم تلوثها. وإن وعي الأهل الصحي عامل مهم في عدم إقبال الأطفال
على الشراء من هؤلاء الباعة و نستطيع تكوين عادة عدم الشراء من الباعة المتجولين عن
طريق:

أولا – التنقيف الصحي المستمر للطفل عن مساوئ تناول الأطعمة المكشوفة .

ثانيا – تزييد الطفل بأطعمة مصنعة في المنزل ليتناولها في الحضانة .

ثالثا – إعطائه ما يحتاجه من أطعمة في المنزل .

رابعا – تنبيه الطفل إلى الحشرات التي قد تتكاثر على الأطعمة المكشوفة و مضارها
والأمراض التي تنقلها .

د – نظافة الجسم :

النظافة ضرورية من الناحية الصحية وهي مقياس احترام الشخص وقبوله في المجتمع، كما أنها إحدى الوسائل المهمة للوقاية من الأمراض المعدية ولعدم العناية بنظافة الجلد آثار سلبية أهمها:

- تعطيل طبقة الإفراز عن طريق الجلد .
- يكون الإنسان عرضة لإصابته بالعدوى لأمراض عديدة .
- حدوث مضاعفات إذا أصيب الطفل بجروح فقد يتلوث و يطول شفاؤه .
- الطفل عرضة للإصابة للتقمل و البراغيث و مرض الجرب ، و يجب أن تشمل نظافة الجسم جميع أعضائه :
- أولا - نظافة الجلد :

للحفاظ على الجلد بحالة صحية جيدة لا بد من اتباع الأمور المهمة التالية :

- ممارسة التمارين الرياضية.(1)
- تناول الغذاء الجيد و استنشاق الهواء النقي .
- تعريض الجلد للشمس .
- عدم تناول المواد التي تسبب حساسية للجلد .
- إن أهم خطوات المحافظة على الجلد هي العناية بنظافته عن طريق الاستحمام الذي هو ضروري للتخلص من المواد الدهنية و الأملاح التي يفرزها الجلد عن طريق العرق ، فإذا أهملنا تنظيف جلد الطفل تتراكم الإفرازات (الدهون والأملاح) على المسامان فتؤدي لانسدادهما و بذلك تعيق عملية التخلص من العرق مما يؤدي إلى صدور روائح كريهة ، كما قد تضعف مقاومة الجلد للجراثيم فتؤدي للإصابة بالأمراض الجلدية .
- يفضل أن يتم استحمام الأطفال يوميا صيفا و شتاء حتى يصبح الاستحمام عادة لديهم.

(1) أيمن سليمان مزاهرة ، التربية الصحية للطفل ، مرجع سابق ، ص 146 .

• يفضل أن يكون الاستحمام دائما بماء دافئ و نوع جيد من الصابون حيث أن هناك أنواعا مختلفة منه، ويفضل النوع الذي تكون فيه المواد القلوية معتدلة ؛ لأن كثرة احتواء الصابون على القلويات تؤدي إلى خشونة الجلد و خاصة جلد الأطفال .

• عند حمام الطفل يجب التركيز على ثنايا الجلد وما بين الأصابع وخلف الأذنين وتحت الإبطين والسرة؛ وذلك لأن هذه الأماكن يكثر فيها إفراز العرق وطبيعة الجلد فيها رقيقة مما يسهل دخول الجراثيم فيها، وبعد الاستحمام يفضل تدليك الجسم بالمنشفة لتجفيف الماء وإزالة ما تبقى من المواد العالقة و تنشيط الدورة الدموية ، و يفضل أن يكون ماء الاستحمام نقيًا مع ملاحظة عدم تناول الطعام قبل الاستحمام مباشرة.

ثانياً — نظافة الشعر و الاهتمام بالتقمل :

الشعر هو أحد الأنسجة الحيوية في الجلد وهو يتأثر بالحالة الصحية، فسوء التغذية والضعف العام و نقص الفيتامينات لها أثر سيئ على حيوية الشعر . وللعناية بالشعر يجب مراعاة الأمور التالية:

— العمل على توارد الدم باستمرار إلى جذور الرأس عن طريق التمشيط .

— استعمال الصابون المناسب لغسل الشعر مع تدليك فروة الرأس بأطراف الأصابع أثناء تغسيل الشعر.

— يفضل أن يكون كل شخص بالمنزل أدواته الخاصة به كالمشط و الفرشاة لأنهما وسيلة لنقل الكثير من الأمراض التي تصب فروة الرأس و تسبب تساقط الشعر .

— يجب ملاحظة أن لا يكون المشط حادا و أن تكون المسافة بين أسنانه واسعة خصوصا للشعر الضعيف .

— إذا استعملت الفرشاة فيجب أن تكون ناعمة للأطفال و خشنة للكبار للمساعدة في تدليك فروة الرأس و تنشيط الدورة الدموية .

— إن عملية تمشيط الشعر تساعد على تنظيفه و توزيع المادة الدهنية على سطحه توزيعا عادلا مما يؤدي إلى لمعانه و تنبيه بصيالات الشعر مما يساعد على سرعة نمو الشعر .

- عدم ربط الشعر لفترات طويلة وإنما تهويته وتعريضه للهواء والشمس لفترة بسيطة .
 - لا يغسل الشعر بالماء البارد أبدا ويفضل عدم تبليل الشعر بالماء قبل تمشيته إنما يغسل بالماء الدافئ و الصابون وذلك لإزالة الأوساخ العالقة به بسهولة .
 - عدم شد الشعر كثيرا عند ربطه .
 - لا تستعمل أي مواد كيميائية لغسيل الشعر إلا بإرشادات الطبيب المختص .
 - يفضل أن يستعمل الصابون أو الغسول الخاص عند غسل شعر الطفل وذلك لأنه لا يؤدي إلى تدميع العيون و لا يؤثر عليها .
 - تفقد شعر الطفل باستمرار للتأكد من خلوه من أي حشرات خاصة القمل ؛ لأن الطفل في الروضة و أثناء اللعب يكون عرضة للإصابة بعدوى القمل .
- ثالثا — العناية بالأسنان :

تبدأ العناية بأسنان الطفل أثناء حمل الأم إذ يجب العناية بتغذيتها وتناول الأغذية الغنية بالكالسيوم و الفوسفور و فيتامين (د) و الحديد ، أما بعد الولادة فقد وجد أن الرضاعة من ثدي الأم تساعد في نمو فكي الطفل نموا صحيحا ، وعندما يبدأ الطفل بالتسنين يصاحبه ألم في اللثة أو التهاب في الفم .

ولتخفيف ذلك تدعك لثة الطفل بالجليسرين و الماء الدافئ كما يجب رفع وسادة الطفل أثناء النوم للتقليل من احتقان اللثة ، و يمكن إعطاؤه قطعة مطاط كبيرة مرنة ليعض عليها و ذلك لتخفيف ألم اللثة .

عندما يكبر الطفل يجب ترغيبه في تنظيف أسنانه بعد كل وجبة وبعد تناول أي مادة تلتصق بالأسنان كما يجب عرضه على طبيب الأسنان مرة كل ستة أشهر بعد بلوغه الثالثة من عمره.

إن ضرورة تنظيف الأسنان باستمرار سببها تخمر المواد الغذائية في الفم وبين الأسنان؛ لذلك يجب عدم الاعتماد على أن الطفل سوف يبدل أسنانه اللبنية فنهمل تعليمه كيفية تنظيفها ، لأن العدى قد تنتقل من الأسنان اللبنية إلى الأسنان الدائمة فتتلفها .

من المعروف أن إهمال تنظيف الأسنان والعناية بها يؤدي إلى زيادة تواجد المكروبات وتسوس الأسنان و التهابات اللثة و بذلك يصبح صديد الأسنان و اللثة مصدر خطر كبير على الجسم و خاصة الدماغ ، لذلك غسل الأسنان مرتين على الأقل يوميا مع استعمال فرشاة أسنان مناسبة يوضع عليها قليل من معجون الأسنان، وإذا لم يتوفر المعجون نستطيع استعمال خليط من الملح و الكربونات بنسب متساوية إذ تبل فرشاة الأسنان بالماء ثم توضع في الخليط السابق، وفي حالة عدم توفر الكربونات يمكن استعمال الملح فقط (1).

وللمحافظة على الأسنان يجب تجنب الحلويات والمشروبات الحلوة ما أمكن وعدم إعطاء الأطفال الحلوى قبل النوم مباشرة حتى لا تبقى الفضلات بين الأسنان لفترة طويلة، وذلك لأن تنظيف الأسنان قد لا يزيل المواد الملتصقة بالأسنان بشكل جيد ، كما أنه من الواجب عدم ترك زجاجة الحليب في فم الطفل لفترة طويلة و أثناء النوم ؛ لأن ذلك يساعد في تسوس أسنان الطفل نظرا لبقاء أسنان الطفل مغطاة بسائل حلو لفترة طويلة . وأخيرا يجب الاهتمام بأسنان الطفل عن طريق زيارته لطبيب الأسنان مرة كل ستة أشهر لتنظيف الأسنان و فحصها و التأكد من سلامتها.

رابعا – صحة القدمين و الأظافر:

– صحة القدمين و العناية بهما:

من المهم جدا العناية بنظافة قدمي الطفل و تعويده على غسلها يوميا بالماء الدافئ والصابون ثم شطفهما بالماء البارد مع الاهتمام بتنظيف منطقة ما بين الأصابع و الأظافر وتجفيفها جيدا ، و إلا نتجت عنها رائحة كريهة لأن منطقة الأصابع تعتبر مكانا مناسباً لنمو و تكاثر البكتيريا بالإطاقة إلى العدوى بالأمراض الجلدية مثل مرض الثينيا وهو يتسبب عن نوع من الطحالب ، و قد ينتقل هذا المرض عن طريق العدوى في حمامات السباحة التي لا يعتني بنظافتها.

وللعناية بالقدمين يجب مراعاة الآتي:

(1) المرجع نفسه، ص 147 .

- إذا شعرنا بأن قدمي الطفل مصابة بسوء الرائحة فيستحسن تداليكهما كل ليلة بالكحول النقي بعد غسلهما .
- يمكن العناية بالقدمين عن طريق وضعها في محلول برمنغنات بنسبة واحد في الألف ثم غسلها جيدا و تجفيفهما .
- يفضل خلع الأحذية عند تواجد الطفل في المنزل و ذلك لتهوئتها .
- الامتناع عن غسل القدمين في مياه القنوات أو البرك منعا لتعرض الطفل للإصابة بالطفيليات .
- يجب أن لا تكون الجوارب ضيقة و أن تغسل باستمرار .

ـ الحذاء المناسب:

- يجب أن يكون الحذاء ملائما لشكل القدم .
- أن يكون الحذاء يسمح بحرية الحركة للطفل و لا يضغط على قدميه .
- تجنب استمرار ارتداء الطفل لحذاء معين بعد نمو الطفل ، لأنه من المعروف أن الطفل في مراحل معينة يكون سريع النمو و بالتالي تكبر قدماه بسرعة .
- أن تكون أحذية الأطفال في السنة الأولى من أعمارهم خفيفة و مريحة .
- الحذاء ذو الكعب العريض و المنخفض يعطي أثناء ارتدائه الأمان في السير .
- أن تكون مقدمة الحذاء غير مدببة ، بل يأخذ شكل القدم حتى لا يضغط على الأصابع و يؤثر على هيكلها العظمي و قد يعيق الدورة الدموية في القدمين ، كما أن الحذاء الضيق يؤدي إلى غرز الظفر في الأنسجة الرخوة حوله و قد يؤدي إلى تكون الصديد حول الظفر إذا تلوث الجرح .

هـ ـ نظافة الأظافر والعناية بها:

إن شكل الأظافر يعطي فكرة عن الحالة الصحية للطفل ، فنقص الكالسيوم يعمل على تقصف الأظافر و تشققها ، كما أن عادة قضم الأظافر تعمل على دخول الميكروبات إلى الجسم و قد تسبب الالتهابات . لذلك يجب العناية بتقيد أظافر اليدين و القدمين باستمرار و تقليمهما منعا لتراكم القاذورات بينها و بين الأصابع وتظيفها باستمرار حتى

لا تتجمع القاذورات حولها ؛ لأن هذا يؤدي إلى الإصابة بالمرض كما يجب الحذر من إحداث جرح تحت الظفر أو جرح الجلد الزائد حوله مما يؤدي إلى الإصابة بالعدوى بأمراض قد تكون خطيرة.(1)

7- الأسرة وتغذية الطفل :

إن الغذاء الطبيعي الكامل المتزن مهم للصحة والنمو ورفع سوية الإنسان العقلية والنفسية، لذلك فقد أصبحت مسألة توفير الغذاء للجميع من أهم ما يشغل المسؤولين في شؤون التغذية في مختلف الدول؛ ويجب الاهتمام بالتغذية منذ مراحل الحمل الأولى و على طول الحياة خاصة في الطفولة المبكرة .

إن الغذاء المتوازن (الكامل) هو الغذاء الذي يحتوي على كميات مناسبة من العناصر الغذائية الضرورية لتأدية الجسم وظائفه المختلفة ، وعندما تتوفر هذه العناصر الغذائية كما و نوعا بالنسب الموافقة لاحتياجات الطفل، تضمن تحقيق النمو له في الإطار السليم و المحافظة على صحة جسمه.

ونعني بالتغذية المتوازنة التغذية السليمة؛ أي إعطاء الطفل الغذاء المناسب بالكمية والنوعية المناسبة و في الوقت المناسب ، و تكون الكمية مناسبة ، عندما يشعر الطفل بالاكتهاء و الشبع فيهدأ روعه ، و تستقر مشاعره . و تتفاوت هذه الكمية تبعا لتفاوت حجم الطفل و حجم معدته التي تتغير باستمرار تبعا لنمو الطفل نفسه .

وعلى الأسرة أن تسعى إلى توفير الغذاء الكامل للطفل في جميع مراحل نموه خاصة مرحلة الطفولة المبكرة.

والغذاء الكامل هو ذلك الغذاء الذي يحتوي كميات مناسبة من العناصر الغذائية الضرورية لتأدية الجسم و وظائفه المختلفة ، و يشترط بهذه العناصر أن تكون كاملة كما ونوعا بهدف تحقيق أفضل مستوى من النمو والمحافظة على صحة و سلامة الجسم ، وتأمين حياة سليمة خالية من الأمراض.

والتغذية المثلى هي التي تكفل إمداد جسم الطفل بجميع ما يلزمه من المواد الغذائية وبالقدر و بالنسب الكافية و المناسبة للنواحي الفيسيولوجية و الصحية للطفل .

(1) المرجع نفسه ،ص 149 .

1-7 - أنواع الغذاء:

يمكن تصنيف أنواع الغذاء كما يلي (1) :

أ - الكربوهيدرات :

تتكون الكربوهيدرات من الكربون و الأكسجين و الهيدروجين ، وتكون نسبة الأكسجين و الهيدروجين في تركيبها كنسبتها في تركيب الماء . و أغلب الكربوهيدرات من أصل نباتي .

أولا - تصنيف الكربوهيدرات :

تصنف الكربوهيدرات حسب تركيبها إلى ما يلي :

- سكريات أحادية و تشمل الجلوكوز ، الفركتوز ، الجلاكتوز و المانوز .

- سكريات ثنائية : و تشمل السكروز ، اللاكتوز و المالتوز .

- سكريات عديدة التسكر : و تشمل النشا ، الدكسترين ، الجلايكوجين ، السيلولوز ليجنين ، البكتين .

ثانيا - وظائف الكربوهيدرات :

- تزويد الجسم بالطاقة ، كل غرام يعطي الجسم 4 سعرات حرارية .

- ضرورية لتنظيم عملية تمثيل البروتين و الدهون .

- إمداد الجسم بالألياف الغذائية التي تنبه حركة الأمعاء ، كما أن لها فعلا واقيا ضد الكثير من الأمراض .

- يساعد الجلايكوجين في استمرار حركة عضلات القلب .

- ضروري لعمل الجهاز العصبي .

ويحتاج الأطفال في فترات النمو 6 - 10 غم كربوهيدرات لكل كغم من وزن

الجسم . أهم مصادر الكربوهيدرات العسل، والسكر، والحبوب، والخضار، والفواكه والحلويات.

(1) أيمن سليمان مزاهرة وآخرون، المرجع سابق، ص - ص 165 - 182 .

وتبدأ عملية هضم الكربوهيدرات في الفم بتأثير اللعاب (إنزيم البتالين) ، حيث تتحول النشويات إلى سكريات أبسط ، وفي المعدة لا يحدث هضم ، وتستمر عمليات الهضم في الإثني عشر حيث يتحلل النشا إلى سكر ثنائي (مالتوز) بفعل إنزيم الإمليز وفي الأمعاء الدقيقة بفعل إنزيم اللاكتيز والمالتيز والسكريز . ثم إلى الدورة البابية فالكبد . وتمثل الكربوهيدرات لإنتاج الطاقة والفائض يخزن على شكل جلايكوجين ودهون .

ب – البروتينات:

وتسمى أيضا المواد الزلالية ، تتشكل من سلسلة من الأحماض الأمينية ، ويدخل في تركيبها الكربون والهيدروجين والأكسجين ، بالإضافة إلى النيتروجين . وقد يحتوي بعضها على الفسفور والكبريت والحديد .

أولا – تصنيف البروتينات:

– يمكن تصنيف البروتينات حسب تركيبها الكيماوي إلى ثلاثة أقسام :

- البروتينات البسيطة مثل البيومين البيض .
- البروتينات المركبة مثل الهيموجلوبين .
- البروتينات المشتقة مثل الببتيدات .

– كما يمكن تصنيف البروتينات حسب ما تحتويه من الأحماض الأمينية :

- بروتينات كاملة مثل الحليب ، والبيض ، واللحوم .
- بروتينات ناقصة جزئيا مثل بروتين القمح .
- بروتينات ناقصة مثل بروتين الذرة .

ثانيا – وظائف البروتينات :

– بناء أنسجة الجسم وتعويض ما فقده الجسم من أنسجة .(1)

– لتكوين الهرمونات والأنزيمات .

(1) American academy of pediatrics. Committee on nutrition. On the feeding of supplemental foods to infants. Pediatrics : 1980 ; 65 : 1178-1181

— لحفظ الضغط الاسموزي في الدم .

— لإمداد الجسم بالطاقة .

— تزويد الجسم بالأحماض الأمينية الأساسية (ثريونين ، ليوسن ، ليسين ، إيزوليوسين فالين ، ميثونين ، تربتوفان) .

إن أهم مصادر للبروتينات هي الأطعمة الحيوانية كاللحوم بأنواعها ، والبيض ومنتجات الحليب ؛ لأنها ذات قيمة حيوية عالية ، فهي تحتوي على جميع الأحماض الأمينية الأساسية و بالنسب الموافقة لاحتياجات الإنسان .

و يحتاج الإنسان إلى 15 % من الطاقة اليومية من البر وتينات .

ج — الدهون (الليبيدات) :

تتكون من الكربون و الهيدروجين و الأكسجين ، إلا أن نسبة الهيدروجين في الدهون أعلى منه في الكربوهيدرات .

وظائف الليبيدات:

— تزويد الجسم بالطاقة ، فالدهون مصدر مركز للطاقة .

— حماية الأعضاء الداخلية والأعضاء الحيوية من الصدمات الخارجية .

— مصدر للفيتامينات الذائبة في الدهون (أ ، د ، ه ، ك) .

— مصدر للأحماض الدهنية الأساسية اللينولييك ، الأركيدونيك و اللينولييك .

و يحتاج الأطفال و هم في طور النمو إلى 2 - 3 غم/كغم من وزن الجسم .

وأهم مصادر الدهون هي : اللحوم بأنواعها و

منتجاتها _____ ، و الجوز ، الفول السوداني ،

الألبان و منتجاتها و البيض .

إن نقص الأحماض الدهنية الأساسية ينتج عنه تأخر في النمو والأكزيما وعدم سلامة الجلد والأظافر و الجهاز التناسلي، وينصح الأطفال بتناول 1 % من الطاقة اللازمة على هيئة أحماض دهنية أساسية

د - الفيتامينات :

الفيتامينات مواد عضوية توجد بكميات ضئيلة، إلا أنها تؤدي وظائف هامة للجسم فهي تعتبر أساسية لجسم الطفل من أجل النمو السليم والصحة الجيدة .

أولا - أقسام الفيتامينات :

— الفيتامينات التي تذوب في الدهون و تشمل :

• فيتامين (أ) :

وظائفه:

* ضروري للإبصار .

* مهم لبناء الأنسجة الطلائية و الخلايا المخاطية المبطنة و مقاومتها للأمراض ، فهو مادة مقاومة للأكسدة ، و مضادة للعدوى بالجراثيم .

* مهم لتكوين العظام .

* ضروري للتكاثر و لصحة الأعصاب .

* ضروري لبناء بعض المواد الحيوية مثل الجلوكوبروتين .

* ضروري لإفراز هرمونات الجلوكوكورتيكويدات .

أهم مصادره هي الأغذية الحيوانية مثل : الحليب ومنتجاته ، البيض ، اللحوم ومنتجاتها ، الأسماك و الخضار ذات الأوراق الخضراء و الجزر .(1)

يحتاج الأطفال 300 ميكروغرام /يوم .

• فيتامين (د) :

وظائفه:

* ضروري لامتصاص و تمثيل الكالسيوم و الفوسفور و المغنزيوم و الزنك .

(1)Steinemann TL, Christiansen SP. Vitamin A deficiency and xerophthalmia in an autistic child. *Arch Ophthalmol* 1998 ; 116 : 392-393

* مهم للمحافظة على مستوى هرمون الغدة الدرقية الذي ينظم عملية حركة الكالسيوم والفوسفور من وإلى العظام .

* تنشيط أنزيم الفايترز الذي يحرر الفوسفور .

* ضروري للنمو.

وأهم مصادره : زيت كبد السمك، الكبد، البيض، الزبد، ويصنع جسم الإنسان هذا الفيتامين عند التعرض للشمس.

ويحتاج الأطفال دون السن السابعة للوقاية من الكساح 10 ميكروغرام / لليوم ، وبعد السن السابعة 2.5 ميكروغرام / لليوم .

• فيتامين (هـ) :

وظائفه :

* أهم وظائفه البيولوجية كونه مادة مضادة للأكسدة ، فيمنع بذلك أكسدة الأحماض الدهنية غير المشبعة .

* المحافظة على سلامة الأغشية الحيوية و يمنع انحلال كرات الدم الحمراء .

* يقي فيتامين (أ) من الأكسدة ، و يقي الكبد من التسمم بـ CC14 .

* ضروري لتمثيل الأحماض الأمينية المحتوية على الكبريت .

* تنشيط الأنزيمات و مرافقات الأنزيمات الضرورية لعملية التنفس .

* يمنع العقم والإجهاض ويساعد في حدوث الولادات الطبيعية .

* يقوي المناعة وله فعل واق ضد السرطان ، و يستعمل كعلاج لحالات فقر الدم للأطفال الخداج .

وأهم مصادره الحبوب الزيتية و الزيوت المستخرجة منها ، والحبوب الكاملة ، والبقوليات والخضروات ذات الأوراق الخضراء .

واحتياجات الفرد 5 - 30 ملغم/اليوم تزيد مع زيادة نسبة الأحماض الدهنية غير المشبعة في الطعام. (1)

• فيتامين (ك) :

وظائفه :

* ضرورة لتخثر الدم ، لذلك يستخدم في علاج الأطفال حديثي الولادة المصابين بالنزيف
* يشارك في تفاعلات الأكسدة و الاختزال و الفسفرة لإنتاج ATP .

أهم مصادره الخضر ووات الورقية الخضراء ، و البقول و الحبوب ، و فول الصويا.

يحقن الأطفال حديثي الولادة بمقدار 1- 2 ملغم ، كما ينصح بتعاطي الأمهات

لفيتامين (ك) قبل الولادة لأن انتقاله عبر المشيمة غير كاف .2

— الفيتامينات الذائبة في الماء :

• فيتامين (ج) :

وظائفه :

* عامل مضاد للأكسدة ، و يعمل كحامل للهيدروجين في عملية التأكسد و إنتاج الطاقة

* يقي ضد الإصابة بالزكام و النزلات الصدرية و ضد الإسقربوط .

* ضروري لتكوين الكولاجين الهام للمفاصل ، و ضروري لتكوين الأسنان ، و يساعد

على التئام الجروح و الكسور .

* مهم لتمثيل الأحماض الأمينية (التربتوفان) ، و لنشيط حامض الفوليك ، و يساعد في

امتصاص الحديد .

* ضروري لتخليق هرمونات قشرة الأدرينال .(3)

(1) Navarro J, Ricour C. Vitamine E. In : Traité de nutrition pédiatrique. Paris : Maloine, 1993 : 247-253

2 Motohara K, Matsukura M, Matsuda I, Iribe K, Ikeda T, Kondo Y et al. Severe vitamin K deficiency in breast-fed infants. J Pediatr 1984 ; 105 : 943-945

(3) Navarro J, Goulet O. Vitamine C. In : Traité de nutrition pédiatrique. Paris : Maloine, 1993 : 286-291

أهم مصادره هي : الفواكه (الحمضيات) ، الخضروات الطازجة (الخضراء)
ويحتاج البالغ إلى 30 ملغم / لليوم .

— مجموعة فيتامين (ب) المركب : (1)

• فيتامين (ب1):

من أهم وظائفه ما يلي :

* ضروري لعملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات .

* ضروري للنمو المثالي للأطفال و الرضع .

* فاتح للشهية و مساعد في عملية الهضم و مقو للمناعة .

* ضروري لسلامة وظائف الأعصاب .

أهم مصادره الخميرة و البقول و اللحوم ، و الكبد و البيض ، و يحتاج الإنسان
إلى 0.4 ملغم / 1000 سعر .

• فيتامين الريبوفلافين (ب 2) :

من أهم وظائفه ما يلي :

* له دور في عمليات ميثابولزم البروتين و الدهون و الكربوهيدرات و لعمليات تخليق
البروتينات مثل بناء الهيموغلوبين .

* مهم لعمليات ميثابولزم عدسة و قرنية العين ، و يساعد على حماية العين من الموجات
الضوئية القصيرة و تنشيط العصب البصري للعين .

أهم مصادره : الكبد و اللحوم ، و الحليب و البيض ، و البقول و الخمائر .

ويحتاج الأطفال 0.6 ملغم/اليوم و للحوامل 2 ملغم، وللمرضعات 2.5 ملغم / لليوم.(2)

(1) Munnich A, Cormier-Daire V. Les vitamines B 1B 2B 6et B.8In : Traité de nutrition pédiatrique. Paris :
Maloine, 1993: 27-254

(2) Navarro J. Carences vitaminiques en pédiatrie. Rev Prat; 1985 ; 35 : 575-583

• فيتامين (ب 6) :

تتمثل وظائفه فيما يلي :

- * ضروري لتمثيل الأحماض الأمينية و امتصاصها .
 - * ضروري لميتابوليزم و نشاط الأعصاب .
 - * ضروري لصحة الأوعية الدموية و كريات الدم الحمراء .
 - * ضروري لتكوين الأحماض الدهنية و بالتالي فهو ضروري لنمو الأطفال .
- أهم مصادره الخميرة و الكبد ، و البقول و البذور الزيتية و البيض ، و الحليب واللحوم و الأسماك و الخضروات الورقية .
- و يحتاج الأطفال 1.2- 1.3 ملغم / لليوم (1)

• فيتامين النياسين :

تتمثل وظائفه فيما يلي :

- * ضروري لتمثيل البروتين و لتخليق أملاح الصفراء .
 - * ضروري لتكوين الأوعية الدموية و تكوين كريات الدم الحمراء .
 - * في حالات ارتفاع نسبة الدهون في الدم فقط يعمل على خفض تركيز الدهون في الدم .
- أهم مصادره : الخميرة و الحبوب، البقول، والجوز و الفستق و الكبد و الكلى و القلب واللحوم .
- و يحتاج الإنسان 1 ملغم نياسين أو ما يكافئه /1000سعر .

• حامض البانتوثينيك :

تتمثل وظائفه فيما يلي :

- * ضروري لعمليات التمثيل الغذائي .

(1) Bessey OA, Adam DJ, Hansen AE. Intake of vitamin B6 and infantile convulsions: a first approximation of requirements of pyridoxine in infants. *Pediatrics* 1957 ; 20 : 33-37

* ضروري لنمو الخمائر و لنمو الأطفال .

* ضروري لتكوين الأجسام المضادة وحفظ التوازن الغذائي لخلايا الجلد .

أهم مصادره : الخميرة ، واللحوم ، والكبد ، والبيض والحليب والبقول والحبوب والخبز والقرنبيط والبطاطا و الفول السوداني و الطماطم .

و يحتاج الأطفال إلى 5 - 8 ملغم / لليوم ، و يضاف 50ملغم للمرضع و الحامل .

• حامض الفوليك (ب 9) :

له وظائف عديدة ، نذكر منها :

* ضروري لتمثيل البروتين و لتكوين الأحماض النووية ، و لتكوين و نضج كريات الدم في مخ العظام .

* علاج لفقر الدم لدى الحوامل .

أهم مصادره : الخميرة و الكبد و البيض والحبوب والبقول والخضار الورقية و

الموز . و يحتاج الإنسان 200 ميكروغرام / لليوم ، و يضاف للحوامل 400 ميكروغرام يوميا .(1)

• البيوتين :

تتمثل وظائفه في :

* ضروري لأكسدة الكربوهيدرات ، و تخليق الأحماض الدهنية .

* تنشيط حامض الفوليك .

أهم مصادره : الكبد و الكلى و البيض و الحليب و الخضروات و بعض الفواكه .

و يحتاج الأطفال 20 - 40 و الرضيع 10 - 15 ميكروغرام / لليوم

• فيتامين (ب 12) :

وظائفه تتمثل فيما يلي :

(1) Sinclair HM. Thiamin. Vitamins in medicine. London: William Heineman Medical Books, 1986 : 114-167.

* ضروري لتمثيل البروتين و تخليق الأحماض النووية .

* ضروري لصحة الجلد .

* العامل الفعال لعلاج الأنيميا الخبيثة .

أهم مصادره : الكبد و الكلى و اللحوم و الألبان و الدواجن و الأسماك .

و يحتاج الإنسان 2 ميكروغرام لليوم .(1)

• الكولين :

من أهم وظائفه نذكر ما يلي :

* تساعد في بناء الفوسفوليبيدات ، و بذلك يقلل من دهون الجسم ، و يستعمل علاجا لتلفيف الكبد.

*مكون لمادة الاستايل كولين و هي أداة توصيل المنبهات في الجهاز العصبي .

* ضروري لتمثيل البروتين .

أهم مصادره : صفار البيض واللحوم والأسماك والحبوب .

هـ – الأملاح المعدنية :

أولا – الكالسيوم :

– وظائفه :

• مهم لتكوين العظام و الأسنان و هو ضروري للنمو.

• ضروري لانقباض العضلات و تجلط الدم .

• ضروري للانتقال الطبيعي لعمل الجهاز العصبي .

• ينشط عمل بعض الإنزيمات في معدة الطفل الرضيع .

• ضروري للمحافظة على التوازن الحامضي القاعدي .

(1) Navarro J, Vidailhet M. Vitamine B12. In : Traité de nutrition pédiatrique. Paris : Maloine, 1993 : 273-279.

— أهم مصادره : الحليب و منتجاته و الخضروات الورقية ، و البقول .
يحتاج الإنسان إلى 400 – 500 ملغم /اليوم و يضاف للحامل و المرضع 500 ملغم
يوميًا .

ثانياً — الفوسفور :

— وظائفه :

- يدخل في تركيب العظام و الأسنان و الأنسجة الرخوة و بلازما الدم .
- لتوليد الطاقة في عضلات الجسم .
- ضروري لتمثيل الكربوهيدرات و البروتين و الدهون .
- ضروري لحفظ التوازن القاعدي — الحامضي في الجسم .
- عامل هام لضبط نسبة السوائل في الجسم .

— أهم مصادره : الحليب و منتجاته و البيض و اللحوم و منتجاتها و البقول .

ثالثاً — المغنيزيوم :

— وظائفه :

- ضروري لعملية تكلس العظام و تمثيل الكربوهيدرات و البروتين (1).
- ضروري لتقلص و انقباض العضلات و لعمل الجهاز العصبي .

— أهم مصادره : واسع الانتشار في الأغذية .

رابعاً — الحديد :

— وظائفه :

- هام لتكوين الهيموغلوبين و المايوغلوبين .

