الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامـعـة 8 ماي 1945 - قالـمـة-

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

تأثير التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية على الرعاية الصحية للأطفال

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي بقالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

إعداد:

- نصيبي سميرة
- زرازحي لبنى

الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
د. بوصنوبرة عبد الله	أستاذ محاضر أ	رئيسا
د. بن حسان زينة	أستاذة محاضرة ا	مؤطرا
أ. ورناني فوزية	أستاذة محاضرة ب	عضوا

السنة الجامعية: 2020م/2021م

شكر وعرفان

الحمد لله وكفى، والصلاة والسلام على النبي المصطفى

الحمد لله الذي وفقنا في دراستنا وإتمام هذا العمل

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة "بن حسان زينة" التي لم تبخل علينا بنصائحها وتوجيهاتها القيّمة طوال فترة العمل

كما نتقدّم بالشكر الجزيل لزميلتنا "بن طراز شيماء" على كل مساعداتها

وأيضا نشكر الأنسة "نجاتي إيمان" التي كتبت لنا المذكرة وعملت على إخراجها وقدمت لنا يد المساعدة في لإنجازها نتمنى لها التوفيق والنجاح في مسابقة الدكتوراه مستقبلا

وكذا لا ننسى كل أساتذتنا الأفاضل وزملاءنا الأعزاء

وإلى كل من ساندنا ولو بالدعاء

إهداء

وما توفيقي إلاّ بالله

أهدي ثمرة جهدي إلى الوالدين الكريمين

أطال الله في عمرهما

إلى زوجي العزيز وأولادي قرة عيني "محمد"،

"عبد الرحمن"، "يمنى،" رنا"

إلى إخوتي الأعزاء "سمية" وابنها العزيز "جود

الرحمن"

إلى "سامي، "سيف الدين"

وكل عائلتي الكريمة

سميرة

إهداء

أهدي ثمرة جهدي وتعبي إلى عزيزي وقرة عيني من كان

سنداً لي ولم يبخل عليّ، وإلى الصدر الدافئ الرحب الحنون

إلى "أمي" و"أبي" حفظهم الله

إلى أخي الوحيد "أيمن" حفظك الله

إلى من أحببت بقلب صادق زوجي أدامك الله لي

إلى إخوتي "حنين" و"بسملة"

إلى كل من يحبني ويتمنى الخير لي

إلى صديقاتي

لبنى

✍فهرس المحتويات

فهرس جداول الفصول النظرية.....ص (ج)

فهرس جداول الفصل الميداني.....ص (د-هـ)

فهرس الأشكال.....ص (و)

مقدمة.....ص2-3

✍الفصل الأول: الإطار المنهجي والنظري للبحث

أولا: الإشكالية.....ص5-10

ثانيا: تحديد المفاهيم.....ص10-19

ثالثا: منهجية الدراسة.....ص20-25

رابعا: نظريات المفسرة للموضوع.....ص26-33

خامسا: الدراسات السابقة.....ص33-38

✍الفصل الثاني: تمهيد نظري للرعاية الصحية والرعاية الصحية للأطفال

أولا: أساسيات عن الرعاية الصحية.....ص40

1- الرعاية الصحية نشأتها وتطورها.....ص40-41

2- عناصر الرعاية الصّحية.....ص41-42

3- مستويات الرعاية الصّحية.....ص42

4- الأبحاث والدراسات حول مسيرة الرعاية الصّحية.....ص43-44

5- أهمية الرعاية الصحية.....ص44-45

6- أساليب وأسس الرعاية الصحية.....ص45-46

7- مظاهر الرعاية الصحية.....ص46-47

ثانيا: الرعاية الصحية للأطفال.....ص47

1- التطور التاريخي لحركة الرعاية الصحية للأطفال.....ص47

2- رعاية الأمومة والطفولة.....ص47-50

3- خصائص برامج رعاية الأطفال.....ص50-55

4- العوامل المؤثرة في برامج الأطفال.....ص55

5- أهداف برامج رعاية الأطفال.....ص56

6- عوائق برامج الرعاية الصحية.....ص56-57

✍الفصل الثالث: الوضعية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيها

أولا: الوضعية الصحية للأطفال في العالم.....ص59-69

ثانيا: المشاكل الصحية للأمهات والأطفال.....ص69-71

ثالثا: أمراض الطفولة والعوامل المسببة لها.....ص71-72

رابعا: مظاهر العناية بصحة الطفل.....ص72-77

خامسا: التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية في تقديم الرعاية اللازمة للأطفال.....ص78-82

✍الفصل الرابع: نتائج تحليل الدراسة الميدانية

أولا: تفريغ وتحليل البيانات.....ص84-103

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....ص103-104

ثالثا: نتائج الدراسة حسب الدراسات السابقة.....ص104-105

رابعا: النتائج العامة.....ص105

خاتمة.....ص107-108

قائمة المصادر والمراجع.....ص110-116

الملاحق.

ملخص الدراسة.

قائمة جداول الفصول النظرية

الرقم	العنوان	الصفحة
01	توزيع مصالح المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي ولاية قالمة	22

فهرس جداول الفصل الميداني

الرقم	العنوان	الصفحة
02	يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس	23
03	يوضح توزيع العينة حسب متغير السن	24-23
04	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مهنة الأم	84
05	يوضح توزيع عينة البحث حسب متغير المهنة للأب	85-84
06	يبين الدخل الشهري للأسرة	85
07	يوضح عدد العاملين في الأسرة	86
08	يوضح ممتلكات الأسرة	87
09	يوضح مدى توفر الأسرة على مختلف الأجهزة	88
10	يوضح انخراط الأسرة في الضمان الاجتماعي	89
11	يبين المستوى المعيشي للأسرة	89
12	يوضح توزيع العينة حسب نوع المنطقة التي تقطن فيها الأسرة	90
13	يوضح توزيع عينة البحث حسب نوع الحي	91
14	يوضح توزيع العينة حسب نوع المسكن	92
15	يوضح نوع الخدمات الصحية المقدمة للأطفال	93-92
16	يبين تلقي الطفل المريض الفحوصات اللازمة	93
17	يبين نوع الفحوصات التي يتلقاها الطفل المريض	94
18	يوضح القطاع الصحي المفضل للمبحوثين	94
19	يوضح توفر التجهيزات المناسبة والضرورية في المستشفى لتقديم خدمات صحية جيدة	95
20	يبين القائمين على الخدمات الصحية	96
21	يبين مدى قيام الأسرة بالزيارات المنتظمة لفحص ومراقبة الطفل	96
22	يوضح مدى استيعاب العينة المبحوثة للوصفة الطبية والجرعة الموصي بها وأسباب عدم استيعابها	97
23	يبين إمكانية شراء الأدوية الموصوفة	98
24	يبين تأثير البعد عن المستشفى في العلاج الذي يتلقاه الطفل المريض	98
25	يوضح العلاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوعية الخدمات	99

26	**يوضح العوامل التي تؤثر على تقديم خدمات صحية جيدة للطفل**	**100**
27	**يبين مدى الشعور بالارتياح من الخدمات المقدمة**	**101**
28	**يبين أسباب عدم الشعور بالارتياح من الخدمات المقدمة**	**101**
29	**يوضح اقتراحات المبحوثين لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للأطفال في المستشفى العمومي**	**102**

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح ممتلكات الأسرة	87
02	يوضح مدى توفر الأسرة على مختلف الأجهزة	88
03	يوضح توزيع العينة حسب نوع المنطقة التي تقطن فيها الأسرة	90
04	يوضح توزيع عينة البحث حسب نوع الحي	91

مقـــدمة

مقـــــدمة:

مقدمة:

تعتبر صحة الطفل من الأهداف الأساسية للمجتمع وضرورة من ضرورات التنمية، وحتى يتدفق هذا الهدف لا بد من تحقيق عامل أساسي ألا وهو الرعاية الصحية للأطفال.

وتتولى مسؤولية الرعاية الصحية للأطفال أولا مؤسسة هامة من مؤسسات المجتمع أولا وهي الأسرة.

كما تتولى هذه المهمة أيضا المؤسسات الصحية وهي تساهم في تقديم خدمات صحية مختلفة للأطفال وأسرهم.

فمسألة صحة الأطفال في المحيط العائلة يطبعها جانب كبير من التعقيد ولعل الهدف المنشود أخيرا هو أن ينشا الطفل سليما ومعافى بغض النظر عن الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة.

تم اختيار موضوع الدراسة الحالية لتوفر مجموعة من المبررات الذاتية والموضوعية، فأما الذاتية فمن خلال معلوماتنا لإحساس الامومة بما ينطوي هذا الأخير من عواطف وأحاسيس صادقة تجاه الطفل ببذل كل الجهود من أجل توفير وسيلة مختلف احتياجاته الاجتماعية والصحية، لا سيما في هذه المرحلة الحساسة في حياة الطفل، وهذا بتوفير له الرعاية الصحية الجيدة مهما كانت ظروف الاسرة الاقتصادية والاجتماعية.

أما الأسباب الموضوعية فهي: أهمية وحساسية مرحلة الطفولة في حياة الإنسان التي هي أساس المراحل التالية.

- واقع الطفولة الحالي الذي يعكس التدهور المدروس للأحوال الصحية للأطفال في هذه الفترة.
- الإحساس بنقص وعي بعض الأسر بالدور الذي يجب القيام به في الرعاية الطفل الصحية.
- وكذا الحاجة للكشف عن بحوث في هذا المجال للكشف عن العوامل الحقيقية الكامنة وراء مشاكل الأطفال الصحية بمرحلة الطفولة.

كما تكمن أهمية الموضوع بالدرجة الأولى في أهمية شريحة دراستنا وهو رجل الغد وصانع مستقبل المجتمع.

وكما لكل دراسة هدف أو مجموعة من الأهداف يسعى الباحث لتحقيقها، فقد تم تحديد اهداف دراستنا في النقاط التالية.

- إلقاء الضوء على واقع الرعاية الصحية للطفل داخل الاسرة.

- إثراء البحث العلمي خاصة في مجال علم اجتماع الصحة.
- الكشف عن أثر أو غياب نقص الاستفادة من الرعاية الصحية للطفل في ظل التفاوتات الاجتماعية.
- المساهمة في رفع وعي الأسرة بكل جوانب الرعاية للطفل.
- زيادة الرصيد الأكاديمي للمعرفة الإنسانية بالتطرق إلى جوانب جديدة في مجتمعنا تحقق فائدة علمية وعملية تكون مرجعية لدراسات لاحقة أو ملكية.

ومن هذا المنطلق تحاول الدراسة الحالية تشخيص الواقع الفعلي للرعاية الصحية المقدمة للأطفال في المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة.

ولتحقيق هذا المبتغى قسمت الدراسة إلى 4 فصول وهي على النحوي التالي:

تناول الفصل الأول الإطار المنهجي والنظري للبحث حيث تعرضنا فيه إلى طرح إشكالية البحث، مفاهيم الدراسة الإجراءات المنهجية للدراسة كذا النظريات والدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني فقد تناول تمهيد نظري للرعاية الصحية والرعاية الصحية للأطفال.

في حين تناولنا في الفصل الثالث الوضعية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيها.

أما الفصل الرابع تناولنا فيه واقع الرعاية الصحية بالمؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة.

فقد ضم تحليل البيانات الخاصة باستمارة البحث واستخلاص النتائج العامة للبحث.

كانت هذه أهم الجوانب والابعاد التي تناولناها في موضوع تأثير التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية على الرعاية الصحية للأطفال المرضى. لكن يمكن فتح الآفاق، لدراسات أخرى لتناول الموضوع من جوانب وأبعاد مختلفة، كالمقارنة بين الريف والحضر، أو بين القطاع العام والخاص.

الفصل الأول: الإطار المنهجي والنظري للبحث:

أولا: الإشكالية

ثانيا: تحديد المفاهيم

ثالثا: منهجية الدراسة

رابعا: نظريات المفسرة للموضوع

خامسا: الدراسات السابقة

إن القيام بأي بحث علمي لابد أن يثير في نفس الباحث مجموعة من التساؤلات التي تستدعي الإجابة عليها وهذا بعد تحديد أبعادها وأهدافها، وفي هذا السياق سوف يتم التطرق في هذا الفصل إلى التعريف بالإشكالية والفرضيات المنبعثة عنها، بعد ذلك سيتم التطرق إلى المفاهيم الأساسية الواردة في هذه الدراسة قصد ضبطها بدقة، ثم التطرق للمنهجية المتبعة في الدراسة من خلال تحديد المنهج المناسب، ثم تحديد نوع وحجم العينة، ثم أدوات جمع البيانات وصولا إلى تحديد مجالات الدراسة.

أولا: الإشكالية

إن من حق أي فرد الحصول على خدمات الرعاية الصحية، فهي تشمل كل فئات المجتمع وتتمحور حول احتياجات وأوليات الأفراد والأسر. وجوهرها هو توفير الرعاية للشخص ككل فيما يخص الاحتياجات الصحية طوال الحياة.

فالدول الحديثة تولي أهمية فائقة لموضوع الرعاية الصحية كحق أساسي لكل مواطن، حيث نصّت على ذلك الحق صراحة في دساتيرها كالتزام سياسي أمام مواطنيها، كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية[1].

نصت المادة 23 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948على مايلي: "لكل فرد الحق في أن يعيش في مستوى يكفل له ولأسرته الصحة والرفاهية ويضمن له بصفة خاصة الغذاء، الكساء والمسكن والرعاية الطبية، والخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في الضمان في حالات المرض، والعجز، والترمل والشيخوخة...."[2].

أهمية الرعاية الصحية لا تقتصر على فئة واحدة، فهي ضرورية لجميع الفئات كالنساء والرجال، المراهقين، الشباب، كبار السن وكذلك فئة الأطفال.

وبما أن الطفل هو رجل الغد، فإنه أول شرائح المجتمع، التي يتوجب حمايتها صحيا، ويقع عبء هذه الحماية بالدرجة الأولى على الأسرة التي تعتبر المسؤولة عن تربيته وإعداده في السنوات الأولى، حيث تعتبر الأسرة أول خلية اجتماعية لها التأثير الكبير في تربية النشء ونموهم السليم في نفوسهم واخلاقهم، وكذا أجسامهم.

---

[1]– فريد توفيق نصيرات: **إدارة منظمة الرعاية الصحية**، دار المسيرة ، عمان، (د.س)، ص 53.

[2]–محمود حسن: **مقدمة الخدمات الاجتماعية**، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، ص 26–27.

فلأسرة هي الحاضنة الأولى للطفل، ويقع على عاتقها مسؤولية العناية والرعاية الصحية لهم، فعندما يصاب الأطفال بالأمراض، فإن نقطة التدخل الأولى تكمل في أسرهم وخاصة والديهم.

فللأسرة دور فعالوجوهريفي الحفاظ على صحة أطفالها، غير أن هناك أطفال ينمون في أسر غالبا ما تكون لهم ظروف اقتصادية معينة مثل الفقر، أو أسر لا تكون لهم ثقافة أو مستوى معين من التعليم أو يتواجدون في مناطق ريفية بعيدة عن الحضر.

وخلال هذه العملية الأساسية تتم عملية التنشئة الاجتماعية بفضل اكتسابه مجموعة من المهارات والمعلومات ولخبراته التي تسمح للطفل بالتأقلم مع الوسط الذي يعيش فيه.وكذا ظروف الزوج والزوجة، التي تعتبر المرجع الرئيسي الأول لاختيار وتحديد نوع الخدمات المطلوبة.

وبالرغم مما تحقق في السنوات الأخيرة من إنجازات بارزة في إيصال حق الطفل في الصحة، لاتزال هناك تحدّيات كبيرة، ومثال ذلك معظم حالات وفيات وأمراض وإعاقاتالأطفال يمكن الوقاية منها شريطة وجود التزام سياسي وتخصيص مواد كافية لتطبيق المعارف والتكنولوجيا المتاحة للوقاية والعلاج والرعاية.

ولقد أصبحت مسألة التكفل والرعاية الصحية للأطفال مشغلا هاما لكافة الدول العالم، فكل واحدة تعمل جاهدة للنهوض بصحة الطفل، وهذا من خلال خلق سياسات صحية تقوم على برامج وحملات تحسيسية ونوعية إلى كل من يحتك مع الطفل ويتعامل معه خاصة الجانب الأسري.

لكن وكما هو ملاحظ عن درجة التقدم في هذا الميدان ليس نفسها عند كافة الدول، فلا تزال العديد منها تعاني التأخر في صحة الطفل، خاصة الدول النامية، وهذا من خلال الارتفاع في نسبة الوفيات والأمراض المزمنة وحالات الإسهال وسوء التغذية.

فحسب ما جاء في التقرير اليونيسف العام 2004، أنه توفي في العالم حوالي 10 ملاين ونصف المليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة غالبيتهم نتيجة أمراض يمكن الوقاية منها[1].' وأن معدلات الوفيات تزايد كلما كانت الأسرة تعاني من عامل الفقر[2].

[1]– منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف. **وضع الأطفال العالم سنة2006**: المقصون والمحجوبون، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2005، ص 14.

[2]– المرجع نفسه، ص 15.

وحسب ما جاء في تقارير أخرى وضعتها المنظمة العالمية للصحة سنة 2005 أن 0،5 مليون طفل يموتون قبل بلوغهم سن الخامسة، وهذا راجع لعدة أسباب منها المشاكل التنفسية بـ 19%، الإسهال 17% والأمراض والأوبئة بـ 8% والحصبة بـ 4% السيدا 3%، وحسب هذا التقرير فإن 70% من هذه المشاكل يمكن تفاديها بالوقاية والرعاية الصحية الأولية من الجانب الاسري، كاستعمال أملاح إعادة التنمية والمضادات الحيوية والناموبيات وفيتامين A والرضاعة الطبيعية وإتباع برنامج التلقيح من قبل الأسرة[1].

وبالفعل فقد عرفت معدلات الوفاة، انخفاضا محسوسا على مستوى العالمي وهذا ما أكدته نتائج الأعمال التي قامت بها المنظمات المهتمة بصحة الطفل.

وفي عام 2008 حسب تقرير اليونيسف فإن معدل الوفيات الأقل من خمس سنوات عرف انخفاضا وهذا بنسبة 27%، فلقد انتقل المعدل من 93 وفاة لكل 1000 ولادة حية في 1990 إلى 68 وفاة لكل 1000 ولادة حية في 2007، أما في البلدان المتطورة فلقد بلغ في المتوسط 6 وفيات لكل 1000 ولادة حية.

وقد بينت نتائج هذا التقرير أن أكثر من ثلث هذه الوفيات راجع إلى عامل سوء التغذية، فبالرغم من الانخفاض في نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يعانوا من نقص في الوزن، إلا أنه تبقى 148 مليون طفل في الدول النامية يعانون من نقص التغذية[2].

أما حسب تقرير الأمم المتحدة لسنة 2004 فإن معظم وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر بلغ عددها 6,6 مليون في عام 2012، سببها الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا، ونقص التغذية، وأن 2,9 مليون حالة وفاة حدثت خلال الأيام من (0-28) من الحياة[3].

وحسب ما جاء في التقرير الثاني حول أهداف الالفية من أجل التطور لسنة 2010، فإن معدل الوفيات عرف انخفاضا ملحوظا، فقد انتقل من 142 بالألف سنة 1970 إلى 46,8 بالألف في 1990، ثم إلى 34,3 بالألف سنة 2002 وانخفض إلى 25,5 بالألف 2008.

---

[1]- OMS : **Donncens sa chance a chaque mère et a chaque enfants**, Rapport sur la santé monde, 2005, Genève, Suisse, 2005, pp 3-8.

[2]- unicef : **le taux de la mortalité dans le mande continue de baisser**, New Yourk, septembre 2008.

[3]- الأمم المتحدة: تقرير، **الأهداف الإنتمائية للألفية** 2014، إنهاء الفقر نيويورك 2014، ص 25

إن هذا الانخفاض راجع بالدرجة الأولى إلى الإصلاحات الكبيرة في مجال القطاع الصحي، كبرنامج التلقيح الموسع إلى إدخال لقاحات الجديدة في سنة 2008.

وهي لقاح الإنفلونزا والتهاب الكبد لفيروسي Hipatiteb، الذي كان يقضي على حياة العديد من الأطفال سنويا.

كما يرجع أيضا إلى ارتفاع المستوى التعليمي للأهالي،وإلى الحملات التحسيسية التي كان لها دور فعال في توسيع الثقافة الصحية لهم، والتي ساهمت بشكل فعّال في ترسيخ مبادئ الرعاية والعناية بصحة أطفالهم[1].

وفيما يخص الدول العربية، فإن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات عرفت هي الأخرى انخفاضا فقد انتقل من233 بالألف عام 1960 إلى حوالي 58 بالألف عام 2000[2] مع وجود فوارق بينهما.

فحسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية لسنة 2010 أن هناك بعض الدول استطاعت أن تحقق إنجازا كبيرا في هذا المجال، وهي دول المشرق العربي، أين بلغ معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فيها على سبيل المثال 7 بالألف في الإمارات العربية، وهناك دول أخرى المتوسط منخفض فيها كدول شمال إفريقيا أين بلغ متوسط الوفيات فيها 23,4 بالألف[3].

أما على المستولى الوطني، وحسب المسح الوطني متعدد المؤشرات (Mlcs32006) فإن 61% من الأطفال "الأقل من خمس سنوات يعانون من أمراض تنفسية حادة و 8,8% يعانون من مشاكل الإسهال، وهذا المشكل يشهد ارتفاعا كلما انخفض المستوى المعيشي للأسرة، حيث بلغ 10،1% عند الأسرة المنخفضة المستوى التعليمي و 7,6% عند الأسر المرتفعة المستوى المعيشي[4].

---

[1]– Gouvernent Algérienne : 2éme, Rapport Nationale 2010, **sur les objectifs sur millénaire pour de développement**, Septembre, 2010, P75.

[2]– المعهد الوطني للتخطيط: **الاقتصاديات الصحة**، العدد 22، الكويت، 2003، ص 15.

[3]– منظمة الصحة العالمية: **إحصاءات عالمية**، إدارة الإحصاءات الصحية، جنيف، ص ص 53–55.

[4]– M.S.P : OMS, **Enquête nationale à indication multiples** MIC3, Rapport.

كما بينت نتائج المسح أن 93% من الأطفال يعانون من مشكل الزيادة في الوزن، وتزيد نسبة الزيادة كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة، أما 11,3% من الأطفال فيعانون من حالات التأخر في النمو[1].

فالملاحظ أن من خلال هذه الإحصائيات أنه قد تكون هناك علاقة بين الحالة الاقتصادية والصحية للأطفال وكأن هناك تلازما بين الفقر والمر، اللون أو الجنس، أو اللغة أو الدين، أو الراي السياسي أو الطبقية الاجتماعية، والثروة)[2].

حيث أن هناك تلازما بين الفقر والمرضى، فحينما يوجد الفقر، يوجد المرض، فقد أثبت "كاي" في دراسته أن المستوى الصحي للشخص الفقير أقل بكثير من المعدل الضروري، مما يؤدي ذلك إلى ارتفاع نسبة الوفيات في الأسر المتوسطة أو ما دونها".

انطلاقا مما سبق يمكن طرح التساؤل التالي:

كيف تؤثر التفاوتات المختلفة للأسرة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للأطفال المرضى؟

ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الجزئية التالية:

- هل توجد تفاوتات بين أسر الأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية؟.
- ما طبيعة البرامج الصحية الموجهة للأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية؟.
- هل هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ونوعية الخدمات الصحية الموجهة للأطفال؟.

الفرضيات:

- **الفرضية الرئيسية:**

يتلقى الأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية، خدمات صحية متنوعة بالانتماءات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة للأسرة.

- **الفرضيات الجزئية:**

- تنتمي أسر الأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية لمستويات اقتصادية واجتماعية متباينة.
- يحظى الأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بخدمات صحية متنوعة.

---

[1]- طاهر محمد بوشلوش: **التحولات الاجتماعية والاقتصادية وآثارها في القيم في المجتمع الجزائري (1967-1999): دراسة ميدانية تحليلية لعينة من الشباب الجامعي**، دار بن مرابط للنشر والطباعة، الجزائر، 2008، ص 37.

[2]- محمود حسن، مرجع سابق، ص 310.

- كلما تحسنت الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة ساعد ذلك على حصول أطفالها المرضى على الرعاية الصحية الجيدة.

ثانيا تحديد المفاهيم

تواجه الكثير من العلوم بصفة عامة والعلوم الاجتماعية بصفة خاصة مشكل التحديد الواضع لمصطلحاتها ومفاهيمها التي تميزها، لذلك يجب وضع تعريفات واضحة لكل مفهوم ومصطلح يستخدمه الباحث، لأن توضيح المفاهيم يجنب الباحث أي غموض بالنسبة للقارئ.

وتتمثل المفاهيم والمصطلحات التي تحتويها دراستنا مفاهيم أساسية وأخرى قريبة ومساعدة لها.

1- المفاهيم الأساسية:

أ- التفاوت الاجتماعي:

يُشير مصطلح التفاوت الاجتماعي أو عدم المساواة الاجتماعية إلى الحالة الاجتماعية والاقتصادية في سياق المنافسة، التي لا ترتبط بالضرورة مع الملكية الخاصة أو المستعارة للسلع والمواد والمكافأة[1].

وهو وضع اجتماعي تظهر فيه الامتيازات التي تتمتع بها مجموعات محددة دون غيرها، حيث تنعدم تكافؤ الفرص، كما يعتمد شكل اللامساواة الاجتماعية أو عدمها ومضمونها إلى حد كبير على النظام الاجتماعي القائم.

وهناك مجموعة من المفاهيم تستخدم للإشارة إلى مفهوم التفاوت الاقتصادي والاجتماعي بين فئات وقطاعات المجتمع ومن هذه المفاهيم:

أزمة التوزيع، والحرمان الاقتصادي والتفاوت الاقتصادي والاجتماعي وعدم العدالة الاجتماعية والحرمان النسبي، عدم المساواة الاقتصادية التي تعد مدخلا أساسيا لتلبية المطالب التوزيعية من عدة اعتبارات، فهي وثيقة الارتباط بالتنمية الاقتصادية التي تعد مدخلا أساسيا لتلبية المطالب التوزيعية، وهي أيضا جوهر العملية السياسية باعتبارها عملية التخصص السلطوي للقيم[2].

---

[1]- silava : Mc,(2010), **desigualdad y E conclusion social**, de brève Revisition à une Sintesis Prévariqua Rips, Revisita de Investigations Politiquas y Sociologisas, Vol 99 num1, 2010, PPP 111-112.

[2]- الشريف نايل: **التفاوت الاجتماعي**، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، العدد 10، جوان 2018، ص 262.

المقصود بالتفاوت الاجتماعي" اللامساواة" أو اللاعدالة، الفروقات الكبيرة في الدخول والثروات بين أفراد المجتمع وتركيز الثروات بأيدي أعداد محدودة من الناس (القلة).

ب-الرعاية الصحية:

يقابل كلمة الرعاية باللغة الفرنسية "patrenage" أي تعاطف واهتمام بطرف ضعيف نسبيا[1].

يقتضي المنظور الفلسفي للرعاية الصحية بكونها رعاية مستمرة وشاملة ولا تتقيد بفترة زمنية ولا مكانية ولا تقترن بفترة العلاج فقط، بل تحمل في طياتها أبعاد عديدة، وتعرف الرعاية الصحية بأنها:"مجموعة من الأنشطة التي وضعت موضع التنفيذ للعلاج والوقاية والكشف عن الاعتدال الجسدي والعقلي، وتدعيم الرفاهية البدنية والاجتماعية والنفسية[2].

كما تعرف "بأنها برنامج شامل يقدم لكل الافراد في مظهر خدمات صحية تتضمن الفحص الطبي والتشخيص والعلاج، إضافة إلى صرف الأدوية، وبعض المستلزمات الطبية بالمجان[3].