(1) Greene HL, Hambidge KM, Schanler R, Tsang RC. Guidelines for the use of vitamins, trace elements, calcium, magnesium and phosphorus in infants and children receiving total parenteral nutrition: report of the subcommittee on pediatric parenteral nutrient requirements from the committee on clinical practice issues of the american society for clinical nutrition. *Am J Clin Nutr* 1988 ; 48 : 1324-134

- ضروري لإتمام عمليات الأكسدة و الاختزال و إنتاج الطاقة .
- أهم مصادره : اللحوم و منتجاتها و البيض و الخضروات الخضراء و الفواكه المجففة والعسل الأسود و البقوليات .
- تبلغ احتياجات الذكور 5 - 9 . الإناث 14 - 28 ملغم / لليوم .
- خامسا — النحاس :
- وظائفه :
- يلعب دورا مهما في عمليات التأكسد و الاختزال .
- يساعد على امتصاص الحديد و تكوين الهيموغلوبين .
- أهم مصادره : اللحوم و الحبوب و البقول و الكاكاو و الجوز .
- و تقدر احتياجات الأطفال 1 ملغم / لليوم .
- سادسا — اليود :
- وظائفه :
- يدخل في تركيب هرمون الثيروكسين الذي ينظم عمليات النمو و توازن الماء ، و تمثيل الكربوهيدرات ، ونشاط الجهاز العصبي و العضلي و الدوري و التناسلي .(1)
- أهم مصادره : الأغذية البحرية و الخضار المزروعة في تربة غنية باليود ، و ملح الطعام المدعم باليود .
- احتياجات الإنسان 0.1 - 0.15 ملغم / لليوم .
- سابعا — الفلور :
- وظائفه :
- يوجد في العظام و الأسنان و يقي من تسوس الأسنان ، حيث يعطي صلابة للأسنان .
- أهم مصادره : الأغذية البحرية و الشاي و المياه و معاجين الأسنان .(2)

(1) American academy of pediatrics. Committee on nutrition. Vitamin and mineral supplement needs in normal children in the United States. Pediatrics1980 ; 66 : 1015-1021.

(2) Navarro J, Putet G. Acide folique. In : Traité de nutrition pédiatrique. Paris : Maloine, 1993 : 280-285

ثامنا - الزنك :

- وظائفه :

• يدخل في تركيب الإنزيم الموجود في كريات الدم الحمراء وجدران

المعدة ولإنتاج HCL المعدة .

• مهم للنمو الطبيعي

• ضروري لتمثيل البروتين و الكربوهيدرات .

- أهم مصادره : الأغذية الحيوانية و الحبوب الكاملة .

تاسعا - المنغنيز :

- وظائفه :

• ضروري للنمو و التكاثر و تمثيلا الحديد و بناء الهيموغلوبين .

• عامل مساعد و مهم لتمثيل الكربوهيدرات .

• هام لتكوين العضاريف .

• عامل ناقل للدهون .

- أهم مصادره : الحبوب و البقول و الأغذية الحيوانية المصدر .

عاشرا - الصوديوم :

- وظائفه :

• تنظم توازن الماء في الجسم .

• المحافظة على توازن الحموضة القاعدية في الجسم .

• يؤثر على سرعة تهيج العضلات و تنظيم ضربات القلب .

• هام لامتصاص و تمثيل الكربوهيدرات .

- أهم مصادره : الملح و الفواكه و الخضار و الأجبان و الأطعمة المحفوظة .

تبلغ الاحتياجات في الظروف الطبيعية 5 جم / لليوم .

حادي عشر – الكلور :

– وظائفه :

- يساهم في نقل و توزيع الأيونات في الجسم ، و تنظيم كميات الماء والضغط الأسموزي في الدم و سوائل الجسم .
 - تنظيم الحموضة القلوية .
- أهم مصادره الملح الفواكه و الخضار و الأغذية المحفوظة .

ثاني عشر – البوتاسيوم :

– وظائفه :

- تنظيم الضغط الأسموزي و درجة الحموضة و القلوية لسوائل الجسم .
- ضروري لحساسية العضلات و انقباضها .
- هام للنمو و تمثيل الكربوهيدرات .

– أهم مصادره باستثناء القشدة ، بياض البيض و الحبوب المقشورة .(1)

ثالث عشر – الكبريت :

– وظائفه :

- يدخل في تركيب الأحماض الأمينية التي تحتوي كبريت (ميثونين ، السيستين)

- يدخل في تركيب الأنسولين و هو هام لعمليات التأكسد و الاختزال .

– أهم مصادره : البصل و الفجل و الأغذية الغنية بالميثونين و السيستين .

و – الماء :

أولا – وظائفه :

– ضروري لتكوين البناء الداخلي للخلية ، و للدم ، و السائل الليمفاوي

(1) Navarro J, Ricour C. Vitamine E. In : Traité de nutrition pédiatrique. Paris : Maloine, 1993 : 247-253

والسائل النخامي .

- ضروري لإفرازات الدموع ، و اللعاب و الحليب و لسوائل المفاصل .
- نقل المواد الغذائية في الجهاز الدوري و الليمفاوي و إخراج الفضلات .
- المساهمة في بعض التفاعلات الكيماوية و تشكيل وسط مناسب لها .
- تنظيم درجة حرارة الجسم .
- توازن الحموضة و القلوية .
- ترطيب المفاصل و الأغشية المخاطية .
- المساعدة في عمليات المضغ و البلع و الهضم .
- ضروري للإبصار و السمع .
- هام جدا النظافة .

ثانياً — مصادره :

ماء الشرب ، سوائل الأطعمة ، و نواتج عمليات التمثيل .(1)

2-7 - الاحتياجات الغذائية للأطفال:

العناصر الغذائية	3 - 5 سنوات	6 - 12 سنة
الطاقة	1300 - 17000	2100 - 2500 سعر/يوم .
البروتين	40 - 50	60 - 70 غم / يوم .
الكالسيوم	01	01 غم / يوم .
الحديد	7 - 8	07 - 08 ملغم / يوم .

(1) Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. Vitamin K compounds and the water-soluble analogues: use in therapy and prophylaxis in pediatrics .*Pediatrics* : 1961,28 ,501

3-7 - علاقة سوء التغذية بقاتلات الشهية:

إن الاهتمام بشهية الطفل أمر على غاية الأهمية، وبه يقبل الطفل على الطعام. وعند فقدان الشهية لا يقبل الشخص على الطعام، وفقدان الشهية عامل رئيسي لحدوث سوء التغذية؛ لذلك يجب تنويع الأغذية من حيث الأصناف والأشكال والتنسيق والنظافة لتساهم بفتح الشهية، وبالتالي تأمين تغذية متوازنة.

ولفقدان الشهية أسباب أهمها: العادات الغذائية الخاطئة، ومعاملة الطفل غير الجيدة وخاصة وقت الطعام ويجب عدم إجبار الطفل على تناول طعام معين بل تشجيع وتعويدهم على نمط غذائي صحيح، والاهتمام بمظهر الطعام وتنويعه ونظافته، كذلك الأمراض التي تصيب الأطفال بالإضافة إلى العوامل النفسية . ويكون العلاج المثالي بأنه عند رفض الطفل الغذاء يرفع الغذاء دون إعطاء الطفل اهتماما كبيرا، فإذا طلب الطفل الغذاء يرفعه عنه، فيجاءه بغيره، فإذا طلب الانتظار للوجبة القادمة، وهكذا يُعوّدُ الطفل ويطلب أمه بالطعام بالأوقات الاعتيادية وتزول حالة فقدان الشهية.

ومن خلال الأخطاء الشائعة وغير محمودة النتائج الإكثار من إعطاء الأطفال بشكل عام وفي السنة الأولى بشكل خاص "شيبس"، وسكاكر، ومشروبات والحلويات التي تباع للأطفال . إن هذه المواد سهلة الامتصاص وتؤدي إلى شعور الطفل بالشبع وإعراضه عن المواد الغذائية الأخرى وأهمها الحليب ؛ لذلك يحرم الطفل من المواد البروتينية والدهنية والأملاح المعدنية والفيتامينات اللازمة لنموه نموًا سليمًا، وإن الإفراط في تناول هذه المواد (الحلويات ، السكاكر، والشيبس) يؤدي إلى فقر دم، وسمنة واختلال نمو العظام وتسوس الأسنان.(1)

8- الأسرة وصحة بيئة الطفل:

إن صحة البيئة ونظافتها أحد العوامل الرئيسية للمحافظة على صحة المجتمع والأسرة عامة وصحة الطفل بشكل خاص، فالطفل هو الأكثر حساسية والأكثر عرضة

(1) مديحة الخضري، المرجع السابق ، ص 146 .

للأمراض، وبيئة الطفل يجب أن تعطى الكثير من الاهتمام، لأن النظافة جزء رئيسي من الوقاية، والوقاية خير من العلاج.

وإن نظافة بيئة الطفل تعطي الطفل الكثير من الفوائد أهمها : وقايته من الأمراض المعدية، كما تسمح له بحرية اللهو واللعب في هذه البيئة النظيفة المعقمة ، و تعطي أمه و أهله الراحة النفسية والطمأنينة ؛ لذلك تهتم الأسرة بنظافة البيت، كذلك يجب على أولياء أمور الأطفال متابعة نظافة الروضة.

للمحافظة على نظافة المسكن ينبغي كنس المسكن أو غسله يوميا والاستعانة بالمطهرات لتطهير و تعقيم الأرض، كما يمكن الاستعانة بمبيدات الحشرات، كما يجب تنظيف المسكن نظافة شاملة مرة واحدة كل أسبوع شاملا السجاد و الفرش ، وتعريضه للهواء والشمس .

إن نظافة الطرق العامة مسؤولية كل فرد في المجتمع، لذلك يجب على كل أسرة أن تتظف أمام مسكنها بعد رشه بالماء لتجنب خروج الغبار، ويجب عدم إلقاء القاذورات أمام المسكن، وعدم البصق في الطريق بل في منديل.

إن ما يحتاجه الطفل في البيئة الصحية هو الماء النقي والمسكن النظيف والتصريف الجيد للفضلات، والبيت الصحي يجب أن يكون مناسباً لعدد أفراد الأسرة من حيث الحجم والمرافق.

8-1 - شروط المسكن الجيد:

أ - وجود مطبخ مناسب وحمامات مناسبة مزودة بشبكة ماء وصرف صحي مربوط بشبكة مركزية لمحطات التنقية.

ب - جيد التهوية ولا يسمح بمرور الرطوبة من السقف والأرضيات والجدران .

ج - جيد الإضاءة وتجري له أعمال الصيانة المستمرة .

د - وجود خزانات لحفظ الماء مع توفير مكان مناسب للحمامات و وجود بالوعة وصرف صحي لتسهيل عمليات الغسيل .

هـ - إمكانية تدفئته و تبريده عند النوم مع توفير شبكة الكهرباء ، و أماكن خاصة لتخزين الوقود ، و توفر وسائل السلامة .

و – له ممرات منظمة بمساحات مناسبة . (1)

ز – عدد الغرف مناسب لحجم العائلة ، و أن يكون بعيدا عن الضوضاء و في موقع مناسب.

8-2 – مكافحة الحشرات و القوارض الناقلة للأمراض:

إن الحشرات أحياء صغيرة تسبب (تنقل) العديد من الأمراض من البيئة إلى الإنسان مثل الذباب والبعوض والقمل والبراغيث وغيرها؛ وتكمن أسباب مخاطر الحشرات في تواجد الحشرات في أماكن تواجد الإنسان ، و إفرازها روائح كريهة ، ولسعها وطنينها ، و دخولها في فتحات جسم الإنسان (الأنف ، الأذن ، العين) وامتصاصها للدم ، و نقلها للجراثيم و إفسادها للأغذية.

إن أساس مكافحة الحشرات يكمن في عدم إيجاد أماكن صالحة لتكاثرها، و نعي بذلك المحافظة على النظافة و عدم ترك القاذورات، و تكافح الحشرات بالطرق التالية:

أ – التركيز على النظافة العامة، و نظافة المسكن و الطرقات المؤدية إليه ، و عدم ترك أي فضلات في المنزل و أمامه .

ب – تنظيف و تعقيم الدورات الصحية (المراحيض) بشكل دائم.

ج – استخدام المبيدات الحشرية ، و الأوراق اللاصقة، و المعقمات للأرض .

د – تغطية الأطعمة و حفظها بالطرق و الأماكن الصحيحة .

هـ – استعمال الأغطية للوجه و خاصة الأطفال أثناء النوم .

و – استخدام الشبك للأبواب و النوافذ و سد الثقوب و الشقوق .

ز – تجنب ترك فضلات الطعام على المائدة ، و تنظيف أطباق و أدوات طهي الطعام بشكل جيد و مستمر ، و استعمال صناديق لحفظ الفضلات ذات غطاء محكم .

ح – تعريض الفراش للهواء و الشمس بشكل دوري منظم و تهوية المسكن و خزائن المنزل .

(1) أيمن سليمان مزاهرة ، التربية الصحية للطفل ، مرجع سابق ، ص 127 .

ط – تعريض الملابس الشتوية و الصوفية و الفراء و البطاطين و السجاد للشمس و الهواء و تنظيفها بالفرشاة ، و حفظها في علب كرتون محكمة القفل ، مع وضع فلفل أسود و كافور و نفتالين و في شاش معها عند حفظها .

ك – غسل الملابس جيدا و تطهيرها و كيّها ثم حفظها بالطريقة الصحيحة للنظافة التامة و تعريض الملابس للضوء و الهواء (1) .

(1) أيمن سليمان مزاهرة و آخرون ، المرجع السابق ، ص - ص 151 - 157 .

خلاصة الفصل:

من خلال العرض السابق نستنتج أن توفير الرعاية الصحية الكاملة للطفل يتطلب من الأسرة بذل جهد ليس باليسير، ولا مقترنا بفترة معينة أو إجراء واحد، ذلك أن للرعاية الصحية مجالات كثيرة وأساليب متنوعة، وتدابير تدرج من البسيطة إلى الصعبة في بعض الأحيان.

الفصل الخامس: منهجية الدراسة وعرض ومناقشة النتائج.

- 1 - منهجية الدراسة.
- 2 - عرض وتحليل النتائج ومناقشتها في ضوء
فرضيات البحث.
- 3 - نتائج الدراسة.
- 4 - الاقتراحات.

1- منهجية البحث :

1-1- المنهج :

إن اختيار موضوع الدراسة في ميدان العلوم الاجتماعية والانسانية يتوقف على نوع المنهج المستخدم لمعالجة متغيرات الدراسة من حيث الأهداف المراد التوصل إليها والنتائج التي يسعى لتحقيقها.

ولقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي، لكونه المنهج الأكثر ملاءمة لموضوع البحث ويمكن تعريف المنهج الوصفي على أنه: " أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم، لوصف ظاهرة معينة، أو مشكلة محددة، وتصويرها كميًا، أو عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة ، و تصنيفها، وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة." (1)

1-2- عينة الدراسة:

لإجراء الدراسة الميدانية تم اختيار عينة طبقية عشوائية تتكون من 600 أسرة كمجال لإجراء الدراسة، أما عن كيفية اختيار العينة فقد تم إجراء مسح لبعض الأحياء الموجودة شمال وجنوب مدينة المسيلة، باعتبار أحيائها تحتوي على عدد كبير من الأسر، تنتمي إلى مختلف الطبقات الاجتماعية حسب الإحصائيات الأخيرة الممنوحة من طرف بلدية المسيلة.

وقد تم وضع مقياس كمي وآخر كفي لتصنيف الطبقات الموجودة ويتمثل المقياس الكمي في التعليم، المهنة، الدخل، الملكية .

أما المقياس الكفي المعمول به للكشف عن التنوع الطبقي فهو طريقة التحدث، اللباس، وصف المنازل.

وقد تم اختيار حيين الأول هو: حي 1000 مسكن، الذي يحتوي على 1000 أسرة حسب الإحصائيات الأخيرة لسنة 2009.

(1) سامي ملحم: مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000، ص324 .

وتم اختيار 400 أسرة عشوائيا من بين 1000 أسرة، وهي تمثل 40 % حيث أن:

$$. 40 = \frac{100 \times 400}{1000}$$

أما الحي الثاني هو: حي بوخميسة، وهو يحتوي على 550 أسرة حسب الإحصائيات الأخيرة لبلدية المسيلة، وقد تم اختيار 200 أسرة من بين 550 أسرة وهي تمثل نسبة 36,36 حيث أن :

$$36,36 = \frac{100 \times 200}{550}$$

1-3- الوسائل الإحصائية المستخدمة:

لقد عولجت البيانات من خلال استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك على النحو التالي:

- حساب تكرار الاستجابات ونسبها على بنود الاستمارة .

- النسب المئوية وقيمة ك تربيع .

1-4- مصادر جمع المادة العلمية النظرية والميدانية :

لقد تم الحصول على المادة العلمية النظرية والميدانية من المصادر التالية:

أ - مصادر جمع المادة العلمية النظرية:

لقد اعتمد في هذا الإطار جملة من المصادر نذكر منها :

- القرآن الكريم.

- الكتب.

- المجلات.

- القواميس والمعاجم .

- الدوريات.

- الإنترنت.

ب – مصادر جمع المادة العلمية الميدانية:

ميدان الدراسة الذي هو عبارة عن عدد من الأسر التي تختار عشوائيا من ولاية المسيلة.

1-5- – أدوات جمع البيانات الميدانية:

لقد تم في هذه الدراسة استعمال الأدوات التالية:

أ – الملاحظة:

تعتبر الملاحظة وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، و تعرف على أنها: "المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما مع الاستعانة بأساليب البحث و الدراسة، التي يتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة." (1).

وقد تم استخدام هذه الأداة لملاحظة مدى اهتمام الأسرة بنظافة الطفل الشخصية ونظافة البيت وتهويته، وكذا ملاحظة مدى نظافة البيئة الخارجية للطفل ، وذلك للاستفادة منها في تحليل البيانات الميدانية وإعطاء صورة أوضح عن هذه العناصر المهمة.

ب – استمارة المقابلة:

يعرفها ((وليام جود وبول هات)) بأنها: " مجموعة من الأسئلة التي توجه و تملأ الإجابة عنها من المقابل في موقف مواجهة شخصية مباشرة مع شخص آخر." (2) وقد اعتمدنا على هذه الأداة لأن العينة تضم فئة من الأميين وذوي المستوى التعليمي المنخفض، مما يحول دون فهم أسئلة الاستمارة إذا كانت استبياناً. و قد احتوت الاستمارة على (53) سؤالٍ.

1-6- مجالات الدراسة :

1 – المجال المكاني :

(1) غريب محمد السيد أحمد: تصميم البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1986، ص268 .
(2) جعفر عبد الأمير حسن: أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، دار المعرفة، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 1981، ص11.

المجال المكاني هو حي 1000 مسكن، يقع بمدينة المسيلة، وهو يقع في الجهة الشمالية الغربية، وحي بوخميسة في الجنوب الشرقي لولاية المسيلة.

2 – المجال البشري:

تتقسم أسر حي 1000 مسكن إلى نوعين من الأسر، الأولى تنتمي إلى الطبقة المتوسطة أغلب أفرادها يعملون في القطاعات الحكومية، أما النوع الثاني من الأسر فتنتهي إلى الطبقة الفقيرة معظم أفرادها بطالين أو يمارسون مهنا مؤقتة.

أما حي بوخميسة، فتتقسم الأسر به كذلك إلى قسمين، قسم منها تنتمي للطبقة المتوسطة، أغلب أفرادها يعملون في القطاعات الحكومية، أو لهم معاش بالعملة الصعبة، أما القسم الثاني من الأسر فتنتهي إلى الطبقة الفقيرة، أفرادها بطالين أو يشتغلون بالفلاحة.

3 – المجال الزمني:

بتاريخ 20 مارس 2011 تم الاتصال ببلدية المسيلة للحصول على المعلومات الضرورية والإحصائيات الخاصة بالدراسة، وقد استغرقت هذه الدراسة 75 يوما، تم خلالها إجراء ملاحظات و مقابلات مع الأسر لملأ الاستمارات، وذلك من تاريخ 01 أبريل 2011 إلى 15 جوان 2011.

جدول رقم(2) يبين مدى الاهتمام بنظافة البيت و تهويته :

الوقت	الموقف الملاحظ على المبحوث	تاريخ الملاحظة	مكان الملاحظة	نوع الملاحظة
العاشرة صباحا	الاهتمام بنظافة البيت و تهويته	من 01 أبريل 2011 إلى 15 جوان 2011	البيت	بسيطة

خلال مدة زمنية قدرها 75 يوم من تاريخ 01 أبريل 2011 إلى غاية 15 جوان 2011 تم الاتصال بالأسر المكونة لعينة البحث من أجل ملاحظة مدى اهتمامها بنظافة البيت وتوفير هذا الأخير على التهوية اللازمة والكافية وهما شرطان أساسيان للحفاظ على صحة الطفل؛ إذ أن بيئة الطفل لها دور كبير في الوقاية من الأمراض ، خاصة المعدية منها.

وقد لوحظ أن 350 من بين 600 أسرة من كان اهتمامها كبيرا بنظافة البيت، و قد شملت جميع النواحي: أرضية البيت ، الجدران، السقف، الأثاث وترتيبه ، أما الأسر المتبقية فكان اهتمامها مقتصرًا على نظافة الأرض، الأثاث غير مرتب جيدا ، كما لوحظ ضيق المسكن في أغلب الحالات.

أما من حيث التهوية فقد لوحظ أن 400 أسرة من بين 600 اهتمت بالتهوية بالطريقة السليمة والكافية، وأغلبها تقطن الطابقين العلويين، أما بقية الأسر فكانت التهوية لديها غير كافية لتنقية وتجديد هواء البيت.

جدول رقم(3) يبين مدى نظافة البيئة الخارجية :

الوقت	الموقف الملاحظ	تاريخ الملاحظة	مكان الملاحظة	نوع الملاحظة
العاشرة صباحا	نظافة البيئة المحيطة بالبيت	من 01 أبريل 2011 إلى 15 جوان 2011	البيئة المحيطة بالبيت	بسيطة

خلال فترة زمنية قدرها 75 يوم من تاريخ 01 أبريل 2011 إلى غاية 15 جوان 2011 تم الاتصال بالأسر المكونة لعينة البحث من أجل ملاحظة مدى نظافة البيئة الخارجية المحيطة بالبيت، وقد لوحظ أن هذه البيئة غير صحية إطلاقا خاصة في الحي

الحضري، نظرا لانتشار القمامة حول الأماكن المخصصة لها وانبعاث الروائح الكريهة منها، وانتشار الحشرات الضارة كالبعوض و الذباب، بالإضافة إلى الفضلات المرمية عشوائيا من طرف بائعي سوق الخضار المجاور للحي، جعلها بيئة خطيرة على صحة الطفل وغير مناسبة لتواجده فيها.

ب – نتائج استمارة المقابلة:

أولا – بيانات عامة عن الأسرة:

جدول رقم(4) يبين توزيع أفراد العينة حسب السن للزوج والزوجة:

الأم		الأب		الأبوين الفئات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
33,3	200	16.7	100	25 – 17
25.0	150	33,3	200	]35 – 25 [
25.0	150	21.7	130	]45 – 35[
11,7	70	16.7	100	] 55 – 45[
05,0	30	11.7	70	]55 – فما فوق[
100	600	100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أغلبية الآباء ينتمون إلى الفئة العمرية [25 – 35] بنسبة

33,3%، ويمكن إرجاع هذه النسبة إلى أن معظم الشباب اليوم في أغلب الأحيان يفضلون الزواج بعد إكمال دراستهم، وبعد ضمان مستقبل مناسب للحياة الزوجية، أو يتأخر سن الزواج بسبب نقص الإمكانيات المادية ، أو عدم توفر منصب عمل، ثم تليها نسبة 21,7% للفئة العمرية [35 – 45] و نقل إلى 16,7% بالنسبة للفئتين العمريتين [25 – 17] و]45 – 55[فالفئة الأولى مثلت في الأغلب الشباب القاطنين بالريف أين يفضل الآباء تزويج أبنائهم في سن مبكرة فبمجرد بلوغ الشاب يكون في نظرهم أهلا للزواج وتكوين أسرة بغض النظر عن المشاكل والصعوبات التي قد يواجهها في هذه السن المبكرة، وفيما يخص الفئة العمرية [55 – فما فوق] ، فقدرت النسبة بـ 11,7%.

أما بالنسبة للأمهات فإن أكبر نسبة تضمنتها الفئة العمرية [17-25] بـ 33,3%، وهذا نظرا لكون هذه الفترة تمثل فترة الخصوبة بالنسبة للمرأة ، و كذا إلى طبيعة المجتمع المحلي الذي يحبذ زواج المرأة في سن مبكرة خاصة في الريف بحكم العادات والتقاليد . أما نسبة 25 % فمثلت الفئتين العمريتين [25 - 35] ، [35 - 45] وتمثل الفئة الأولى خاصة النساء اللواتي أولين أهمية كبيرة لإكمال تعليمهن الجامعي ومن ثم الحصول على منصب عمل على الارتباط في سن مبكرة ، وتقل النسبة إلى 15 % في الفئة العمرية [45 - 55] لتقل أكثر إلى نسبة 5% في الفئة الأخيرة.

جدول رقم(5) يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأبوين:

الأم		الأب		الأبوين المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
25.2	151	16.7	100	أمي
31.7	190	25.00	150	ابتدائي
10.2	61	16.2	97	متوسط
13,2	80	17.0	102	ثانوي
19.7	118	25.2	151	جامعي
100	600	100	600	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (5) أن معظم الآباء ذوو مستوى جامعي حيث بلغت نسبتهم 25,2 % ،ومعظمهم ينتمون إلى فئة الشباب، أما نسبة 25,0% لذوي المستوى الابتدائي ونسبة 16,7 فمثلت الأميين ،معظمهم ينتمون إلى الفئة العمرية [45 - 55] ، وكانت نسبة 17,0 % لذوي المستوى الثانوي، وأخيرا 16,2% بالنسبة لذوي المستوى التعليمي المتوسط.

أما بالنسبة للأمهات فقد بلغت نسبة الأميات 25,2 %، ويمكن إرجاع ارتفاع هذه النسبة إلى طبيعة المجتمع الجزائري الذي كان ولازال يحرم الفتاة من التعليم خاصة في المناطق الريفية، أو يسمحون لهن فقط بالتعليم الابتدائي وهذا ما يفسر نسبة 31,7 %، أما

نسبة 13,2% فمثلت ذوات المستوى الثانوي، وتقل النسبة إلى 10,2% بالنسبة لذوات المستوى المتوسط، أما ذوات المستوى الجامعي فقدرت نسبتهم بـ 19,2% وربما تعزى هذه النسبة إلى أن الكثير من الفتيات ينقطعن عن الدراسة عند بلوهن المستوى النهائي، ويفضلن التوجه إلى الحياة العملية للممارسة أنشطة أخرى كالحلاقة، الخياطة، الإعلام الآلي، ولا تحبذن فكرة إعادة المحاولة لاجتياز شهادة البكالوريا في حالة فشلهن في اجتيازها.

جدول رقم (6) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية للأبوين :

الأم		الأب		الأبوين الحالة المهنية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
48,2	289	81.3	488	عامل
51,8	311	15.3	92	بطل
--	--	3.3	20	متقاعد
100	600	100	600	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن أغلب الأزواج وذلك بنسبة 81,3% يعملون، وهذا مقابل 15,3% منهم بطالين و 3,3% متقاعدين. أما بالنسبة للأمهات فأغلبهن لا تعملن بنسبة 51,8%، وهذا راجع إلى أن مستواهن التعليمي لا يؤهلهن لممارسة مهنا مناسبة أو قد يرجع إلى معارضة الأزواج لفكرة العمل. أما نسبة 48,2% منهن فهن عاملات. وبالتالي فإن أغلب أسر العينة لها مصدر دخل واحد الذي هو دخل الأب، الذي تقع عليه كل المسؤولية في توفير متطلبات الحياة اليومية رغم محدوديته في بعض الأحيان.

جدول رقم (7) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري :

النسبة	التكرار	الدخل الشهري للأسرة بـ دج
8.3	50	أقل من 8000 دج
41.7	250	من 8000 إلى 22000
32.3	197	من 22000 إلى 36000

17.2	103	أكثر من 36000
100	600	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة دخلهم يتراوح ما بين 8000 دج و22000 دج ، كون أغلبهم يمارسون مهنا بسيطة مثل أعمال حرفية للبناء ووظائف حكومية، أما نسبة 32,2 % تمثل أفراد العينة الذين يتراوح دخلهم ما بين 22000 و36000، أما الأسر التي دخلها يفوق 36000 دج فتمثلت نسبة 17,2 %، وفي الأخير نسبة 08,3 % مثلت من دخلهم أقل من 8000 دج، وهم بطالين، أو يمارسن مهنا مؤقتة.

جدول رقم (8) يوضح توزيع أفراد العينة حسب عدد الأولاد:

النسبة	التكرار	عدد الأولاد
14,5	87	ولد واحد
43,3	260	ولدان
16,7	100	ثلاثة أولاد
6.7	40	أربعة أولاد
16.5	99	خمسة أولاد
2,3	14	سنة فما فوق
100	600	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن أكبر نسبة مثلت أفراد العينة الذين لهم ولدان بنسبة 43,3 % تليها نسبة الأسر التي لها ثلاثة أولاد وتقدر بـ 16,7 %، ثم نسبة 16,5 % للتي لها خمسة أولاد ونسبة 14,5 % منها لديها ولد واحد، أما الأسر التي لها 04 أولاد فتمثلت نسبة 06,7 %، وأخيرا نسبة 02,3 % مثلت الأسر التي لها ستة أولاد فما فوق، ونلاحظ أن ذوو المستوى التعليمي الجامعي هم أصحاب الأسر التي لها ولدان.

جدول رقم(09) يبين الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة:

النسبة	التكرار	الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة
3,3	20	الجد

16,7	100	الجددة
21,7	130	الجدين
58,3	350	--
100	600	المجموع

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر مثلت الأسر التي تعيش مع الجدين حيث بلغت 21,7 % ، وأغلبها تقطن بالوسط الريفي ، تليها نسبة 16,7 % لصالح الأسر التي تعيش معها الجددة ، أما نسبة 3,3 % فمثلت الأسر التي تعيش مع الجد.

جدول رقم (10) يبين مقر سكن الأسرة:

النسبة	التكرار	مقر سكن الأسرة
33.3	200	ريف
66.7	400	حضر
100	600	المجموع

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر 66,7 % مثلت الأسر التي تقطن وسط المدينة أما سكان الريف فكانت نسبتهم 33,3 %.

ثانياً- بيانات خاصة بالفرضية الأولى :

جدول رقم(11) يبين كيفية الاهتمام بغذاء الطفل:

النسبة	التكرار	الاهتمام الاحتمالات
15,8	95	كبير
58,2	349	عادي
26,0	156	عند المرض
100	600	المجموع

إن الاهتمام بغذاء الطفل شرط أساسي ليكون الطفل ذو بنية جسمية قوية، سليمة ومنيعة ضد الأمراض، لذا كان على الأسرة انتقاء الأغذية التي تحوي القدر الكافي من

القيمة الغذائية، وذلك لتفادي أمراض سوء التغذية التي تعد سببا رئيسيا في وفيات الرضع في العام الأول و الأطفال دون سن الخامسة ، و من أمثلة المغذيات الدقيقة التي يجب أن يحتوي عليها غذاء الطفل: اليود، الحديد، فيتامين (أ)، وهي أساسية للصحة الجيدة وللنمو الطبيعي، ونقص أحد هذه العناصر يؤدي إلى أمراض سوء التغذية، الذي بدوره يؤدي إلى أمراض عديدة كالشلل، العمى الليلي ، الموت أحيانا.

ويبين الجدول رقم (11) أن من بين 600 أسرة هناك 95 % من الأسر فقط تهتم بالقيمة الغذائية للطفل مقابل 58,2 % منها كان اهتمامها عاديا ؛ أي أنهم لا يحرصون على توازن غذاء الطفل واحتوائه العناصر الضرورية لنموه، ولا يخصصون للطفل وجبة خاصة.

أما 26,0 % فكان اهتمامها ليس بصفة دائمة اقتصر اهتمامها بغذاء الطفل على فترة المرض، وهذا له انعكاس سلبي على صحة الطفل، إذ يمكن أن سبب المرض هو عدم الاهتمام بغذاء الطفل، وحتى الاهتمام المحصور على هاته الفترة لا يفيد الطفل بشكل كبير مثل ما هو الحال في الحالات العادية، إذ أنه في فترة المرض يرفض الطفل تناول الطعام، وحتى و إن تناوله فبكميات قليلة، فالاهتمام هنا كان متأخرا.

جدول رقم(12) يبين مدى الاهتمام بقيمة غذاء الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
16,0	96	نعم
84,0	504	لا
100	600	المجموع

من خلال الجدول تبين أن نسبة 16,0% فقط من الأسر من كان اهتمامها كبيرا بقيمة غذاء الطفل، أما نسبة 84,0 % مثلت الأسر التي لا تولي اهتماما بقيمة غذاء الطفل، هما قد يكون له الأثر السيئ على البنية الجسمية للطفل ويجعلها هشة عرضة للكثير من الأمراض،فالاتجاهات الحديثة لحماية صحة الطفل تركز بشكل كبير على التغذية الحسنة له باعتبارها أساسا للوقاية.