في حين حدد مؤتمر "ألماكتا" مفهوم الرعاية الصحية بأنها:

"مجموعة من القيم التوجيهية للتنمية الصحية، ومجموعة من المبادئ اللازمة لتنظيم الخدمات الصحية من الأساليب الواجب إتباعها لتلبية الاحتياجات الصحية ومعالجة المحددات الأساسية للصحة[4].

ويرتبط المفهوم العام للرعاية الصحية بمفهوم الرعاية الصحية الأولية، والتي تعني الرعاية الشاملة للأفراد والأسر، والمجتمع، وتمنح خدماتها لتشغيل الفحوص والتحاليل والعلاج، والعناية البدنية والاهتمام

---

[1]– Frederic Matceuk : **Doctionary of sociologie English–French– Arabic**, Edited and revised by :Mohamed Debs, Bierut, 1993, P 255.

[2]– أحمد شفيق السكري: **قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر 2000، ص 338.

[3]– الفاروق زكي يونس، **الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي**، عالم الكتب، مصر، (د.س) ص 49.

[4]– on Line **:http://.www.who.inet/dz/2000915/ak/index.hmtl.sate** ,de consultation: 4/07/2010 à 17 :00h.

بالمجالات الاجتماعية والبيئية والعادات والتقاليد للمستفيدين، أي أن الرعاية الصحية الأولية تشمل الرعاية الطبية الأولية[1].

وهي لا تتضمن تقديم الخدمات العلاجية والوقائية فقط، بل تتضمن الخدمات التعلمية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية أيضا، ويتضمن مفهوم الرعاية الصحية مشاركة المجتمع واستخدام أساليب تكنولوجية بسيطة ومؤثرة، والمشاركة الفعالة للعمالة الطبية المساعدة.

والمكونات الأساسية للرعاية الصحية هي التثقيف الصحي، الصحة البيئية، البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة، والتطعيم وتنظيم الاسرة، والوقاية من الامراض والإصابات الشائعة، توفير الأدوية الضرورية، ونشر الوعي بأسس التغذية الصحية، وطرق العلاج التقليدية، لهذا يجب أن تتهم بالجودة والشمولية والمساواة والكفاءة[2].

المفهوم الإجرائي للرعاية الصحية:

هي خدمات في المجال الصحي، منها العلاجية، الوقائية موجهة للأفراد والجماعات والتنظيم ككل.

كما تتجلى الرعاية الصحية في الخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية وتعتبر كدعامة للأسرة في رعاية أطفالها.

جـ-تعريف الأطفال المرضى:

تقصد بالأطفال المرضى هم الأطفال الذين يعانون من داء أو علة تصيب أجسادهم محدثة انزعاجا أو ضعفا في وظائفهم الجسدية، مع وجود أعراض غير مريحة كالحمى أو الإسهال أو القيئ .... إلخ.

---

[1]- طلال بن عايد الأحمدي، محمد عوض عثمان: **دراسة تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الاولية بمدينة الرياض**، دون دار نشر، 2004، ص 34.

[2]- جمعية التنمية الصحية والبيئة: **الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى المستقبلية لبرنامج السياسات والنظم الصحية**، 2009، ص 11.

د-الرعاية الصحية للطفل:

هي ذلك الجانب من الرعاية الذي يركز على النواحي الصحية في حياة الطفل بشقيه الوقائي والعلاجي والتي تبدأ من مرحلة الحمل حتى نهاية مرحلة الطفولة[1].

وهناك من عرفها بأنها هي رعاية صحية أساسية تهدف إلى التعامل مع المشكلات الصحية الرئيسية للأطفال تحت سن الخامسة اعتمادا على بيئة وبائية، لا تهدف إلى شفاء المريض فقط، ولكن في الوقاية من المرضى مع تعزيز الصحة[2].

أما رعاية الطفولة هي حماية الطفل وحفظه من كل أشكال الضرر والقيام بكل ما يلزمه من مأكل ومشرب وتوفير مسكن آمن على أفضل صورة، وبالطريقة التي تضمن إتباع حاجاته المتنوعة، ونمو شخصية بشكل طبيعي.

أو هي نظام متكامل من النواحي الصحية، والنفسية والاجتماعية يستهدف الطفل في مختلف مراحل نموه بدءا بمرحلة حدوث الحمل حتى مرحلة ما بعد الولادة[3].

وتعرف أيضا بأنها تقديم الخدمات وقائية وتعزيزية وعلاجية لفئة الأطفال من عمر شهرين إلى ما دون 6 سنوات في إطار الارتقاء بصحة الطفل وتعزيز نموه العقلي والنفسي البدني[4].

التعريف الاجرائي للرعاية الصحية للطفل"

هي تلك الخدمات التي تقدمها الأسرة لأجل الحفاظ على صحة أطفالها، فالأطفال في هذه المرحلة يتميزون بضعف المناعة وجسمهم يتأثر بأتفه الأسباب وبما أن الاسرة هي التي تحضن الأطفال إذن دورها يتجلى في التعاطف والاهتمام والعناية بهم.

كما تتجلى الرعاية الصحية في الخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية وتعتبر كدعامة للأسرة في رعاية أطفالها.

---

[1]- خيري خليل الجملي، بدر الدين كمال عبدة: **الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، (د.س)، ص 174.

[2]- بونويقة نصيرة: **الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الوسط الأسري: دراسة ميدانية بحي 100 مسكن بمدينة المسيلة**، مجلة عالم التربية، العدد 41، جانفي 2013، ص 256.

[3]- خالد شنون: **قوانين ومتطلبات نمو ذوي الطفولة المبكرة ودورة الأسرة في تحقيق الرعاية الصحية لطفل هذه المرحلة العمرية**، مجلة الأسرة والمجتمع، العدد 2، 2019، ص 105.

[4]- خيري خليل الجملي: بدر الدين كمال عبده: مرجع سابق، ص 175.

2- المفاهيم المساعدة:

أ- تعريف التفاوت الصحي:

التفاوت الصحي Realth Disparityمصطلح طبي يقصد به الاختلافات الصحية بين مجموعات من الناس سواء في الإصابة بأحد الأمراض أو تلقي معالجتها أو نوعية الاستجابة للمعالجة، وغيرها من الجوانب الصحية.

ووفق تعريف المؤسسة القومية للسرطان بالولايات المتحدة يشمل التفاوت الصحي الأقليات العرقية والإثنية وسكان المناطق الريفية والنساء والأطفال والمسنين، والأشخاص ذوي الإعاقة[1].

كما حددت منظمة الصحة العالمية مفهوم التباين الصحي على أنه الاختلافات في الرعاية الصحية التي تلقها مجموعات مختلفة من الناس والتي لا يمكن تجنبها فحسب، بل إنها غير قابلة للتطبيق وغير عادلة[2].

إن وجود التفاوت الصحي يعني أن العدالة الصحية لا توجد في أجزاء كثيره من العالم.

كما يشير مصطلح التفاوت الصحي أو التفاوتات الصحية على نطاق واسع على أنه الاختلافات في الصحة بين الأشخاص الذين يتواجدون في مواقع مختلفة في التسلسل الهرمي الاجتماعي.

ب-الرعاية الاجتماعية:

من الناحية اللغوية، من رعى، يرعى، رعاية أي رعى الشيء بمعنى حفظه ومنه نستنتج أن الرعاية المحافظة على الشيء.

اصطلاحا: عرفها "هوارد راسل" بأنها مجال المسؤولية الحكومية التي تمارس تحقيق الأمن والحماية وتوفير فرص التكيف الاجتماعي الناجح لكل من الفرد والاسرة لإتباع الحاجات، التي لا تقوم هيئات أخرى بإتباعها، بما في ذلك المساعدات المالية للمحتاج وحماية الضعيف والعاجز عن الاستغلال الاجتماعي وتوفير الخدمات أو المسكن[3].

---

[1]- حسين صندقجي: **التفاوت الصحي في تلقي الرعاية الطبية**، مجلة الشرق الأوسط، العدد 743، 18 أكتوبر 2013، ص 127.

[2]- White head, **The concepts and Equity in health** (PDF), Rapport , 1990, P 290.

[3]- محمد سيد فهمي: **الرعاية الاجتماعية والامن الاجتماعي**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1998، ص ص 21-23.

نستنتج من هذا التعريف أن الرعاية الاجتماعية هي الجهود والخدمات والبرامج التي تستهدف رفع المستوى الاجتماعي للمواطنين، وتعتمد هذه البرامج على مبدأ صرف الرواتب وتوفير السكن للعاطلين عن العمل والمتقاعدين والعاجزين.

جـ-مفهوم الخدمة الصحية:

وردت عدة تعاريف للخدمة الصحية أغلبها لا يخرج عن مضمون الخدمة الاجتماعية ومن بين التعاريف الواردة للخدمة الصحية ما يلي:

تعرف الخدمة الصحية على أنها: العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبها يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل.

كما تعرف الخدمة الصحية أيضا: أنها مجموعة من الوظائف التي تعمل على إتباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر بحيث تعطى للمريض، القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب[1].

يعرف الدكتور "رشيد زرواتي" الخدمة الاجتماعية على أنها: المعرفة النظرية والعملية لمساعدة الفرد والجماعة والمجتمع فهي خدمة فردية وجماعية ومجتمعة، فأما المعرفة النظرية: فهي دراسة الحالة ومحاولة الوصول إلى نظريات تفسيرها وإلى قوانين تتحكم فيها وأما المعرفة العملية: فهي دراسة الحالة ثم التشخيص تم العلاج ثم التنفيذ، وأما المساعدة فهي عبارة عن تلك الجهود المبذولة لفائدة الفرد والجماعة والمجتمع، أي مساعدة المجتمع في تطوره، وذلك لتنظيمه وتنسيقه والتخطيط له وتكون المساعدة في المجال الاجتماعي والتربوي والثقافي والاقتصادي والنفسي والصحي والروحي ومجال العدالة والإدارة والبحث الاجتماعي[2].

يمكن تقسيم الخدمة الصحية على قسمين: قسم يهتم بالخدمات الصحية العلاجية وهي المرتبطة بصحة الفرد مباشرة وتشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك العلاجالدوائي المباشر داخل المنزل، أو تم ذلك من خلال خدمات صحية مساندة لا تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات،

---

[1]: دردي أحلام : **دور استخدام صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية**، رسالة ماجستير في علوم التيسير، تخصص الاساليب الكمية في التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة محمد خفير بسكرة، 2014، ص 16,

[2]- رشيد زرواتي، **مدخل الإجتماعي**، مطبعة دار هومة، الجزائر، 2000، ص 14-15.

بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من إصابة وتخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.

أما القسم الثاني من الخدمات فيهتم بالخدمات الوقائية وهي ترتبط بالوقاية من الأمراض المعدية والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الافراد والمشاريع التي تمارس، أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة مباشرة، وتشمل خدمات التطعيم ضد الامراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة[1].

وقد عرفت الخدمات الصحية بأنها تلك المنشأة والمؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية سواء كانت شخصية أو عالمية أو وقائية لسكان منظمة معينة[2].

الخدمة الصحية هي أي نشاط أو منفعة يستطيع أي طرف تقديمها لطرف أخر[3].

الخدمات الصحية هي الخدمات العلاجية أو التشخصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية كالمستشفى الحكومي أو العناية التمريضية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل المخبرية التشخصية التي في المخابر لشخص ما[4].

التعريف الإجرائي للخدمة الصحية:

نقصد بالخدمة الصحية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية للمرضى، سواء العلاجية أو كيفية التعامل مع المريض بهدف تخليصه من المرض أو تخفيف معاناته.

---

[1]– طلعت الدمرداش: **اقتصاديات الخدمة الصحية**، مكتبة القدس، ط2، ص 25–26.

[2]– سامر حاتم رشيد: **التخطيط المكاني للخدمات الصحية**، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2003، ص 30.

[3]– يحي عبد الحسن فليح الجياشي: **النمو الحضري وأثره في اتجاهات التوسع العمراني في مدينة السماوة**، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القادمية، 2008، ص 5.

[4]– أمين علي محمد حسن: **التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية: دراسة في جغرافية الخدمات**، رسالة ماجستير، كلية الآدب، جامعة عدن، 2007، ص 33.

د-مفهوم الخدمة الاجتماعية الصحية:

وردة عدة تعاريف للخدمة الاجتماعية الصحية منها:

عرفتها"إقبال إبراهيم مخلوف" على أنها:" ممارسة الخدمة الاجتماعية في علاقتها بالطب، أي انها تمارس في المستشفيات والعيادات والمؤسسات الأخرى، التي تعرّف المجتمع على ممارسة الطب فيها، أي أنها تعمل من خلال البرامج الخاصة بالصحة والرعاية الطبية.

كما أنها إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة مجال تخصصها العمل في المؤسسات الطبية، أساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي، وتهدف إلى الوصول بالمريض للاستفادة الكاملة من العلاج الطبي والتكيف في البيئة الاجتماعية.

كما يعرفها "محمود حسن" على أنها:" العمليات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابة المريض إزّاء مشاكله المرضية، وتتضمن خدمة الفرد وخدمة الجماعة في بعض المواقف وذلك في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالانتفاع بالخدمات الطبية[1].

التعريف الإجرائي للخدمة الاجتماعية الصحية:

هي تطبيق للخدمة الاجتماعية في المجال الصحي وتبدأ هذه الخدمات الصحية بضرورة توفير المستشفيات والمراكز الصحية، وعيادات العلاج، تتوفر على جميع التجهيزات صالحة للاستقبال في جميع الأوقات.

هـ-الطفل:

لغة:

طفل بكسر الطاء، وتسكين الفاء، كلمة مفرد جمعها أطفال، وهي الجزء من الشيء، والمولود مادام ناعما دون البلوغ، والطفل أول الشيء، والطفل أول حياة المولود حتى بلوغه ويطلق للذكر وأنثى[2].