جدول رقم(13) يبين الاهتمام بالماء المقدم للطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
33,33	200	نعم
66,77	400	لا
100	600	المجموع

لقد دلت الإحصائيات أن هناك حوالي مليوني طفل يموتون سنويا بسبب الأمراض المرتبطة بنوعية المياه، وإن جل هؤلاء الأطفال هم دون سن الخامسة (1)، مما يحتم على الأسرة الاهتمام الكبير والدائم بنوعية الماء المقدم للطفل، والحرص على اتخاذ التدابير اللازمة في حالة تلوثها كتخصيص المياه المعدنية.

ومن خلال الجدول رقم (13) يتضح أن أغلبية أفراد العينة بنسبة 66,77 % لا يهتمون بالماء المقدم للطفل ، فغالبا ما يتناول الطفل بمفرده الماء وهو في هذه السن لا يميز الماء النظيف أو المصدر الصحي للماء، كما لا تهتم الأسرة بالرقابة المستمرة للماء المقدم للطفل، والإراف على تقديم الماء له كلما تطلب الأمر ذلك. أما نسبة 33,33 % من الأسر فكان اهتمامها كبيرا بالماء المقدم للطفل، وهذا له أثر إيجابي على الطفل ومن شأنه وقايته من الأمراض المنتقلة عبر المياه خاصة في فصل الصيف، والتي قد تؤدي بحياته.

جدول رقم(14) يوضح اهتمام الأسرة بصحة الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
70.8	425	عند المرض
29,2	175	فحوص دورية
100	600	المجموع

يتضح من الجدول رقم (14) أن نسبة 70,8 % من الأسر و هي الغالبية ، لا تهتم بصحة الطفل إلا عند المرض ، فهي تهمل الوقاية و المتابعة المستمرة للطفل التي تجنبه

(1) اليونسييف، مسيرة الأمم 1995، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، الأردن، 1995، ص 9 .

الإصابة بالأمراض المختلفة التي قد تكون خطيرة جدا، خاصة في هذه المرحلة التي تكون فيها بنية الطفل الجسمية حساسة جدا و سريعة التأثر ، خاصة مع الظروف التي سبق عرضها من إهمال جانب التغذية ، و يمكن أن يمتد أثرها إلى حياته المستقبلية .

بينما 29,2 % وهي نسبة صغيرة جدا، فهي تمثل الأسر التي تقوم بالمتابعة الصحية للطفل، وهذا له الأثر الإيجابي للطفل؛ إذ يجنبه الإصابة بالأمراض خاصة تلك التي تنتقل عن طريق العدوى، أو التي تتطلب رقابة مستمرة، كالأضرار الأكثر شيوعا في مرحلة الطفولة المبكرة مثل: التهاب اللوزتين الحبيبي، مرض العيون، تسوس الأسنان والتهاب اللثة ، فقر الدم، سوء التغذية، والتي في حالة عدم المتابعة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة على الطفل.

جدول رقم جدول رقم : (15) يبين اهتمام الأسرة بالطفل في حالة إصابته بمرض ما :

النسبة	التكرار	الاحتمالات
25,2	150	عرض الطفل على الطبيب مباشرة
08,3	50	الانتظار بعض الوقت
33,3	200	الاكتفاء بشراء الأدوية من الصيدلية
15,0	90	تعطونه بعض الأعشاب
10,8	65	تعطونه عقاقير شعبية
05,5	30	تعرضون طفل على الطالب
02,5	15	تلجأون للرقية
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتضح أن 25,2 % فقط من الأسر هي التي تقوم بعرض الطفل مباشرة على الطبيب في حالة ظهور أعراض مرض ما على الطفل، وهذا له الأثر الإيجابي عليه ويجنبه عواقب تفاقم المرض في حالة الانتظار، كما يسارع بشفاء الطفل وتخفيف الألم عنه، خاصة وأن الطفل لا يقوى على احتمال الألم ولا يحسن التعبير عنه وعن موضعه. وفي المقابل نجد 33,3 % و هي الأغلبية تنتظر مرور بعض الوقت من ظهور الأعراض، و 15 % تكتفي بشراء الأدوية من الصيدلية، وهذا له أثر سلبي على

الطفل حيث أن ظهور أعراض المرض تكون بعد فترة حضانة الفيروس أو الميكروب (في حالة مرض فيروسي أو جرثومي)، أي أن ظهور أعراض المرض هي فترة حرجة بالنسبة للطفل يجب فيها الإسراع بمكافحة المرض قبل استفحاله في جسم الطفل الذي يتميز بمناعته الضعيفة في هذه المرحلة، كما أن الاكتفاء بشراء الدواء من الصيدلية يعتبر خطأ جسيماً، حيث أن أعراض الأمراض في الطفولة المبكرة متشابهة ويصعب التمييز بينها إلا من قبل الطبيب، والبعض منها إلا بعد إجراء التحاليل المناسبة، وبالتالي فهناك احتمال إعطاء الطفل دواء غير مناسب لحالته قد يزيد الأمر سوءاً، أو التسبب في مشكل صحي آخر، أو قد يؤدي إلى تسكين الأعراض دون الشفاء التام، وبالتالي بقاء مسببات المرض في جسم الطفل.

وحسب إحصائيات مديرية الصحة لولاية المسيلة فقد سجلت 430 حالة وفاة للأطفال في السن ما بين 2-7 سنوات خلال السداسي الأول من هذه السنة، أغلبهم كان بسبب تأخر علاجهم من طرف أسرهم (1) أما نسبة 15,0% مثلت الأسر التي تستعمل الأعشاب الطبيعية في علاج الطفل، تليها نسبة 10,8% للأسر التي تقوم بإعطاء الطفل العقاقير الشعبية دون النظر في كيفية إعدادها ومعايير النظافة الواجب توفرها، وما هي مواصفات الشخص الذي يعدها هل هو مختص في علم الأعشاب أم لا، وكيفية جلب الأعشاب الطبيعية وتجفيفها، وما الظروف التي تباع فيها والتي في الغالب تكون عرضة لمصادر التلوث خاصة الغبار وغازات السيارات والحشرات. كلها عوامل من شأنها أن تضعف أو تبطل من مفعول تلك الأعشاب، أو تجعل لها مفعول عكسي على الطفل الذي تكون بنيته الجسمية حساسة جداً في هذه الفترة؛ إذ أن التداوي بالأعشاب يجب أن يقترن بالمعرفة الواسعة وأن يكون من طرف مختص في هذا المجال، الذي يحدد القدر والكمية اللازمة للجسم والحالة، وإلا كانت نتائج التداوي بالأعشاب ضارة أكثر منها نافعة، أو استعمال أساليب أخرى كالقطع والوشم في حالة الإسهال مثلاً و عدم إعطاء الطفل الماء، وعدم استحمام الطفل المصاب بالحمى – رغم أن هذا الإجراء له فائدة كبيرة بالنسبة للطفل المصاب بالحمى – و هذه من الأخطاء الجسيمة في حق صحة الطفل.

(1) مديرية الصحة لولاية المسيلة، إحصائيات السداسي الأول لسنة 2005 .

أما نسبة 05,5 % فمثلت الأسر التي تلجا للطالب في حالة مرض الطفل إيماناً منها بقدرته على شفاؤه، فسبب المرض حسب ما تظن راجع إلى عين حاسدة أصابت الطفل ، أو تعرضه لأذى من الجن أو أسباب غيبية، فتكتفي أولاً بما يقرأه الطالب من تعاويذ على الطفل أو بما يعلقه عليه من تائم، في حين مثلت نسبة 02,5 % الأسر التي تلجأ للرقية في حالة مرض الطفل ، مهما كانت حالته. ومهما كانت الصفات التي يتميز بها الراقي، ففي الوقت الحالي ظهرت ممارسة الرقية كمهنة يزاولها البعض دون مراعاة أسسها وشروطها الشرعية التي يجب الالتزام بها قبل ممارستها.

جدول رقم(16) يبين مدى تدخل الجدين في علاج الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
14,2	85	يعطونه بعض الأعشاب	نعم
08,2	50	يعطونه بعض عقاقير	
3,3	20	يعلقون حول عنقه بعض التائم	
3,3	20	يأخذونه للطالب	
9,2	55	يأخذونه للطبيب	
61,7	370	لا	
100	600	المجموع	

بينما 45 % منهم فتكتفي بعرض الطفل على الطبيب وإتباع الوصفات والنصائح التي يوجهها للأسرة والتفقد بالأدوية الموصوفة. وهذا له أثر بالغ الأهمية في تعجيل شفاء الطفل وتجنبيه التعرض للمضاعفات المرضية .

جدول رقم(17) يبين ما إذا كان الطفل مصاب بمرض مزمن:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
05,0	30	القيام بالمتابعة الحية الدورية	نعم
11,7	70	عدم القيام بالمتابعة الصحية الدورية	
83,3	500	لا	
100	600	المجموع	

من خلال الجدول رقم (17) يتبين أن هناك 16,7% من الأطفال يعانون من أمراض مزمنة تمثلت في : الربو، الحساسية، فقر الدم وهي أمراض تنشأ في الأصل من الظروف المعيشية السيئة وعدم الوعي والاهتمام وهي تحتاج إلى متابعة صحية مستمرة ودورية لتجنب الطفل المضاعفات الخطيرة للمرض، كذا رفع احتمال الشفاء منها، لكن وللأسف هناك 11,7% من الأسر لا تقوم بالمتابعة، وهذا بالتأكيد له آثار سلبية على صحة الطفل، تمتد إلى حياته المستقبلية، كما أن الأمراض السالفة الذكر تستطيع الأسرة أن تجنب طفلها الإصابة بها والوقاية منها، بينما 83,3% فتمثلت الأسر التي لا يعاني أبناؤها من مرض مزمن.

جدول رقم (18) يبين مدى استعمال الطرق الشعبية في علاج الطفل المصاب بمرض مزمن:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
10,0	10	نتائجها جيدة	نعم
40,0	40	نتائجها غير جيدة	
50,0	50	لا	
100	100	المجموع	

من خلال الجدول يتبين أن نسبة 10.0% من الأسر التي لديها طفل مصاب بمرض مزمن قامت باستعمال الطرق الشعبية في علاجه كالأعشاب، والعقاقير، والاستعانة بالعائز، وكانت نتائجها جيدة بالنسبة لهم، أما 40% منهم فلم تكن نتائجها جيدة وإيجابية على الطفل، ومثلت نسبة 50,0% الأسر التي لم تتبع أي أسلوب من الأساليب الشعبية التقليدية.

جدول رقم : (19) يبين الأمراض التي يتعرض لها الطفل غالبا:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
10,0	60	الزكام
41,7	250	النزلات الشعبية
15,0	90	التهابات الأذن
06,6	39	الإسهال

01,8	11	إصابات العيون
25,0	150	التهاب اللوزتين
100	600	المجموع

من خلال الجدول رقم (19) يتضح أن أكبر النسب سجلت عند النزلات الشعبية والتهاب اللوزتين أي نسبة 41,7% تليها 20%، وكما سبق وأن بيّنا في الجانب النظري، أن هذه الأمراض من بين أهم الإصابات التي يتعرض لها الطفل في سنوات طفولته المبكرة وبيّنا كذلك أن الأسرة بإمكانها تجنب الطفل الإصابة بها باتباع عدة إجراءات وتدابير وقائية ليست بالصعبة ولا تتطلب إمكانيات مادية كبيرة تفوق طاقة الأسرة، وإنما هي أساليب بسيطة كتهوية البيت الجيدة والمستمرة والمنتظمة الحرص الشديد على: لباس الطفل (نظافته، ملاءمته للمناخ الفصلي والتقلبات الجوية) تغذية الطفل، المياه المقدمة للطفل، تجنب تعرض الطفل للعدوى من الأشخاص المصابين •، وحسب نتائج الملاحظة والتي تبين من خلالها نقص اهتمام بعض الأسر بجانب التهوية، والنظافة الشخصية للأطفال وعدم نظافة البيئة الخارجية وخطورتها، تفسر إلى حد ما هذه النتائج، إلى جانب نقص وعي هاته الأسر بطرق الوقاية، وخطورة هذه الأمراض على صحة الطفل الحالية والمستقبلية. أما الإصابة بالإسهال فكانت النسبة، 06,6%، ويمكن تفسيرها بنقص الاهتمام بالمياه المقدمة لطفل كما وضحته نتائج الجدول رقم (13). بينما نجد أن 10,0% سجلت عند مرض الزكام و1,8% عند إصابات العيون. ،التي يمكن إرجاع أسباب الإصابة بها إلى الأسباب السالفة الذكر.

جدول رقم(20) يبين مدى اهتمام الأسرة بالنظافة الشخصية للطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
33,3	200	اهتمام كبير
06,7	40	اهتمام عادي
60,0	360	على فترات

100	600	المجموع
-----	-----	---------

إن الاهتمام بالنظافة الشخصية للطفل في هذه المرحلة له صلة وثيقة بسلامة صحته؛ إذ أن هناك أمراضا كثيرة مصدرها عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية للطفل مثل: جدي الماء، الرممد الحبيبي، قوباء الرأس، القمل، والكثير من الأمراض الجلدية، ومن خلال الجدول يتضح أن نسبة 33,3% من الأسر كان اهتمامها كبيرا بنظافة الطفل الشخصية: الحرص على استحمام الطفل على الأقل مرة في الأسبوع، نظافة الثياب الدائمة، تقليم أطراف الطفل نظافة يدي وقدمي الطفل باستمرار، نظافة الأذنين، العينين، فروة الرأس، المناطق التناسلية للطفل التي قد تتعرض في هذه المرحلة لبعض الإصابات الناجمة عن إهمال النظافة.

وفي المقابل نجد نسبة 06,7% من الأسر تولي اهتماما عاديا بنظافة الطفل الشخصية كغيره من أفراد الأسرة، غير واعية بضرورة النظافة في هذه الفترة. أما 60,0% فمثلت الأسر التي تهتم بنظافة الطفل على فترات، فتهتم بالطفل عند استيقاظه وعند ذهابه للحمام، غير أن طبيعة الطفل الحركية وحبه للاستكشاف تجعله يحب فتح ولمس كل شيء خاصة إذا كان خارج المنزل، فنجده يلعب بكل شيء ويلمسه حتى البلاط والتراب، مما يحتم على الأسرة المراقبة الدائمة له في كل وقت للتأكد من نظافته.

جدول رقم (21) يبين مدى اهتمام الأسرة بتلقيح الطفل قواعد النظافة الشخصية :

النسبة	التكرار	الاحتمالات
38,3	230	اهتمام دائم
46,5	279	أحيانا
15,2	91	عدم الاهتمام
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن 38,3% من الأسر تولي اهتماما دائما لتلقيح الطفل قواعد النظافة الشخصية، كغسل اليدين قبل الطعام وبعده وقبل النوم، خاصة بعد الخروج من الحمام، تنظيف الأسنان على الأقل مرتين في اليوم، وخاصة قبل النوم، الاهتمام بنظافة الثياب، عدم اللعب في الأماكن غير النظيفة، غسل الوجه بالصابون، عدم تمخييط الأنف و

تخصيص مناديل (ورقية) خاصة بالطفل، وحثه على استعمالها، عدم تناول الخضار والفواكه قبل غسلها، بالإضافة إلى العديد من العادات الحسنة، التي رغم بساطتها فهي تحصن الطفل ضد الأمراض وتقيه منها، وخاصة تلك التي تنتقل عن طريق العدوى والملامسة، كما يصبح الطفل غير معتمد كلية على الأسرة فيما يخص نظافته الخاصة. أما 46,5 % من الأسر فاهتمامها يكون غير دائم، وأحيانا فقط ما تولى اهتمامها بهذا الشأن، وهذا لن يكون له أثر كبير وإيجابي في تعلم الطفل لهاته العادات ومواظبته عليها، فالتعلم يكون بصفة مستمرة وبصفة الإلزام ، ففي هذه الحالة تقوم الأسرة بإجبار الطفل على اتباع عادات معينة اليوم، وفي اليوم التالي تتركه بدون متابعة، فيتكاسل الطفل ولا يقوم من تلقاء نفسه بهذه الأعمال ، و هذا له أثر سلبي على صحته الجسمية بالدرجة الأولى، وعلى تنشئته الاجتماعية بالدرجة الثانية باعتباره أسلوبا غير سليم في التربية. بينما 15,2 % فمثلت الأسر التي لم تهتم بهذا الأمر، وهذا يدل على عدم وعيها وكذا ثقافتها المحدودة فيما يخص قواعد النظافة الشخصية ، أو إلى كثرة انشغالات الأم .

جدول رقم(22) يبين مدى اهتمام الأسرة بتهوية البيت :

النسبة	التكرار	الاحتمالات
81.7	490	نعم
18,3	110	أحيانا
100	600	المجموع

إن نقص شروط التهوية في البيت من شأنه خلق الجو المناسب للعديد من الجراثيم والميكروبات التي تجد في عدم التهوية الوسط الملائم لتكاثرها وانتشارها بالإضافة إلى سهولة انتقال العدوى بين أفراد الأسرة ، في حين أن تجديد الهواء للبيت بشكل منتظم ومستمر يكفل تطهير البيت من مسببات الأمراض التي تتكاثر في الأوساط المغلقة التي لا تصلها أشعة الشمس والهواء النقي.

وإن الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة هو الأكثر تضررا من هذا الوضع لبقائه لفترة أطول في البيت بحكم صغر سنه فيكون عرضة للإصابة بأمراض الحساسية والربو

وأعراض العيون ومن خلال الجدول تبين أن نسبة 81,7 % من الأسر تهتم بتهوية البيت بصفة دائمة تقابلها نسبة 18,3 % من الأسر فتقوم أحيانا بتهوية البيت.

جدول رقم (23) يبين مدى توفير الأسرة للغذاء الكامل للطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
43,3	250	نقص الامكانيات المادية	لا
07,5	45	عدم الاهتمام	
33,3	200	عدد أفراد الأسرة	
15,8	95	نعم	
100	600	المجموع	

إن الغذاء الكامل كما سبق وأن أشرنا في الجانب النظري ضروري جدا لنمو الطفل في الإطار السليم الخالي من المشاكل الصحية، التي أغلبها يرجع سببها إلى نقص التغذية، التي تعد سببا رئيسيا في وفيات الأطفال دون الخامسة؛ وبذلك تصبح التغذية جزء من الاستثمار الذي أنفقه المجتمع في تربية ورعاية الطفل.

وفي تقرير لليونسف وجد أن 800000 طفل يعانون من سوء التغذية بدرجة حادة تعرضهم للموت، وهي السبب في وفاة نصف جميع وفيات الأطفال دون الخامسة، وأن ثلث الأطفال في الدول النامية دون الخامسة أي حوالي 183 مليون يعانون من نقص شديد أو متوسط في الوزن (1). وفي الجزائر وحسب نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة فهناك 10.9 % من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من نقص الوزن، و 7.5 % منهم يعانون من النحافة و 21.8 % يعانون من قصر القامة (2).

ومن خلال الجدول يتبين أن 15,0 % فقط من الأسر توفر الغذاء الكامل للطفل، ومن الملاحظ أنها أسر ذات دخل و مستوى اجتماعي و ثقافي جيد.

أما نسبة 85,5 % و هي أكبر نسبة فتمثلت الأسر التي لا توفر الغذاء الكامل للطفل ، وكانت نسبة 43,3 % منها أرجعت السبب إلى نقص الإمكانيات المادية التي

(1) اليونسيف : مسيرة الأمم 1995، المرجع السابق، ص 09 .

(2) موقع انترنت : www.PAPEAM.org ، 26 - 03 - 2010 ، على الساعة 11.00 صباحا .

تؤثر على القدرة الشرائية للأسرة، التي لا تستطيع بحكم انخفاض دخلها وعدم كفايته توفير الغذاء الجيد والكمال الذي يتطلبه نمو الطفل السليم، خاصة ذلك الذي يحتوي على الحديد والكالسيوم ، فيتامين (أ) ، كالحليب: فشربه الطفل مرة واحدة في اليوم يعد غير كاف ، بالإضافة إلى الأسماك، اللحوم، الفواكه ، البيض

أما نسبة 07,5 % منهم فمثلت الأسر التي يرجع السبب فيها إلى عدم الاهتمام، رغم توفر الإمكانيات المادية، ويرجع هذا بدوره إلى نقص وعي الأسرة بشروط الغذاء الكامل ومحتوياته، وضرورة توفيره للطفل في هذه الفترة الحرجة من عمره، كما لا تعرف مواعيد تقديم الطعام في الوقت المناسب وتوزيعه حسب الوجبات الرئيسية للطفل في اليوم، فما يحتاجه الطفل في وجبة الإفطار يختلف عما يحتاجه في وجبة الغذاء، وما يحتاجه في وجبة الغذاء يختلف عن وجبة العشاء. أخيراً فإن نسبة 33,3 % فأرجعت السبب إلى كبير عدد أفراد الأسرة.

جدول رقم(24) يبين مدى اهتمام الأسر بتخصيص المياه المعدنية للطفل في حالة انقطاع

الماء أو تلوثها:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
23,3	140	نقص الإمكانيات المادية	لا
48,3	290	عدم الاهتمام	
16,7	100	عدد أفراد الأسرة	
15,8	70	نعم	
100	600	المجموع	

من خلال الجدول يتضح أن 15,8 % فقط من الأسر حرصت على إعطاء الطفل المياه المعدنية في حالات انقطاع المياه أو تلوثها، أما نسبة 85,2 % منها فمثلت الأسر التي لا تحرص على إعطاء الطفل المياه المعدنية رغم ضرورتها له خاصة في هذه الظروف؛ وذلك لأن في حالة انقطاع الماء تضطر الأسرة إلى جلبه من أماكن أخرى ، يحتمل أن لا تكون نظيفة، كما أن الظروف التي يجلب فيها الماء تكون في الأغلب غير صحية، وحتى الأنابيب الناقلة للمياه ربما تتعرض للصدأ في غياب الماء، وبالتالي احتواء

الماء على مسببات كثيرة للأمراض (الأمراض المتنقلة عن طريق المياه) .و نظرا لحساسية جسم الطفل فهو الأكثر عرضة للإصابة من الكبار ، الذين لديهم مناعة أفضل و يحسنون التعبير عن ألمهم في حالة إصابتهم ، كما أن شفاءهم يكون أسرع من الطفل الصغير ، الذي يمكن أن تؤدي إصابته إلى وفاته.

كما أن تلوث المياه أمر كثير الحدوث و ذلك نظرا لعدم إخضاع الشبكة للتطهير والصيانة من وقت لآخر ، مما يحتم على الأسرة تخصيص المياه المعدنية للطفل أو على الأقل تطهير المياه بغليها أو بإضافة ماء " الجافيل " لها.

وقد أرجعت نسبة 23,3% من بين 85,2% السبب إلى نقص الإمكانيات المادية فدخل الأسرة لا يكاد يغطي مصاريفها بالإضافة إلى ثمن المياه المعدنية الذي تجده باهظا.

أما نسبة 48,3% من 85,2% فكان السبب هو عدم اهتمامها ، و هذا يرجع إلى نقص الوعي الكافي بحساسية جسم الطفل و لا عن سرعة انتشار الأمراض المتنقلة عبر المياه ؛ إذ أن التساهل أو التغافل عن أبسط الأمور يمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة قد تؤدي في بعض الحالات إلى وفاة الطفل . أما 16,7% من 85,2% فقد أرجعت السبب إلى كبر عدد أفراد الأسرة .

جدول رقم (25) يبين مدى اهتمام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل :

النسبة	التكرار	الاحتمالات
01,7	10	نعم
98,3	590	لا
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن نسبة 01,7% فقط من الأسر من تقوم بالمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل ، مقابل 98,3% لا تقوم بهذا الإجراء الذي من شأنه أن يقي الطفل من عيوب الرؤية التي يمكن أن تصاحب الطفل منذ سنوات طفولته المبكرة والتي لا تظهر إلا بالكشف المبكر عنها كقصر النظر مثلا، فاكتشافه في مرحلة المراهقة أو عند تدرس الطفل يكون متأخرا، ويضعف من فعالية العلاج المقدم له .

جدول رقم(26) يبين مدى اهتمام الأسرة بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
03,3	20	نعم
96,7	580	أحيانا
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن 03,3 % من السر اهتمت بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل ، مقابل 96,7 % منها لا تهتم بذلك، رغم أن هذا الإجراء من شأنه وقاية الطفل من التسوس المبكر للأسنان وكذا من بعض التشوهات الفكية.

جدول رقم(27) يبين مدى لجوء الأسرة إلى الطبيب:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
63,3	380	نعم	نعم
36,7	220	لا	
100	600	المجموع	

من خلال الجدول يتبين أن كل أفراد العين لديهم طبيب قريب من مقر سكنهم، إلا أن 36,3 % منهم من يعرضون عليه الطفل في حالة مرضه، مقابل 36,7 % لا يقومون بذلك

جدول رقم(28) يبين سبب عدم لجوء الأسرة للطبيب في حالة مرض الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
14,5	87	نقص الإمكانيات المادية
06,7	40	عدم الاهتمام
15,5	93	استعمال وسائل تقليدية
36,7	220	المجموع

حسب الجدول السابق فإن نسبة 36.7 % من الأسر لا تعرض الطفل على الطبيب في حالة المرض رغم قربهم من مقر سكنها، وقد أرجع البعض منها السبب في ذلك إلى

نقص الإمكانيات المادية، و 06,7% منها عدم الاهتمام، أما 15,5% منها فأرجعت السبب إلى استعمال أساليب تقليدية في علاج الطفل تمثلت في أغلبها في الاعتماد على الأعشاب الطبيعية والعقاقير الشعبية.

جدول رقم(29) يبين مدى إعطاء الطفل الحلويات:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
56,7	340	دائما
10,2	61	بانظام
33,2	199	أحيانا
100	600	المجموع

إن الاتجاهات الحديثة لحماية صحة الطفل تحت على عدم الإكثار من إعطاء الطفل الحلويات، لأن هذه الأخيرة تسبب للطفل العديد من المشاكل الصحية كفقدان الشهية، البدانة ومن خلال الجدول أعلاه تبين أن النسبة الأكبر وهي 56,7% مثلت الأسر التي تقوم بإعطاء الطفل الحلويات بصفة دائمة وبدون مراقبة، أما 10,2% فكانت للأسر التي تعطي الطفل الحلويات بانتظام وتحت مراقبتهم، وأخيرا 33,2% مثلت الأسر التي أحيانا فقط ما تعطي الطفل الحلويات.

جدول رقم (30) يبين مدى إعطاء الطفل أنواع الشيبس:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
56,7	340	نعم
10,2	61	لا
33,2	199	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن نسبة 56,7% من الأسر تقوم بإعطاء الطفل الأنواع المختلفة من الشيبس، الذي غالبا ما يحذر الأطباء من استهلاكه خاصة بالنسبة للطفل لأن مكوناته والمواد الحافظة هبه تلحق الأذى بجسم الطفل خاصة بجهازه الهضمي، في نجد نسبة 10,2% من الأسر لا تقوم بإعطاء الطفل أنواع الشيبس حفاظا منها على صحته.

جدول رقم(31) يبين إن دخل الطفل المستشفى:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
03,33	20	المتابعة عند طبيب مختص	نعم
--	--	المتابعة عند طبيب أعشاب	
0,83	05	المتابعة عند مداوي شعبي	
12,5	75	عدم المتابعة	
83,3	500	لا	
100	600	المجموع	

من خلال الجدول أن نسبة 16,7 % من الأسر سبق وأن دخل طفلها المستشفى، وقد قامت بعضها بمتابعة الطفل بعد خروجه من المستشفى عند طبيب مختص وكانت نسبتها 03,33 % ، أما نسبة 0,83 % منها مثلت الأسر التي قامت بالمتابعة عند مداوي شعبي في حين فضلت نسبة 12,5 % عدم المتابع الصحية للطفل، رغم ضرورة هذا الإجراء الذي من شأنه حماية الطفل من عودة المرض للطفل، وأحداث انتكاسات للطفل. أما 83,3 % فمثلت الأسر التي لم يسبق لطفلها الدخول للمستشفى.

جدول رقم(32) يبين سبب عدم قيام الأسرة بالمتابعة الصحية للطفل بعد خروجه من المستشفى:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
05,83	35	نقص الإمكانيات
06,66	40	عدم الاهتمام
12,5	75	المجموع

من خلال الجدول السابق تبين أن 12,5% من الأسر التي سبق وأن دخل طفلها المستشفى لم تقم بالمتابعة الصحية بعد خروجه، وقد أرجعت 05,83% منها السبب إلى نقص الإمكانيات المادية، في حين نجد أن نسبة 06,66% منها أرجعتها إلى عدم الاهتمام الذي يعود في الأصل إلى نقص وعيها ومعرفتها بضرورة المتابعة في فترة النقاهة ، من خلال الجدول يتبين أن نسبة 75 % ممن لم يقوموا بالمتابعة الصحية الدورية للطفل بعد

خروجه من المستشفى، وقد أرجع أغلبهم هذا إلى نقص الإمكانيات المادية بنسبة 75 % و يمكن تعليل هذا بأن هذه الأسر ذات دخل منخفض وهي غير قادرة على دفع التكاليف في كل مرة ، خاصة مع زيادة أجره الطبيب و غلاء الأدوية، وعدم الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي التي من شأنها تخفيف العبء على هذه الأسر وتساعد على القيام بهذه المهمة دون عناء أو تدين مبالغ المتابعة الصحية، وكل هذا له أثر سلبي على الطفل الذي يعد الضحية الأولى.

أما نسبة 25 % منهم فكان سبب عدم المتابعة الصحية هو عدم الاهتمام، و يمكن إرجاع هذا إلى عدم وعي هذه الأسر بضرورة وأهمية المتابعة الصحية في فترة النقاهة (و يمكن أن يكون هذا ناجما عن انخفاض المستوى التعليمي لأفراد العينة، فأغلبهم ذووا مستوى تعليمي أمي، ابتدائي ومتوسط) وحتى بعد مرور هذه الفترة، فهو دوما بحاجة إلى هذه المتابعة، وذلك للوقاية من الإصابة بالمرض مرة أخرى خاصة تلك المتعلقة بالأمراض ذات الأصل الجرثومي، كالتهاب الكبد البائي، الالتهابات الروماتيزمية الناجمة عن التهاب اللوزتين المزمن.

جدول رقم(33) يبين مدى لجوء الأسر للطالب في علاج الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
08,3	50	نتيجة حسنة	نعم
25,0	150	نتيجة غير مرضية	
66,7	400	لا	
100	600	المجموع	

لكل مجتمع عاداته وتقاليده الخاصة به ، ويتمسك الأفراد بها بنسب متفاوتة تفوق في بعض الأحيان تمسكهم والتزامهم بالقوانين والأنظمة الاجتماعية الأخرى حتى وإن حدث تعارض بينهم، فحسب الجدول أعلاه نجد أن نسبة 33,3 % من أفراد العينة يلجأون للطالب طلبا لشفاء الطفل رغم وجود الأطباء والمستشفيات والمراكز الصحية ، فهم يقصدونه عن قناعة وارتياح نفسي لقدرته على شفاء الطفل، فلطالب قيمة معنوية لهم توارثوها أبا عن جد، وحسب الجدول فإن 08,3 % قالوا بأن نتيجة التداوي عنده كانت

حسنة، في حين نجد أن 25,0 % قالوا بأن نتيجة التداوي عنده كانت غير مرضية. أما نسبة 66,7 % فمثلت الأسر التي لم تلجأ للطالب.

جدول رقم (34) يبين مدى لجوء الأسرة للعجائز لمداولة الطفل :

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
05,0	30	نتائج جيدة	نعم
06,2	37	نتائج حسنة	
22,5	135	بدون فائدة	
66,33	398	لا	
100	600	المجموع	

يلجأ بعض الناس إلى العجائز لمداواة الطفل، فهي في نظرهم تمتلك الكثير من الخبرة والتجارب التفوق بكثير قدرات الطبيب، كما أن البعض يعتبر أنه من غير الجائز زيارة الطبيب في وجود العجائز، وحسب الجدول أعلاه فإن نسبة 33,66 % من الأسر تلجأ للعجائز في حالة مرض الطفل، وكانت نسبة 05,0 % منهم قالت بأن نتيجة التداوي كانت جيدة، في حين أن نسبة 06,5 % كانت النتيجة بالنسبة لهم حسنة، أما 22,5 % فكانت بدون فائدة، أما الأسر التي لم تلجأ للعجائز فقدرت نسبتها ب 66,33 % .

جدول رقم (35) يبين مدى خوف الأسرة من العين والحسد على الطفل :

النسبة	التكرار	الاحتمالات	
16,7	100	تحرمون الطفل من الخروج	نعم
16,7	100	لا تعتنون بنظافته	
25,0	150	تعرضونه على الراقي في حالة المرض	
08,3	50	تعلون عليه بعض التمايم	
33,3	200	لا	
100	600	المجموع	

إن الخوف من العين والحسد موجود منذ القدم، وعند الكثير من المجتمعات العربية، وقد يكون متوارث من جيل لآخر، إلا أن البعض يبالغون في خوفهم و يصبح كهاجس لهم ، ويدفعهم إلى القيام بسلوكات قد تبدو في بعض الأحيان غريبة، ولعل أكثر الأفراد الذين تخاف عليهم الأسرة من العين والحسد هو الطفل ، ولحمايته تتبع بعض الأساليب التي قد تلحق الضرر بهم، وحسب الجدول أعلاه فإن نسبة 66,7 % من الأسر تخاف على الطفل من العين والحسد ، ولحمايته تقوم باتباع إجراءات كثيرة كل حسب ثقافته فمنهم 16.7% منهم يحرمون الطفل من الخروج ، أو لا يعتنون بنظافته ، فالأول يحرم الطفل من حقه الأساسي في اللعب الذي يساهم في تكوين شخصيته ويساعده على تكون علاقات صداقة خارج محيط الأسرة، أما الثاني فيمكن أن يعرض الطفل للإصابة ببعض الأمراض خاصة الجلدية منها، أما نسبة 25,0 % منهم فيعرضون الطفل على الراقى في حالة المرض فالطبيب في هذه الحالة مستبعد لأن سبب المرض بالنسبة لهم ليس عضوي، أما 08,3 % منهم فمثلت الذين يعلقون التمام حول عنق الطفل أو في معصمه لحمايته العين الحاسدة، والتي بمرور الوقت تصبح هي مصدرا لمرض الطفل نتيجة لتراكم الغبار والميكروبات فهي غير قابلة للغسل.

أما 33,3 % من الأسر فهي لا تول العين والحسد اهتماما كبيرا .

جدول رقم(36) يبين مدى لجوء الأسرة للأولياء الصالحين طلبا لشفاء الطفل :

النسبة	التكرار	الاحتمالات
03,3	20	نعم
96.7	580	لا
100	600	المجموع

إن زيارة الأولياء الصالحين من العادات التي ما زال البعض يتمسك بها بغرض الاستعانة بهم لقضاء بعض الحاجات أو طلبا لشفاء مريض، أو للتبرك بهم ،وهذا مرتبط بدرجة كبيرة بالمستوى الثقافي للأفراد، وحسب الجدول أعلاه فإن نسبة 03,3 % من الأسر تقوم بزيارة الأولياء الصالحين طلبا لشفاء الطفل خاصة في حالة المرض المزمن، أما 96,7 % منهم فلا يحبذون هذا الأسلوب ويبتعدون عنه.

جدول رقم (37) يبين أسلوب العلاج المتبع في حالة إصابة الطفل بكسور:

المجموع		عرض الطفل على مداوي شعبي		عرض الطفل على مختص		الأسلوب المتبع الاحتمالات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
02,5	15	--	--	2,5	15	نتائج جيدة
0,8	05	0,8	05	--	--	نتائج حسنة
--	--	--	--	--	--	بردون فائدة
96,7	580	عجم إصابة الطفل بكسور				
100	600	المجموع				

من خلال الجدول تبين أن نسبة 03,3 % من السر سبق وأصيب طفلها بكسور أ وقد قامت 02,5 % منها بعلاجه عند طبيب مختص وكانت النتيجة جيدة ومرضية وحقت للطفل الشفاء التام، أما 0,8 % منها قاما بعلاج عند مداوي شعبي وكانت نتيجة ذلك حسنة ولم تؤدي إلى شفاء الطفل تمام، أما نسبة 96,7 % فقد مثلت الأسر التي يسبق لطفله الإصابة بحروق.

جدول رقم (38) يبين أسلوب العلاج المتبع في حالة إصابة الطفل بحروق:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
02,4	14	عرضه مباشرة على الطبيب
01,8	11	استعمال وسائل تقليدية
95,8	575	لا
100	600	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن نسبة 04,2 % من الأسر سبق وأن أصيب طفلها بحروق، وقد قامت نسبة 02,4 % بعرض الطفل مباشرة على الطبيب، وهو الإجراء السليم خاصة في حالة الحروق الخطيرة، فهذا يجنبه العديد من المضاعفات، أما 01,8 % منها فقد

قامت باستعمال وسائل تقليدية أولاً في علاجه ، التي من الممكن أن تؤدي إلى تأخير الشفاء أو حتى إلى مضاعفات كتعفن الجرح ، انكماش الجلد، التي تؤثر على الطفل لأنه لا يستطيع التحمل بحكم بنيته الجسمية الهشة وحبه الزائد للحركة في مرحلة الطفولة المبكرة.

جدول رقم(39) يبين رأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
37,3	222	مفيد
29,7	178	غير مجدي
33,3	200	نتائجه ضعيفة
100	600	المجموع

من خلال الجدول رقم (39) يتبين أن نسبة 37,3 % من الأسر المكونة لعينة البحث ترى بأن التداوي بالعقاقير الشعبية مفيد، في حين نجد أن 29,7 % ترى بأنه غير مجدي أما نسبة 33.3 % فترى أن نتائجه ضعيفة ولا تحقق الفعالية الكاملة في العلاج.

جدول رقم(40) يبين رأي الأسرة في فعالية العجائز في علاج الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
25.0	150	مفيد
41,7	250	غير مجدي
33,3	200	نتائجه ضعيفة
100	600	المجموع

من خلال الجدول نجد أن نسبة 41,7 % من الأسر ترى بأن هذا الأسلوب غير مجدي فهي لا تثق في العجائز، أما 33,3 % فترى أن نتائجه ضعيفة أما 25,0 % فترى بأن اللجوء إلى العجائز بغرض علاج الطفل له نتائج إيجابية ومفيدة على صحة الطفل وذلك في نظرهم لأن العجائز تمتلك الكثير من الخبرة والتجارب السابقة تغنيهم عن زيارة الطبيب في كل مرة، وان لا مجال للخطأ عندهن، وان الأعشاب الطبيعية والأساليب التي

تستعملها حتى ولو كان فيها بعض الشعوذة فهي مفيدة لأنها في نظرهم تحمل نوعاً من البركة.

جدول رقم(41) يبين مدى إقبال الأسرة على كل جديد طبي في علاج الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
08,3	50	تمسك بالعادات
12,2	70	عدم الاهتمام
08,3	50	عدد أفراد الأسرة
13,3	80	تدخل الجدين
58,3	350	نعم
100	600	المجموع

من خلال الجدول تبين أن 58,3 % من الأسر تهتم بكل ما هو جديد طبي في علاج الطفل سواء ما تعلق بسبل الوقاية من الأمراض والمشاكل الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة، وكيفية التعامل مع بنية الطفل وكيفية تنميتها من كل الجوانب خاصة الجسمية والعقلية، أو بالأساليب العلاجية الحديثة خاصة منها أساليب الكشف المبكر على بعض المشاكل الصحية مثل عيوب النظر، تشوهات العظام، العيوب السمعية.

أما 41,7 % لا يقبلون على المستجدات الطبية ، وحسب الجدول فإن 08,3 % من بين 41,7 % أرجعوا السبب إلى التمسك بالعادات التي تمنعهم في بعض الأحيان من التوجه إلى الطبيب في وجود الطالب والعجائز، نفس النسبة للذين أرجعوا السبب إلى كبر عدد أفراد الأسرة ، أما نسبة 12,2 % منهم فأرجعوا ذلك إلى عدم الاهتمام الذي يمكن أن يعود إلى نقص الوعي بضرورة متابعة ومعرفة كل ما يتعلق بالطفل في مرحلة الطفولة المبكرة وجهلهم بخصائصها الجسمية والعقلية والنفسية خاصة فيما يتعلق بالجانب الصحي الذي يتطلب من الأسرة الإلمام بكل ما من شأنه أن يسبب مشكلات صحية أو يؤدي إلى الإصابة بأمراض وكذا الإلمام بطرق الوقاية والعناية بالطفل في هذه المرحلة.

أما نسبة 13,3 % فقد أرجعوا السبب إلى تدخل الجدين الذين يفرضان الأسلوب الواجب إتباعه في علاج الطفل أو حتى في تربيته ، وغالبا ما يكون الأسلوب المختار بعيدا عن الأساليب الحديثة.

جدول رقم(42) يبين رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب في علاج الطفل:

الاحتمالات	التكرار	النسبة
مفيد	130	21,7
غير مجدي	470	78,3
المجموع	600	100

من خلال الجدول تبين أن نسبة 78,3 % من الأسر ترى بأن الاعتماد على الطالب في علاج الطفل غير مجدي ، وأغلبهم يقطنون بالمدينة، أما 21,7 % من الأسر فتري بأن الاعتماد على الطالب مفيد ، وأغلبهم يقطنون بالريف.

جدول رقم(43) يبين اعتقاد الأسرة بنجاعة الطب الحديث في علاج الطفل:

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	400	66,7
لا	60	10,0
أحيانا	140	23,3
المجموع	600	100

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % من الأسر تقر بنجاعة الطب الحديث في علاج الأطفال وحماية صحتهم، في حين نجد 10,0 % منهم لا يعتقدون بنجاعته ويفضلون أساليب التقليدية الشعبية، أما 32,3 % فيعتقدون أنه ينجح أحيانا ويفشل أحيانا أخرى.

جدول رقم(44) يبين مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات العناية بالطفل المريض :

الاحتمالات	التكرار	النسبة
نعم	390	65,0
لا	210	35,0
المجموع	600	100

إن الأسرة بحاجة ماسة لمن يوجهها و يرشدها ويوجهها إلى كيفية العناية بصحة الطفل وتوفير الرعاية الكافية له، خاصة وإن كان الأبوين وبالأخص الأم ذات مستوى تعليمي منخفض أو أمية، في هذه الحالة رغم توفر الإمكانيات المادية واستقرار وضع الأسرة تبقى بحاجة لمن يرشدها للطرق المثلى للعناية بصحة الطفل خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي تستلزم معرفة واسعة من قبل الأبوين بخصائصها ومتطلبات النمو فيها، وأهم الأمراض والمشاكل الصحية التي يمكن أن يتعرض لها و كيفية الوقاية منها، وبالنظر إلى إجابات أفراد العينة فإن أغلبهم لم يستفيدوا من الإرشادات المبنية على أسس علمية حول هذه المرحلة فنجد نسبة 50 % لم تتلق إرشادات حول العناية بالطفل المريض رغم حساسية فترة المرض، فجهل الأبوين لكيفية التعامل مع الطفل المريض قد يدفعهم لاتباع أساليب خاطئة مثل ،عدم استعمال الماء للطفل المصاب بالحمى وضرورة تغطيته بلحاف، مما يسبب ارتفاع درجة الحرارة أكثر و قد يؤدي هذا إلى نتائج وخيمة على الطفل، أو استعمال بعض الوصفات الشعبية.

لقد أحدثت التطورات التكنولوجية الحديثة تغيرات كثيرة على المجتمعات خاصة في مجال الإعلام والإنترنت الشيء الذي أتاح للفرد فرص التعلم والتزود بالأخبار وكل المستجدات في جميع الميادين وهو في بيته، فالحصول مثلا على الإرشادات والمعلومات التي تخص الطفل وكيفية التعامل معه أصبح في متناول الجميع ، ومن خلال الجدول أعلاه نجد أن 65,0 % من السر تسعى لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض في حين نجد نسبة 35,0 % من الأسر لا تهتم بذلك.

جدول رقم (45) يبين مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
48,3	290	نعم
51,7	310	لا
100	600	المجموع

إن التغذية الجيدة شرط أساسي لنمو الطفل السليم، والكثير من الأسر تجهل أنواع الغذاء المناسبة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة وكيفية الموازنة بينها، وحسب الجدول

أعلاه فإن 48,3 من الأسر تسعى لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل وهذا شيء إيجابي، مقابل 51,7 منهم لا يسعون لذلك رغم حساسية وأهمية الموضوع.

جدول رقم(46) يبين مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول الوقاية من الأمراض المعدية

النسبة	التكرار	الاحتمالات
50,0	300	نعم
50,0	300	لا
100	600	المجموع

لم يعد موضوع الأمراض المعدية يثير الذعر لدى الأفراد خاصة مع انتشار أساليب التوعية المختلفة عن طرق انتشارها وكيفية حدوثها ، وكيفية الوقاية و الشفاء منها، إلا أن وحسب الجدول أعلاه فإن نسبة 50,0 % كانت مناصفة بين الأسر التي تسعى لتلقي إرشادات حول الوقاية من الأمراض المعدية مع الأسر التي لاتسع لذلك وهذا أمر مؤسف خاصة مع وجود طفل في مرحلة حرجة من حياته وهي الطفولة المبكرة التي تستوجب كل الإمكانيات لحمايته فهو الأكثر حساسية وتعرضا للأمراض.

جدول رقم(47) يبين مصدر تلقي الأسرة للإرشادات:

النسبة	التكرار	الاحتمالات
33,3	200	البرامج التلفزيونية
31,7	190	البرامج الإذاعية
65,0	390	المجموع

برغم وجود وتعدد وسائل التوعية والتزود بالمعلومات، إلا أن أغلب الأسر التي سعت لتلقي الإرشادات بنسبة 33,3 % كانت عن طريق التلفاز، أما 31,7 منهم فكانت عن طريق البرامج الإذاعية، ويمكن أن نرجع هذا إلى أنهما الوسيلتان الأكثر توفرا بسهولة، مقارنة بالإنترنت التي تتطلب توفر جهاز كمبيوتر مع حسن استخدامه وكذا معرفة بكيفية استعمال شبكة الأنترنت وهذا يمكن أن يكون صعبا على بعض أفراد العينة الذين هم أميون أو ذوو مستوى تعليمي منخفض.

ثالثاً – بيانات خاصة بالفرضية الثانية :

جدول رقم(48) يبين علاقة المستوى التعليمي للأب بالاهتمام بغذاء الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب اهتمام بغذاء الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
673,312	8	0,00	349	99	00	00	150	100	اهتمام عادي
			58,2 %	65,9 %	%00	%00	00 %1	100 %	
			95	52	43	00	00	00	اهتمام كبير
			15,2 %	34,4 %	42,2 %	%00	%00	%00	
156	00	59	97	00	00	عند المرض			
26,0 %	%00	57,8 %	100 %	%00	%00				
600	151	102	97	150	100	المجموع			
%100	%100	%100	100 %	100 %	100 %				

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر مثلت ذوو الاهتمام العادي بنسبة 58,2 % والتي كانت لدى ذوو المستوى الأمي والابتدائي بنسبة 100 % ، أما الذين اقتصر اهتمامهم بغذاء الطفل على فترة مرض الطفل فكانت نسبتهم 26,0 % وكانت لدى ذوو المستوى المتوسط بنسبة 100% تليها نسبة 57,8 % لذو المستوى الثانوي ، أما الاهتمام

الكبير فكانت نسبته 15,2% وكان عند ذوو المستوى الجامعي بنسبة 34,3% والمستوى الثانوي بنسبة 42,2% ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ637,312 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,00 ، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على الاهتمام بغذاء الطفل ، وهذا لأن القيمة المعنوية أقل من 0,01 عند مستوى ثقة 99%.

جدول رقم(49) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بقيمة غذاء الطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب	اهتمام بقيمة غذاء الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
466,542	4	0,000	196	147	49	00	00	00	نعم	
			32,7%	97,9%	48,0%	00%	00%	00%		
			404	04	53	97	150	100	لا	
67,3%	02,6%	52,2%	00%	100%	00%					
			600	151	102	97	150	100	المجموع	
			100%	100%	100%	100%	100%	100%		

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 67,3 % مثلت الآباء الذين لا يهتمون بالقيمة الغذائية لغذاء الطفل، وأغلبهم ذوو مستوى أمي وابتدائي ومتوسط بنسبة 100 %، أما الذين يهتمون بالقيمة الغذائية لغذاء الطفل فكانت نسبتهم 32,7 % مثلت نسبة الجامعيين منهم 97,9 % تليها نسبة ذوو المستوى التعليمي الثانوي ب 48,0 % وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 466,542 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,00، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للآب يؤثر في اهتمام الأسرة بقيمة غذاء الطفل. فارتفاع المستوى التعليمي يتيح معرفة العناصر الغذائية المختلفة الواجب توفرها في غذاء الطفل، وما هي مصادرها في الطبيعة، وما هي احتياجات الطفل اليومية منها.

جدول رقم (50) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للآب والاهتمام بالماء المقدم للطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المستوى التعليمي للآب					المستوى التعليمي للآب الاهتمام بالماء المقدم للطفل	
			المجموع	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي		جامعي
485,426	4	0,000	200	151	49	00	00	00	نعم
			33,3 %	100 %	48,0 %	00 %	00 %	00 %	
			400	00	53	97	150	100	لا
			66,7 %	00 %	52,2 %	100 %	100 %	100 %	
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			100	100	100 %	100 %	100 %	100 %	

الذين يهتمون بالفحوص الدورية فكانت نسبتهم 29,2% أغلبه ذوو المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 100% تليها نسبة الجامعيين بـ 52,3%، وعن قيمة كأي تربيع والمقدرة بـ 412,880 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,00، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في الاهتمام بصحة الطفل. فارتفاع المستوى التعليمي يؤدي إلى الاهتمام أكثر بصحة الطفل. فذوو المستوى التعليمي المنخفض ربما يجهلون ضرورة القيام بالمتابعة الصحية وكيفية القيام بها، ولا يدركون النتائج الجيدة التي تعود على الطفل عند القيام بها.

جدول رقم(52) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب واختيار أسلوب علاج الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب الاحتمالات
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
1595,610	24	0,000	150	185	00	00	15	00	عرض الطفل مباشرة على الطبيب
			%25,0	%89,4	%00	%00	10.0%	%00	
			50	00	00	00	45	05	الانتظار بعض الوقت
			%08.3	00%	%00	00%	%30.0	%05.0	
			200	16	102	82	00	00	شراء الدواء من الصيدلية
			%33.3	%10,6	100%	%84,5	%00	%00	

			90	00	00	00	90	00	إعطائه أعشاب
			%15,0	%00	%00	%00	%60	%00	
			65	00	00	00	00	65	إعطائه عقاقير
			%10,8	%00	%00	%00	%00	%65,0	
			30	00	00	00	00	30	عرض الطفل على الطالب
			%05,0	%00	%00	%00	%00	%30	
			15	00	00	15	00	00	اللجوء للرقية
			%02,5	%00	%00	%15,5	%00	%00	
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	100 %	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر كانت عند الذين يكتفون بشراء الدواء من الصيدلية في حالة المرض وبلغت 33,3% كان معظمهم ذوو المستوى التعليمي الثانوي ،تليها نسبة 25,0% للذين يعرضون الطفل على الطبيب فور ظهور أعراض المرض ، وأغلبهم ذوو مستوى جامعي ، أما الذين يعالجون الطفل بالأعشاب الطبيعية فكانت نسبتهم 15,0% جميعهم ذوو مستوى ابتدائي، أما نسبة 8,10% فتمثلت الذين يعالجون الطفل بالعقاقير الشعبية ،كلهم أميون، وعن الذين يفضلون عرض الطفل على الطالب فنسبتهم 05,0% جميعهم أميون ، أما نسبة 02,5% فتمثلت الذين يلجأون للرقية وجميعهم ذوو مستوى تعليمي متوسط ،وعن قيمة كاي تربيع المقدرة بـ 1595,610 عند درجة حرية 24 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في اختيار أسلوب العلاج في حالة مرض الطفل .فذوو المستوى التعليمي المنخفض يميلون أكثر لاستعمال الأساليب الشعبية فهم أقل اطلاعا

ودراية بالأساليب الحديثة، وأكثر تمسكا بالعادات القديمة في علاج الأطفال ، ولا يكثرثون بحملات التوعية المختلفة حول رعاية الطفل الصحية.

جدول رقم (53) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بنظافة الطفل :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب الاهتمام بنظافة الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
969,536	8	0,000	200	01	102	97	00	00	اهتمام كبير
			33,3%	01,0%	%100	%100	%00	%00	
			240	150	00	00	90	00	اهتمام عادي
			40,0%	99,3%	00%	%00	60%	%00	
160	00	00	00	60	100	على فترات			
26,7%	%00	00%	00%	40%	%100				
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	%100	%100	100 %	%100	

من خلا الجدول تبين أن نسبة 40,0 % وهي الأكبر كانت لصالح الاهتمام العادي ومثلت في غالبيتها ذوو المستوى الجامعي، أما نسبة 33,3 % فمثلت ذوو الاهتمام الكبير لصالح المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط، في حين مثلت نسبة 26,7 % الاهتمام المقتصر على فترات من اليوم، وأغلبهم أميون ،وعن قيمة كاي تربيع المقدره بـ 969,536 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في الاهتمام بنظافة الطفل.

جدول رقم(54) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بتلقي قواعد النظافة للطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب الاهتمام بتلقي قواعد النظافة للطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
1036,692	8	0,000	230	122	102	06	00	00	دائما
			38,3%	80.8%	00 %1	%06.2	%00	%00	
			279	29	00	00	150	100	أحيانا
			46,5%	19.8%	00%	%00	%10 0	%100	
91	00	00	91	00	100	عدم الاهتمام			
19,2%	%00	00%	93.8%	00%	%100				
600	151	102	97	150	100	المجموع			
%100	%100	100 %	%100	100 %	%100				

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 46,5 % مثلت الذين يهتمون أحيانا بتلقي قواعد النظافة للطفل وأغلبهم أميون وذو مستوى تعليمي ابتدائي، أما 38,3 % فمثلت الذين يهتمون دائما بتلقي قواعد النظافة للطفل وأغلبهم ذوو مستوى تعليمي جامعي وثنائي، أما نسبة 19,2 % فمثلت الذين لا يهتمون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة

بـ1036,692 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 ، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في اهتمام الأسرة بتلقي الطفل قواعد النظافة الشخصية. فارتفاع المستوى التعليمي للآباء يزيد من هذا الاهتمام ، فهم يدركون أهمية التربية الصحية للطفل التي تجنبه التعرض للعديد من المشكلات الصحية في هذه المرحلة .

جدول رقم(55) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بتهوية البيت:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب الاهتمام بتهوية البيت
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
524,239	4	0,000	490	151	89	00	150	100	نعم
			%81,7	%100	87,3 %	%00	00 %	%100	
			110	00	13	97	00	00	لا
			%18,3	%00	12,7 %	%100	%00	%00	
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	100 %	%100	100 %	%100	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 81,7 % كانت لصالح الذين يهتمون بالتهوية الدائمة للبيت ، مثل الجامعيون وذوو المستوى التعليمي الابتدائي والأميون النسبة الأكبر منهم، في حين مثلت نسبة 18,3 % الذين لا يهتمون كثيراً بتهوية البيت خاصة

في فصل الشتاء بحجة برودة الطقس، مع أن هذا يزيد من فرص الإصابة بأمراض الحساسية والذكام، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 524,239 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في اهتمام الأسرة بتهوية البيت. فذوو المستوى التعليمي المنخفض ربما لا يدركون فوائد التهوية، التي تسمح بالتجديد الدائم للهواء داخل البيت وتقضي على الفيروسات والجراثيم التي تجد الوسط الملائم في غياب أشعة الشمس وتجديد التهوية المستمر.

جدول رقم (56) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والفحص الدوري لعيني للطفل

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب	الفحص الدوري لعيني الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
30,239	4	0,000	10	10	00	00	00	00	نعم	
			%01,7	%06.6	%00	%00	%00	%00		
			590	141	102	97	150	100	لا	
%98,3	%93.4	%10 0	%100	00 %1	%100					
			600	151	102	97	150	100	المجموع	
			%100	%100	100	%100	100	%100		

					%		%	
--	--	--	--	--	---	--	---	--

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 98,3% مثلت الذين لا يقومون بالفحص الدوري لعيون الطفل أما نسبة 01,7% مثلت الذين يهتمون بذلك ، وكلهم جامعيون ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ30,239 عند درجة حرية 04 ، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في اهتمام الأسرة بالفحص الدوري لعيون الطفل . فدوو المستوى التعليمي المنخفض ربما يجهلون ضرورة القيام بالفحص الدوري لعيني الطفل ومتى يجب القيام بها، ولا يدركون النتائج الجيدة التي تعود على الطفل عند القيام بها.

جدول رقم(57) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي والفحص الدوري لأسنان الطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للفحص الدوري لأسنان الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
61,521	4	0,000	20	20	00	00	00	00	نعم
			03,3%	%13,2	%10 0	%00	%00	%00	
			580	131	102	97	150	100	لا
%96,7	86,3%	100 %	%100	00 %1	%100				
			600	151	102	97	150	100	المجموع

			%100	%100	100 %	%100	100 %	%100	

من خلا الجدول تبين أن نسبة 96,7% وهي الأكبر مثلت الذين لا يقومون بالفحص الدوري لأسنان الطفل، في حين مثلت نسبة 03,3% الذين يقومون بذلك وكلهم جامعيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 61,25 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في اهتمام الأسرة بالفحص الدوري لأسنان الطفل.

جدول رقم (58) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وإعطاء الطفل الحلويات:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
778,224	8	0,000	340	90	00	00	150	100	دائماً
			56,7%	59,6%	%00	%00	100 %	%100	
			61	61	00	00	00	00	00	بانتظام
			%10,2	%40.4	00%	%00	%00	%00	
			199	00	102	97	00	00	أحياناً
			33,2%	%00	100 %	100%	00%	%00	

			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	100%	%100	100%	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة الأكبر وهي 56,7% مثلت الذين يعطون الطفل الحلويات بصفة دائمة ودون مراقبة وكلهم أميون وذوو مستوى تعليمي ابتدائي، أما 33,2% مثلت الذين يقومون أحيانا بإعطاء الطفل الحلويات وهم ذوو مستوى تعليمي ثانوي ومتوسط، أما 10,2% فمثلت الذين يعطون الطفل الحلويات بانتظام وكلهم جامعيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 778,224 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في طريقة وكيفية إعطاء الطفل الحلويات. فذوو المستوى التعليمي المرتفع يدركون أهمية مراقبة تناول الطفل للحلويات، وتنظيم استهلاكه لها بشكل لا يؤثر على صحته.

جدول رقم(59) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وعرض الطفل على الطالب:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب عرض الطفل على الطالب
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
340,979	4	0,000	200	00	00	50	30	100	نعم
			33,3%	00%	00%	51,5%	33,3%	%100	
			400	151	102	47	100	00	لا
%66,7	%100	100%	%48,5	%66,7	%00				
			600	151	102	97	150	100	المجموع

			100%	100%	100%	100%	100%	100%	

من خلال الجدول تبين أن 66,7% من الآباء لا يلجأون للطالب في علاج الطفل، في حين أن 33,3% منهم يلجأون إليه وأغلبهم أميون وذوو المستوى التعليمي الابتدائي، أما قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 340,979 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في مدى لجوء الأسرة للطالب. فذوو المستوى التعليمي المنخفض يلجأون لهذا الأسلوب لأنهم توارثوه من القدم وفضلوا التمسك به رغم وجود الأساليب الحديثة البديلة عنه وهم مقتنعون بفعاليتها رغم حملات التوعية المختلفة التي يعرضون عنها في الغالب وحتى منهم من يستهزأ منها.

جدول رقم (60) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب وعرض الطفل على العجائز:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب عرض الطفل على العجائز
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
366,554	4	0,000	199	00	00	60	29	100	نعم
			33,2%	00%	00%	61,9%	26,0%	100%	
			401	151	102	37	11	00	لا
66,8%	100%	100%	38,1%	74,0%	00%				
			600	151	102	97	150	100	المجموع

			100%	100%	100%	100%	100%	100%

من خلال الجدول تبين أن نسبة 33,3% مثلت الذين يلجأون للعجائز لمداواة الطفل، وأغلبهم أميون، أما نسبة 66,7% فمثلت الذين لا يلجأون إليهن، وأغلبهم جامعيون وذوو مستوى تعليمي ثانوي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 366,554 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في مدى لجوء الأسرة للعجائز في علاج الطفل. فذو المستوى التعليمي المرتفع يدركون الأخطاء التي قد تقع فيها هاته العجائز والتي قد تكون عواقبها وخيمة على الطفل إضافة إلى الوسائل التي تستخدمها في علاج الطفل غير المعقمة والملائمة لكل الحالات، عكس الأميون الذين يرون بأنهن تمتلكن الخبرة الكافية التي تفوق خبرة الطبيب المختص، زيادة على كون هذا الأسلوب متواجد منذ القدم، ويرجعون فشله وضعف نتائجه إلى قضاء الله وقدره.

جدول رقم (61) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب واللجوء إلى الأولياء الصالحين:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب اللجوء إلى الأولياء الصالحين	
			جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
481,625	4	0,000	83	00	00	00	00	83	نعم
			%13,8	%00	%00	%00	%00	%83,0	
			517	151	102	97	150	17	لا
			%86,2	%100	%100	%100	%100	%17,0	

			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 86,2% وهي الأكبر من الآباء لا يلجأون إلى الأولياء الصالحين، أما نسبة 13,8% فتمثلت الذين يلجأون للأولياء الصالحين، وكلهم أميون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ481,625 عند درجة حرية 04، فجاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي يؤثر في مدى لجوء الأسرة للأولياء الصالحين بغرض الاستطباب والشفاء. فالأميون مقتنعون بأن التضرع للأولياء الصالحين يجلب البركة والشفاء من الأسقام، جهلاً منه بأمور الدين، وتمسكاً منهم بالعادات البالية التي توارثوها عبر الأجيال، ولا يتوانون عن الدفاع عنها .

جدول رقم(62) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ورأي الأسرة في التداوي بالأعشاب:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب رأي الأسرة في التداوي بالأعشاب
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
1055,358	8	0,000	220	00	00	00	122	100	مفيد
			%37,0	%00	%00	00%	%81,3	%100	
			178	150	00	00	28	00	غير مجدي
%29,7	%99.3	%00	%00	%18.7	%00				
			200	01	102	97	00	00	نتائجه

			33,3%	0,7%	10%	100%	00%	00%	ضعيفة
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			100%	100%	100%	100%	100%	100%	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 37,0% مثلت الذين يعتبرون التداوي بالأعشاب مفيد، كلهم أميون وذو مستوى تعليمي ابتدائي، أما 33,3% فمثلت الذين يعتبرن نتائجهم ضعيفة وأغلبهم ذوو مستوى تعليمي ثانوي، في حين أن 29,7% منهم اعتبرته غير مجدي وأغلبهم جامعيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 1055,358 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على رأي الأسرة في اتجاه التداوي بالأعشاب الطبيعية. فذوو المستوى التعليمي المنخفض ونظراً لقلّة مدرّكاتهم العلمية يرون بأن هذا الأسلوب مفيد لأنهم تربوا عليه ووجدوا آباءهم يتبعونه فهم في كثير من الأحيان لا يولون أهمية لكيفية جلب هذه الأعشاب والعقاقير وطريقة تحضيرها، ومنهم القائمين بذلك، عكس ذوو المستوى التعليمي المرتفع الذي يبحثون في كل هذا، فهم يدركون أن هذا الأسلوب لا يكون نافعا إلا إذا خضع لشروط ومقاييس معينة، لا تتوفر في كثير من الأحيان، يجعلهم يرون بأن هذا الأسلوب غير مفيد.

جدول رقم (63) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ورأي الأسرة في فعالية العجائز:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب رأي الأسرة في فعالية العجائز
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
981,302	8	0,000	150	00	00	00	50	100	مفيد
			25,0%	00%	00%	00%	33,3%	100%	

			250	150	00	00	100	00	غير مجدي
			41,7%	%99.3	%00	%00	%66,7	%00	
			200	01	102	97	00	00	نتائجه ضعيفة
			%33,3	%0.7	%100	%100	%00	%00	
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	100%	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 7,41% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يعتبرون أسلوب العجائز في العلاج غير مجدي وأغلبهم جامعون ، أما 33,3% فاعتبروا نتائجه ضعيفة وأغلبه ذوو مستوى تعليمي ثانوي ، في حين مثلت نسبة 25,0% الذين يعتبرون نتائجه مفيد ومرضية ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 981,302 عند درجة حرية 08 ، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على رأي الأسرة اتجاه فعالية العجائز في علاج الأطفال.

جدول رقم(64) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والإقبال على كل جديد طبي:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب الإقبال على كل جديد طبي	
			جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
363,181	4	0,000	301	151	00	50	100	00	نعم
			%50,2	%100	%00	%51,5	%66,7	%00	
			299	00	102	47	50	100	لا

			%49,8	%00	100%	%48,5	%33,7	%100	
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 50,2 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يقبلون على كل جديد طبي في علاج الأطفال وأغلبهم ذوو المستوى التعليمي الجامعي والمتوسط ، أما 49,8 % فمثلت الذين لا يقبلون على الجديد في علاج الأطفال وأغلبه أميون وذوو المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 363,181 عند درجة حرية 04، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر في مدى إقبال الأسرة على كل جديد طبي في علاج الأطفال. فانخفاض المستوى التعليمي هو من أبرز العوائق التي تقف دون نجاح البرامج الصحية المختلفة التي جوهرها تعميم استعمال الأساليب الطبية الجديدة من طرف كل الفئات الاجتماعية ، فذوو المستوى التعليمي المنخفض لديهم راحة نفسية أكثر لاستعمال الأساليب الشعبية مهما كانت نتائجها.