أما مفهوم الطفل اصطلاحا مبني على المرحلة العمرية الأولى من حياة الإنسان والتي تبدأ بالولادة وقد عبرت آيات القران الكريم عن هذه المرحلة لتضع مفهوما خاصا لمعنى الطفل وفي ذلك قوله

---

[1]- دعميش خليصة: **الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري**، رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2007، ص 49.

[2]- المعجم الوجيز: **الميسر**، دار الكتب الحديث، الكويت، 1993، ص 333.

تعالى: "ونقر في الأرحام ما نشاء إلى أجل مسمى ثم نخرجكم طفلا ثم لتبلغوا أشدكم ومنكم من يتوفى ومنكم من يرد إلى أرذل العمر"[1].

إذ تتسم عن هذه المرحلة المبكرة من عمر الإنسان باعتماده على البيئة المحيطة كالوالدين والأشقاء بصورة شبه آلية، وتستمر حتى سن البلوغ[2].

تعريفالطفل في قاموس أكسفور "يطلق مصطلح الطفل بناءا على قاموس أكسفورد على المولود البشري حديث الولادة حتىيبلغ سن الرشد، وينطبق ذلك على الذكر والأنثى وتدعى المرحلة التي يعيشها الطفل مرحلة الطفولة[3].

وقد عرفت الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل بأنه كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر مالم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون.

ولم تحدد اتفاقية حقوق الطفل في تعريفها السن العمري للطفل على اطلاقه وإنما تظهر المرونة في تعريفها من خلال إلزام الدول الموقعة على الاتفاقية والبالغ عددها 192 دولة، على تحديد النقطة المرجعية للأعمار عند ظروف ومتطلبات مخصوصة، كالسن القانونية لعمل الأطفال وتعليمهم، وتنفيذ الأحكام الصادرة بحقهم أو سجنهم، أو ما يتشابه ذلك من ظروف متعلقة بالمرحلة المحددة في تعريف الاتفاقية[4].

التعريف البيولوجي والتربوي للطفل:

يعرف الطفل بيولوجيا بأنه لفرد الذي يقع في طور النضوج، بداية من مرحلة الأولى في حالة الرضاعة حتى مرحلة البلوغ[5].

و- الطفولة:

تبلغ الطفولة من الأهمية منزلة عظيمة، إذ هي أحد أهم مراحل حياة الإنسان، والتي تتضمن النمو المستمر والتطور الملحوظ جسديا وعقليا،ويعيش الطفل هذه المرحلة باعتماد كلي أو نسبي على

---

[1]- سورة الحج الآية 5.

[2]- علي بن هادية وآخرون: **القاموس الجديد للطلاب**، الشركة الجزائرية للتوزيع، الجزائر، 1979، ص 611.

[3]- جون سميسون وآخرون: **قاموس أكسفورد**، جامعة أكسفورد، انجلترا ط3، 1974، ص 255.

[4]-منظمة اليونسيف: **الإعلان العالمي لبقاء الطفل ونمائه**، المؤسسة الصحافية الأردنية، الرأي، 1990، المادة 1.

[5]- ميلود شني: **الحماية الدولية لحقوق الطفل**، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، الجزائر، 2019، ص 64.

والديه وأخوته أو باقي أفراد أسرته المحيطة، إذ يصعب عليه أداء المهمات المختلفة بشكل مستقل كليا في المراحل الأولى من طفولته.

وقد برز للطفولة معان وتعريفات عديدة منها.

الطفولة لغة:

تبدو معاجم اللغة متفقة في تعريفها لمفهوم الطفول، إذ تسير في معظمها إلى تعريف مشترك يرمز إلى مرحلة زمنية من حياة الإنسان، فأقرت في تعريفها للطفولة بأنها فترة أو مرحلة بين ميلاد الإنسان وبلوغه[1].

الطفولة اصطلاحا:

يشترك المعنيان اللغوي والاصطلاحي للطفولة بالإشارة إلى كونها مرحلة زمنية من عمر الإنسان، تبدأ بولادته وتظهر فيها خصائص معينة تمتد لفترة من الزمن، ليدخل الكائن البشري بعدها مرحلة أخرى، والطفولة، اصطلاحا هي المرحلة الزمنية من عمر الطفل التي تمتد من ولادته حتى بلوغه[2].

وتعتبر الطفولة أولى مراحل حياة الإنسان بعد ولادته، وهي مرحلة النشأة البدنية وتكوين الشخصية، غير أنها مختلفة الحدود النهاية لمرحلتها، فلا اتفاق يؤطر نهايتها بشكل واضح [3].

ويرى البعض أن مرحلة الطفولة قد تمتد إلى ما بعد العام العشرين من العمر، إذ هو السن الذي يكتمل فيه النمو البدني عند معظم الأفراد ليبلغ بذلك نضجهم، وقد يتفاوت سن الطفولة من جيل إلى جيل ومن شعب إلى آخر، إذ هي مقترنة بالنضج البدني والاعتماد على ذات في أداء المهمات باستقلال الفرد عن بيئته الخاصة[4].

---

[1]– **المعجم الوجيز الميسر**: مرجع سابق، ص 334.

[2]– إبراهيم بيومي مرعي، ملاك أحمد الرشيدي: **الخدمات الاجتماعية ورعاية الأسرة والطفولة**، (د. ط)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ص 119.

[3]– إبراهيم بيومي مرعي، ملاك أحمد الرشيدي: مرجع سابق، ص 120.

[4]– المؤسسة الصحفية الاردنية، الرأي، 1990، المادة 1.

ثالثا: منهجية الدراسة

1-منهج الدراسة.

إن أي دراسة تستدعي اتباع منهج معين، وذلك حسب طبيعة موضوع الدراسة وأهدافها، ويقصد بالمنهج "الطرق المؤدية إلى كشف الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق هدفه[1]".

كما يعرف المنهج على أنه الكيفية التي يتم تنفيذ شيء ما حسب نظام معين انطلاقا من جملة مبادئ من اجل الوصول على هدف معين[2].

فيما يخص هذا البحث اسعتنا بالمنهج الوصفي الذي يعرف بأنه أسلوب من أساليب التحليل المركز على الوصول إلى معرفة دقيقة بنوع التفاصيل عن مختلف مكونات الظاهرة بما يمكننا بالتنبؤ بما ستؤول إليه الظاهرة في المستقبل.

وعليه فإن المنهج الوصفي جاء نتيجة تناسبه مع الموضوع ومع خصوصية الدراسة الميدانية، كما يسمح ذلك بالتعبير عن الظاهرة الاجتماعية ودراستها، وكذا يعمل المنهج الوصفي على تحليل الظاهرة وكشف العلاقة بين أبعادها المختلفة للوصول إلى استنتاجات تسهم في تحليل الواقع من أجل تفسيره[3].

وقد استخدم هذا المنهج في دراستنا من خلال وصف البرامج والخدمات الصحية. والربط بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ونوعية الخدمات الصحية للأطفال.

2- أدوات جمع البيانات :

كل بحث يتطلب من باحثه اختيار التقنية المناسبة لجمع المعلومات التي يستلزمها الموضوع من الميدان، وعملية الجمع هذه تتطلب جهدا ووقتا فهذا حسب طبيعة الأسئلة المطروحة والأهداف والنتائج المنتظرة.

---

[1]- حمد حلمي جمعة وآخرون:**أساليب البحث العلمي**، دار صفاء، الاردن، 1999، ص 22.

[2]- صلاح مصطفى الفوّال: **علم الاجتماع بين النظرية والتطبيق**، دار الفكر العربي، مصر، 1996، ص 158.

[3]- غازي عناية، **منهجية البحث العلمي**، دار المناهج، الأردن، 2008، ص 69.

أ- الاستمارة بالمقابلة:

إن طبيعة هذا البحث فرضت علينا استعمال تقنية الاستمارة بالمقابلة، أي تدوين الأسئلة المراد الإجابة عنها في ورقة استبيانيه ونحن نقوم بطرحها على المبحوث بلغة بسيطة، ثم نقوم بتدوين الإجابات على الاستمارة.

تعتبر هذه التقنية استباتة شفوية تمكن الباحث من جمع معلومات بطريقة شفوية مع المبحوث، فهي لقاء يتم بين الباحث الذي يطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المبحوثين، ويقوم بنفسه بتسجيل الإجابات على الاستمارات.

من مميزات هذه التقنية الدخول في حوار مباشر مع المبحوث، مما يكسب الباحث معلومات أكثر دقة وتوسعا، كما أن هذه المقابلة تتيح للباحث فرصة شرح الأسئلة بشكل مبسط وبلغة سهلة يمكن استيعابها من المبحوثين[1].

تضمنت الاستمارة على 39 سؤال، منها الأسئلة المغلقة والمفتوحة وهي كالاتي:

المحور الأول:وقد خُصص للبيانات الشخصية للمبحوث.

المحور الثاني: خصص للمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

المحور الثالث: وقد خصص للبيانات المتعلقة بطبيعة الخدمات الصحية المقدمة للأطفال المرضى.

المحور الرابع: خصص لتأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة على نوعية الخدمات الصحية للأطفال.

3-مجالات الدراسة:

أ- المجال المكاني:

ويقصد به ذلك النطاق المكاني لإجراء البحث الميداني بالتحديد في هذه الدراسة هو المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بولاية قالمة، وهي مؤسسة استشفائية من الصنف (أ) تقع شمال شرق ولاية قالمة تسع لـ 327 سرير موزعة على المصالح كالاتي*:

[1]- ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم: **مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ص 11.

*- حسب **الإحصائيات** المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بولاية قالمة.

جدول رقم (01): توزيع مصالح المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي ولاية قالمة

المصالح	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة الفعلية
جراحة العظام والمفاصل	30	30
أمراض العيون	16	16
الأنف والأذن والحنجرة	16	16
الجراحة العامة	60	46
طب الاطفال	38	44
أمراض النساء والتوليد	60	58
الطب الداخلي	60	58
الإنعاش والتخدير	**10**	**7**
أمراض الكلى	**08**	**08**
تصفية الدم	**13**	**13**
الاستعجالات الطبية الجراحية	**16**	**18**
المجموع	**327**	**314**

تغطي ولاية قالمة الذي يبلغ عدد سكانها 563352 نسمة موزعة على 10 دوائر و34 بلدية.

يقتصر ميدان بحثنا على مصلحة طب الأطفال وتحتوي هذه المصلحة على 4 أطباء مختصين في طب الأطفال و13 طبيب عام و36 ممرض (شبه طبي) ومختصة في التغذية و2 في العلاج الطبيعي والفزيائي و3 عمال مهنيين*.

ب-المجال البشري (العينة وكيفية اختيارها):

تعتبر مرحلة اختيار عينة البحث من أهم مراحل البحث، فهي تمكن الباحث من الحصول على البيانات والمعلومات اللازمة للظاهرة موضوع البحث والدراسة.

* - معلومات تم الحصول عليها عن طريق المقابلة مع مسؤولة الموارد البشرية.

ونظرا لطبيعة هذا الموضوع وخصوصيته تعين علينا استعمال العينة العرضية، حيث يتم مقابلة من يتصادف وجودهم في المؤسسة الاستشفائية.

ونظرا لطبيعة هذا الموضوع المعتمد على ضرورة التعامل مع أسرار الأطفال المرضى، لذلك توجب علينا زيارة المؤسسة كل يوم واستجواب المبحوثين المتواجدين بالمؤسسة لمدة مؤقتة لا نعلمها، فاستجوبنا كل من وجدناهم صدفة بالمؤسسة طيلة المدة المحددة لذلك.

وتتصف عينة بحثنا بجملة من الخصائص التي تتضح من خلال الجداول الآتية

الجدول رقم (01): يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية%
ذكر	8	%27
أنثى	22	%73
المجموع	30	%100

يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (1) أن معظم أفراد العينة المبحوثة هم إناث بنسبة تقدر بـ 73 %، مقابل نسبة الذكور التي تقدر بـ 27%، وهذا راجع إلى أن الأم هي الأكثر مسؤولية على صحة أبناءها مقارنة بالأب، ومنه نلتمس في القائمين على الرعاية الصحية للأطفال في الأسر الجزائرية بنسب متفاوتة، لذلك تهتم الدراسات والأبحاث بالتركيز على المستوى الثقافي والتعليمي للأم في دراسة موضوع الرعاية الصحية للأطفال.

الجدول رقم (02): يوضح توزيع العينة حسب متغير السن

الجنس	التكرار	النسبة المئوية%
أقل من 25	5	%17
25 إلى أقل 30 سنة	3	%10
30 إلى أقل من 40 سنة	11	%37
40 فما فوق	11	%37
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (2) يتضح أكبر نسبة من أفراد العينة والمتمثلة في 37% منحصرة في الفئة التي أعمارهم تنحصر في [30إلى 40 سنة] والفئة من 40 سنة فما فوق، وتمثل هذه النسبة الأكبر وهذا راجع إلى أن هذه المرحلة العمرية تمثل الفئة الراشدة، مما يدل على أن نسبة كبيرة من المبحوثين لديهم نضج ووعي وخبرة في التعامل مع الأطفال ورعايتهم مقارنة بالفئة القليلة التي يقل سنهم عن 30 سنة وخاصة الأقل من 25 سنة بنسبة 10% و17%، ومن المؤكد انه ليس لديهم تحمل للمسؤولية والنضج الكافي.

وبالتالي فعامل السن له تأثر على الاهتمام بالأطفال ورعايتهم.

الجدول رقم (03): يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين

الوالدان / المستوى التعليمي	الاب		الأم		المجموع	
	التكرار	النسبة المئوية%	التكرار	النسبة المئوية%	التكرار	النسبة المئوية%
يقرأ ويكتب	1	%3	3	%10	4	%13
إبتدائي	4	%13	2	%7	6	%20
متوسط	11	%37	6	%20	17	%57
ثانوي	8	%27	6	%20	14	%47
جامعي	6	%20	13	%43	19	%63
المجموع	30	%100	30	%100	60	100

يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (06) أن أكبر نسبة من أفراد العينة المبحوثة من الآباء تقدر بـ 37% لديهم مستوى تعليمي متوسط، حيث رسب الآباء في هذه المرحلة ولم يتمكنوا من إكمال الدراسة.