جدول رقم(65) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب ورأي الأسرة في الاعتماد على الطالب:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
458,592	4	0,000	130	00	00	00	30	100	مفيد
			%21,7	%00	%00	%00	%20,0	%100	
			470	151	102	97	120	100	غير مجدي

			%78,3	%100	%100	%100	%80,0	%100	
			600	151	102	97	150	100	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 78,3% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يعتبرون الاعتماد على الطالب غير مجدي ، أما نسبة 21,7% فمثلت الذين يعتبرونه مفيد وله نتائج مقبولة وأغلبهم أميون وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 458,592 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأب يؤثر على رأي الأسرة اتجاه الاعتماد على الطالب.

جدول رقم(66) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والاهتمام بقيمة غذاء الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المستوى التعليمي للأب					المستوى التعليمي للأب اهتمام بقيمة غذاء الطفل	
			المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي		أمي
582,356	4	0,000	196	118	77	00	00	01	نعم
			%32,7	%100	%96,3	%00	%00	%0,7	
			404	00	03	61	190	150	لا
			%67,3	%00	%03,8	%100	%100	%99,3	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 67.3% مثلت اللواتي لاتولين اهتماما للقيمة الغذائية للغذاء المقدم للطفل أغلبهم ذوو مستوى تعليمي ابتدائي وأمي، مقابل 32.7

% منهم اهتمن بالقيمة الغذائية لغذاء الطفل وأغلبهن ذوو مستوى جامعي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 582.356 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في الاهتمام بالقيمة الغذائية لغذاء الطفل .

جدول رقم(67) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بغذاء الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم اهتمام بغذاء الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
1038,410	8	0,000	349	95	00	00	00	00	كبير
			58,2 %	80,5 %	%00	%00	%00	%00	
			95	18	80	61	190	00	عادي
			15,8 %	15,3 %	100 %	%100	%100	%00	
156	05	00	00	00	151	عند المرض			
26,0 %	04,2 %	%00	%00	%00	%100				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	100 %	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 58,2 % وهي النسبة الأكبر مثلت اللواتي تولين اهتماما كبيرا بغذاء الطفل وكلهن جامعات، أما نسبة 26,0 % مثلت الأمهات اللواتي كان اهتمامهن مقتصرًا على فترة مرض الطفل وأغلبهن ذوات مستوى أمي، أما 15,8 % فمثلت الأمهات اللواتي كان اهتمامهن عاديًا بغذاء الطفل، وأغلبهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي ومتوسط وثنائي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 1038,410 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في اهتمامها بالغذاء المقدم للطفل.

جدول رقم (68) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بالماء المقدم للطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم اهتمام بالماء المقدم للطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
591,104	4	0,000	200	118	80	01	00	01	نعم
			33,3 %	100 %	100 %	01,6 %	00 %	0,7 %	
			400	00	00	60	190	150	لا
66,7 %	00 %	00 %	98,4 %	100 %	99,3 %				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي الأكبر مثلت الأمهات اللواتي لا تولين اهتمامًا بالماء المقدم للطفل ولا بمراقبته وأغلبهن أميات وذوات مستوى تعليمي ابتدائي،

فبين مثلت نسبة 33,7% الأمهات اللواتي اهتمن بالماء المقدم للطفل ومراقبته، أغلبهن جامعيات وذوات مستوى تعليمي ثانوي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 591,104 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأمهات يؤثر في مدى اهتمامهن بالماء المقدم للطفل ومراقبته.

جدول رقم(69) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بصحة الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم اهتمام بصحة الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
421,310	4	0,000	175	118	78	00	00	55	فحوص دورية
			29,2 %	%100	97,5 %	%00	%00	%36,4	
			425	00	02	61	190	96	عند المرض
			70,8 %	%00	02,5 %	%100	%100	%63,6	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 70,8% وهي النسبة الأكبر مثلت اللواتي لا تهتمن بصحة الطفل إلا عند المرض، أغلبهن ذوات المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط والأميات، أما نسبة 29,2% فمثلت الأمهات اللواتي تقمن بالفحوص الدورية للطفل، وأغلبهن جامعيات وذوات المستوى التعليمي الثانوي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ

421,310 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في الاهتمام بصحة الطفل.

جدول رقم(70) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم واختيار الأسلوب المتبع في علاج الطفل في حالة المرض:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم الاحتمالات
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
1117,102	24	0,000	150	54	80	16	00	00	عرض الطفل على الطبيب
			%25	45,8 %	100 %	26,2 %	%00	00	
			50	00	00	00	50	00	الانتظار بعض الوقت
			08,3 %	%00	%00	%00	%26,3	00	
200	64	00	00	00	136	تشترون الدواء من الصيدلية			
33,3 %	54,2 %	%00	%00	%00	%90,1				
90	00	00	45	45	00	إعطائه بعض			

أعراض مرض ما، وكلهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، أما نسبة 05,0% فمثلت اللواتي تعرضن الطفل على الطالب في حالة مرضه وكلهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، أما 02,5% فمثلت اللواتي تلجأن للرقية في حالة مرض الطفل، وكلهن أميات، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 1117,102 عند درجة حرية 24، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، هذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في نوع الأسلوب المختار في علاج الطفل.

جدول رقم (71) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بنظافة الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم اهتمام بنظافة الطفل	
			المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي		أمي
884,516	8	0,000	200	49	00	00	00	151	كبير
			%33,3	%41,5	%00	%00	%00	100%	
			240	65	80	61	30	00	عادي
			%40,0	%58,5	100%	%100	%15,8	%00	
160	00	00	00	160	00	على فترات			
			%26,7	%00	%00	%00	%84,2	%00	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	100%	%100	%100	100%	

من خلال الجدول تبين أن 40,0 % وهي النسبة الأكبر مثلت نوات الاهتمام العادي بنظافة الطفل توزعت على جميع المستويات ما عدا الأمي، أما نسبة 33,3 % فمثلت نوات الاهتمام الكبير، أما نسبة 26,7 % فمثلت اللواتي يهتمن بنظافة الطفل على فترات من اليوم ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 884,516 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في الاهتمام بنظافة الطفل.

جدول رقم(72) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بتلقي الطفل قواعد النظافة:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم	اهتمام بتلقي الطفل قواعد النظافة
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
780,644	8	0,000	230	118	52	00	00	60	دائماً	
			%38,3	%100	%65,0	%00	%00	%39,7		
			279	00	28	61	190	00		أحياناً
			%46,5	%00	%35,0	%100	%100	%00		
91	00	00	00	00	91	عدم الاهتمام				
			%15,2	%00	%00	%00	%00	%60,3		
			600	118	80	61	190	151	المجموع	
			%100	%100	%100	%100	%100	%100		

من خلال الجدول تبين أن نسبة 46,5 % وهي الأكبر مثلت اللواتي تهتمن أحيانا بتلقين الطفل قواعد النظافة وأغلبهن ذوات المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط، أما نسبة 38,3 فمثلت اللواتي تقمن بتلقين الطفل قواعد النظافة بصفة دائمة وأغلبهن ذوات مستوى تعليمي جامعي و ثانوي، في حين مثلت نسبة 15,0 % الأمهات اللواتي لا تهتمن بتلقين الطفل قواعد النظافة، وكلهن أميات ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 780,644 عند درجة حرية 08، فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في الاهتمام بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية.

جدول رقم(73) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم مراقبة دورية لفحص عيون الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
41,540	4	0,000	10	10	00	00	00	00	نعم
			%01,7	%08,5	%00	%00	%00	%00	
			590	108	80	61	190	151	لا
%98,3	%91,5	100 %	%100	100 %	%100				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	100 %	%100	100 %	%100	

من خلال الجدول تبين أن 98,5 % وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي لا تقمن بالفحص الدوري لعيون الطفل ، في حين أن نسبة 01,7 % مثلت اللواتي يقمن بذلك ، وهن ذوات مستوى جامعي ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 41,540 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في القيام بالفحص الدوري لعيون الطفل.

جدول رقم(74) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاهتمام بتهوية البيت:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم اهتمام بتهوية البيت
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
400,514	4	0,000	490	118	80	61	190	41	دائماً
			%81,7	%100	%100	%100	%100	%27,2	
			110	00	00	00	00	110	أحياناً
			%18,3	%00	%00	%00	%00	%72,8	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 81,7 % وهي الأكبر مثلت الأمهات التي تقمن بتهوية البيت بصفة دائمة، في حين مثلت نسبة 18,3 % اللواتي تقمن أحياناً بتهوية البيت وكلهن أميات، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 400,514 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في مدى اهتمامها بتهوية البيت.

جدول رقم(75) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والمراقبة الدورية لأسنان الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم مراقبة دورية فحص أسنان الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
84,512	4	0,000	20	20	00	00	00	00	نعم
			%3,3	16,9 %	%00	%00	%00	%00	
			580	98	80	61	190	151	لا
96,7 %	83,1 %	%100	%100	100 %	%100				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	100 %	%100	

من خلال الجدول تبين أن 96,7 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الأمهات اللواتي لا تقمن بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل، في حين مثلت نسبة 03,3 % اللواتي تقمن بذلك ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 84,512 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في قيام الأسرة بالمتابعة الدورية لفحص أسنان الطفل.

جدول رقم(76) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وإعطاء الطفل الحلويات:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم إعطاء الطفل الحلويات
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	

809,646	8	0,000	340	09	80	61	190	00	دائما
			56,7 %	07,6 %	%100	%100	%00	%00	
			61	61	00	00	00	00	بانتظام
			10,2 %	51,7 %	%00	%00	%00	%00	
199	48	00	00	00	151	أحيانا			
33,2 %	40,7 %	%00	%00	%00	%100				
600	118	80	61	190	151	المجموع			
%100	%100	%100	%100	%100	%100				

من خلال الجدول تبين أن 56,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللاتي تقمن دائما بإعطاء الطفل الحلويات وبدون مراقبة، أغلبهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي ومتوسط، أما نسبة 33,2 % فمثلت اللواتي تقمن أحيانا بإعطاء الطفل الحلويات وأغلبهن أميات، أما نسبة 10,2 % فمثلت اللواتي تقمن بإعطاء الحلويات للطفل بانتظام وكلهن جامعيات، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 809,646 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في أسلوب وكيفية إعطاء الطفل الحلويات.

جدول رقم (77) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وعرض الطفل على الطالب:

قيمة كاي 2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع ع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم عرض الطفل
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	

								على الطالب	
307,398	4	0,000	200	00	00	00	150	50	نعم
			33,3	%00	%00	%00	78,9	33,1	
			%				%	%	
			400	118	80	61	40	101	لا
			66,7	%100	%100	%100	21,1	66,9	
			%				%	%	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 33,3% من الأمهات تقمن بعرض الطفل على الطالب في حالة المرض وكلهن نوات مستوى تعليمي ابتدائي وأمي، في حين أن نسبة 66,7% مثلت اللواتي لا تقمن بذلك، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 307,398 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في مدى لجوء الأسرة للطالب لمداواة الطفل.

جدول رقم (78) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وعرض الطفل على العجائز:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأب	عرض الطفل على العجائز
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
268,555	4	0,000	199	00	00	00	139	60	نعم	
			33,2	%00	%00	%00	73,3	39,7		
			%				%	%		

			401	118	80	61	51	91	لا
			66,8 %	%100	100 %	%100	26,8 %	60,3 %	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	100 %	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 66,8% من الأمهات لا تقمن بعرض الطفل على العجائز، في حين أن نسبة 33,2% منهن تقمن بذلك وكلهن أميات ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 268,555 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأم.

جدول رقم (79) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم واللجوء إلى الأولياء الصالحين:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم اللجوء إلى الأولياء الصالحين
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
207,859	4	0,000	83	00	00	00	83	00	نعم
			%13,8	%00	%00	%00	%43,7	%00	
			517	118	80	61	107	151	لا
			%86,2	%100	%100	%100	%56,7	%100	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 86,2% وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي لا يلجأن للأولياء الصالحين بغرض التضرع وطلب شفاء الطفل، في حين مثلت نسبة 13,8% الأمهات اللواتي يلجأن للأولياء الصالحين وكلهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي. وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 207,859 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأُم يؤثر في مدى اللجوء للأولياء الصالحين.

جدول رقم (80) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأُم ورأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأُم					المستوى التعليمي للأب	رأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أُمي		
925,064	8	0,000	222	00	00	32	190	00	مفيد	
			27,0%	%00	%00	52,5%	00%	1%		
			178	69	80	29	00	00	غير مجدي	
			29,7%	58,5%	100%	47,5%	%00	%00		
200	49	00	00	00	151	نتائج ضعيفة				
33,3%	41,5%	%00	%00	%00	100%					
			600	118	80	61	190	151	المجموع	

			100%	100%	100%	100%	100%
--	--	--	------	------	------	------	------

من خلال الجدول تبين أن 33,3% وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي ترين بأن التداوي بالعقاقير الشعبية نتائجها ضعيفة ولا تحقق الشفاء الكامل، أما نسبة 29,7% فمثلت اللواتي ترين بأنه غير مجدي في العلاج، في حين مثلت نسبة 27,0% اللواتي ترين بأنه مفيد ويعطي نتائج مقبولة، وأغلبهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 925,064 عند درج حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على رأي الأسرة اتجاه التداوي بالعقاقير الشعبية.

جدول رقم (81) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ورأي الأسرة في فعالية العجائز:

قيمة كاي	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأب	رأي الأسرة في علاج العجائز
			المجموع	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي			جامعي
843,171	8	0,000	151	151	00	00	00	00	مفيد
			%25,1	100%	00%	00%	00%	00%	
			250	00	40	12	80	118	غير مجدي
			41,6%	00%	21,1%	19,7%	10%		
			199	00	150	49	00	نتائج ضعيفة	
			33,1%	00%	78,9%	80,3%	00%		

			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	100	100	%100	%100	100	
				%	%			%	

من خلال الجدول تبين أن 41,6 % وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي ترىين بأن أسلوب العجائز في علاج الطفل غير مجدي ولا يحقق نتائج، أما نسبة 33,1 % منهن فترين أن هذا الأسلوب نتائجه ضعيفة وأغلبهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي ، أما نسبة 25,1 % منهن فترين بأنه مفيد ويعطي نتائج جيدة، وكلهن أميات، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 843,171 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000 ، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في رأي الأسرة اتجاه فعالية العجائز في علاج الطفل.

جدول رقم(82) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والإقبال على كل جديد طبي:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للإقبال على كل جديد طبي
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
428,005	4	0,000	261	118	00	10	83	50	نعم
			43,5	%100	%00	16,4	43,7	33,1	
			%			%	%	%	
428,005	4	0,000	339	00	80	51	107	101	لا
			%56.	%00	%100	83,6	56,7	66,9	
			5			%	%	%	
			600	118	80	61	190	151	المجموع

			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 56,5% وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي لا يقبلن على الجديد والحديث في علاج الطفل أو الوقاية من المشاكل الصحية المختلفة التي من الممكن أن يتعرض لها وأغلبهن، أما نسبة 43,5% فمثلت الأمهات اللواتي يقبلن على ذلك وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 428,005 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في إقبال الأسرة على الجديد الطبي في علاج الأطفال.

جدول رقم (83) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ورأي الأسرة في الاعتماد على الطالب:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
358,119	4	0,000	130	00	00	00	130	00	مفيد
			21,7%	%00	%00	%00	68,4%	%00	
			470	118	80	61	60	151	غير مجدي
78,3%	100%	%100	%100	31,6%	%100				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	100%	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 78,3 % وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي ترين بأن الاعتماد على الطالب في علاج الطفل غير مجدي، في حين أن نسبة 21,7 % منهن ترين بأنه مفيد ، وكلهن ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 358,119 عند درجة حرية 04 ، فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى المستوى التعليمي للأم يؤثر في رأي الأسرة اتجاه الاعتماد على الطالب في العلاج.

جدول رقم(84) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والاعتقاد بنجاعة الطب الحديث:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم الاعتقاد بنجاعة الطب الحديث
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
724,800	8	0,000	400	118	80	61	141	00	نعم
			%66,7	%100	%100	%100	%74.3	%00	
			11	00	00	00	00	11	لا
			%01.8	%00	%00	%00	%00	07,3 %	
189	00	00	00	49	140	أحيانا			
%31.5	%00	%00	%00	%25.7	92,7 %				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي تعتقدن بأن الطب الحديث ناجع وفعال في العلاج أغلبهن ذوات مستوى تعليمي جامعي و ثانوي وابتدائي ، أما 31,5 % فمثلت اللواتي تعتقدن بأن الطب الحديث ناجع أحيانا وأحيانا لا، وكلهن أميات وذوات مستوى تعليمي ابتدائي، أما نسبة 01,83 % فمثلت اللواتي تعتقدن بأن الطب الحديث غير ناجع، وكلهن أميات ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 724,800 عند درجة حرية 08 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في اعتقادها اتجاه نجاعة الطب الحديث.

جدول رقم(85) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأم السعي لتلقي إرشادات
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
537,981	4	0,000	342	118	80	61	83	00	نعم
			21,7 %	100 %	100 %	%100	43,7 %	%00	
			258	00	00	00	107	151	لا
%43.0	%00	%00	%00	56,7 %	100 %				
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	100 %	100 %	%100	%100	100 %	

من خلال الجدول تبين أن 57,0 % وهي النسبة الأكبر مثلت الأمهات اللواتي تسعين لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض ، توزعت هذه النسبة على جميع المستويات

ما عدى الأميات، أما نسبة 43,0 % فمثلت اللواتي لا تسعين لتلقي إرشادات، وأغلبهن أميات وذوات مستوى تعليمي ابتدائي ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 537,981 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر في مدى سعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض.ذوات المستوى التعليمي المرتفع يدركن حساسية وأهمية مرحلة الطفولة المبكرة في حياة الإنسان، لهذا تسعين دائما إلى تكوين معارف ومهارات خاصة لكيفية التعامل مع الطفل في هذه المرحلة وتبتعدن عن إعادة تجارب سابقة في التربية، عكس ذوات المستوى التعليمي المنخفض اللواتي يفضلن إتباع طريقة الجدات في رعاية الأطفال رغم توفر البدائل والوسائل الأكثر أمانا وإيجابية على صحة الطفل، والتي كانت تنعدم في أوقات مضت.

جدول رقم(86) يبين العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	المستوى التعليمي للأم					المستوى التعليمي للأب السعي لتلقي إرشادات
				جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
469,711	4	0,000	300	118	80	61	40	01	نعم
			%50,0	%100	%100	%100	%21,1	%0,7	
			300	00	00	00	150	150	لا
			%50,0	%00	%00	%00	%78,9	99,3 %	
			600	118	80	61	190	151	المجموع
			%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 50% من الأمهات لا تسعين لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل وكلهن أميات وذوات مستوى تعليمي ابتدائي، في حين أن 50% منهن تسعين

لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض .وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 469,711 عند درجة حرية 04 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على مدى سعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل.

رابعا – بيانات الفرضية الثالثة:

جدول رقم(87) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بغذاء الطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الاهتمام بغذاء الطفل
				حضر	ريف	
215,759	2	0,000	349	149	200	عادي
			%58,2	%37,3	%100	
			95	95	00	كبير
			%15,8	%23,8	%00	
			156	156	00	عند المرض
			%26,0	%39,0	%00	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	100%	

من خلال الجدول تبين أن 58,2 % وهي النسبة الأكبر مثلت ذوو الاهتمام العادي بغذاء الطفل أغلبهم الأسر القاطنة بالريف، أما نسبة 26,0 % مثلت الذين يهتمون بغذاء الطفل عند المرض ، وكلهم يقطنون بالوسط الحضري، أما 15,8 % فمثلت ذوو الاهتمام الكبير

بغذاء الطفل وكلهم يقطنون بالمدينة، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 215,759 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في اهتمامها بغذاء الطفل.

جدول رقم(88) بين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بقيمة غذاء الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الاهتمام بقيمة غذاء الطفل
				حضر	ريف	
145,545	1	0,000	196	196	00	نعم
			%32,7	%49,0	%00	
			404	204	200	لا
%67,3	%51,0	%100				
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 32,7 % مثلت الذين يهتمون بالقيمة الغذائية لغذاء الطفل وكلهم يقطنون بالمدينة ، أما 67,3 % فمثلت الذين لا يهتمون بذلك وكانت نسبتهم متساوية بين الذين يقطنون بالريف والمدينة ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 145,545 ، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في اهتمامها بالقيمة الغذائية لغذاء الطفل.

جدول رقم(89) يمثل العلاقة بين مقر سكن الأسرة ومراقبة الماء المقدم للطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة مراقبة الماء المقدم للطفل
				حضر	ريف	
150,000	1	0,000	200	200	00	نعم
			%33,3	%50,0	%00	
			400	200	200	لا
%66,7	%50,0	%100				
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يهتمون بمراقبة الماء المقدم للطفل وجاءت موزعة بين الذين يقطنون بالمدينة والذين يقطنون بالريف، أما 33,3 % فمثلت الذين يهتمون بمراقبة الماء المقدم للطفل وكلهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 150,000 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في اهتمامها بمراقبة الماء المقدم للطفل. ويمكن تفسير هذا بأن سكان الريف لا يعطون أهمية كبيرة للماء فأى مصدر هو مقبول بالنسبة لهم، وأغلبهم يجهلون خطورة الأمراض المتنقلة عبر المياه خاصة على الطفل الذي يعاملونه معاملة أقل من العادي، رغم أنه يحتاج إلى اهتمام خاص في كل الجوانب.

جدول رقم(90) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بصحة الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الاهتمام بصحة الطفل
				حضر	ريف	
123,529	1	0,000	225	225	200	عند المرض
			%70,8	%56,3	%100	
			175	175	00	فحوص دورية
			%29,2	%43,8	%00	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 70,8% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يهتمون بصحة الطفل عند المرض فقط موزعة بين سكان الريف وسكان الحضر، أما نسبة 29,2% فمثلت الذين يقومون بالفحوص الدورية للطفل، وكلهم يسكنون بالمدينة، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 123,529 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في اهتمامها بصحة الطفل.

جدول رقم(91) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الاحتمالات
				حضر	ريف	
503,750	06	0,000	150	150	00	عرض الطفل على الطبيب
			%25,0	%37,5	%00	
			50	00	50	الانتظار بعض الوقت
			%08,3	%00	%25,0	

			200 %33,3	200 %50,0	00 %00	شراء الدواء من الصيدلية
			90 15,0%	35 %08,8	55 %27,5	إعطائه أعشاب
			65 %10,8	00 %00	65 %32,5	إعطائه عقاقير شعبية
			30 %05,5	00 %00	30 %15,0	عرض الطفل على الطالب
			15 %02,5	15 %03,8	00 %00	اللجوء للرقية
			600 %100	400 %100	200 %100	المجموع

من خلال الجدول تبين أن 33,3 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يكتفون بشراء الدواء من الصيدلية وكلهم حضريون، أما نسبة 25,0 % فمثلت الذين يعرضون الطفل على الطبيب مباشرة وكلهم حضريون، أما نسبة 15,0 % فمثلت الذين يعطون الطفل الأعشاب الطبيعية وأغلبهم ريفيون ، أما نسبة 10,8 % فمثلت الذين يعطون الطفل العقاقير الشعبية وكلهم ريفيون، أما نسبة 05,0 % فمثلت الذين يعرضون الطفل على الطالب وكلهم ريفيون ، أما 02,5 % فمثلت الذين يلجأون للرقية وكلهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 503,750 عند درجة حرية 06 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في اختيارها للأسلوب المتبع في علاج الطفل .ويمكن إرجاع هذا إلى أن سكان الريف يفضلون

الأساليب الشعبية بحكم العادات السائدة عنده والتي لا تلجأ للطب الحديث إلى بعد تجربة الوسائل الشعبية وفي الحالات الحرجة.

جدول رقم (92) بين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بنظافة الطفل :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الاهتمام بنظافة الطفل
				حضر	ريف	
450,000	2	0,000	200	200	00	كبير
			%33,3	%50,0	%00	
			240	200	40	عادي
			%40,0	%50,0	%20,0	
			160	00	160	على فترات
			%26,7	%00	%80,0	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 40,0 % وهي النسبة الأكبر مثلت ذوو الاهتمام العادي بنظافة الطفل، أغلبهم الذين يقطنون بالمدينة فالذين يقطنون بالريف، أما نسبة 33,3 % فمثلت ذوو الاهتمام الكبير بنظافة الطفل وكلهم حضريون، أما نسبة 26,7 % فمثلت الذين اقتصر اهتمامهم بنظافة الطفل على فترات ، وكلهم ريفيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 450,000 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى اهتمامها بنظافة الطفل.

جدول رقم (93) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والاهتمام بتلقي الطفل قواعد النظافة

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الاهتمام بتلقي الطفل قواعد النظافة
				حضر	ريف	
345,161	2	0,000	230	230	00	دائمًا
			%38,3	%57,5	%00	
			279	149	130	أحيانًا
			%46,5	%19,8	%65,0	
			91	21	70	عدم الاهتمام
			%15,2	%22,8	%35,0	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 46,5% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يقومون أحيانًا بتلقي الطفل قواعد النظافة توزعت بين الحضريين والريفيين، أما نسبة 38,3% فمثلت ذوو الاهتمام الدائم بتلقي الطفل قواعد النظافة الشخصية وكلهم حضريون، أما نسبة 15,2% فمثلت الذين لا يهتمون بهذا، وأغلبهم ريفيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 345,161 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى اهتمامها بتلقي الطفل قواعد النظافة.

جدول رقم (94) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة مراقبة دورية لعيون الطفل
				حضر	ريف	
05,085	1	0,024	10	10	00	نعم
			%01,7	%02,5	%00	
			590	390	200	لا
%98,3	%97,5	%100				
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 02,5 % قد مثلت الذين يقومون بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل ، وكلهم حضريون، أما نسبة 98,3 % فمثلت الذين لا يقومون بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل، توزعت بين الريفيين والحضرين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 05,085 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,024 ، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة لا يؤثر في مدى قيام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل، أي لا علاقة بين المتغيرين.

جدول رقم (95) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والمراقبة الدورية لأسنان الطفل :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة مراقبة دورية
				حضر	ريف	

			لأسنان الطفل			
10,345		0,001	20	20	00	نعم
			%03,3	05,0 %	%00	
			580	380	200	لا
			%96,7	95,0 %	100 %	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	100 %	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 03,3 % قد مثلت الذين يهتمون بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل ، وكلهم حضريون، أما نسبة 96,7 % فقد مثلت الذين لا يقومون بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل، وقد توزعت هذه النسبة بين الريفيين والحضريين ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 10,345 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في قيامها بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل.

جدول رقم (96) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وإعطاء الطفل الحلويات :

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة إعطاء الطفل الحلويات
				حضر	ريف	
229,	2	0,000	340	140	200	دائماً

			%56,7	%35,0	%100	
			61	61	00	باننظام
			%10,2	%15,3	%00	
			199	199	00	أحيانا
			%33,2	%49,8	%00	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 56,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يقومون بإعطاء الحلويات للطفل بصفة دائمة وأغلبهم الريفيون فالحضرين، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يعطون الطفل الحلويات أحيانا فقط ، وكلهم حضرين، أما نسبة 10,2 % فمثلت الذين يعطون الطفل الحلويات بانتظام وتحت مراقبتهم، وكلهم حضرين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 229,412 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000 ، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في أسلوبها في إعطاء الطفل الحلويات. ويمكن إرجاع هذا إلى أن الوالدين في الأسرة الحضرية أغلبهم ذوو مستوى تعليمي جامعي ومستوى ثقافي جيد، فهم يدركون تماما خطر الإسهاب في تناول الحلويات على بنية الطفل الجسمية، وبالتالي يقومون بمراقبة وتنظيم تناول الطفل للحلويات المختلفة، عكس سكان الريف.

جدول رقم (97) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وعرض الطفل على الطالب :

قيمة كاي 2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة عرض الطفل على الطالب
				حضر	ريف	

234,375	1	0,000	200	50	150	نعم
			%33,3	%12,5	%75,0	
			400	350	50	لا
			%66,7	%87,5	%25,0	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يعرضون الطفل على الطالب في حالة المرض ، وأغلبهم حضريون، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يعرضون الطفل على الطالب، وأغلبهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 234,375 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى قيام الأسرة بعرض الطفل على الطالب. فالأسر الريفية ما زالت متمسكة ومقتنعة بهذا الأسلوب الذي توارثوه عبر الأجيال والكل يتبعه في الوسط الريفي، أما الحضريون فقد ابتعدوا عن هذا الأسلوب، ولم يعد يتبعه الناس.

جدول رقم (98) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وعرض الطفل على العجائز :

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة عرض الطفل على العجائز
				حضر	ريف	
178,664	1	0,000	199	60	139	نعم
			%33,2	%15,0	%69,5	
			401	340	61	لا

			%66,8	%85,0	%30,5	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,8 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يعرضون الطفل على العجائز في حالة المرض، وأغلبهم حضريون، أما نسبة 33,2 % فمثلت الذين يعرضون الطفل على العجائز في حالة المرض وأغلبهم ريفيون، أما عن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 178,664 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى لجوئها للعجائز لمداواة الطفل. فالأسر الريفية ما زالت تلجأ لهذا الأسلوب، وحتى العجائز اللاتي تمارسن هذا الأسلوب تنتشر بشكل واسع في المناطق الريفية الأكثر من الحضرية مستغلة قناعات سكان الريف المبنية أساساً على العادات والممارسات القديمة في علاج الأطفال، وحتى أن كبار السن في الريف يفرضون على أبنائهم وبناتهم اتباع هذا الأسلوب، ويجدون أنه من غير المعقول الذهاب للطبيب في وجود العجائز أو الطالب.

جدول رقم (99) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة والخوف على الطفل من العين والحسد :

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة الخوف على الطفل من العين والحسد
				حضر	ريف	
150,000	1	0,000	400	200	200	نعم
			%66,7	%50,0	%100	
			200	200	00	لا

			%33,3	%50,0	%00	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يخافون على الطفل من العين والحسد، توزعت بين الريفيين والحضرين، أما نسبة 33.3 % فمثلت الذين لا يخافون على الطفل من العين والحسد وكلهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 150,000 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى خوفها على الطفل من العين والحسد. فالأسر الريفية هي الأكثر خوفاً دائماً من العين والحسد ومن الشائع عندها استعمال التمامم والتعاويز المختلفة بغرض الحماية من العين والحسد خاصة على الطفل.

جدول رقم (100) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة واللجوء إلى الأولياء الصالحين :

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة اللجوء إلى الأولياء الصالحين
				حضر	ريف	
192,650	1	0,000	83	00	83	نعم
			%13,8	%00	%41,5	
			517	400	117	لا
%86,2	%100	%58,5				
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 86,2 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لم يلجأوا للأولياء الصالحين، وأغلبهم حضريون، أما نسبة 13,8 % فمثلت الذين لجأوا للأولياء الصالحين بغرض طلب الشفاء وكلهم ريفيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 192,650 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى لجوئها للأولياء الصالحين. فالأسر الريفية ما زالت حبيسة المعتقدات الخاطئة التي تعتقد بأن التبرك والتضرع للأولياء الصالحين يشفر المرض ويقضي حاجات الناس.

جدول رقم (101) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة ورأيها في التداوي بالعقاقير الشعبية :

مقر سكن الأسرة	مقر سكن الأسرة		المجموع	القيمة المعنوية	درجة الحرية	قيمة ك ²
	ريف	حضر				
مفيد	200	22	222	0,000	2	510,811
	100%	5,5%	37,0%			
	00	178	178			
	00%	44,5%	29,7%			
نتائج ضعيفة	00	200	200	0,000	2	510,811
	00%	50,0%	33,3%			
	200	400	600			
المجموع	200	400	600			

			%100	%100	%100
--	--	--	------	------	------

من خلال الجدول تبين أن 37,0 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يرون بأن التداوي بالعقاقير الشعبية مفيد وأغلبهم ريفيون، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يرون بأن هذا الأسلوب نتائج ضعيفة، وكلهم حضريون، أما نسبة 29,7 % فمثلت الذين يرون بأنه غير مجدي، وكلهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 510,811 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في رأيها اتجاه التداوي بالعقاقير الشعبية.

جدول رقم (102) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة ورأيها في فعالية العجائز في العلاج:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة رأي الأسرة في فعالية العجائز في العلاج
				حضر	ريف	
420,000	2	0,000	150	00	150	مفيد
			%25,0	%00	%75,0	
			250	200	50	غير مجدي
			%41,7	%50,0	%25,0	
			200	200	00	نتائج ضعيفة
			%33,3	%50,0	%00	
600	400	200	المجموع			
%100	%100	%100				

من خلال الجدول تبين أن 41,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يرون بأن أسلوب العجائز في العلاج غير مجدي، وأغلبهم حضريون، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يرون بأن نتائجه ضعيفة، وكلهم حضريون، أما نسبة 25.0 % فمثلت الذين يرون بأنه مفيد، وكلهم ريفيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 420,000 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في رأي الأسرة اتجاه فعالية أسلوب العجائز في العلاج.

جدول رقم (103) بين العلاقة بين مقر سكن الأسرة ورأيها في الاعتماد على الطالب في علاج الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مق سك ن الأسرة رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب في العـلاج
				حضر	ريف	
331,915	1	0,000	130	00	130	مفيد
			%21,7	%00	%65,0	
			470	400	70	غير مجدي
			%78,3	%100	%350	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 21,7 % قد مثلت الذين يرون أن الاعتماد على الطفل في العلاج مفيد وله نتائج مفيدة، وكلهم ريفيون، أما نسبة 78,3 % فمثلت الذين يرون بأنه غير مجدي، وأغلبهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 331,915 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000.

وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في رأيها اتجاه الاعتماد على الطالب في العلاج.

جدول رقم (104) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة واعتقادها بنجاعة الطب الحديث في العلاج:

مقر سكن الأسرة	مقر سكن الأسرة		المجموع	القيمة المعنوية	درجة الحرية	قيمة ك2
	ريف	حضر				
نعم	00	200	200			
	%00	%50,0	%33,3			
لا	60	00	60			
	%30,0	%00	%10,0			
أحيانا	140	200	340			
	%70,0	%50,0	%56,7			
المجموع	200	400	600			
	%100	%100	%100			

من خلال الجدول تبين أن 56,7% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يعتقدون بأن الطب الحديث ناجع أحيانا في العلاج وأحيانا لا، وأغلبهم حضريون، أما نسبة 33,3% فمثلت الذين يعتقدون بأن الطب الحديث ناجع وفعال في علاج الأطفال وكلهم حضريون، أما نسبة 10,0% فمثلت الذين يعتقدون بأن الطب الحديث غير ناجع في علاج الأطفال، وكلهم ريفيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 105.000 عند درجة حرية 02، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن

الأسرة يؤثر في اعتقادها اتجاه نجاعة الطب الحديث. فالأسر الحضرية وبحكم التغيرات التي شهدتها المدينة خاصة على المستوى الفكري والحضاري غيروا كثيرا من اعتقادهم نحو الممارسات والأساليب الشعبية التي كانت تمارس في القدم خاصة بالنسبة للأطفال وأصبحوا يعتقدون أكثر بنجاعة الأساليب الطبية الحديثة. عكس الأسر الريفية التي ما زالت منغلقة على عاداتها وممارساتها القديمة.

جدول رقم (105) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل

المريض:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	مقر سكن الأسرة		مقر سكن الأسرة السعي لتلقي إرشادات العناية بالطفل المريض
				حضر	ريف	
161,538	1	0,000	390	330	60	نعم
			%65,0	%82,5	%30,0	
			210	70	140	لا
			%35,0	%17,5	%70,0	
			600	400	200	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 65,0 % وهي النسبة الأكبر مثلا الذين يسعون لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض، وأغلبهم حضريون، أما نسبة 35.0 % فتمثلت الذين لا يسعون لتلقي هذه الإرشادات، وأغلبهم ريفيون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ161,538 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى سعيها لتلقي إرشادات حول

العناية بالطفل المريض. فالكثير من الأسر الريفية تجد بأن لا حاجة للبحث عن معلومات تخص رعاية الطفل الصحية، فالتجارب السابقة للجدات والأمهات تعد كافية وملمة لجميع الجوانب المختلفة للطفل.

جدول رقم (106) يبين العلاقة بين مقر سكن الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل :

مقر سكن الأسرة	مقر سكن الأسرة	المجموع	القيمة المعنوية	درجة الحرية	مقر سكن الأسرة	مقر سكن الأسرة
						ريف	حضر
نعم	00	290	290	290	00	48,3%
لا	200	310	110	310	200	51,7%
المجموع	200	600	400	600	200	100%

من خلال الجدول تبين أن 51,7% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يسعون لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل، وأغلبهم ريفيون، أما نسبة 48,3% فمثلت الذين يسعون لذلك، وكلهم حضريون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 280,645 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن مقر سكن الأسرة يؤثر في مدى سعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل.

خامسا — بيانات الفرضية الرابعة:

جدول رقم (107) يبين العلاقة بين وجود الجدين والاهتمام بغذاء الطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وج ود الجدين الاهتمام بغذاء الطفل
				لا	نعم	
268,241	2	0,000	349	119	230	عادي
			%58,2	%32,2	%100	
			95	95	00	كبير
			%25,7	%25,7	%00	
			156	156	00	عند المرض
			26,0	%42,2	00%	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 58,2 % وهي النسبة الأكبر مثلت ذوو الاهتمام العادي بغذاء الطفل ، وأغلبهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 26,0 % فمثلت الذين يهتمون بغذاء الطفل فقط في حالة المرض، وكلهم لا يعيشون مع الجدين في الأسرة، أما نسبة 25,7 % فمثلت ذوو الاهتمام الكبير بغذاء الطفل، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 268.241 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجدين في الأسرة يؤثر في الاهتمام بغذاء الطفل. فغالبا ما يتدخل الجدين في أسلوب وطريقة تغذية الطفل فيفرضون على الأم مثلا

إعطائه أنواع معينة من التغذية يرون بأنها مناسبة لأنهم تعودوا عليها في نمط معيشتهم دون النظر إلى فوائدها أو سلبياتها على صحة الطفل.

جدول رقم (108) يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والاهتمام بالماء المقدم للطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وجود الجدين مراقبة الماء المقدم للطفل
				لا	نعم	
186,486	1	0,000	200	200	00	نعم
			%33,3	%54,1	%00	
			400	170	230	لا
			%66,7	%45,9	%100	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 66,7 % مثلت الذين لا يهتمون بمراقبة الماء المقدم للطفل وأغلبهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يهتمون بمراقبة الماء المقدم للطفل، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 186,486 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجدين يؤثر في اهتمام الأسرة بالماء المقدم للطفل.

جدول رقم (109) يبين العلاقة بين وجود الجدين والاهتمام بصحة الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وجود الجدين الاهتمام بصحة الطفل
				لا	نعم	
153,577	1	0,000	425	195	230	عند المرض
			%70,8	%52,7	%100	
			175	175	00	فحوص دورية
			%29,2	%47,3	%00	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 70,8 % مثلت الذين يهتمون بصحة الطفل عند المرض فقد، أغلبهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 29,2 % فمثلت الذين يقومون بإجراء بعض الفحوص الدورية للطفل خاصة المصابين بمرض مزمن، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 153,577 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجدين في الأسرة يؤثر في الاهتمام بصحة الطفل.

جدول رقم (110) يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وجـ — ود — الجدي ن الاحتمالات
				لا	نعم	
580.024	6	00,00	150	150	00	عرض الطفل على الطبيب مباشرة
			%25,0	%40,5	%00	
			50	00	50	الانتظار بعض الوقت
			%08,3	%00	%21,7	
			200	200	00	شراء الدواء من الصيدلية
			%33,3	%54,1	%00	
			90	05	85	إعطائه أعشاب
			%15,0	%01,4	%37,0	
65	00	65	إعطائه عقاقير شعبية			
%10,8	%00	%28,3				
30	00	30	عرض الطفل على الطالب			
%05,0	%00	%13,0				
15	15	00	اللجوء للرقية			
%02,5	%02,5	%00				
600	370	230	المجموع			

			%100	%100	%100	
--	--	--	------	------	------	--

من خلال الجدول تبين أن 33,3 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يكتفون بشراء الدواء من الصيدلية في حالة مرض الطفل، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، أما نسبة 25,0 % فمثلت الذين يعرضون الطفل على الطبيب مباشرة، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، أما نسبة 15,0 % فمثلت الذين يعطونه الأعشاب الطبيعية وأغلبهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 10,8 % فمثلت الذين يعطونه العقاقير الشعبية، وكلهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 08,3 % فمثلت الذين ينتظرون بعض الوقت، وكلهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 05,0 % فمثلت الذين يفضلون عرض الطفل على الطالب، وكلهم يعيشون مع الجدين، وفي الأخير مثلت نسبة 02,5 % الذين يلجئون للرقية، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 580,024 عند درجة حرية 06، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجدين في الأسرة يؤثر في اختيار الأسرة للأسلوب المتبع في علاج الطفل.

جدول رقم (111) يبين العلاقة بين وجود الجددين والاهتمام بنظافة الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددين الاهتمام بنظافة الطفل
				لا	نعم	
390,247	2	00,00	200	200	00	كبير
			%33,3	%54,1	%00	
			240	170	70	عادي
			%40,0	%45,9	%30,4	
			160	00	160	على فترات
			%26,7	%00	%69,6	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 40.0 % مثلت ذوو الاهتمام العادي بنظافة الطفل، توزعت بين الذين يعيشون مع الجددين والذين لا يعيشون معهم، أما نسبة 33,3 % فمثلت ذوو الاهتمام الكبير بنظافة الطفل، وكلهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 26,7 % فمثلت الذين يهتمون بنظافة الطفل على فترات، وكلهم يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 390,247 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000 ، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجددين يؤثر في اهتمام الأسرة بنظافة الطفل.

جدول رقم (112) يبين العلاقة بين وجود الجددين وتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددين تلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية
				لا	نعم	
429,119	2	0,000	230	230	00	دائماً
			%38,3	%62,2	%00	
			279	49	230	أحياناً
			%49,5	%13,2	%100	
91	91	00	عدم الاهتمام			
%15,2	%24,6	%00				
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجددين تبين أن 49,5 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يقومون أحياناً بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية، وأغلبهم يعيشون مع الجددين، أما نسبة 38,3 فمثلت الذين يقومون دائماً بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية، وكلهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 15,2 % فمثلت الذين لا يقومون بذلك وكلهم لا يعيشون مع الجددين، وعن قيم كا تربيع والمقدرة بـ 429,119 عند درجة حرية 02، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في مدى اهتمامها بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية.

جدول رقم (113) يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وجود الجدين المراقبة الدورية لعيون الطفل
				لا	نعم	
06,322	1	0,012	10	10	00	نعم
			01,7 %	02,7 %	%00	
			590	360	230	لا
98,3 %	97,3 %	100%				
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 02,5 % فقط مثلت الذين يقومون بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل، وكلهم لا يعيشون مع الجدين، في حين أن نسبة 98,3 % قد مثلت الذين لا يقومون بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل، توزعت بين الذين يعيشون مع الجدين والذين لا يعيشون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 06,322 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,012، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجدين لا يؤثر في قيام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل.

جدول رقم (114) يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة والمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وج — ود الجدي — ن المراقبة الدورية لأسنان الطفل
				لا	نعم	
12,861	1	0,000	20	20	00	نعم
			%03,3	05.4%	%00	
			580	350	230	لا
%96,7	%94.6	%100				
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 05,4 % مثلت الذين يقومون بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل، وكلهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 96,7 % فمثلت الذين لا يقومون بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل، توزعت بين الذين يعيشون مع الجدين والذين لا يعيشون، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 861,12 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجدين في الأسرة يؤثر في قيام الأسرة بالمراقبة الدورية لأسنان الطفل.

جدول رقم (115) يبين العلاقة بين وجود الجددين في الأسرة وإعطاء الطفل الحلويات :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددين إعطاء الطفل الحلويات
				لا	نعم	
385,215	2	0,000	340	110	230	دائما
			%56,7	%29,7	%100	
			61	61	00	بانتظام
			%10,2	%16,5	%00	
			199	199	00	أحيانا
			%33,2	%53,8	%00	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 56,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يقومون دائما بإعطاء الطفل الحلويات، وأغلبهم يعيشون مع الجددين، أما نسبة 33,2 % فمثلت الذين يقومون أحيانا بإعطاء الطفل الحلويات وكلهم لا يعيشون مع الجددين، أما 10,2 % فمثلت الذين يقومون بإعطاء الحلويات للطفل بانتظام، وكلهم لا يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 385,215 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في طريقة إعطاء الحلويات للطفل.

جدول رقم (116) يبين العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعرض الطفل على الطالب :

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وجود الجدي ن عرض الطفل على الطالب
				لا	نعم	
170,623	1	0,000	200	50	150	نعم
			%33,3	%13,5	65,2%	
			400	320	80	لا
			%66,7	%86,5	%34,8	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يعرضون الطفل على الطالب، وأغلبهم لا يعيشون مع الجدين، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يعرضون الطفل على الطالب في حالة المرض، وأغلبهم يعيشون مع الجدين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 170,623 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجدين في الأسرة يؤثر في مدى لجوئها للطالب في حالة مرض الطفل.

جدول رقم (117) يبين العلاقة بين وجود الجدین في الأسرة وعرض الطفل على العجائز :

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدین		وجود الجدین عرض الطفل على العجائز
				لا	نعم	
125,110	1	0,000	199	60	139	نعم
			%33,2	%16,2	%60,4	
			401	310	91	لا
			%66,8	%83,8	%36,6	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,8 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يعرضون الطفل على العجائز في حالة المرض، وأغلبهم لا يعيشون مع الجدین، أما نسبة 33,2 % فقد مثلت الذين يعرضون الطفل على العجائز، وأغلبهم يعيشون مع الجدین، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 125,110، عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجدین في الأسرة يؤثر في مدى لجوئها للعجائز في حالة مرض الطفل.

جدول رقم (118) يبين العلاقة بين وجود الجددين والخوف على الطفل من العين والحسد :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددين الخوف على الطفل من العين والحسد
				لا	نعم	
186,486	1	0,000	400	170	230	نعم
			%66,7	%45,9	%100	
			200	200	00	لا
			%33,3	54,1%	%00	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يخافون على الطفل من العين والحسد وأغلبهم يعيشون مع الجددين، أما نسبة 33,3 % فقد مثلت الذين لا يخافون على الطفل من العين والحسد وكلهم لا يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 186,486 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في مدى خوفها على الطفل من العين والحسد.

جدول رقم (119) يبين العلاقة بين وجود الجددين وقيام الأسرة بزيارة الأولياء الصالحين :

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددي ن زيارة ولي صالح
				لا	نعم	
154,958	1	0,000	83	00	83	نعم
			%13,8	%00	%36,1	
			517	370	147	لا
			%86,2	%100	%63,9	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 86,2% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يقومون بزيارة الأولياء الصالحين، وأغلبهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 13,8% فقد مثلت الذين يقومون بزيارة الأولياء الصالحين، وكلهم يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 154,958 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في مدى قيامها بزيارة الأولياء الصالحين طلباً للشفاء.

جدول رقم (120) يبين العلاقة بين وجود الجددين في الأسرة ورأيها في التداوي بالعقاقير الشعبية :

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وج — ود الجددي ن رأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية
				لا	نعم	
567,678	2	0,000	222	00	222	مفيد
			%37,0	%00	%26,5	
			178	170	08	غير مجدي
			%29,7	%45,9	%03,5	
			200	200	00	نتائج ضعيفة
%33,3	%54,1	%00				
600	370	230	المجموع			
%100	%100	%100				

من خلال الجدول تبين أن 37,0 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يرون بأن التداوي بالعقاقير الشعبية مفيد وله نتائج جيدة، وكلهم يعيشون مع الجددين، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يرون بأن هذا الأسلوب نتائج ضعيفة، وكلهم لبا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 29,7 % فمثلت الذين يرون بأن هذا الأسلوب غير مجدي، وأغلبهم لا يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 567,678 عند درجة حرية 02، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في رأيها اتجاه التداوي بالعقاقير الشعبية.

جدول رقم (121) يبين العلاقة بين وجود الجددين في الأسرة ورأيها في علاج العجائز:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددي ن رأي الأسرة في علاج العجائز	
				لا	نعم		
369,871	2	0,000	150	00	150	مفيد	
			%25,0	%00	%65,2		
			250	170	80		غير مجدي
			%41,7	%45,9	%34,8		
200	200	00	نتائج ضعيفة				
%33,3	%54,1	%00					
600	370	230	المجموع				
%100	%100	%100					

من خلال الجدول تبين أن 41,7 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يرون بأن أسلوب العجائز في العلاج غير مجدي وأغلبهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يرون بأن نتائجهم ضعيفة، وكلهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 25,0 % فمثلت الذين يرون بأن هذه الأسلوب مفيد، وكلهم يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 369,871 عند درجة حرية 02 فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في رأيها اتجاه فعالية العجائز في العلاج.

جدول رقم (122) يبين العلاقة بين وجود الجددين في الأسرة ورأيها في الاعتماد على الطالب في العلاج:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددي ن رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب
				لا	نعم	
266,975	1	0,000	130	00	130	مفيد
			%21,7	%00	%56,5	
			470	370	100	غير مجدي
			%78,3	%100	%43,5	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 78,3 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يرون بأن الاعتماد على الطالب في العلاج غير مجدي، وأغلبهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 21,7 % فمثلت الذين يرون بأن هذا الأسلوب مفيد، وكلهم يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كأي تربيع والمقدرة بـ 266,975 عند درجة حرية 01 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر في رأيها اتجاه الاعتماد على الطالب.

جدول رقم (123) يبين العلاقة بين وجود الجددين في الأسرة وسعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض :

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجددين		وجود الجددي ن السعي لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض
				لا	نعم	
109,717	1	0,000	390	300	90	نعم
			65,0 %	81,1 %	39,1 %	
			210	70	140	لا
			35,0 %	18,9 %	60,9 %	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 65,0 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يسعون لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض، وأغلبهم لا يعيشون مع الجددين، أما نسبة 35,0 % فقد مثلت الذين لا يسعون لتلقي هذه الإرشادات، وأغلبهم يعيشون مع الجددين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 109,717 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود الجددين في الأسرة يؤثر على مدى سعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض.

جدول رقم (124) يبين العلاقة بين وجود الجدين والسعي لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	وجود الجدين		وجـ الجدى ن السعي لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل
				لا	نعم	
348,910	1	0,000	290	290	00	نعم
			%48,3	%78,4	%00	
			310	80	230	لا
			%51,7	%21,6	%100	
			600	370	230	المجموع
			%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 51,7% وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين لا يسعون لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل، وأغلبهم يعيشون مع الجدين، أما نسبة 48,3% فقد مثلت الذين يسعون لتلقي هذه الإرشادات، وكلهم يعيشون مع الجدين، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 348,910 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن وجود الجدين في الأسرة يؤثر على مدى سعيها لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل.

جدول رقم (125) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بغذاء الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	الاهتمام بغذاء الطفل
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			ولد واحد
1155,438	10	0,000	262	00	00	00	02	260	00	عادي
			%65,5	%00	%00	%00	%02,0	%100	%00	
			95	00	00	00	08	00	87	كبير
			23,75 %	%00	%00	%00	%08,0	%00	100 %	
156	14	99	40	03	00	00	عند المرض			
%26,0	100 %	%100	%100	%03,0	%00	%00				
600	14	99	40	100	260	87	المجموع			
%100	100 %	%100	%100	%100	%100	100 %				

من خلال الجدول تبين أن 65,5 % وهي النسبة الأكبر مثلت نوو الاهتمام العادي بغذاء الطفل، وأغلبهم لهم ولدان، أما نسبة 26,0 % فقد مثلت الذين يهتمون بغذاء الطفل عند المرض فقط، توزعت بين الذين لديهم 04 أولاد وأكثر، أما نسبة 23,7 % فمثلت نوو الاهتمام الكبير بغذاء الطفل وأغلبهم لهم ولد واحد. وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 1155,438 عند درجة حرية 10، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في الاهتمام بغذاء الطفل.

جدول رقم (126) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بالماء المقدم للطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد	
313,861	05	0,000	200	00	00	03	13	97	87	مراقبة الماء المقدم للطفل
			33,3 %	%00	%00	07,5 %	13,0 %	37,3 %	100 %		نعم
			400	14	99	37	87	163	00	لا
66,7 %	%100	%100	92,5 %	87,0 %	62,7 %	%00				
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع
			%100	%100	100%	%100	%100	%100	100 %	

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يهتمون بمراقبة الماء المقدم للطفل، توزعت بين جميع الاحتمالات ما عدا الأسر التي لها ولد واحد، أما نسبة 33,3 % فمثلت الذين يهتمون بمراقبة الماء المقدم للطفل، وأغلبهم لهم ولد واحد وولدان، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 313,861 عند درجة حرية 05 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى الاهتمام بمراقبة الماء المقدم للطفل.

جدول رقم (127) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بصحة الطفل:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد	الاهتمام بصحة الطفل
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	وليد واحد		
450,750	05	0,000	425	14	99	40	13	242	00	عند المرض	
			%70,8	00	%1	%100	13,0	%93.1	%00		
				%1			%				
			175	00	00	00	87	18	87	فحوص دورية	
			%29,2	%00	%00	%00	87,0	06,9	100		
				%	%	%	%	%	%		
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع	
			%100	100	100	%100	%100	%100	100	ع	
				%	%	%	%	%	%		

من خلال الجدول تبين أن 70,8 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يهتمون بصحة الطفل عند المرض فقط، توزعت هذه النسبة بين جميع الاحتمالات ما عدا الأسر التي لها ولد واحد، أما نسبة 29,2 % فقد مثلت الذين يقومون بالفحوص الدورية للطفل، توزعت هذه النسبة بين الأسر التي لها 03 أولاد وأقل، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 450,750 عند درجة حرية 05، فقد جاءت دالة إحصائية عن مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في اهتمام الأسرة بصحة الطفل.

جدول رقم (128) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	الاحتمالات
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			وليد واحد
1614,466	30	0,000	150	00	00	00	30	33	87	عرض الطفل على الطبيب
			25,0 %	00%	%	00%	30, 0	12, 6	100 %	
			50	00	00	00	00	50	00	الانتظار بعض الوقت
			08,3 %	00%	00%	00%	00%	% 19,8	00%	
			200	00	38	00	62	100	00	شراء الدواء من الصيدلية
			33,3 %	00%	38, 7	00%	62,0 %	38, 7	00%	
90	00	00	40	00	50	00	إعطائه أعشاب			
15,0 %	00%	00%	100 %	00%	19, 8	00%				
65	00	30	00	08	27	00	إعطائه عقاقير شعبية			
10,8 %	00%	30,3 %	00%	00%	10, 3	00%				
30	00	30	00	00	00	00	عرضه على			
05,5	00%	30,3	00%	00%	00%	00%				

		%		%				الطالب
		15	14	01	00	00	00	اللجوء للرقية
		02,5	%100	01,0	00%	%00	00	%00
		600	%14	99	40	100	260	87
		100	%100	100%	100	100	100	100
		%			%	%	%	%

من خلال الجدول تبين أن 33,3% وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يكتفون

بشراء الدواء من الصيدلية، توزعت بين الذين لديهم ولدان، 03 و 05 أولاد، أما نسبة 25,0% فقد مثلت الذين يعرضون الطفل على الطبيب مباشرة، توزعت هذه النسبة الذين لديهم ولد واحد، ولدان و 03 أولاد، وأغلبهم من لديهم ولد واحد، أما نسبة 15,0% فمثلت الذين يعطونه أعشاب طبيعية، توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم ولدان و 04 أولاد، أما نسبة 10,8% فمثلت الذين يعطونه عقاقير شعبية، توزعت بين الذين لديهم ولدان و 05 أولاد، أما نسبة 08,3% فمثلت الذين ينتظرون بعض الوقت، وكلهم لهم ولدان، أما نسبة 05,5% فمثلت الذين يعرضون الطفل على الطالب، وكلهم لديهم 05 أولاد، أما نسبة 02,5% فمثلت الذين يلجأون للرقية وأغلبهم لديهم 06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 1614,466 عند درجة حرية 30، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في اختيار الأسلوب المتبع في علاج الطفل.

جدول رقم (129) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاهتمام بنظافة الطفل:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد	الاهتمام بنظافة الطفل
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد		
734,846	10	0,000	200	00	00	00	47	66	87	كبير	
			33,3 %	%00	%00	%00	47,0 %	%25,5	%100		
			240	00	00	40	53	147	00	عادي	
			40,0 %	%00	%00	%100	%53,0	%56,5	%100		
160	14	99	00	00	47	00	على فترات				
26,7 %	%100	%100	%100	%00	%18,0	%00					
600	%14	99	40	100	260	87	المجموع				
%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100					

من خلال الجدول تبين أن 0,40 % وهي النسبة الأكبر وقد مثلت ذوو الاهتمام العادي بنظافة الطفل : توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم ولدان، 03 و04 أولاد، أما نسبة 33,3% فمثلت ذوو الاهتمام الكبير بنظافة الطفل وأغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، أما نسبة 26,7 % فمثلت الذين يهتمون بنظافة الطفل على فترات، وأغلبهم لديهم 05 و06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 734,846 عند درجة حرية 01، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى الاهتمام بنظافة الطفل.

جدول رقم (130) يبين العلاقة بين عدد الأولاد وتلقين الطفل قواعد النظافة:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد	
803,555	10	0,000	230	00	22	40	13	68	87	دائما
			38,3 %	00%	22,2 %	00 %	13,0 %	26. %	00 %	
			279	00	00	00	87	192	00	أحيانا
			46,5 %	00%	00%	00%	87,0 %	73,8 %	00%	
91	14	77	00	00	00	00	عدم الاهتمام			
15,2 %	100 %	77,8 %	100 %	00%	00%	00%				
600	14%	99	40	100	260	87	المجموع			
100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	100 %				

من خلال الجدول تبين أن 46,5 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يقومون أحيانا بتلقين الطفل قواعد النظافة، وأغلبهم لديهم ولدان و03 أولاد، أما نسبة 38,3 % فمثلت الذين يقومون دائما بتلقين الطفل قواعد النظافة، وأغلبهم لهم ولد واحد وولدان، أم نسبة 15,2 % فمثلت الذين لا يهتمون بهذا، وكلهم لهم 05 و06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 803,555 عند درجة حرية 10، فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة

0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في الاهتمام بتلقيين الطفل قواعد النظافة.

جدول رقم (131) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والمراقبة الدورية لفحص عيني الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان		ولد واحد
50,847	05	0,000	10	00	00	00	00	10	00	نعم
			%01,7	%00	%00	%00	%03.	%00		
			590	14	99	40	100	250	87	لا
			%98,3	100	100	00	%100	%96,2	100	
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع
			%100	100	100	100	%100	%100	100	

من خلال الجدول تبين أن نسبة 01,7 % قد مثلت الذين يقومون بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل، وكلهم لديهم ولدان، أما نسبة 98,3 % فقد مثلت الذين لا يقومون بذلك، توزعت هذه النسبة بين جميع الاحتمالات، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 50,847 عند درجة حرية 05، فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدي قيام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل.

جدول رقم (132) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	المراقبة الدورية لأسنان الطفل
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			ولد واحد
103,448	05	0,000	20	00	00	00	00	10	10	نعم
			03,3 %	00%	00%	00%	03,8 %	11,5 %		
			580	14	99	40	100	250	77	لا
96,7 %	100%	100%	100%	96,1 %	88,5 %					
			600	14%	99	40	100	260	87	المجموع
			100%	100%	100%	100%	100%	100%		

من خلال الجدول تبين أن نسبة 03,3 % قد مثلت الذين يقومون بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل، توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم ولد واحد وولدان، أما نسبة 96,7% فقد مثلت الذين لا يقومون بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل، توزعت هذه النسبة بين جميع الاحتمالات، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 103,448 عند درجة حرية 05، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في قيام الأسرة بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل.

جدول رقم (133) يبين العلاقة بين عدد الأولاد وإعطاء الطفل الحلويات:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	إعطاء الطفل الحلويات
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			ولد واحد
801,759	10	0,000	340	00	00	00	54	253	33	دائما
			%56,7	%00	%00	%00	%54	97,3%	%37,9	
			61	00	00	00	07	54	باننظام	
			10,2 %5	00% 00%	00% 00%	00% 00%	02,7% 00%	62,1% %		
199	14	99	40	46	00	00	أحيانا			
%33,2	100%	100%	%100	46,0%	%00	%00				
600	%14	99	40	100	260	87	المجموع			
%100	%100	100%	%100	%100	%100	%100	ع			

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 56,7 % قد مثلت الذين يقومون دائما بإعطاء الحلويات للطفل، وأغلبهم لديهم ولدان و03 أولاد، أما نسبة 33,3 % فقد مثلت الذين يقومون أحيانا بإعطاء الطفل الحلويات، توزعت هذه النسبة بين جميع الاحتمالات ما عدا الاحتمال الأول والثاني، أما نسبة 10,2 % فقد مثلت الذين يقومون بإعطاء الحلويات بانتظام للطفل، وأغلبهم لديهم ولد واحد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 801,759 عند درجة حرية 10، فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في طريقة إعطاء الحلويات للطفل.

جدول رقم (134) بين العلاقة بين عدد الأولاد وعرض الطفل على الطالب:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	عرض الطفل على الطالب
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			ولد واحد
282,103	05	0,000	200	14	99	00	87	00	00	نعم
			%33,3	%100	%100	%00	%87,0	%00	00%	
			400	00	00	40	13	197	87	لا
			%66,7	00%	00%	%100	%13	%75,8	%100	
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع
			%100	%100	100%	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أم النسبة الأكبر وهي 66,7 % قد مثلت الذين لا يعرضون الطفل على الطالب بغرض العلاج، أغلبهم الذين لديهم ولد واحد وولدان، أما نسبة 33,3 % فقد مثلت الذين يعرضون الطفل على الطالب، توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم 03، 05 و06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 282,103 عند درجة حرية 05، فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى لجوء الأسرة للطالب في علاج الطفل.

جدول رقم (135) يبين العلاقة بين عدد الأولاد وعرض الطفل على العجائز:

قيمة ك	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد	عرض الطفل على العجائز
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد		
301,231	05	0,000	199	14	46	00	100	39	00	نعم	
			%33,2	100%	%46,5	%00	100%	%15,0	00%		
			401	00	53	40	00	221	87	لا	
%66,8	00%	%53,5	%10,0	%00	%85,0	100%					
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع	
			100%	%100	100%	100%	100%	%100	%100		

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 66,8% مثلت الذين لا يعرضون الطفل على العجائز في حالة المرض، وأغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، أما نسبة 33,2% فقد مثلت الذين يعرضون الطفل على العجائز في حالة المرض، أغلبهم لديهم 03، 04 وستة أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 301,231 عند درجة حرية 05 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى لجوء الأسرة للعجائز في حالة مرض الطفل.

جدول رقم (136) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والخوف على الطفل من العين والحسد:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	الخوف على الطفل من العين والحسد
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			ولد واحد
487,905	05	0,000	400	00	99	40	53	161	47	نعم
			%66,7	%00	%100	%100	%53,0	%61,9	%54,1	
			200	14	00	00	47	99	40	لا
%33,3	100%	00%	00%	%47,5	%38,1	%54,9				
			600	14	99	40	100	260	87	المجموع
			100%	100%	100%	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يخافون على الطفل من العين والحسد، أغلبها كانت عند الذين لديهم ولدان، 03 و05 أولاد، أما نسبة 33,3% فقد مثلت الذين لا يخافون على الطفل من العين والحسد، توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم ولد واحد وولدان و 03 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 487,905 عند درجة حرية 05 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى خوف الأسرة على الطفل من العين والحسد.

100% من خلال الجدول تبين أن نسبة 13,8 % قد مثلت الذين يقومون بزيارة الأولياء الصالحين ، وكلهم لديهم 05 أولاد ، أما نسبة 86,2 % فقد مثلت الذين لا يقومون بزيارة الأولياء الصالحين طلبا للشفاء ، توزعت هذه النسبة بين كل الاحتمالات ، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 567,985 عند درجة حرية 05 فقد جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0,000 ، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى قيام الأسرة بزيارة الأولياء الصالحين .

جدول رقم (137) يبين العلاقة بين عدد الأولاد ورأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية:

قيمة ك ²	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد	رأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد		
647,111	10	0,000	222	00	87	00	00	135	00	مفيد	
			%37,0	%00	%87.8	%00	%00	%51.9	%00		
			178	00	00	00	00	125	53	غير مجدي	
			29,75 %	%00	00%	%00	%00	48.1 %	%00		
200	14	12	40	47	00	34	نتائجه ضعيفة				
%33,3	100%	12,2%	100 %	%47,0	%000	00					
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع	

			%100	%100	100%	100%	%100	%100	%100
--	--	--	------	------	------	------	------	------	------

من خلال الجدول تبين أن نسبة 37,0 % قد مثلت الذين يرون بأن التداوي بالعقاقير الشعبية مفيد ، وتوزعت هذه النسبة بين الذين لديهم ولدان و 05 أولاد، أما نسبة 33,3 % فقد مثلت الذين يرون بأن نتائجه ضعيفة توزعت بين جميع الاحتمالات ، أما نسبة 29,7 % فمثلت الذين يرون بأنه غير مجدي، وكلهم لهم ولدان و 03 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 647,111 عند درجة حرية 10 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في رأي الأسرة اتجاه التداوي بالعقاقير الشعبية.