أما الفئة الثانية تقدر بـ 27% تعبر عن الآباء ذوي المستوى التعليمي الثانوي وهم الآباء الذين لم يتمكنوا من الحصول على شهادة الباكالوريا واتجهوا نحو الحياة العملية لممارسة أنشطة أخرى.

أما الفئة الثالثة تقدر بـ 20% تعبر عن الآباء ذوي المستوى التعليمي الجامعي تليها فئة تقدر بـ 13% تعتبر عن الآباء ذوي التعليم الابتدائي، ثم فئة تقدر بـ 3% وهي أقل نسبة وتمثل الآباء الذين لم يلتحقوا بالمدارس الابتدائية.

أما بالنسبة للأمهات فإن اكبر نسبة من العينة المبحوثة تقدر بـ 43% وهي تعتبر عن الأمهات ذوي المستوى التعليمي الجامعي وهي نسبة كبيرة مقارنة بفئة الآباء، وهذا راجع إلى إقبال الإناث أكثر على الدراسات العليا، تليها نسبة 20% تمثل الأمهات ذوي المستوى التعليمي المتوسط والثانوي، ويمكن تفسير هذه النسبة بأن الكثير من الفتيات ينقطعن عن الدراسة، ولا تحبذن فكرة إعادة المحاولة لإجتياز شهادة التعليم المتوسط أو التعليم الثانوي ويفضلن التوجه إلى الحياة العملية لممارسة أنشطة مختلفة كالحلاقة، الخياطة، الإعلام الآلي، أما الفئة الرابعة تقدر بنسبة 10% وتعبر عن الأمهات اللواتي لم يلتحقن بالمدارس الابتدائية وهي نسبة كبيرة مقارنة بفئة الآباء، ويمكن إرجاع ارتفاع هذه النسبة إلى طبيعة المجتمع الجزائري الذي كان يحرم الفتاة من التعليم ومثلت الأمهات كبار السن.

جـ-المجال الزمني:

وهو المجال المستغرق لإجراء الدراسة بدءا من اختيار الموضوع وجمع المعلومات إلى الوصول إلى النتائج بالمؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي-قالمة-استغرقت المدة وفقا للمراحل التالية:

- **المرحلة الأولى:**

بعد اختيار الموضوع وضبطه وصياغة إشكالية البحث، بدأن في جمع التراث النظري، وتنظيمه، ثم قمنا ببناء الاستمارة وتحكيمها.

بدأت المرحلة الاستطلاعية للدراسة بتاريخ 2021/04/18، أين تمت الموافقة على إجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية، وقد ثم الاتصال بمسؤولة الموارد البشرية التي قدمت تسهيلات ومعلومات كافية حول المؤسسة الاستشفائية.

- **المرحلة الثانية:**

تم فيها توزيع الاستمارات وملؤها والتي كانت على فترات خلال شهر أفريل 2021 بالتنسيق مع المسؤول على مصلحة طب الأطفال.

رابعا: النظريات المفسرة للموضوع

لقد اشتمل الموضوع على النظريات التي اهتمت بالكشف عن مسببات المرض، وذلك لأن الرعاية الصحية تستوجب معرفة كل ما من نشأته إعاقة نمو الطفل ويعرضه للمشاكل الصحية.

وفي مايلي عرض أهم النظريات:

1- نظرية السبب الواحد للمرض:

وتفترض أن هناك سببا واحدا 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، وفي حالة وجود السبب تظهر الحالة المرضية ومن هنا يبرز قصور هذه النظرية في تفسير حدوث المرض، وكذا قصورها في تحديد مستويات الصحة، وبالتالي طرق الوقاية والرعاية الصحية.

2-نظرية الأسباب المتعددة للمرضى:

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 فقدانها، 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.

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

[1]- سيد رمضان، سلوى عثمان صدّيقي: **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص 25.

العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض:

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

أ- **المسببات الحيوية:** وهي إما أن تكون نباتية مثل: البكتريا (السل، التفويد) أو فيروسية مثل الحصبة أو شلل الأطفال.

وقد تكون فطرية مثل: الفطر المسبب للقراع، أو تكون حيوانية مثل: الملاريا، الأميبا، الديدان، البلهارسيا الاسكارس...[1]

وتختلف درجة الضرر بهذه المسببات باختلاف خصائص المسبب نفسي ودرجة حيويته ومقاومته للعوامل الشخصية والبيئية.

وباختلاف خصائص الشخص المستقبل للمسبب وقدراته لتكون أجسام مضادة ضد هذا المسبب.

وأخرى خصائص متعلقة بالبيئة وطرق انتقال المسببات باللمس أو بالطعم، والرذاذ أو الحشرات...

ب- المسببات الغذائية:

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

نقص كميات 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[2].

---

[1]- سيد رمضان، سلوة عثمان صديقي: مرجع سابق، ص ص 27-28.

[2]- أحمد زكي بدوي: **أصول الخدمة الاجتماعية**، دار الفكر العربي، الكويت، (د، س)، ص 132.

- زيادة الحاجات الوظيفة:وهي الحالات التي تحتاج إلى زيادة في كمية العناصر الغذائية نتيجة ظروف خاصة مثل: حالات الحمل، والرضاعة أو حالات المرض أو العمليات الجراحية.

العوامل الأخرى المرتبطة بأمراض الجهاز الهضمي:

من بينها الأمراض المعوية أو المعدية أو الإصابة بالأمراض الطفلية والتي تؤدي بالأمعاء إما بفقد كميات من الدم أو إفراز مواد سامة تقلل امتصاص العناصر الغذائية والمعدنية.

جـ-المسببات الطبيعية:

وتتمثل في العوامل المرتبطة بالظروف الطبيعية للمجتمع والمحيطة بالإنسان، وتظهر في عوامل الحرارة والرطوبة والضوء والكهرباء والاشعاعاتفارتفاع درجات الحرارة أو انخفاضها تؤثر في الظروف الصحية وقد تكون سببا أساسيا في اعتلال الحالة الصحية، كما أن الضوء الخافت أو الزائد أو الضوضاء ذاتها يؤثر على قوة الابصار أو حدة السمع.

بالإضافة إلى تعرض الإنسان للإشعاع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، والتي لها تأثيرا على صحة الإنسان عامة[1].

د-المسببات الميكانيكية:

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

هـ-المسببات الكيميائية:

وهذه قد تكون خارجية مثل المركبات الرصاص والزرنيخ وغاز الفسفور وقد تكون نشأة داخل الجسم مثل المواد التي تكون في الدم اثناء مرض البول السكري أو التسمم البولي أو التسمم الكبدي.

و-المسببات الوظيفة:

وهي التي تحدث بسب الاختلال الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء داخل الجسم.

ز-المسببات النفسية والاجتماعية:

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

[1]- أحمد زكي بدوي: مرجع سابق، ص 133.

- **العوامل المتعلقة بالإنسان (العائل المضيف):**

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

أ- المقاومة الطبيعية غير النوعية:

وتكون مقاومة آلية مثل مايصبوه الجلد والغشاء المخاطي وماله من أهداب وشعيرات وإفرازات وخلايا المقاومة التي لها قابلية محاربة المسببات النوعية للأمراض بمساعدة مواد خاصة.

ب- المقاومة النوعية:

وهي مناعة ضد أمراض معينة، قد تكون مناعة طبيعية أو مكتسبة طبيعيا أو مكتسبة صناعيا.

- **العوامل الوراثية والصفات الوراثية:**

وهي التي تنتقل عن طرق الجينات، وقد يكون هناك استعداد موروث للمرض[1].

- **العوامل الاجتماعية أو الثقافية:**

وهي التي تتعلق بطرق تجهيز الطعام، والعادات المتعلقة بالصحة الشخصية من النظافة والتغذية والتجمعات الترويجية، وما نتج عنها من نظم إعداد الغداء وولائم الشعائر الدنية.

- **العوامل الوظيفية:**

وهي التي ترتبط بالأعمال التي ترتب عليها سهرا واجهادا والتعرض لبعض المسببات مثل: الامراض المهنية.

- **الأسباب المتعلقة بالسن والنوع والعنصر:**

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

- **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 كثيره منها:

[1]- سهير كامل أحمد: **أسس تربية التربية بين النظرية والتطبيق**، دار المعرفة الجامعة، مصر، 2000، ص ص 298-299.

أ- البيئة الطبيعية:

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

ب-البيئة البيولوجية:

وتشمل عناصر المملكة الحيوانية والنباتية وتؤثر في العوامل الوسطية، لنقل الامراض وعوامل ترتبط بعادات الإنسان وعمله الزراعي أو الصناعي.

كما تشمل البيئة أيضا الجوانب الاجتماعية والتفافية وهي التي ترتبط بكثافة السكان والمستوى التعليمي ما يرتبط به في وعي صحي وطرق الوقاية والعلاج من الامراض[1].

والمستوى الاقتصادي وما يترتب عليه من تمتع الانسان بقدر مناسب من المسكن والتعليم والغذاء، وأخيرا ترتبط العوامل البيئية بمدى توفر الإمكانيات والامدادات الصحية من مستشفيات ومدى توفر أساليب التشخيص أو الوقاية أو العلاج المناسب.

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

- المسبب القوي للمرض.
- الصفة المهيئة للعائل المضيف.
- البيئة المناسبة للمرض.

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

- فترة حضانة قبل ظهور المرض.
- ثم ظهور بعض الأعراض المرضية.
- انتهاء المرض بالشفاء التام أو الجزئي أو عدم الشفاء[2].

ولقد نفت هذه النظرية، أن يكون المرض ناتجاً عن سبب أو علّة واحدة، وأكّدت على أن المرض يحدث نتيجة اجتماع مجموعة من العوامل المختلفة وقد قسمت هذه العوامل إلى ثلاثة أقسام كل قسم يحتوي على عناصر متعدّدة، كما أكّدت مرور المرض بثلاث مراحل قبل ظهوره، وأن تاريخه مرتبط بكل العوامل المذكورة.

---

[1]- أحمد زكي بدوي: مرجع سابق، ص 134.

[2]- سيد رمضان، سلوة عثمان صديقي: مرجع سابق، ص 26.

كما عرضنا النظريات التي اهتمت باختلاف الانتماءات وتأثيرها وتتمثل هذه النظريات في المرض من جهة والفوارق الصحية من جهة أخرى.

❖ **أصل التفاوت بين الناس عند "جان جاك روسو":**

يقول "جان جاك روسو" أن جميع أسباب رقي الانسان لا تفتأ تبعده عن حاله الأصلية، وأنه كلّما حصدنا معارف جديدة، زدنا تخلياً عن الوسائل الأقل أهمية.

وكان لابد لروسو من النظر في التغييرات المتتابعة التي طرأت على تكوين الانسان عند توليه البحث عن الأصل للفروق التي تميّز بين الناس.

وقد بدأ "روسو" محاولته هذه بسوق بعض البراهين، مقدماً بعض الافتراضات، لا أملاً بحل المسألة، بل بإيضاحها وحصرها، وهذا ليس بالسهل إذ أنه يمثل بحوثا بالغة الصعوبة، يقول "روسو" بأن هذه الدراسة نفسها، دراسة الانسان الأصلي وحاجاته الحقيقية، قد غيّرت دفعة واحدة جميع أفراد النوع ولكن ربما أن بعضهم قد كمل أو فسد أو اكتسب صفات حسنة أو سيئة لم تكن ملازمة لطبيعته فقط، فإن الأفراد الآخرين ظلّوا على طبيعتهم زمناً أطول، ذلك كان مصدر التفاوت الأول بين الناس ذلك يلخص فلسفة "روسو" في هذا المجال.

إنها فلسفة بعدما تحمل من الوعي والتمرس، هي تحمل أيضاً تأملات الناس التي تستلهم من فطرتهم السليمة، هي أيضاً الصالحة التي يمكن بها إزالة الصعوبات التي تحيط بأصل التفاوت الخلقي وآلاف من المبادئ الأخرى التي لا تقل أهميتها عما يحوطها من غموض[1].

نظرة المفكرين إلى التفاوت الاجتماعي والاقتصادي:

1- أرسطو (Aristote):

فقد قسّم العدالة بمعنى الانصاف في توزيع حصص الأفراد إلى شكلين عدالة التوزيع وعدالة التصحيح، والحصة المنسقة التي يحصل عليها شخص ما لا تكون بالضرورة حصة متساوية مع الغير، فالتناسب بين الحصص يجب أن يخضع للتناسب بين الأشخاص وإذا لم يكون متساويين فمن العدل أن لا تتساوى حصصهم، وقد كتب "أرسطو" في كتاب "الأخلاق النيقوماخية": "أن أصل النظريات هو في حصول تساو على أشياء غير متساوية، وفي حصول غير متساو على أشياء غير متساوية"[2].

---

[1]- جان جاك روسو: **أصل التفاوت بين الناس**، تر: عادل زهيتر، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، جمهورية مصر العربية، 2013، ص 55.

[2]- عزمي بشارة: **مدخل بشأن العدالة: سؤال في سياق الغربي المعاصر**، مجلة تبيّن، العدد 5، 2013، ص 6.

2- جون رولز (John rauls):

إنّه إذا اعتبر المؤسسات السياسية ومبادئ التدابير الاقتصادية والاجتماعية باعتبارها مؤسسات رئيسية، فحدّد العدالة بأنها الطريقة التي توزع فيها هذه المؤسسات الحقوق والواجبات الأساسية وتنظم تقاسم الفضائل الناتجة عن التعاون الاجتماعي، ومع قبول مبادئ الحرية والمساواة والأخوة، فقد جمعها مع مبادئ العدالة، فالمساواة تصبح مساواة الفرصة المنصفة، فيها تصبح الأخوة مبدأ الاختلاف مع ضرورة التوافق على حصص توزيعية سليمة.

إن مبادئ العدالة هي ببساطة مبادئ تنظيم التوزيع التي ستختار من الناس في مجتمع ما حيث تلتزم العدالة وأحوالها[1].

- **نظرية العدالة لدى "جون راولز":**

تقوم الأطروحة الأساسية لنظرية "جون راولز" على أن يكون المجتمع متساوياً أولاً قبل أن يكون عادلاً.

اشتغل في نظريته حول العدالة على بلورة أهم الأسس التي ينبني عليها المجتمع المنظمة وعلى ما يميز الديمقراطية المحكومة بالعدالة عن غيرها من الديمقراطيات الشكلية.

لقد عرض مختلف مبادئ العدالة التوزيعية، كما ناقشها الفلاسفة الكلاسيكيون بهدف البحث في خلفيات الاختلاف الحاصل ما بين أنواع العدالة ووظائفها ثم عمد إلى اختراع مبادئ دقيقة "للعدالة الشرعية" التي أطلق عليها بقناع الجهل، ومعناه أن طبيعة الأفراد هي الأنانية التي تجعلهم دائما يختارون دائما يحيبون أنفسهم، لذلك يعتبر هذه الطبيعة تجربة فكرية تدفع بالأفراد إلى اختيار مبادئ العدالة دون معرفة مواقفهم المستقبلية، فما دام هؤلاء الأفراد نافعين فإنهم لا يختارون أبداً الانتماء إلى جنس بطالة التمييز العنصري.

إذا فالمبدأ الذي أسماه "راولز"" العدالة الشرعية" مضاد لكل الأشكال التي تعرّض الفرد إلى التمييز العنصري، لأن الطبيعة النفسية لهذا الفرد تمنعه من الانتماء إلى جماعة دونية قد تمسّ بمنفعته الذاتية[2].

إذا كانت الرعاية الصحية حقاً أساسياً من حقوق الانسان، على الدول أن تحترمه وتحميه وتعمل على تنفيذه تدريجياً وفقاً للمعايير الأخلاقية مثل التضامن والعدالة والكرامة الإنسانية.

---

[1]- علي تتيات، محمد بلعز رقي: **العدالة بين الأجيال في نظرية العدالة لدى جون راوز**، مجلة الدفاع عن الأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد 28، 2015، ص 1238.

[2]- علي تيتيان بلعز رقي: مرجع سابق، ص ص 30-31.

وأن تسعى إلى تحقيق التغطية الشاملة لكل مواطن دون تمييز، وإلى تأسيس أداة تأمينه، تتسم بالكفاءة في استخدام المواد المتاحة.

وفي هذا السياق إذا نظرنا إلى مفهوم العدالة الصحية، فإننا نرى أنها مبدأ يقتضي إعادة توزيع الخدمات والسلع الصحية المنتجة، وقد أشار إلى ذلك "جون راولز" في مؤلفه الأهم "نظرية العدالة"، إلى ضرورة التفاوت في العلاج الطبّي (لينتفي فكرة العدالة المطلقة) بناءاً على مبدأ الاختلاف في الاحتياجات والذي يمكن به تبرير التفاوت هو جلب أعظم فائدة محكنة للآخرين[1].

خامسا: الدراسات السابقة

1- الدراسات الجزائرية:

- **الدراسة لبونويقة نصيرة[2]:**

كان الهدف من وراء هذه الدراسة هو إلقاء الضوء على واقع الرعاية الصحية للأطفال داخل الأسرة والمساهمة في رفع وعي الأسر بكل جوانب الرعاية الصحية للأطفال، والكشف عن أثر غياب أو نقص الاستفادة من الخدمات الاجتماعية على صحة الطفل.

وانطلقت الباحثة من الفرضيات التالية:

- تتوفر الرعاية الصحية الكاملة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الوسط الأسري.
- إن غياب أو نقص الاستفادة من الخدمات الاجتماعية في المجال الاجتماعي تؤثر سلباً على توفير الرعاية الصحية الكاملة للأبناء في مرحلة الطفولة المبكرة في الوسط الأسري.

واعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي لكونه المنهج الأكثر ملاءمة لموضوع البحث.

ولإجراء الدراسة الميدانية تم اختيار العينة العشوائية عن طريق إجراء مسح لبعض الأحياء الموجودة شمال وجنوب مدينة المسيلة، تنتمي إلى مختلف الطبقات الاجتماعية، تم اختيار عينة تتكون من 20 أسرة كمجال لإجراء الدراسة.

واعتمدت هذه الدراسة على أداتين هما: الملاحظة البسيطة واستمارة المقابلة التي احتوت على (42) سؤال وزعت على ثلاث محاور.

وكانت النتائج التي توصلت إليها الباحثة كالتالي:

---

[1]- محمد حسين صديقي: مرجع سابق، ص 128.

[2]- بونويقة نصيرة: مرجع سابق.

- النتيجة الأولى: من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات الفرضية الأولى فقد تبين أن أغلب الأسر المكونة لعينة البحث بنسبة 80% لا تقوم بتوفير الرعاية الصحية الكاملة واللازمة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، فالطفل لا يتمتع إلا بالحد الأدنى من الرعاية الصحية الواجب توفيرها له.
- النتيجة الثانية: من خلال النتائج المتحصل عليها عبر مؤشرات الفرضية الثانية فقد تحققت هذه الفرضية بنسبة كبيرة وهي 87.53%، إذ تبين أن غياب أو نقص الخدمات الاجتماعية في المجال الاجتماعي قد أثر سلبا على توفير الأسر للرعاية الصحية الكاملة في مرحلة الطفولة المبكرة.
- وقد خلصت النتيجة العامة لهاته الدراسة إلى ان الأسرة لا تقوم بتوفير الرعاية الصحية اللازمة للطفل، وهذا بسبب غياب أو نقص الخدمات الاجتماعية في المجال الاجتماعي.

- **تعقيب:**

تناولت هذه الدراسة موضوع الرعاية الصحية للأطفال بهدف إلغاء الضوء على واقع الرعاية الصحية للأطفال والمساهمة في رفع وهي الأسرة بكل جوانب الرعاية الصحية، وقد أفادتنا هذه الدراسة في عدة نقاط منها الجانب النظري، حيث خصصت الباحثة فصل تتحدث فيه عن الرعاية الصحية، فدراستنا الحالية شملت بعض المحاور المتناولة في الدراسة السابقة، وأيضا من حيث تحديد المفاهيم كمفهوم الرعاية الصحية، الطفل، الطفولة.

فالدراسة ككل تعتبر عنصر من عناصر الدراسة الحالية، حيث أن هذه الدراسة تطرقت لموضوع الرعاية الصحية في الأسرة فقد، أما دراستنا فهي تشمل الأسرة والأم ومختلف مظاهر التفاوت التي تؤثر على الرعاية الصحية للأطفال.

- **دراسة خليفاوي فهيمة[1]:**

جاءت هذه الدراسة بعد ملاحظة أن العديد من أمراض الطفولة إنما هي تقصير من الأسرة في أدائها لدورها في رعاية أطفالها، وانصبت تساؤلات هذه الدراسة عن العوامل التي تعيق الأسرة عن أداء دورها في رعاية أطفالها وتمثلت في:

- هل المستوى المعيشي للأسرة وخصائص المسكن تأثر على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟

[1]– خليفاوي فهمية:**الأسرة ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات: دراسة ميدانية لعينة من النساء في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر2، 2015.

- هل للمركز الاجتماعي تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟.
- هل للخدمات الصحية المقدمة تأثير على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟.

ومن خلال هذه التساؤلات تم صياغة الفرضيات التالية:

- الفرضية الأولى: المستوى المعيشي الحسن كإرتفاع الدخل الأسري وخصائص المسكن الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.
- الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي الحسن كإرتفاع المستوى التعليمي للزوجين والعمل الجيد يساعد الأسرة في تقديم الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.
- الفرضية الثالثة: الخدمات الصحية ذات الجودة تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من 5 سنوات.

وفي هذه الدراسة استخدم منهجين المنهج الكمي والمنهج الكيفي.

استعملت في هذه الدراسة العينة العمدية الغير عشوائية، ومن أهم النتائج التي توصلت لها الباحث نجد ما يلي:

- المستوى المعيشي الجيد كإرتفاع الدخل الأسري وخصائص المسكن الجيدة تساعد الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

كما توصلت من خلال البحث إلى أن الوضع المعيشي للأسرة يؤثر على رعاية الطفل، حيث أنه كلما كانت الأسرة تعيش وضعية مزرية ومتوسطة فأطفالها كثيري المرض.

كما بينت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الدخل الأسري ونوع الماء المقدم للأطفال الأكثر من سنة، فقبل هذه السن الأمهات تحرصن على تقديم الماء المغلى أو المعدني للطفل.

كما توصلت الباحثة إلى أن منطقة السكن لها دور في هذا المجال، فكلما كانت الأسرة تنتمي إلى منطقة حضرية كلما زاد احتمال توجهها للطبيب عند مرض الطفل، كما تبين أن طبيعة السكن تؤثر على الحالة الصحية للطفل إذا أن نسبة الأمراض تزيد في المساكن الاجتماعية.

- **التعقيب:**

هذه الدراسة لها أهمية كبيرة في دراستنا الحالية، حيث تناولت موضوع الأسرة ودورها في توفير الرعاية الصحية للطفل، كما تطرقت إلى التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ومدى تأثير هذه التفاوتات على الخدمات الصحية المقدمة للطفل، وهذا ما تطرقنا له في دراستنا الحالة، فساعدتنا هذه

الدراسة في تحديد هذه الاختلافات من خلال النتائج التي توصلت لها الباحثة، وقد استفدنا من هذه الدراسة في عدة نقاط أخرى كالجانب المفاهيمي وكيفية اختيار موضوع البحث، وعلى بعض النظريات التي تضمنتها الدراسة.

- **دراسة محمداتني شهرزاد[1]:**

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة معرفة أنواع وأساليب الرعاية الصحية المقدمة للأمومة والطفولة في الجزائر.

ومن خلال هذا البحث تمت صياغة الفرضيات التالية:

- الفرضية الأولى: الثقافة الصحية أداة حضارية لترقية الفرد والمجتمع.
- الفرضية الثانية: الرعاية الصحية جيدة كماً وكيفاً وفي متناول صحة الأم والطفل، كلما كان البناء الاجتماعي للأسرة ومن خلال البناء الاجتماعي للمجتمع في وضع جيد.

كما اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على الرصد والمتابعة الدقيقة للظاهرة أو حدث معين.

تضمنت هذه الدراسة العينة العشوائية المتكونة من 100 مبحوثة على مستوى مراكز الدراسة.

أما فيما يخص نتائج الدراسة هناك نوعان من النتائج المرتبطة بالفرضيات:

فيما يخص الفرضية الأولى: فلقد تم التوصل من خلال البيانات المتحصل عليها والمتجلية في مجال الاستشارة الأسرية التي نجدها ضعيفة والتي تتم في بعض الأحيان بطلب من هيئة معينة أو لتكوين ملف.

أما الفرضية الثانية والمتمثلة في: كلما كانت الرعاية الصحية جيدة كماً وكفياً وفي متناول صحة الام والطفل، كلما كان البناء الاجتماعي للأسرة ومن خلالها البناء الاجتماعي للمجتمع جيد، باعتبار الرعاية الصحية للأم تمر بثلاث مستويات فقد تحصلت في المرحلة الأولى على توجه كبير للقيام بالفحوصات أثناء فترة الحمل واتباع بعض الإجراءات الصحية.

أما أثناء فترة الولادة وجدة توجه كبير نحو المؤسسة الاستشفائية الحكومية بحكم ظروف المعيشة من جهة ولتوفر الرعاية الكافية وليست الكاملة للأم والطفل ولوجود الإمكانيات الاستعجالية من جهة ثانية.

---

[1]– محمداتني شهرزاد: **الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة: دراسة ميدانية مقارنة لدور رعاية الأمومة والطفل بولاية قالمة**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة باتنة، 2005.

وبما أن الرعاية الصحية عملية مستمرة على مسيرة مراحل متعددة فضرورة استمرار الكشف الصحي عملية أساسية تساعد الأم على الاطمئنان على حالتها الصحية.

كما اعتمدت الباحثة في دراستها على عدد من التقنيات المنهجية لجمع المعلومات والبيانات منها الملاحظة الشخصية، الاستمارة والمقابلة، وذلك لطبيعة التعامل مع الفئة المدروسة[1].

- **التعقيب:**

تناولت هذه الدراسة موضوع الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة للأمومة والطفولة، وهو موضوع قريب من موضوع بحثنا، لكن هذه الدراسة اهتمت بالبعد الاجتماعي في الخدمات الصحية، في حين تناولت دراستنا بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية تفاوتات الرعاية الصحية المقدمة للأطفال.

كما اختلفت هذه الدراسة عن دراستنا الحالية في أن الباحثة تطرقت إلى الرعاية الصحية المقدمة للأسرة ككل على عكس دراستنا اختصت بدراسة الرعاية الصحية المقدمة للطفل.

2- الدراسات العربية:

- **دراسة نورهان حسن محمد[2]:**

تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسة الوصفية، واعتمدت على طريقة المسح الإجمالي للعينة، كما استخدمت الدراسة دليل المقابلة مع المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة من أسر الأطفال متلقي الخدمات الصحية.

كما اعتمدت الباحثة أيضا على الملاحظة المباشرة أثناء الدراسة الميدانية.

تتحدد أهمية الدراسة في دور الصحة في تحقيق التنمية البشرية والأمن الإنساني والتقدم بصفة عامة، إلى جانب أنه من اهم مرامي السياسة الصحية تكافؤ الفرص في الحصول على الرعاية الصحية.

وتقوم هذه الدراسة على افتراض أساسي مؤداه:

إن هناك ثمة علاقة تفاعلية بين توفير الخدمات الصحية وتوزيعها وبين صحة الأطفال بالريف والحضر في مصر.

كما تمثلت تساؤلات هذه الدراسة في:

- ما العلاقة بين توزيع وانتشار الخدمات الصحية وبين صحة الأطفال؟.

---

[1]- محمداتني شهرزاد: المرجع نفسه.