جدول رقم (138) يبين العلاقة بين عدد الأولاد ورأي الأسرة في فعالية العجائز :

قيمة كاي 2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد	رأي الأسرة في فعالية العجائز
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان			ولد واحد
759,984	10	0,000	150	14	49	40	47	00	00	مفيد
			%100	%00	%49.5	%100	%47.0	%00	%00	
			250	00	00	00	53	125	87	غير مجدي
41,75 %	%00	%00	%00	%53.0	%42.3	%100				
200	00	50	00	00	150	00	نتائجه ضعيفة			
%33,3	%00	%50.5	%00	%00	%57.7	%00				

			600	14	99	40	100	260	87	المجموع
			%100	100%	100%	%100	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 7,41% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين يرون بأن أسلوب العجائز في العلاج غير مجدي، وأغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، أما 33,3% فمثلت الذين يرون بأن نتائجه ضعيفة، أغلبهم لديهم ولدان، أما نسبة 25,0 فمثلت الذين يرون بأنه أسلوب مفيد، توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم 03، 04، 05، 06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 759,984 عند درجة حرية 10، فقد جداءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في رأي الأسرة اتجاه فعالية أسلوب العجائز في العلاج.

جدول رقم (139) يبين العلاقة بين عدد الأولاد ولإقبال الأسرة على كل جديد طبي في علاج الأطفال

:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد					عدد الأولاد الإقبال على كل جديد طبي في علاج الأطفال	
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان		ولد واحد
242,890	05	0,000	250	00	00	20	30	113	87	نعم
			%41,7	%00	%00	%50	30%	43,5%	%100	
			350	14	99	20	70	147	00	لا
			%58,3	%100	%100	%50	70%	56,5%	%00	

			600	%14,99	40	100	260	87	المجموع
			100%	%100	100%	%100	%100	%100	

من خلال الجدول تبين أن 58,3% وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يقبلون على الجديد الطبي في علاج الأطفال، توزعت على جميع الفئات ما عدا الذين لديهم ولد واحد، أما نسبة 41,7 فمثلت الذين يقبلون على الجديد الطبي في علاج الأطفال، وأغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة ب 242,890 عند درجة حرية 05 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وهذه النتيجة تشير إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى إقبال الأسرة على الجديد الطبي في علاج الأطفال.

جدول رقم (140) يبين العلاقة بين عدد الأولاد ورأي الأسرة في الاعتماد على الطالب:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد	رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد		
388,546	05	0,000	130	14	43	00	73	00	00	مفيد	
			%21,7	%100	43,4%	%00	%73,0	%00	%00		
			470	00	56	40	27	260	87	غير مجدي	
			%78,3	%00	56,6%	%100	%27,0	%100	%100		
			600	%14,99	40	100	260	87	المجموع		

			%100	%100	100%	%100	%100	%100	%100
--	--	--	------	------	------	------	------	------	------

من خلال الجدول تبين أن النسبة الأكبر وهي 78,3 % قد مثلت الذين يرون بأن الاعتماد على الطالب في علاج الطفل غير مجدي، توزعت هذه النسبة بين جميع الاحتمالات ما عدى الذين لديهم 06 أولاد، أما نسبة 21,7 % فقد مثلت الذين يرون بأنه مفيد، توزعت هذه النسبة بين الذين لديهم 03، 05 و 06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 388,546 عند درجة حرية 05، فقد جاءت دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في رأي الأسرة اتجاه الاعتماد على الطالب.

جدول رقم (141) يبين العلاقة بين عدد الأولاد والاعتقاد بنجاعة الطب الحديث:

عدد الأولاد	عدد الأولاد							عدد الاعتقاد بنجاعة الطب الحديث
	ولد واحد	ولدان	03 أولاد	04 أولاد	05 أولاد	06 أولاد	المجموع	
نعم	87	260	53	00	00	00	400	10
	%10	%100	53,0%	%00	%00	%00	%66,7	0,000
لا	00	00	47	13	00	60	140	10
	%00	%00	%47,0	%32,5	%00	%10,0	%23,2	0,000
أحيانا	00	00	00	27	99	14	140	10
	%00	%00	%00	67,5%	%100	%23,2	%23,2	0,000
المجموع	87	260	100	40	99	14	600	10
								0,000

			%100	%100	%	%100	%100	%100	100	%
--	--	--	------	------	---	------	------	------	-----	---

من خلال الجدول تبين أن 66,7 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يعتقدون بأن الطب الحديث ناجع وفعال في علاج الأطفال، أغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، أما نسبة 23,2 % فقد مثلت الذين يعتقدون بأن الطب الحديث ناجع أحيانا وأخرى لا، وكلهم لديهم 04 أولاد فما أكثر، أما نسبة 10,0 % فيعتقدون بأنه غير ناجع وغير فعال، وكلهم لديهم 03 و04 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ788,178 عند درجة حرية 10 فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في اعتقادها اتجاه نجاعة الطب الحديث.

جدول رقم (142) يبين العلاقة بين عدد الأولاد وسعي الأسرة لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض:

قيمة ك2	درجة الحرية	القيمة المعنوية	المجموع	عدد الأولاد						عدد الأولاد السعي لتلقي إرشادات العناية بالطفل المريض
				06 أولاد	05 أولاد	04 أولاد	03 أولاد	ولدان	ولد واحد	
307,607	05	0,000	390	00	00	40	13	250	87	نعم
			%65.0	%00	%100	%100	13.0%	%79,6	%00	
			210	10	99	00	87	10	00	لا
			%35.0	%100	%00	%87.0	%20,7	%00		
			600	%14	99	40	100	260	87	المجموع

			100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			%	%	%	%	%	%	

من خلال الجدول تبين أن 65,0 % وهي النسبة الأكبر قد مثلت الذين يسعون لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض، وأغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، أما نسبة 35,0 % فقد مثلت الذين لا يسعون لذلك وأغلبهم لديهم 03، 04، و06 أولاد، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 307,607 عند درجة حرية 05، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى سعيها لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض.

جدول رقم (143) يبين العلاقة بين عدد الأولاد وسعي الأسرة لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل:

عدد الأولاد	عدد الأولاد							السعي لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل
	ولد واحد	ولدان	03 أولاد	04 أولاد	05 أولاد	06 أولاد	المجموع	
نعم	87	190	13	00	00	00	290	
	%100	73.1	%13.0	%00	00%	%00	%48,3	
لا	00	70	87	40	99	14	310	
	%00	%26.9	%87.0	%100	%100	100%	%51,7	
المجموع	87	260	100	40	99	14	600	
	%100	%100	%100	%100	%100	100%	%100	

من خلال الجدول تبين أن 51,7 % وهي النسبة الأكبر مثلت الذين لا يسعون لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل، توزعت هذه النسبة على جميع الاحتمالات، ماعدا الذين لديهم ولد واحد، أما نسبة 48,3 % فقد مثلت الذين يسعون لذلك، وأغلبهم لديهم ولد واحد وولدان، وعن قيمة كاي تربيع والمقدرة بـ 472,920 عند 05، فقد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد الأولاد يؤثر في مدى سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل.

2-2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

بناء على ما سبق ذكره من نتائج البحث من جانبه النظري و الميداني، تم التوصل إلى مجموعة من النتائج ، يمكن من خلالها إثبات صحة الفرضيات أو نفيها.

أ - تفسير نتائج الفرض الأول:

" تتبع الأسرة الأساليب الشعبية في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة أكثر من الأساليب الحديثة ."

وقد كانت الإجابات الميدانية لعينة البحث كما يلي :

— الاهتمام بغذاء الطفل :

حسب نتائج الجدول رقم (11)، (12)، (22) فإن نسبة 84 % من أفراد العينة لا يهتمون بتوفير الغذاء الكامل للطفل، وكان اهتمامهم عادي بدون خصوصيات لما يتطلبه النمو السليم لجسم الطفل، وهذا بعيد عن بعيد عن الأساليب الحديثة لرعاية الطفل التي تحث أولاً على الوقاية التي تبدأ من التغذية السليمة والصحية .

— مراقبة الماء المقدم للطفل:

حسب نتائج الجدول رقم(12) فإن نسبة 58,2 % من الأسر لا تولي الاهتمام اللازم بالماء المقدم للطفل . ولا بمعالجة الماء المقدم للطفل ، وحسب الجدول رقم (23) فإن نسبة 15,8 % فقط مثلت الذين اهتموا بتخصيص المياه المعدنية للطفل ، خاصة في حالة انقطاع المياه أو تلوثها . رغم أن هذا الإجراء من شأنه حماية الطفل من الإصابة بالأمراض المنتقلة عبر المياه ،ورغم محاولة الأطباء شرح أهمية ذلك ، فهم يرون بأن ذلك مبالغه ، وأنهم لم يجدوا من قبلهم يقومون بذلك.

-الاهتمام بصحة الطفل حسب نتائج الجدول رقم (14) فإن 70,8% من الأسر لا تهتم بصحة الطفل إلا في حالة المرض ، ولا تعير اهتماما للفحوص الدورية في الحالات العادية.

— الأساليب المتبعة في حالة ظهور أعراض مرض ما على الطفل:

يتبين من خلال الجدول رقم (15) أن 75% من أفراد العينة لا يقومون بعرض الطفل على الطبيب فور ظهور أعراض المرض ، و يقومون بإعطائه بعض الأعشاب أو العقاقير ، الاكتفاء بشراء الدواء من الصيدلية . ومنهم من يعرضه على الطالب ، أو يلجأ للرقية .

— مدى المتابعة في حالة إصابة الطفل بمرض مزمن:

حسب نتائج الجدول رقم (16) فإن 11,7% من الأسر التي لديها طفل مصاب بمرض مزمن لا يقومون بالمتابعة الصحية للطفل، مقابل 05,5% منهم يقومون بالمتابعة نصفهم استعملوا الطرق الشعبية التقليدية في علاجه .

— الأمراض التي يتعرض لها الطفل غالبا :

حسب نتائج الجدول رقم (18) فقد سجلت أعلى النسب لكل من النزلات الشعبية والتهاب اللوزتين .والتي من الممكن تفاديها باتباع الأساليب الحديثة في الرعاية .

— الاهتمام بنظافة الطفل الشخصية :

يبين الجدول رقم (19) أن 60% من الأسر لا تولي الاهتمام الكافي و اللازم بنظافة الطفل الشخصية . التي هي شرط أساسي للأساليب الحديثة من أجل صحة جيدة .

— الحرص على تلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية :

من خلال نتائج الجدول رقم (20) يتضح أن 65% من أفراد العينة لا يهتمون بتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية و الصحية .

-تهوية البيت : حسب الجدول رقم (21) فإن 81,7% من أفراد العينة يقومون بتهوية البيت .

- الفحص الدوري لعيون الطفل : حسب الجدول رقم (24) فإن 98,3 % من الأسر لا تقوم بالمراقبة الدورية لفحص عيون الطفل .
- الفحص الدوري لأسنان الطفل : حسب الجدول رقم (25) فإن 96,7 % من الأسر لا تقوم بالمراقبة الدورية لفحص أسنان الطفل .
- مدى لجوء الأسرة للطبيب : حسب الجدول رقم (26) فإن 36,7 % من الأسر لا تلجأ للطبيب لعلاج الطفل رغم قرب هذا الأخير من مقر السكن .
- إعطاء الطفل الحلويات : حسب الجدول رقم (28) فإن 56,7 % من الأسر تقوم بإعطاء الحلويات للطفل بصفة دائمة ، رغم ما لهذا من أضرار على صحة الطفل ، لأنهم شبوا على ذلك ووجدوا آبائهم يقومون بذلك .
- إعطاء الطفل الشيبس : بين الجدول رقم (29) أن نسبة 56,7% من الأسر تقوم بإعطاء الطفل أنواع الشيبس المختلفة رغم خطورة هذا المنتج على صحة الطفل ، وتحذير الأطباء من استهلاك الطفل له .
- الأسلوب المتبع في حلة دخول الطفل المستشفى : بين الجدول رقم (30) أن 12,7% من الأسر التي دخل طفلها المستشفى لم تقم بالمتابعة الصحية له ، وأن 0,83% لجأوا إلى المداوي الشعبي .
- اللجوء إلى الطالب : حسب الجدول رقم (32) فإن 33,3 % من الأسر قد لجأت للطالب في علاج الطفل .
- اللجوء للعجائز : حسب الجدول رقم (33) فإن 33,7 % من الأسر تلجأ للعجائز لعلاج الطفل .
- الخوف من العين والحسد : حسب الجدول رقم (34) فإن 66,3 % من الأسر تخاف على الطفل من العين والحسد ولحمايته فهي تعلق عليه بعض التمام ، أو تحرمه من الخروج ، تهمل نظافته ، أو تلجأ للراق والطالب في حالة مرضه وتوعكه .
- اللجوء للأولياء الصالحين : حسب الجدول رقم (35) فإن 03,3 % مثلت الأسر التي تقوم بزيارة الأولياء الصالحين بغرض الشفاء .

-الأسلوب المتبع في حالة إصابة الطفل بكسور : حسب الجدول رقم (36) فإن 02,5 % من الإصابات تم علاجها عند طبيب مختص ، و 0,8% منها عند مداوي شعبي .

-الأسلوب المتبع في حالة إصابة الطفل بحروق : حسب الجدول رقم (37) فإن 02,4 % من الإصابات تم علاجها عند طبيب ، و 01,8 % تم علاجها باستعمال وسائل تقليدية.

-رأي الأسرة في التداوي بالعقاقير الشعبية : حسب الجدول رقم (38) فإن 37,3 % من الأسر ترى بأنه مفيد، و 29,7% ترى بأنه غير مجدي .

-رأي الأسرة في فعالية العجائز : حسب الجدول رقم (39) فإن 25,0 % ترى بأسلوب العجائز في العلاج مفيد ، في حين 41,7 % ترى بأنه غير مجدي.

-إقبال الأسرة على الجديد الطبي: حسب الجدول رقم (40) فإن 58,3 % من الأسر تقبل على الجديد الطبي في علاج الأطفال وحماية صحتهم.

-رأي الأسرة في الاعتماد على الطالب : حسب الجدول رقم (41) فإن 78,3 % من الأسر ترى بأنه غير مجدي.

-اعتقاد الأسرة بنجاعة الطب الحديث : حسب الجدول رقم (42) فإن 66,7 % من الأسر ترى بأنه ناجع ومفيد .

-سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض : بين الجدول رقم (43) أن 65,0 % من الأسر تسعى لتلقي هذه الإرشادات .

سعي الأسرة لتلقي إرشادات حول تغذية الطفل : حسب الجدول رقم (44) فإن 48,3 % من الأسر تسعى لتلقي هذه الإرشادات وكلها بواسطة التلفاز والبرامج الإذاعية .

النتيجة الأولى:

من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات هذا الفرض ، تبين أن أغلب الأسر المكونة لعينة البحث بنسبة 58 % لا تقوم باتباع الأساليب الحديثة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة . فالطفل لا يتمتع إلا بالحد الأدنى من الرعاية الصحية

الواجب توفيرها له خاصة فيما يتعلق بالأساليب العلاجية – حيث ما زالت الأسر تتبع الأساليب التقليدية والاعتقادات الخاطئة في رعاية الطفل الصحية كاستعمال الأعشاب الطبيعية والعقاقير الشعبية، اللجوء للعجائز والطالب وحتى الأولياء الصاحين وبعض أساليب الشعوذة كتعليق التمام والعادات الغذائية والصحية الخاطئة التي توارثوها والتي قد تهدد حياته بالموت أو الإعاقة. فالأساليب الحديثة في الرعاية الصحية لا تقتصر فقد على أخذ الطفل للطبيب في حالة المرض ، وإنما تشمل العديد من الجوانب المتكاملة التي تبدأ أولاً بالوقاية سواء في توفير الغذاء الكامل للطفل الذي يتناسب مع احتياجات ومتطلبات هذه المرحلة الحرجة من حياته والحرص على القيمة الغذائية الواجب توفرها في كل مل تقدمه للطفل ، ومعرفة كيفية المحافظة على هذه القيمة ، فهناك بعض عادات التغذية الخاطئة تفقد الأكل جميع عناصره الغذائية ، وهذا من أجل تكوين جسم ذو بنية جسمية قوية وسليمة ومناعة ذاتية قادرة على مقومة الأمراض والمشاكل الصحية التي قد يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة وقد سبقت الإشارة إليها في الجانب النظري ، كما تضم أيضاً الاهتمام بالماء المقدم للطفل خاصة في فصل الصيف ، وكذا التربية الصحية للطفل التي تبين له العادات الصحية الحميدة من غيرها ، والحرص على الدائم على النظافة ، ومراقبة الطفل أثناء اللعب ومشاهدة التفاض ، كما أن حرص الأسرة على معرفة كل ما تتطلبه رعاية الطفل الصحية في هذه المرحلة من شأنه أن يساعدها على تقديم الأفضل له ، وهذا يجعلها تسعى دائماً لتلقي الجديد والمفيد حول هذا ، أما عن الفحوص الدورية للطفل لوقايته مسبقاً من الوقوع في المشاكل الصحية أمر مهم مثل فحص تناسب الطول والوزن والعمر في كل فترة ، فحص العيون والأسنان ، الفحص اللغوي ، أما ثانياً فهو العلاج الذي يبدأ أولاً بتشخيص سبب مرض الطفل ، وهذا لا يحدد إلا الطبيب ، ثم وضع الخطة العلاجية المناسبة له لكي يشفى من علته تلك . بناء على ماسبق فقد تحققت الفرضية الأولى.

ب - تفسير نتائج الفرض الثاني:

إذ تمت صياغته كالتالي " إن للمستوى التعليمي للوالدين أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل. " ، و قد كانت نتائج الإجابات الميدانية كالتالي :

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين والاهتمام بغذاء الطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأبوين زاد اهتمامهما بتوفير الغذاء الكامل الذي يحتوي على القيمة الغذائية المناسبة لاحتياجات الطفل .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين والاهتمام بالماء المقدم للطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأبوين زاد اهتمامهما ووعيها بضرورة مراقبة ماء الطفل والحرص على أن يكون دائما تحت إشرافهما .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين والاهتمام بصحة الطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيها واهتمامهما بضرورة المراقبة المستمرة للطفل حتى وإن كان لا يشكو من شيء .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين واختيار أسلوب العلاج في حالة مرض الطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيها بضرورة الاستعانة بالطبيب مباشرة وفور ظهور أعراض المرض وبدون تماطل ، في حين ولدى الوالدين ذوو المستوى التعليمي المنخفض ، فقد اتجهوا لاستعمال الوسائل التقليدية كاللجوء للعجائز ، والطالب ، والأعشاب والعقاقير الشعبية .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للأبوين والاهتمام بنظافة الطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيها واهتمامهما بضرورة توفير قدر عالي من النظافة للطفل سواء في جسمه أو لباسه ، وحتى محيطه الداخلي (البيت) ، والخارجي .وطيلة اليوم .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين وتلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيها واهتمامهما بضرورة تعويد الطفل وتنشئته على أصول التربية الصحية السليمة ، التي من شأنها وقايتها إلى حد بعيد من الأمراض .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين والاهتمام بتهوية البيت :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهما بأهمية التهوية المتجددة للبيت التي تقض على الغبار والميكروبات التي تعيش في الأوساط المغلقة التي لا تدخلها أشعة الشمس ، والتي تؤثر على الطفل بالدرجة الأولى نظرا لبنيته الجسمية الحساسة .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين و الفحص الدوري لعيني الطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهما بضرورة هذا الإجراء .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين وقيامهما بالفحص الدوري لأسنان الطفل :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهما بضرورة هذا الإجراء .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين و إعطاء الطفل الحلويات :

فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين زاد وعيهما بالضرر الذي يلحقه الإكثار من

الحلويات علة صحة الطفل ، وتوجهوا نحو الانتظام في إعطائه إياها .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين وعرض الطفل على الطالب :

فكلما تدنى المستوى التعليمي للوالدين زاد تمسكهما بعرض الطفل على الطالب .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين وعرض الطفل على العجائز :

فكلما تدنى المستوى التعليمي للوالدين زاد تمسكهما بعرض الطفل على العجائز.

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين واللجوء للأولياء الصالحين :

فكلما تدنى المستوى التعليمي للوالدين خاصة المستوى الأمي ، اتجها إلى اللجوء

إلى زيارة الأولياء الصالحين .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين ورأيهما في التداوي بالعقاقير الشعبية :

حسب فكلما تدنى المستوى التعليمي للوالدين خاصة المستوى الأمي ، كان رأيهما

بأن هذا الأسلوب مفيد ونتأجه مرضية .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين ورأيهما في فعالية العجائز :

فكلما تدنى المستوى التعليمي للوالدين خاصة المستوى الأمي ، كان رأيهما بأن هذا

الأسلوب مفيد ونتأجه مرضية .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين ولإقبالهما على الجديد الطبي في علاج الأطفال وحمائتهم :

فكلما زاد المستوى التعليمي للوالدين خاصة المستوى الجامعي ، زاد إقبالهما على هذا الجديد .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للأبوين ورأيهما في الاعتماد على الطالب:

فكلما تدنى المستوى التعليمي للوالدين خاصة المستوى الأمي ، كان رأيهما بأن هذا الأسلوب مفيد ونتأجه مرضية .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين واعتقادهما نحو نجاعة الطب الحديث : حسب

-فكلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين ، زاد اعتقادهما قوة نحو إيجابية ونجاعة الطب الحديث في علاج الأطفال وحمائتهم .

-العلاقة بين المستوى التعليمي للوالدين وسعيهما لتلقي إرشادات حول العناية بالطفل المريض وبتغذيته:

فكلما زاد المستوى التعليمي للوالدين ، زاد سعيهما لتلقي إرشادات ونصائح حول كل ما يخص الطفل في هذه المرحلة التي يجهل الكثير من الآباء خصوصيتها وكيفية التعامل معها .

النتيجة الثانية: من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات الفرضية الثانية ، نجد أن هذه الأخيرة قد تحققت بنسبة كبيرة ، إذ تبين أن للمستوى التعليمي للوالدين أثر واضح في اختيارهما للأسلوب المتبع في الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة وفي كيفية تعاملهم مع كل ما يخص الطفل في هذا الجانب . وبالتالي فقد تحققت الفرضية الثانية .

ج - تفسير نتائج الفرض الثالث:

إذ تمت صياغته كالتالي : " إن للبيئة الأسرية أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل" ، و قد كانت نتائج الإجابات الميدانية كالتالي :

- أن الأسرة الحضرية تولي اهتماما أكبر بتغذية الطفل والحرص على احتوائه على القيمة الغذائية المناسبة لاحتياجات الطفل أكثر من الريفية رغم أن هاته الأخيرة تملك إمكانيات توفير الغذاء الحي أكثر من الأولى .
- العلاقة بين بيئة الأسرة واهتمامها بالماء المقدم للطفل :
- أن الأسرة الحضرية تولي اهتماما أكبر بمراقبة الماء المقدم للطفل أكثر من الأسرة الريفية رغم أن هاته الأخيرة لديها مسببا تلوث الماء أكثر من الأولى .
- العلاقة بين بيئة الأسرة واهتمامها بصحة الطفل :
- أن الأسرة الحضرية تولي اهتماما أكبر بالفحص الدوري للطفل والمراقبة المستمر لصحته أكثر من الأسرة الريفية التي تولي الاهتمام فقط في حالة مرض الطفل وفي بعض الأحيان في حالة تفاقم أعراض المرض .
- العلاقة بين بيئة الأسرة واختيارها للأسلوب المتبع في حالة مرض الطفل :
- أن الأسرة الحضرية تلجأ للطبيب مباشرة في أغلب الحالات دون الانتظار ، أو تشتري له دواء من الصيدلية عكس الأسرة الريفية رغم أن هاته الأخيرة لديها مسببا تلوث الماء أكثر من الأولى .
- العلاقة بين بيئة الأسرة والاهتمام بنظافة الطفل :
- حيث أن الأسرة الحضرية كان اهتمامها أكبر من الأسرة الريفية بنظافة الطفل والحفاظ عليها طوال اليوم ، وشملت جميع الجوانب .
- العلاقة بين بيئة الأسرة وتلقينها قواعد النظافة الشخصية للطفل :
- كان اهتمام الأسر الحضرية أكبر من الأسر الريفية .
- العلاقة بين بيئة الأسرة وإعطاء الطفل الحلويات :
- أن الأسر الريفية سجلت النسبة الأكبر في إعطاء الطفل الحلويات بصفة دائمة وبدون مراقبة .
- العلاقة بين بيئة الأسرة وعرض الطفل على الطالب :
- حيث أن الأسر الريفية هي التي اتبعت هذا الأسلوب .

-العلاقة بين بيئة الأسرة وعرض الطفل على العجائز :

حيث كانت الأسر الريفية هي الأكثر إقبالا على هذا الأسلوب .

-العلاقة بين بيئة الأسرة والخوف من العين والحسد :

كانت الأسر الريفية هي الأكثر تخوف ، ولحمايته كانت تأخذه للطالب ، وتعلق عليه التمام ، ولا تعتني بنظافته ، في حين اتجهت الأسر الحضرية إلى حرمانه من الخروج كثيرا وعدم الظهور به في المناسبات .

-العلاقة بين بيئة الأسرة ولجوئها للأولياء الصالحين:

اقتصرت هذا على الأسر الريفية فقط .

-العلاقة بين بيئة الأسرة ورأيها في التداوي بالعقاقير الشعبية :

ترى أغلب الأسر الريفية بأن هذا الأسلوب مفيد وله نتائج جيدة ، في حين ترى أغلب الأسر الحضرية بأن نتائجه ضعيفة وغير مفيدة في بعض الأحيان .

-العلاقة بين بيئة الأسرة ورأيها في فعالية العجائز :

كل الأسر الريفية ترى بأنه مفيد ومجدي ، في حين ترى الأسر الحضرية في أغلبها بأنه غير مجدي ، ونتائجه ضعيفة .

-العلاقة بين بيئة الأسرة ورأيها في الاعتماد على الطالب :

ترى أغلب الأسر الريفية بأن له نتائج حسنة على الطفل ، في حين ترى كل الأسر الحضرية بأنه غير مجدي تماما .

-العلاقة بين بيئة الأسرة واعتقادها بنجاعة الطب الحديث :

الأسر الحضرية تعتقد بأنه ناجع في جميع الحالات ، في حين تعتقد بأن الطب الحديث يعجز عن علاج بعض الحالات ونتائج ليست دائما مضمونة .

-العلاقة بين بيئة الأسرة وسعيها لتلقى إرشادات حول رعاية الطفل الصحية :

الأسرة الحضرية كانت الأكثر سعيا لتلقي هذه الإرشادات وكانت وسيلتها في ذلك البرامج الإذاعية والتلفزيونية المخصصة لذلك .

النتيجة الثالثة :

من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات الفرضية الثالثة ، نجد أن هذه الأخيرة قد تحققت بنسبة كبيرة ، إذ تبين أن للبيئة الأسرية أثر واضح في اختيارها للأسلوب المتبع في الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة وفي كيفية تعاملهم مع كل ما يخص الطفل في هذا الجانب . وبالتالي فقد تحققت الفرضية الثالثة

د - تفسير نتائج الفرضية الرابعة :

إذ تمت صياغته كالتالي " إن لتركيب الأسرة أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل"، و قد كانت نتائج الإجابات الميدانية كالتالي:

-العلاقة بين وجود الجدين وعدد الأولاد والاهتمام بغذاء الطفل :

حسب الجداول رقم (22) ، (106) ، (124) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى اهتمامها بغذاء الطفل ، فوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يقل هذا الاهتمام نقص اهتمام الوالدين بالقيمة الغذائية للطفل .

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد والاهتمام بالماء المقدم للطفل :

حسب الجدولين رقم (107) ، (125) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى اهتمام الوالدين بالماء المقدم للطفل ، فوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يقل هذا الاهتمام.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد والاهتمام بصحة الطفل :

حسب الجدولين رقم (108) ، (126) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى اهتمام الوالدين بصحة الطفل ، فوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يقل اهتمام الوالدين بالمراقبة الدورية لصحة الطفل.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد واختيار الأسلوب المتبع في علاج الطفل :

حسب الجداول رقم (16) ، (40) ، (109) ، (127) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في الأسلوب الذي يتبعه الوالدين في حالة مرض الطفل ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يتجه الوالدين نحو الأساليب الشعبية.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد والاهتمام بنظافة الطفل :

حسب الجدولين رقم (110) ، (128) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى اهتمام الوالدين بنظافة الطفل ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يقل هذا الاهتمام.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد والاهتمام بتلقيق قواعد النظافة الشخصية للطفل :

حسب الجدولين رقم (111) ، (129) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى اهتمام الوالدين بتلقيق الطفل قواعد النظافة الشخصية ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يقل هذا الاهتمام.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد وإعطاء الطفل الحلويات :

حسب الجدولين رقم (114) ، (132) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في أسلوب إعطاء الطفل الحلويات ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد تقل مراقبة كمية الحلويات الواجب إعطائها للطفل وأحيانا كثيرة تزيد عن القدر المطلوب .

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد وعرض الطفل على الطالب :

حسب الجدولين رقم (115) ، (133) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى لجوئها للطالب في علاج الطفل ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يزيد لجوء الأسرة لهذا الأسلوب.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعرض الطفل على العجائز:

حسب الجدولين رقم (116) ، (134) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى لجوئها للعجائز في علاج الطفل فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يزيد من لجوء الأسرة لهذا الأسلوب.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد الخوف على الطفل من العين والحسد:

حسب الجدولين رقم (117) ، (135) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى خوفها على الطفل من العين والحسد ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يزيد هذا الخوف .

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة وقيامها بزيارة الأولياء الصالحين :

حسب الجدولين رقم (118) ، (136) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدي قيامها بزيارة الأولياء الصالحين ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد يدفع الوالدين لهذا .

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة ورأيها في التداوي بالعقاقير الشعبية :

حسب الجدولين رقم (119) ، (137) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في رأيها اتجاه التداوي بالعقاقير الشعبية ، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد كان رأي الوالدين لصالح هذا الأسلوب.

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة ورأيها في فعالية العجائز في علاج الطفل :

حسب الجدولين رقم (120) ، (138) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في رأيها اتجاه فعالية العجائز، فبوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد كان رأي الوالدين لصالح هذا الأسلوب .

-العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة ورأيها في الاعتماد على الطالب:

حسب الجدولين رقم (121) ، (140) وبناءا على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في رأيها اتجاه الاعتماد على

الطالب، فوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد كان رأي الوالدين لصالح هذا الأسلوب خاصة في الوسط الريفي.

- العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة واعتقادها بنجاعة الطب الحديث :

حسب الجدولين رقم (122) ، (141) وبناء على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في اعتقادها بمدى نجاعة الطب الحديث ، فوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد كان اعتقاد الوالدين بأن الطب الحديث ليس ناجح تمام في علاج الأطفال وأنه عاجز في بعض الحالات .

- العلاقة بين وجود الجدين في الأسرة سعيها لتلقي إرشادات حول الرعاية الصحية للطفل:

حسب الجداول رقم (123) ، (142) ، (143) وبناء على الدلالة الإحصائية لكاي تربيع فإن وجود الجدين في الأسرة وعدد الأولاد يؤثر في مدى سعيها لتلقي إرشادات حول الرعاية الصحية للطفل ، فوجود الجدين وكثرة عدد الأولاد قل سعي الوالدين لتلقي هذه الإرشادات .

النتيجة الرابعة:

من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات الفرضية الرابعة ، نجد أن هذه الأخيرة قد تحققت بنسبة كبيرة ، إذ تبين أن لتركيب الأسرية أثر واضح في اختيارها للأسلوب المتبع في الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة وفي كيفية تعاملهم مع كل ما يخص الطفل في هذا الجانب . وبالتالي فقد تحققت الفرضية الرابعة .

هـ - تفسير نتائج الفرضية الخامسة:

إذ تمت صياغته كالتالي " إن الأساليب الحديثة في الرعاية الصحية للطفل هي الأكثر إيجابية على الجانب الصحي للطفل . " ، و قد كانت نتائج الإجابات الميدانية كالتالي:

حسب الجدول رقم(17) فإن نتائج الطرق الشعبية المستعملة في علاج الطفل غير مجدية، وضعيفة، وحسب الجدول رقم(33) فإن أسلوب العجائز في علاج الطفل

لا يعود بالفائدة الكبيرة على الطفل فنتأجه ضعيفة ، وفي أغلب الأحيان غير مجدية، أما حسب الجدول رقم (36) فإن الأساليب الشعبية المتبعة في علاج الطفل المصاب بكسور غير فعالة تماما ، أما حسب الجدول رقم (37) فإن الأساليب الشعبية المتبعة في علاج الطفل المصاب بحروق غير مجدية .

وحسب الجدول رقم (38) فإن التداوي بالعقاقير الشعبية غير فعال ونتأجه ضعيفة عند الأغلبية.

أما الجدول رقم (39) فإن أسلوب العجائز غير فعال ونتأجه ليست مقبولة دائما عند الأغلبية.

وحسب الجدول رقم (41) فإن الاعتماد على الطالب غير مجدي عند الأغلبية .

أما حسب الجدول رقم (42) فإن الطب الحديث نتأجه مفيدة وإيجابية على الطفل عند أغلبية عينة البحث.

النتيجة الخامسة:

من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات الفرضية الرابعة، نجد أن هذه الأخيرة قد تحققت بنسبة كبيرة، إذ تبين أن الأساليب الحديثة في الرعاية الصحية للطفل أكثر إيجابية وفعالية على الجانب الصحي للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة. وبالتالي فقد تحققت الفرضية الخامسة.

2-3- نتائج الدراسة:

من خلال المعالجة النظرية والإمبريقية لموضوع الدراسة الذي يدور حول الأساليب المتبعة من طرف الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، اتجهت هذه الدراسة للكشف نوع الأساليب - الحديثة أم الشعبية التقليدية- التي تتبعها الأسر في رعايتها الصحية لأطفالها في أهم مرحلة من مراحل حياتهم، وكذا عن العوامل التي تدفع بالأسرة إلى استخدام وتفضيل أسلوب عن آخر، كما حاولت إبراز أي الأساليب المتبعة هي أكثر إيجابية وفائدة على صحة الطفل من جميع النواحي.

وقد كشفت معطيات الدراسة الميدانية من خلال المعالجة الكمية للمعطيات المجمعة أن أغلبية الأسر تتبع الأساليب الشعبية التقليدية المتوارثة عبر الأجيال في رعاية الطفل الصحية وعلاجه أكثر من اتباعها للأساليب الحديثة المبنية على أسس وأبحاث علمية على أرقى المستويات ، كما تبين أن للمستوى التعليمي للأبوين وتركيب الأسرة، وكذا مقر سكن الأسرة أي البيئة الأسرية من أهم العوامل المؤثرة في اختيار نوع الأسلوب المتبع في علاج الطفل ورعايته الصحية ، كما تبين أن الأساليب الحديثة هي الأكثر نفعا وإيجابية على الطفل سواء في الجوانب الوقائية أو العلاجية.

2-4- الاقتراحات:

إن الاقتراحات والتوصيات التي نراها مهمة أكثر من غيرها، لمساعدة الأسرة على القيام بدورها في توفير الرعاية الصحية الكاملة واللازمة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، ما يلي:

1 – الإجراءات التي يجب على الحكومة الجزائرية اتخاذها :

أ – تسطير السياسة الاجتماعية بحيث تضع الأولوية للأسرة وبرامجها للاستفادة من الخدمات الاجتماعية الضرورية في كل مجالات الحياة اليومية، التي تعود حتما بالنفع على الطفل ورعايته.

ب – تخطيط برامج للطفولة، بحيث يكون الطفل هو محور الاهتمام ، و له الأولوية في الخدمات الصحية التعليمية ، الثقافية ، الرياضية

ج – تشجيع الباحثين المتخصصين على دراسة مواضيع في مجال الأسرة و الطفولة ، وخاصة في الجانب الصحي ، و العمل على مواجهة الصعوبات التي تواجههم في الميدان.

د – ضرورة إنشاء مكاتب التوجيه الأسري و الاستشارات الأسرية ، التي تهدف إلى علاج المشكلات التي تعترض الأسرة و محاولة نقض أسبابها ، و تذليل الصعوبات التي تواجهها في رعاية أبنائها، و توجيه الأسرة نحو اتباع الأساليب الأنسب والأصح لرعاية أبنائها رعاية متكاملة خاصة ما يتعلق بالجانب الصحي.

هـ – استحداث هياكل و أجهزة مختلفة لمراقبة و متابعة صحة الطفل داخل الأسرة ، و حمايته حتى من تعسف والديه.

و – خلق مناصب عمل جديدة للزائر (الزائرة) الاجتماعي ، والزائر الصحي (طبيب أو ممرض لكل تجمع سكني).

2 – توعية الأسرة:

أ – توعية الأسرة بأهمية مرحلة الطفولة المبكرة وحساسيتها بالنسبة للطفل، وكيفية مقابلة

الحاجات المختلفة للطفل في هذه المرحلة، وكيفية التعامل مع المشكلات الصحية التي يتعرض لها.

ب - حث الآباء وتوعيتهم بضرورة التخلص من العادات والتقاليد الصحية الخاطئة والمضرة بصحة الطفل.

ج - توعية الأسر بطبيعة الحقوق الواجب توفيرها للطفل في هذه المرحلة، والمشاكل التي يتعرض لها الطفل في حالة عدم توفيقها له.

د - توعية الأسرة بكيفية التعامل والتعاون مع الباحثين وبطبيعة البحث العلمي، لكي يحقق هذا الأخير أهدافه العلمية دون عقبات ومثبطات.

إن الطرق المعتمدة في نشر التوعية العائلية تتنوع وتختلف، إذ نجد منها: وسائل الإعلام بمختلف أنواعها: السمعية، البصرية، المقروءة وكذا الجمعيات، النوادي، الشعارات، المنشورات (المطويات)، الملتقيات، الندوات، الزيارات المنزلية . . .

خاتمة

خاتمة:

جاءت هذه الدراسة في جوهرها، محاولة للكشف عن واقع الأساليب المتبعة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة بالوسط الأسري، وعن العوامل التي تدفع بالأسرة إلى إتباع الأساليب الحديثة أو الشعبية التقليدية في الرعاية الصحية لأبنائها، باعتبار الأسرة هي البيئة التي يقضي فيها الطفل سنواته الأولى، وتشبع فيها كل حاجاته ومتطلباته في هذه الفترة.

ونتائج هذا الدراسة بينت لنا الواقع الملموس لنوع الأساليب المتبعة في الرعاية الصحية للطفل في الوسط الأسري، وساعدتنا في إعطاء صورة واقعية عن العوامل التي تدفع بالأسرة إلى إتباع أسلوب معين دون سواه، وعن كيفية تعاملها مع مختلف جوانب الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة؛ متمثلة هذه العوامل في: المستوى التعليمي للوالدين، تركيب الأسرة وبيئتها.

ولأن الأطفال يشكلون جزءاً رئيسياً وهاماً في تركيبة أي مجتمع بشري، فهم القوة الدينامية المستقبلية، التي تبعث القوة والنشاط لأي مجتمع، وفي مختلف مجالاته، ولا يمكن للأطفال أن يحققوا الأهداف المرجوة منهم في المستقبل، إلا إذا وجدوا السبيل لذلك، وهذا بتوفير الظروف المناسبة، النفسية الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية وخاصة الصحية منها، في كامل وحدات ومؤسسات المجتمع، بدء من الأسرة، التي هي البيئة الأولى التي تحتضن الطفل، منذ أن يكون جنيناً، إلى أن يولد وينمو، قبل أن تساهم مؤسسات أخرى في تربيته كدور الحضانه، رياض الأطفال، ثم المدرسة؛ فالطفل داخل الأسرة تشبع حاجاته الفسيولوجية، النفسية الاجتماعية، وينمو لديه الشعور بالانتماء والولاء للجماعة، هذا الشعور الذي يعتبر أساسياً لتكيف الطفل، ليس داخل الأسرة فقط، وإنما أيضاً في تفاعله وقيامه بأدواره الاجتماعية المستقبلية.

ونؤكد على ضرورة الاهتمام بالطفولة، بدء من الأسرة، بالتكامل والتنسيق مع الهيئات والمؤسسات الأخرى المتواجدة في المجتمع، للنهوض بهذه الشريحة وإخراجها من واقعها، الذي يمكن أن يجعل الطفل يعيش أتعس أيام حياته في طفولته، ويتحول شعار اليونيسف "ولد الأطفال ليعيشوا سعداء" إلى شعار "ولد الأطفال ليعيشوا تعساء". وهذا من أجل مستقبل أفضل، من خلال الإعداد الجيد للأطفال وحماية صحتهم بأساليب علمية

مبنية على أسس وقواعد صحيحة، والابتعاد عن الممارسات الخاطئة التي يمكن أن تحرم الطفل من جسم سليم قوي البنية من جميع النواحي.

فالأطفال يعكسون صورة عن مستقبل المجتمع و عما سيكون عليه، وطفل اليوم هو شاب الغد ورجل المستقبل، ولذلك فإن توفر مقومات الصحة لديه ضمان لقدرة على العطاء بكفاءة، والمساهمة في تحمل المسؤولية بطريقة فعالة في المستقبل.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المراجع

- 1- القرآن الكريم .
- 2- الكتب باللغة العربية:
 - 1- أبو حامده مروان عبد الحي: هندسة صحة الطفل بين يدي الأم ، ط 1 ، إشراف للنشر والتوزيع، عمان ، 1999.
 - 2- أيمن سليمان مزاهرة وآخرون : مبادئ صحة الطفل و تغذيته ، دار الخليج للنشر ، عمان ، الأردن، 2001 .
 - 3- أيمن سليمان مزاهرة : التربية الصحية للطفل ، ط 1 ، الأهلية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2007 .
 - 4- ألفت حقي، سيكولوجية الطفل - علم النفس الطفولة - مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية، 1992
 - 5- الجوهري عبد الهادي: دليل الزيارات الميدانية لبعض الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ، قسم التدريب الميداني ، أسوان ، مصر ، 1998.
 - 6- المصري ، نهاد شكر: صحة الطفل ، إشراف للنشر والتوزيع ، عمان ، 1974 .
 - 7- السيد محمد اسماعيل: مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين ، دار الفكر العربي ، ط 2 ، مصر، 1995.
 - 8- العبيدي محمد رفيق: الصحة المدرسية ، مطبعة التضامن ، بغداد ، 1987 .
 - 9- الشيباني عمر محمد التومي : مناهج البحث الاجتماعي ، الشركة العامة للنشر والتوزيع والإعلان ، ط 2 ، طرابلس ، 1975.
 - 10- أميرة منصور يوسف : المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية والطبية والنفسية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 1997 .
 - 11- أمل عواد معروف : أساليب الأمهات في التطبيع الاجتماعي في الأسرة الجزائرية ، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر ، ط 1 ، بيروت ، 1987.
 - 12- إقبال إبراهيم مخلوف : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية - اتجاهات تطبيقية - دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1991 .

- 13- إقبال بشير وآخرين : الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي ،
المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، 1981.
- 14- إسماعيل زكي محمد : الأنثروبولوجيا والفكر الإنساني ، شركة مكنتبات عكاظ للنشر
والتوزيع ، جدة ، 1982.
- 15- جعفر عبد الأمير حسن : أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث ، دار
المعرفة ، الطبعة الأولى ، بيروت ، لبنان ، 1981.
- 16- وصفي عاطف : الأنثروبولوجيا الاجتماعية ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر
،،بيروت ،1997.
- 17- زكرياء الشربيني ، يسرية صادق : تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته
ومواجهة مشكلاته ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1996.
- 18- حسين إبراهيم : أوضاع الطفولة بالوطن العربي و متطلبات الارتقاء بها ، دار
طالاس للدراسة للدراسات و الترجمة و النشر ، الكويت ، 1991 .
- 19- حسين عبد الحميد سيد أحمد : الطفولة – الأسس والرعاية النفسية – كلية
الآداب ، جامعة الإسكندرية ، الإسكندرية ، 1992 .
- 20- حنان عبد الحميد العناني : : الطفل و الأسرة و المجتمع ، ط 1 ، دار الصفاء للنشر
والتوزيع ، عمان ، 2000 .
- 21- كريستين نصار: " أيها الطفل من أنت "، دراسة سيكولوجية تتناول الطفولة بشكل
عام . جروس برس ، ط 1 ، طرابلس ، 1991.
- 22- كارول بيلامي : رعاية الطفولة المبكرة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط و
شمال إفريقيا ، عمان ، الأردن ، 2000.
- 23- مديحة الخضري : موسوعة الطفل الصحية – من مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة
النمو - المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر ، 2001
- 24- مهدي عبيد: سؤال وجواب ونصائح في تربية الأطفال من الناحية العضوية
والنفسية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، بدون سنة .
- 25- محمد بيومي : تاريخ التفكير الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر
. 1989
- 26- محمود حسن : رعاية الأسرة، دار الكتب الجامعية ، الإسكندرية ، 1997.

- 27- محمد محمود بيومي خليل ، سيكولوجية العلاقات الأسرية ، دار
قباء للنشر و التوزيع ، القاهرة ، بدون سنة .
- 28- محمد سلامة محمد غباري : الخدمة الاجتماعية لرعاية الأسرة والطفولة والشباب ،
المكتب الجامعي الحديث ، ط 2 ، مصر ، 1989.
- محمد سيد فهمي :
- 29- الرعاية الاجتماعية و الأمن الاجتماعي ، المكتب الجامعي
الحديث ، الإسكندرية 1998.
- 30- محمد السويدي : مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري المعاصر ، ديوان
المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، بدون سنة .
- 31- محمد عبد الجواد محمد : حماية الأمومة والطفولة في المواثيق الدولية
والشريعة الإسلامية ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، 1991.
- 32- محمد عبد النور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مكتبة القاهرة
الحديثة ، مصر ، 1993 .
- 33- محمد سيدي إبراهيم ، سلسلة دراسة الأسرة العربية (2)- التربية
الأسرية ، مفهومها ، طبيعتها وهدفها ، ط 2 ، الإسكندرية ، 1996 .
- 34- محمد بن عيسى الموزان : الرعاية الصحية المنزلية للأطفال ، العبيكان ، الأردن
، 2002 .
- 35- محمود عبد المؤمن حسين : مشكلات الطفل النفسية ، دار الفكر الجامعي ، مصر ،
بدون سنة .
- 36- محمد عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مكتبة
القاهرة الحديثة ، مصر ، 1981
- 37- محمد علي سلامة :العوامل الاقتصادية والاجتماعية وأثرها عل الوعي الطبي ، ط 1
، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر ،الاسكندرية ، 2007.
- 38- مسعودة كسال : مشكلات الطلاق في المجتمع الجزائري ، دراسة ميدانية حول
عينة من المطلقات في الوسط الحضري الجزائري ، ديوان المطبوعات الجامعية ،
الجزائر ، 1986.

- 39- مصطفى الخشاب : دراسات في علم الإجتماع العائلي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1985.
- 40- مصطفى القماش : مبادئ الصحة العامة، ط 1 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، 2000 .
- 41- نيقولا تيماشيف : نظرية علم الاحتماع - طبيعتها وتطورها - ، ترجمة :محمود عودة وآخرون ، دار المعارف
- 42- سامية محمد فهمي : المشكلات الاجتماعية من منظور الممارسة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1997.
- 43- سامي ملحم : مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، الطبعة الأولى ، عمان ، الأردن ، 2000 .
- 44- سهير كامل أحمد : أسس تربية الطفل بين النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 2000 .
- سيد رمضان :
- 44-مدخل في رعاية الأسرة والطفولة ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية ، مصر ، بدون سنة
- 45-إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والطفولة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 1999.
- سلوى محمد عبد الباقي :
- 46- الإرشاد و التوجيه النفسي للأطفال ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية ، بدون سنة .
- 47- فن التعامل مع الطفل ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية ، 2001 .
- 48- سلوى عثمان الصديقي ، سيد رمضان : الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2004 .
- 49- سميرة أحمد السيد : علم اجتماع التربية ، دار الفكر العربي ، ط 3 ، القاهرة ، 1992.

- 50- عبد المجيد سيد منصور ، د. أحمد زكريا الشربيني : الأسرة على مشارف القرن العشرين – الأدوار ، المرض النفسي ، المسؤوليات ، دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، مصر 2000 .
- 51- عبد المجيد الشاعر وآخرون : علم الاجتماع الطبي ، ط 1 ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2000.
- 52- عبد الرحمن الوافي : الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1992.
- 53- عبد المحيي محمود حسن صالح : الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 1998.
- 54- عبد العزيز جادو : علم نفس الطفل وتربيته ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ، 2001.
- 55- عايدة الرواجية : موسوعة العناية بالطفل وتربية الأبناء ، دار أسامة للنشر والتوزيع ، ط 1 ، عمان الأردن ، 2000.
- 56- عصام أحمد الصفدي وآخرون : علم اجتماع الصحة ، ط 1 ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2003 .
- 57- فوزية دياب وآخرون: سلسلة دراسات في الطفولة، دار الفكر العربي، القاهرة ، بدون سنة .
- فضيل دليو وآخرون : أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية ، منشورات جامعة منتوري ، قسنطينة ، الجزائر ، 1999.
- 58- صلاح مصطفى الفوال : منهجية العلوم الاجتماعية ، سلسلة كتب علم الاجتماع والتنمية ، ط 5 ، العجوزة ، القاهرة ، 1982.
- رشيد زرواتي :
- 59 - مدخل للخدمة الاجتماعية ، مطبعة هومه ، الجزائر ، 2000.
- 60 - تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، مطبعة هومة ، الطبعة الأولى ، الجزائر ، 2002 .
- 61- توما جورج خوري : سيكولوجية النمو عند الطفل ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، ط 1 ، بيروت ، 2000.

- خيرى خليل الجميلي :

62- الإتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة ، المكتب الجامعي الحديث ، محطة الرمل ، 1994.

63- خيرى خليل الجميلي ، بدر الدين كمال عبده : المدخل في الممارسة المهنية في مجال الأسرة والطفولة ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، 1994.

64- غينادي أوسيوف : أصول علم الاجتماع ، ترجمة : سليم توما ، دار التقدم ، موسكو ، الاتحاد السوفياتي 1990.

65- غريب محمد السيد أحمد : تصميم البحث الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 1986 .

3- المراجع باللغة الأجنبية:

66-Eldering G, Kendrick P. *Bacillus parapertussis*: a species resembling both *Bacillus pertussis* and *Bacillus bronchiseptica*, but identical with neither. *J Bacteriol* 1938

67 Baron S, Njamkepo E, Grimprel E, Begue P, Desenclos JC, Drucker J et al. Epidemiology of pertussis in French hospitals in 1993 and 1994: thirty years after a routine use of vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 1998

68-Garabédian M. Métabolisme osseux et besoins en calcium, phosphates et vitamine D pendant la croissance. In : Ricour C, Ghisolfi J, Putet G, Goulet O eds .*Traité de nutrition pédiatrique* Paris : Maloine, 1993.

69-American academy of pediatrics. Committee on nutrition. On the feeding of supplemental foods to infants. *Pediatrics* : 1980

70-Steinemann TL, Christiansen SP. Vitamin A deficiency and xerophthalmia in an autistic child. *Arch Ophthalmol* 1998

71-Navarro J, Ricour C. Vitamine E. In : *Traité de nutrition pédiatrique*. Paris : Maloine, 1993

72-Motohara K, Matsukura M, Matsuda I, Iribe K, Ikeda T, Kondo Y et al. Severe vitamin K deficiency in breast-fed infants. *J Pediatr* 1984 ; 105 : 943-945

73-Navarro J, Goulet O. Vitamine C. In : *Traité de nutrition pédiatrique*. Paris : Maloine, 1993

- 74-Munnich A, Cormier-Daire V. Les vitamines B 1B 2B 6et B.8In :
Traité de nutrition pédiatrique. Paris : Maloine, 1993:
- 75-Navarro J. Carences vitaminiques en pédiatrie. *Rev Prat*; 1985
- 76-Bessey OA, Adam DJ, Hansen AE. Intake of vitamin B6 and
infantile convulsions: a first approximation of requirements of
pyridoxine in infants. *Pediatrics* 1957
- 77-Sinclair HM. Thiamin. Vitamins in medicine. London : William
Heineman Medical Books, 1986
- 78-Navarro J, Vidailhet M. Vitamine B12. In : Traité de nutrition
pédiatrique. Paris : Maloine, 1993
- 79-Greene HL, Hambidge KM, Schanler R, Tsang RC. Guidelines for
the use of vitamins, trace elements, calcium, magnesium and
phosphorus in infants and children receiving total parenteral nutrition:
report of the subcommittee on pediatric parenteral nutrient
requirements from the committee on clinical practice issues of the
american society for clinical nutrition. *Am J Clin Nutr* 1988
- 80-American academy of pediatrics. Committee on nutrition. Vitamin
and mineral supplement needs in normal children in the United States.
*Pediatrics*1980 ; 66
- 81-Navarro J, Putet G. Acide folique. In : Traité de nutrition
pédiatrique. Paris : Maloine, 1993
- 82-Navarro J, Ricour C. Vitamine E. In : Traité de nutrition
pédiatrique. Paris : Maloine, 1993
- 83-CommitteonNutrition, American Academy of Pediatrics.Vitamin
K compounds and the water-soluble analogues:use in therapy and
prophylaxis in pediatrics .*Pediatrics* : 1961,

4- القواميس والمعاجم :

- 84- محمد عاطف غيث : قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية
1997،

5- المجلات والدوريات :

- 85- منظمة اليونيسيف: الإعلان العالمي لبقاء الطفل ونمائه ، المؤسسة الصحفية
الأردنية الرأي ، الأردن، 1990 .
- 86- اليونيسف: مسيرة الأمم 1993 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال
إفريقيا ، عمان ، الأردن ، 1993 .

- 87- اليونسف:مسيرة الأمم 1995 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا ، عمان ، الأردن ، 1996.
- 89- اليونسف :مسيرة الأمم 1996 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا ، عمان، الأردن، 1996 .
- 90- لطيفة .ب: 18 بالمائة من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من سوء التغذية ، يومية البلاد، الجزائر، العدد 2404 الصادر يوم الأربعاء 17 أكتوبر 2007
- 91 - ONS(office national des statistiques),1996
- 92- مديرية الصحة لولاية المسيلة: إحصائيات السداسي الأول لسنة 2005 .
- 6- مواقع الأنترنت:

-WWW.PAPEAM.org.

-www.gmfc.org.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم الاجتماع

استمارة مقابلة
حول بحث

الأساليب المتبعة من طرف الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة
(دراسة مقارنة بين الساليب الشعبية و الحديثة)
دراسة ميدانية بمدينة المسيلة

إشراف الأستاذ الدكتور:

أ.د/ عوفي مصطفى

إعداد الطالبة :

بونويقة نصيرة

ملاحظة: إن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة سرية ولا تستعمل إلا لأغراض علمية .

1- بيانات أولية عن الأسرة:

الأب:

- 1 - سنه : ()
2 - مستواه التعليمي : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
3 - مهنته : ()
4 - دخله : ()
الأم:

- 5 - سنها : ()
6 - مستواها التعليمي : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
7 - مهنتها : ()
8 - دخلها : ()
9 - عدد الأولاد : ()
الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة :

الجد () الجدة () الجدين معا () الأعمام () الأخوال () آخرون
مقر السكن ريف () حضري ()

2- بيانات الفرضية الأولى :

- 10 - كيف هو اهتمامكم بغذاء الطفل : لا كبير
أحيانا عند المرض

- 11 - هل تأخذون بعين الاعتبار القيمة الغذائية لغذاء الطفل : نعم لا
12 - هل الماء المقدم للطفل يخضع لمراقبتكم :
13 - هل تقومين بمعالجة المياه المقدمة للطفل قبل استعمالها : نعم لا
14 - في حلة الإجابة بنعم ، يتم ذلك بواسطة :

- ماء الجافيل
- تغلية الماء
- وسيلة أخرى

- 15 - كيف هو اهتمامكم بصحة الطفل : عند المرض فقط فحوص دورية

16 - في حالة ظهور أعراض مرض ما على الطفل ، هل :

- تعرضون الطفل على الطبيب مباشرة
- تنتظرون بعض الوقت
- تكتفون بشراء الدواء من الصيدلية
- إعطائه بعض الأعشاب الطبيعية
- إعطائه بعض العقاقير المتداولة شعبيا
- تعرضون الطفل على "الطالب "

- تلجأون للرقية

17 - في علاج الطفل ، هل تتبعون :

- الأساليب الحديثة في العلاج

- الأساليب التقليدية الشعبية

لا نعم

- الأسلوبين معا

18 - هل طفلكم مصاب بمرض مزمن :

في حالة الإجابة بـ نعم هل تقومون بالمتابعة الصحية الدورية نعم لا

هل قمتم باستعمال الطرق الشعبية في علاجه نعم لا

هل كانت نتائجها جيدة ؟ نعم لا

هل تعرضونه على مختص ؟ نعم

19 - ما هي الأمراض التي يتعرض لها طفلكم غالبا :

- الزكام

- النزلات الشعبية

- التهابات الأذن

- الإسهال

- إصابات العيون

- التهاب اللوزتين

أمراض أخرى

20 - كيف هو اهتمامكم بنظافة الطفل الشخصية :

- كبير

- عادي

- طول اليوم

- فترة من اليوم

21 - هل تحرصون على تلقين الطفل قواعد النظافة الشخصية :

- دائما

- أحيانا

- عدم الاهتمام

22 - هل مساحة البيت تتلاءم وعدد أفراد الأسرة ؟ نعم لا

23 - هل تحرصون على تهوية البيت باستمرار ؟ نعم لا أحيانا

24 - هل بيئة الطفل الخارجية نظيفة ؟ ملوثة خطرة

27 - هل توفرون الغذاء الكامل للطفل ؟ نعم لا

في حالة الإجابة بـ لا ، هل السبب هو :

- نقص الإمكانيات المادية

- نقص الوعي
- عدم الاهتمام
- عدد أفراد الأسرة

بصفة دورية لا نعم

30 - في حالة انقطاع المياه وتلوثها ، هل تخصصون لطفل المياه المعدني؟ نعم لا نادرا

في حالة الإجابة بـ لا ، هل السبب هو :

- نقص الإمكانيات المادية
- نقص الوعي
- عدم الاهتمام

.....

.....

38 - هل سبق وأن دخل الطفل المستشفى ؟ لا نعم

في حالة الإجابة بـ نعم هل كان التكفل ؟ ناقص تام

39 - هل قمتم من المتابعة الصحية بعد خروج الطفل من المستشفى ؟ نعم لا

في حالة الإجابة بـ لا ، هل قمتم بمتابعة الطفل خارج المستشفى ؟ نعم لا

في حالة الإجابة بـ لا ، هل السبب هو :

- نقص الإمكانيات المادية
- عدم الاهتمام
- أسباب أخرى

40 - هل تتلقون إرشادات حول العناية بالطفل المريض ؟ لا نعم

41 - هل تتلقون إرشادات حول تغذية الطفل ونظافته الشخصية ؟ نعم لا

42 - هل تتلقون إرشادات حول الوقاية من الأمراض المعدية ؟ نعم لا

في حالة الإجابة بـ نعم ، هل هي من طرف:

- المركز الصحي
- المستشفى
- العيادات الخاصة
- حملات التوعية

- مصادر أخرى

المُلَخَّصَات

ملخص الدراسة:

لقد جاءت هذه الدراسة مركزة على دراسة نوع الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة أهي الأساليب الحديثة أو التقليدية ، وإبراز أهم العوامل التي تدفع بالأسرة إلى اتباع أسلوب معين دون سواه وكذا إبراز أي من هذه الأساليب أكثر إيجابية وفائدة على صحة الطفل في هذه المرحلة . وجاءت إشكالية الدراسة وفقا للتساؤلات التالية :

_ ما هي الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ؟

_ ما هي العوامل المؤثرة في اختيار نوع الأسلوب المتبع في الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة ؟

_ أي هذه الأساليب المتبعة أكثر إيجابية على الجانب الصحي للطفل ؟
- فرضيات الدراسة:

لقد تمت صياغة الفرضيات بالشكل التالي :

_ تتبع الأسرة الأساليب الشعبية في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة أكثر من الأساليب الحديثة.

_ إن للمستوى التعليمي للوالدين أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل.

_ إن لتركيب الأسرة أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل.

_ إن للبيئة الأسرية أثر في اختيار أسلوب الرعاية الصحية للطفل.

_ إن الأساليب الحديثة في الرعاية الصحية للطفل هي الأكثر ايجابية على الجانب

الصحي للطفل.

- المنهج والأدوات المستخدمة في الدراسة:

دعت الضرورة إلى الاعتماد على المنهج الوصفي لقدرته على وصف واقع الأساليب التي تتبعها الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، وتحليل أهم العوامل التي تؤدي بالأسرة إلى اختيار أسلوب معين ، وفي إطار عقد مقارنات بين الأساليب الحديث والشعبية توجهت الدراسة إلى استخدام المنهج المقارن، بهدف إبراز أي هذه الأساليب أكثر إيجابية على صحة الطفل .

أما الأدوات المستخدمة في الدراسة فكانت كما يلي: الملاحظة، واستمارة المقابلة .

أما عينة الدراسة فجاءت طبقية عشوائية ، حيث تم اختيار عينة تتكون من 600 أسرة كمجال لإجراء الدراسة ، أما عن كيفية اختيار العينة فقد تم إجراء مسح لبعض الأحياء الموجودة شمال وجنوب مدينة المسيلة ، باعتبار أحيائها تحتوي على عدد كبير من الأسر ، تنتمي إلى مختلف الطبقات الاجتماعية حسب الإحصائيات الأخيرة الممنوحة من طرف بلدية المسيلة .

- نتائج الدراسة:

لقد كشفت معطيات الدراسة الميدانية من خلال المعالجة الكمية للمعطيات المجمعة أن أغلبية الأسر تتبع الأساليب الشعبية التقليدية المتوارثة عبر الأجيال في رعاية الطفل الصحية وعلاجه أكثر من اتباعها للأساليب الحديثة المبنية على أسس وأبحاث علمية على أرقى المستويات ، كما تبين أن للمستوى التعليمي للأبوين وتركيب الأسرة ، وكذا مقر سكن الأسرة أي البيئة الأسرية من أهم العوامل المؤثرة في اختيار نوع الأسلوب المتبع في علاج الطفل ورعايته الصحية ، كما تبين أن الأساليب الحديثة هي الأكثر نفعا وإيجابية على الطفل سواء في الجوانب الوقائية أو العلاجية .

Résumé :

cette étude a porté sur la clarification des méthodes .. utilisés par la famille dans le suivie des soins sanitaire de l'enfance précoce . est ce qu'il suivent des méthodes modernes ou classiques, et les facteurs les plus importants qui poussent la famille à suivre une méthode particulière et , ainsi quel de ces méthodes est plus positives et utiles à la santé de l'enfant dans cette étape, pour cela vint la problématiques avec les questions suivantes:

_ Quels sont les moyens suivie par la famille dans les soins sanitaire en période de l'enfance précoce ?

_ Quels sont les facteurs qui influencent le choix de méthode de soins de santé pour l'enfant à ce stade?

quelle de ces méthodes est plus positives sur l'aspect santé de l'enfant?

Sur cette base des hypothèses sont soumis comme suivant :

_les familles Suivent des méthodes les plus populaires dans les soins de santé de l'enfance precose plus que les méthodes modernes.

_ Le niveau d'instruction des parents a un impact dans le choix de l'approche des soins de santé de l'enfant.

_ La composition de la famille a un impact dans le choix de l'approche des soins de santé de l'enfant.

_ l'environnement familiale a un impact dans le choix de l'approche des soins de santé de l'enfant.

_ Les méthodes modernes de soins de santé de l'enfant sont plus positif sur la santé de l'enfant.

En ce qui concerne les méthodes et les outils utilisés dans l'étude ont s'est appuyer sur l'approche descriptive pour sa capacité à décrire la réalité et la façon dont la famille étulise pour les soins de santé dans l'enfance précoce , et l'analyse des principaux facteurs qui conduisent la famille à choisir une méthode particulière, en vertu des comparaisons . entre les méthodes moderne et populaire afin d' utiliser une approche comparative, pour mettre en évidence les positifs de ces méthodes sur la santé de l'enfant.

Les outils utilisés dans l'étude étaient les suivants: l'observation, et le questionnaire et l'entretien .

L'échantillon est aléatoire et stratifiée, ont a sélectionnés une échantillon composé de 600 familles en tant que zone d l'étude, la façon de choisir l'échantillon .c'est basé sur une enquête de certains quartiers existants au nord et au sud de la ville de m'sila d'où elles contiennent un grand nombre de familles, appartiennent à différentes classes sociales selon Des statistiques récentes accordée par la municipalité de la ville.

Sur la base de l'étude sur le terrain Nous avons atteint aux résultats suivantes :

l'étude révèle sur le terrain lors du traitement des données quantitatives que la majorité des familles suivent des méthodes traditionnelles acquis a travers des générations pour le soin d'enfants, cette voie est suivie plus que les méthodes moderne construit sur la recherche scientifique , ont également constaté que le niveau d'éducation des parents et de la composition de la famille, ainsi que la

résidence de la famille et l'environnement familial sont les facteurs les plus importants qui influent sur le choix de la méthode de traitement et de soins de la santé de l'enfant, il s'avère que les méthodes modernes ont un impact plus bénéfique et positif sur l'enfant, soit sur les aspects préventifs ou thérapeutique.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