[2]- نورهان حسن محمد: **توزيع الخدمات الصحية وعلاقتها بصحة الأطفال في المجتمع الأسري: دراسة مقارنة على عينة من مراكز الرعاية الصحية الأولية**، أطروحة دكتوراه في الآداب، كلية الآداب، قسم علم الاجتماع، جامعة الإسكندرية، 2018.

- ماهو واقع صحة الأطفال في المجتمع المصري؟.
- ماهي نوعية الخدمات الصحية المقدمة للطفل؟.
- ماهو دور مراكز الرعاية الصحية الأولية في الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المقدمة للطفل؟.
- كيف تتطبق سياسات الإصلاح الصحي الخاصة بعدالة توزيع الخدمات الصحية؟.

كان نوع العينة عمدية وجاءت العينة كما يلي:

- المراكز الحضرية (مركز طب أسرة سموحة – مركز طب أسرة العامرية).
- المراكز الريفية (مركز طب أسرة أبيس 2 – مركز طب أسرة الوقاد).

وتم اختيار عدد من العاملين بالمراكز الصحية وبلغ عددهم 20 مبحوث بين المراكز الحضرية والمراكز الريفية، وتم اختيار عينة عشوائية من المترددين لإجراء المسح الاجتماعي بلغ عددهم 40 مبحوث.

- **التعقيب:**

هذه الدراسة قريبة جداً من دراستنا لأنها تناولت كيفية توزيع الخدمات الصحية في المجتمع المصري، لكنها اختلفت عن دراستنا في تناولها لتوزيع الخدمات الصحية بين الريف والحضر في حين دراستنا تناولت توزيع الرعاية الصحية بين الأطفال.

كما أن هذه الدراسة لم تعطي اهتمام بتأثير التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على الرعاية الصحية للأطفال، في حين أن دراستنا كان جُل اهتمامها في مدى تأثير هذه التفاوتات على الرعاية الصحية المقدمة للأطفال وكيف تؤثر على صحته.

ركز هذا الفصل على تحديد أبعاد الدراسة من إشكالية وتحديد للمفاهيم وصولا إلى المنهجية المستعملة، حيث اعتمدنا على المنهج الوصفي لدراسة الموضوع، الاستمارة بالمقابلة كأدوات لجمع البيانات، تحديد مجالات الدراسة من مجال مكاني، بشرى وزمني، مع تحديد العينة وكيفية اختيارها وتوضيح أهم الخصائص التي تميز هذه العينة.

وهنا يتضح لنا أن محتويات هذا الفصل تتمثل في دراسة المشكلة من حيث ابعادها ومستوياتها المفهمية والمنهجية.

الفصل الثاني: تمهيد نظري للرعاية الصحية والرعاية الصحية للأطفال:

أولا: أساسيات عن الرعاية الصحية.

1- الرعاية الصحية نشأتها وتطورها

2- عناصر الرعاية الصّحية

3- مستويات الرعاية الصّحية

4- الأبحاث والدراسات حول مسيرة الرعاية الصّحية.

5- أهمية الرعاية الصحية

6- أساليب وأسس الرعاية الصحية

7- مظاهر الرعاية الصحية

ثانيا: الرعاية الصحية للأطفال

1- التطور التاريخي لحركة الرعاية الصحية للأطفال

2- رعاية الأمومة والطفولة

3- خصائص برامج رعاية الأطفال

4- العوامل المؤثرة في برامج الأطفال

5- أهداف برامج رعاية الأطفال

6- عوائق برامج الرعاية الصحية

تعد الرعاية الصحية مجموعة من الخدمات والإجراءات التي تقدمها الدولة للفرد والمجتمع، وهي تختلف من بلد لآخر كل حسب إمكانياته، وتعد مرحلة الطفولة هي المرحلة التي تبدأ فيها الرعاية الصحية حيث أن العديد من الأمراض التي تصيب الإنسان البالغ تبدأ في سن الطفولة مثل أمراض القلب والكلى والشرايين وغيرها من الأمراض.

وسوف نتطرق في هذا الفصل للرعاية الصحية بصفة عامة والرعاية الصحية للطفل على وجه خاص وهذا من خلال تعريف الرعاية الصحية، بالإضافة إلى التطور التاريخي لحركة رعاية الطفولة وأهم برامج الرعاية الصيحة للأطفال وخصائصها والعوامل المؤثرة فيها وأهدافها.

أولا: أساسيات عن الرعاية الصحية.

1- الرعاية الصحية نشأتها وتطورها:

تعتبر الرعاية الصحية مسؤولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع وللعوامل الاقتصادية والاجتماعية آثار على الصحة والمرض وعلى الإجراءات التي يقوم بها الأفراد للارتفاع بالمستوى الصحي، وعليه فالرعاية الصحية تشير إلى جانب الرعاية الاجتماعية، ومنه تمثل الصحة مظهر نشاط ورفاهية للفرد والمجتمع.

تطور مفهوم الصحة تطورا ملحوظا مع تقدم المجتمعات البشرية، فقد اتجه مفهومها عند الإغريق إلى الصحة الشخصية بمعنى اهتمام الفرد بنظافته وتغذيته ومع مرور الزمن تطور المفهوم.

وللصحة مفهوم اجتماعي ويتمثل في أخذ جميع المؤشرات بما في ذلك المؤشر الاجتماعي، حيث عرّفت الصحة العالمية الصحة بأنها الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخو من العجز والمرض[1].

إن ارتباط الصحة بالجانب الاجتماعي يتمظهر بكون الانسان يعيش في مجتمعات يؤثر فيها وتؤثر فيه ببعض الأمراض أو اكتساب بعض العادات الصحية.

وتباينت مظاهر الرعاية الصحية عبر العصور، ففي عهد اليونان القدامى تمظهر الاهتمام بالصحة، وذلك عن طريق التخلص من كل من هم بنقص جسمي، في حين اتجهت روما إلى تقرير مصير الأطفال غير مكتملي النمو إلى الموت المحتم.

وفي ظل تلك الظروف القاسية لتلك الفئات الحساسة في المجتمع ظهر وبرز اتجاه حاول الربط بين الخير وحسن معاملة المرضى والمعوقين، حيث أثرت فلسفة ذلك الاتجاه إلى التفكير الروماني من خلال نظرية "أبو قراط" 400 ق. م، حيث تظمنت تلك النظرية الحديث عن الأمراض الأربعة عند الإنسان[2].

---

[1]- محمداتني شهرزاد: المرجع السابق، ص ص 36-40.

[2]- المرجع نفسه، ص 41.

إضافة إلى ما سبق نجد التفكير اليوناني ساهم في توضيح صور الرعاية الصحية من خلال إسهامات "أفلاطون" التي تمظهرت من خلال كتاباته والتي تضمنت أحد أفكاره وآرائه المتعلقة بعدم ظهور أي مريض له مرض عقلي في الطريق وعلى الأسرة مسؤولية رعايته، وتقديم له احتياجاته الضرورية، وفي عدم توفير الرعاية للمريض الأسرة تتعرض إلى دفع غرامة مالية[1].

ومن خلال السيرورة التاريخية تظهر لنا سبل الرعاية الصحية الفعالة الخاصة لما أقره "أرسطو" بمنع زواج المرضى والضعفاء خوفا من إنجاب نسل ضعيف ومشوه، مع ضرورة عناية الأم بحالتها وصحتها أثناء فترة الحمل باعتبارها حالة حساسة تمر بها مع ضرورة الإجهاض في الحالات الاستثنائية.

ومن خلال السرد التاريخي لطبيعة الرعاية الصحية في المجتمعات القديمة نجد عدم الاهتمام من طرف الجانب الحكومي في رعاية الفئات الخاصة في المجتمع التي من الممكن أن تسبب الاختلال في توازن المجتمع نتيجة لعدم قيامه في إشباع الحاجات الضرورية لأعضائه.

في حين يبرز لنا دور إيجابي للرعاية الصحية خاصة في إقرار عدم زواج المرضى والضعفاء، ذلك ما يعكس في الوقت الحاضر دور الاستشارات الأسرية التي تؤثر إيجابيا على الأسرة والمجتمع.

أما في المجتمعات الحديثة، فإن سيرورة الرعاية الصحية على مسيرة مراحل التاريخ اختلفت في مظاهرها وصورها عن الرعاية الصحية في المجتمع الحديث، حيث تظهر الرعاية الصحية من خلال اتجاهات البحث في مجال الصحة والطب ومحاولة إيجاد الحلول لمختلف الأمراض التي تهدد حياة الفرد، حيث تجلى ذلك في اهتمام جماعة من الأطباء بالبحث والتنقيب عن مختلف الميكروبات التي تصيب الفرد ومحاولة الكشف عن سب الوقاية عن طريق التحصينات ضد مختلف الأمراض[2].

2- عناصر الرعاية الصحية:

حددت منظمة الصحة العالمية ثمانية عناصر تمثل هدف يسعى إليه، وهذه العناصر هي:

- ❖ التربية الصحية والتثقيف الصحي.
- ❖ توفير الغذاء والتغذية الصحية.
- ❖ توفير الماء الصحي النقي والتصريف الصحي للفضلات.
- ❖ مكافحة الأمراض المستوطنة.
- ❖ التحصين ضد الأمراض المعدية.
- ❖ علاج الأمراض الشائعة.

---

[1]- محمداتني شهرزاد: مرجع سابق،41.

[2]- المرجع نفسه، 42.

- ❖ رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة.
- ❖ توفير العقاقير والأدوية الأساسية.

3- مستويات الرعاية الصحية:

تنقسم الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة للمواطنين إلى 3 مستويات هي:

- **المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية:**

وهي الرعاية التي تقوم في المراكز الصحية الأولية أو الفرعية، وتضم الكادر الطبي الأساسي من طبيب وممرضة وكاتب وصيدلاني ومراقب صحي وقابلة قانونية، وطبيعة الرعاية المقدمة في هذا المستوى تهدف إلى منع حدوث المرض أو الوقاية منه ورفع مستوى الصحة.

- **المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية:**

وهي الخدمات التي تقدم للكشف عن الحالات المرضية في أطوارها المبكرة، ولمنع حدوث المرض السريري وتطورت وللوقاية من المضاعفات ومنع انتشارها إذا كان معديا، لذلك فهذه الخدمات العلاجية التي تقدم بعد حدوث المرض، تقدم في المراكز الصحية الشاملة أو المستشفيات الحكومية وعيادات الاختصاص، وهذه المؤسسات تشمل كادر طبي أكبر من أطباء وممرضين قانونيين ومساعدي تمريض والقابلات القانونيات وطبيبي الأسنان وفني الأشعة والمختبر وغيرهم.

- **المستوى الثالث: الرعاية الصحية الثالثة:**

في حالة تطور المرض إلى مراحل متقدمة وظهور مضاعفات له تتخذ الإجراءات الوقائية والخدمات العلاجية من الدرجة الثالثة، وهي خدمات تأهيلية متخصصة في مجال الطب والجراحة، ليس في الإمكان تقديمها في المراكز الصحية الأولية أو الشاملة إنما تقدم في مؤسسات طبية مختصة كالمستشفيات وتضم كوادر طبية وفنية من ذوي الاختصاصات والخبرة النادرة والمدربة، بالإضافة إلى العاملين في المستوى الثاني، وتركز الرعاية في المستوى الثالث على تقديم الرعاية التأهيلية، وهي عملية يقصد منها مساعدة الأفراد المصابين بإعاقة ما فيزيائيا وعقليا واجتماعيا واقتصاديا كي يدركوا طاقاتهم ويحفظوا أهدافهم المشروعة في الحياة، وذلك من خلال توفير الكوادر الطبية المختصة والأجهزة الضرورية والجهد النفسي والاجتماعي الملائم[1].

[1]- تالاقطيشات إبراهيم أباظة وآخرون: **مبادئ الصحة والسلامة العامة**، (د. ط)، (د. م)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، (د.س)، ص ص 23- 24.

4- الأبحاث والدراسات حول مسيرة الرعاية الصحية:

عبر مسيرة زمنية طويلة، وجدنا العديد من الأبحاث التي وضحت الاهتمام بنظام الرعاية الصحية، حيث تجسد ذلك من خلال اهتمام مسيري الأنظمة الاجتماعية للطب بتحديد المصاريف الناجمة عن الرعاية، حيث تم التطرق للحديث عنها في الفترة الممتدة بين 1850-1940 في كتاب المرض بين الليبيرالية والتضامن، تلك الدراسة مهدت فيما بعد لدراسات مركزة في الفترة الحديثة 1945-1980 تمثل التكفل المتمثلة في التأمين الاجتماعي، الامن الاجتماعي، تطور في مجتمع ليبيرالي قائم على المنافسة.

من جهة ثانية نجد العديد من الأبحاث التي درست تأثير نظام الدفع على طبيعة العناية الصحية والطبية، أجمعت نتائجها في وجود تباين في نوعية العناية الطبية التي يستقبلونها في الأطباء، حيث تجسد التأثير في سرعة الحصول على العناية، وفي هذا المجال طرحت إشكالية مجانية العلاج مظاهر عديدة تمثلت على وجه الخصوص بإقبال الأفراد على العلاج دون الحاجة إلى علاج طبي.

أما في البحث عن تاريخ التنظيم للأنظمة الصحية نجد عدة محاولات هادفة وناجحة تهدف إلى محاولة تطوير أساليب وصور الرعاية الصحية متمظهر في اتجاهات من بينها اتجاه وضع بعلاقة مع FERME، تضمنت عرض مشروع لتأريخ وتأسيس علم اجتماع المستشفى الذي قرر في 1999، وفي مجال ترقية الصحة وخاصة التربية الصحية ظهر اتجاه عالج تلك القضية تزعمه Didier Nourrisson وكوّن فوج جديد في التربية الصحية مع مشاركة أساتذة وباحثين من بينهم Olivier Faure أستاذ التاريخ المعاصر الذي اعتبر رئيس الفوج إضافة إلى جماعة أخرى من ذوي الاختصاص.

وفي مجال الارتقاء بمستوى المجال الصحي خاصة صحة الأم والطفل، فقد تم إنشاء مركز للامتياز لصحة الأمهات والأطفال ظهر في 1996 عن طريق معالجته لمجموعة من المواضيع التي تهتم بصحتهم بالدرجة الأولى عن طريق الفحوصات العامة.

أما في سنة 1998 قرر على مستوى شؤون الصحة ضرورة التحسين من القطاعات الصحية، إذ كان الطب من طرف مركز الامتياز لصحة الأمهات والأطفال إلى الالتقاء بالهيئة المكلفة بالمتابعة في مجال الرعاية والعناية، وبعد المناقشة مع مشرفي القطاع الصحي تم اقتراح تكوين للأشخاص في قطاعات الحماية في المنزل سنة 2001[1].

هذه الصور تساهم في ضمان وصول كل أساليب الرعاية الصحية لمستحقيها.

وفي دراسة أخرى بحثت في تأثير العوامل الاجتماعية على الصحة ومن بين نتائج تلك الدراسة نجد 250 امرأة أكدت على التأثير الكبير للعوامل الاجتماعية على الصحة خاصة صحة الأمهات، ذلك ما

[1]- محمداتني شهرزاد: مرجع سابق، ص ص 42-44.

دفع بالمشرفين على مرز الامتياز لصحة الأمهات والأطفال بوضع خطة عمل تهدف إلى تحسين ورفع مستوى صحة الأمهات وتم وضع خطة في جانفي 2001 تضمنت نصائح استراتيجية هامة وهي:

- ❖ تخفيض نسبة انتشار الفقر والبدء بمعالجة الفقر لتأثيره على الصحة وخاصة صحة الأمهات.
- ❖ تحسين شروط تزويد العلاج المأجور والعلاج غير المأجور.
- ❖ الرد على احتياجات الصحة الخاصة بالنساء.
- ❖ معالجة العنف الممارس على النساء.

واعتبرت تلك النقاط المحاور الرئيسية التي تتضمنها الاستراتيجية الخاصة بصحة الأمهات.

من خلال الدراسات السابقة حول الصور وأساليب الدراسات والبحوث التي قام بها فريق من الباحثين لمحاولة التطلع على مسيرة العمل الاجتماعي في المجال الصحي، حيث وجد اعتراف قديم بحقوق الانسان والذي تجسد من خلال دلالات استهدفت حرية الفرد وحمايته ورفع مستواه المادي والمعنوي والصحي والاجتماعي[1].

5- أهمية الرعاية الصحية:

على الرغم من التحسن الملحوظ في الخصائص الصحية لسكان العالم الذي تحقق في عهد الأهداف الإنسانية، مازالت هناك ثغرات مهمة تعترض عورة الناس على بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة، غذ يفتقر نصف سكان العالم تقريبا إلى إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها، ويؤثر احتلال الصحة بشكل بالغ على من يخضعون لمحددات ضائرة للصحة، اجتماعية وغير اجتماعية مما يخلق عيباً صحيا داخل والبلدان وفيما بينها.

وتتبوأ الصحة مكان عالية ومحورية في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، حيث أنها ترتبك بالعديد من أهداف التنمية المستدامة كضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية والرفاهية في جميع الاعمار. وبشأن تحقيق التغطية الصحية الشاملة، الالتزام بالإنصاف وتعني التغطية الصحية الشاملة أن يتلقى جميع الأفراد والمجتمعات المحلية ما يحتاجون إليه من خدمات صحية بما في ذلك خدمات تعزيز الصحة وحمايتها، والخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية ذات الجودة الكافية دون التعرض لذائقة مالية.

وفي ضوء الصّلة المنبثقة بين الرعاية الصحية الأولية من جهة والنهوض بالحصائل الصحية والانصاف والأمن الصحي والمردودية من جهة أخرى فإن هذه الرعاية تشكل حجر الزاوية في تعزيز النظم الصحية، وتعد النظم الصحية المرتكزة على الرعاية الصحية أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

[1]- محمداتني شهرزاد: مرجع سابق، ص 45.

كما أن النظم الصحية الموجهة إلى الرعاية الصحية ضرورية لتناول أولويات المنظمة الصحية بصورة فعالة بما يشمل برنامج العالم الثالث عشر للمنظمة 2019-2023 بتركيزه الثلاثي على تعزيز الصحة والحفاظ على سلامة العالم الضعفاء.

كما تعد الرعاية الصحية هي مجموعة الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الامراض وانتشارها كالاهتمام بالصحة البيئية وسلامة المياه والغذاء... وتقديم اللقاحات والمطاعيم ضد الأمراض المعدية الخطيرة والعناية بالأم والطفل والكشف المبكر عن المرض لتقديم العلاج ومنع حدوث المضاعفات، وهذه الخدمات لا يستطيع شخص بمفرده مهما كان لديه من مهارات او كفاءات لذا فإنه من الضروري وجود فريق صحي يعمل بالتنسيق والتعاون من أجل حفظ صحة الفرد والمجتمع وتحسينها وجعل الفرد قادرا على التمتع بقدرات جسدية وعقلية واجتماعية، وهذا الفريق يضم الطبيب العام والخاص وطبيب الأسنان والقابلة والممرضة القانونية ومساعدي التمريض ومراقب الصحة والمرشد الاجتماعي وأخصائي التغذية وغيرهم، وتتمثل مهمة هذا الفريق معالجة المشاكل الصحية البسيطة وإحالة الحالات المرضية الخطيرة إلى المؤسسات الطبية المختصة[1].

6- 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 وأعراضها وخصوصا الطرق لعلاجها، كما ينبغي تعريف المواطنين بالمستشفيات والعيادات التي تقدم لهم الفرص العلاجية، ووسائل المسؤولين في هذا السبيل:

- الدعاية بكافة أنواعها، بالإضافة إلى المنشورات والمحاضرات ويقوم بهذه المهمة قسم الصحة الاجتماعية والتثقيف الصحي.
- توفير المؤسسات الطبية المختلفة، والعدد الكافي من المسؤولين عن الرعاية الصحية، وتدريب الموظفين، والعمل على رفع المهن التمريضية.

[1]- منظمة الصحة العالمية: **الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية، مسودة لتنظر فيها الدول الأعضاء في الدورة الثالثة والسبعين لجمعية الصحة العالمية**، متاح على الخط: على العنوان: **http://.www.who.int.**, ص ص 11-12.

- رفع مستوى الطبقات الفقيرة وإرشادها إلى الطرق الصحية للتغذية والعمل على توفير المواد اللازمة للوقاية والنمو.
- تدعيم النظم الصحية الجديدة كفحص الراغبين في الزواج ومؤسسات رعاية الناقلين وتدعيم نظام الزيارات الصحية.
- ربط العمل الصحي بالنواحي الدينية، حيث تعتبر من الدوافع القوية عند الإنسان.
- محاولات للتجاوب مع الحاجات والرغبات النفسية، كأن يكون الاستفادة من البرنامج الصحي دافعاً للحصول على مركز اجتماعي[1].

7- مظاهر الرعاية الصحية:

حددت منظمة الصحة العالمية عدة متطلبات للصحة كالتالي:

- **الأمن والسلم:** إن شعور الفرد بالأمان من الأساليب التي لابد من توفرها ليحيا الشخص حياة صحية تخلو من الضغوطات النفسية والإصابات.
- **المسكن:** يعتبر من ضروريات الحفاظ على صحة أفراد الأسرة الواحدة.
- التعليم: يساعد التعليم على زيادة وهي الأفراد بالصحة العامة وطرق المحافظة عليها.
- **الغذاء:** التغذية السليمة التي تتضمن تناول وجبات غذائية متكاملة ومتوازنة تحتوي على كل العناصر الغذائية من أساسيات الحفاظ على الصحة، وتجنب الكثير من الأمراض.
- **الدخل:** حيث ان الفقر من العالم التي تؤثر سلبا على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية، كما أن توفر الدخل المناسب يساعد على تلبية الاحتياجات الأساسية للأفراد.
- **استقرار البيئة:** تتضرر الصحة العامة للأفراد إذا ما حداث أي خلل بيئي مثل: تشكل الأمطار الحمضية، اتساع ثقب الأوزون أو الكوارث الطبيعية كالفيضانات.
- **استدامة الموارد:** حيث إن توافر الموارد بمختلف أنواعها الطبيعية والبشرية والمادية وعدم انقطاعها يساعد في المحافظة على الصحة.
- **العدالة الاجتماعية والمساواة:** لابد من المساواة بين كل الأفراد في كل مجالات الحياة وإعطائهم كافة الحقوق، والصحة من الحقوق التي يجب أن يتمتع بها كل شخص.

[1]- بونويقة نصيرة: مرجع سابق، ص 39.

يتضح من متطلبات الصحة التي سبق ذكرها أن مسؤولية توفيرها لا تقع على الطاقم الطبي فقط، بل تحتاج إلى تكاثف كل الجهود للقطاع الصحي والبيئي، والتربوي والاجتماعي وجهود الأسرة (الأبوين) [1].

ثانيا: الرعاية الصحية للأطفال.

1- التطور التاريخي لحركة رعاية الأطفال:

منذ آلاف السنين كان المجتمع دائما يواجه مسؤوليات رعاية أنواع مختلفة من المشكلات الخاصة بالطفولة، وفي أغلب هذه الحالات كان السبب الأساسي الذي يدفع المجتمع لتحمل مسؤوليات رعاية الأطفال هو حالة الشعف أو العجز التي كان عليها الأطفال، وكان استجابة المجتمع تتمثل في إنقاذ العجز الذي كان عليه الأطفال، وكانت استجابة المجتمع تتمثل في إنقاذ الطفل من أشكال الفقر القاسية او الاستغلال ويمكن كذلك أن نشير إلى هذه المرحلة الأولية للمسؤولية الاجتماعية بأنها مرحلة إنقاذ الطفل نظرا لتباين المفاهيم الخاصة بالحاجات واختلاف الاستجابة الاجتماعية من وقت لآخر ومن مجتمع لآخر.

وقد بدأت هذه الرعاية على أساس مسؤولية المجتمع المحلي عند مساعدة الأطفال الذين تركهم أباءهم دون مورد او أصابهم الإهمال، وفي بلادنا كانت المحافظات تقوم برعاية هؤلاء الأطفال وتدفع النفقات عن طريق الضرائب المحلية، وكانت هذه الأموال تنفق في إنشاء الملاجئ لإيداع الأطفال، أو لمساعدة الأشخاص الذين يقومون برعاية هؤلاء الأطفال في بيوتهم.

ويبدو بوضوح أن الرعاية الاجتماعية للأطفال خلال القرن التاسع عشر كانت تهتم أساسا بفصل الأطفال ممن يعانون من العجز أو الإهمال او التخلف العقلي أو الجناح وانتزاعهم من المجتمع طائفة بعد أخرى[2].

2- رعاية الأمومة والطفولة:

يولد الانسان وهو أكثر عجزاً من أي مخلوق آخر، وعلى الرغم من أن الوليد لا يستطيع أن يعتني بنفسه على نحو جيد ويحتاج إلى الرعاية الصحية من قبل الوالدين فقد منحه الله القدرة على أن يتلاءم مع العالم الذي يوجهه.

وتعد رعاية الأطفال من قبل الكبار الذين يوثق بهم مطلبا أساسيا ومهما، وإلى جانب رعاية الأبوية يجب أن تكون هناك رعاية خاصة بالطفل في مراكز خاصة تقدم له الرعاية الصحية اللازمة عن طريق

---

[1]- صفاء شريم: **مظاهر الرعاية الصحية**، متاح على الخط، على العنوان: .http://.wwww.mawdoo3.com، تاريخ الزيارة: 2021/02/05، على الساعة 11:12.

[2]- محمود حسين: **مقدمة الخدمة الاجتماعية**، (د. ط)، بيروت، دار النهضة العربية، (د. س)، ص 226.

برامج متميزة لرعاية الطفل تقدم بها مجموعة من الخدمات التي تصنف ضمن الرعاية الصحية للطفل، وتشجع على النمو السليم، وتتميز هذه البرامج بتقديمها للخدمات الأساسية للرعاية الطبية[1].

لقد شكلت الأمومة والطفولة ثنائية دائمة، حتى كأنهما شيء واحد يصعب تفرد واحد منهما وانعزاله على الآخر، وفي نفس الوقت تبدوا تنمية المجتمع داعية إلى تقديم الرعاية لهما: لأن الأمومة الكنف التي تتخرج منه طلائه المجتمع، والطفولة أصل المجتمع ومستقبله الموعود، لذا وجب على الخدمة الاجتماعية كمهنة تعمل على مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على النهوض والتقدم على تولي اهتمامها بالأمومة والطفولة كمتلازمين.

ويفسر الدكتور "أحمد أوزي" هذه العلاقة فيقول لأن الأم هي التي تتكفل بتزويد الطفل بالحب الضروري، كذلك الغذاء العاطفي الأساسي الذي لا تقل أهميته عن الطعان، والذي يشكل ركيزة في شعوره بالأمن الضروري للنمو والنضج السوي.

تبدأ علاقات الكفل بأمه في بداية الأمر ثم تمتد إلى بقية الأطراف في الأسرة والحب هو ما يميز علاقة الطفل بأمهن ويؤدي الحرمان من الأم بسبب من الأسباب إلى شل عواطف الطفل وإحداث اضطراب في سلوكه العاطفي في المستقبل.

ويرى "اوير" أن الطفل من الولادة إلى سن الثالثة يعيش في وسط طبيعي يعتبر امتدادا للوسط الذي يعيش فيه خلال المرحلة الجنينية فرغم انقطاع الحبل السري بينه وبين أمه فهو لم ينفصل عنها كلياً وإنما غير مكانه بكيفية أصبح فيها محطّ نظرها وعنايتها بشكل مباشر ومركز.

إن تاريخ برامج الرعاية الصحية المنظمة تشير إلى أنها ظاهرة حضرية مبدئيا في طبيعتها، وحتى الآن تبذل الجهود لتخفيض نسبة الإصابة بالأمراض ونشر طرق الوقاية من المرض[2].

وبالنسبة لجميع المستويات المتنوعة الحكومية نجد العديد من البرامج التي توجد الآن لتوفر خدمات الصحة الشخصية للمواطنين، ومن البرامج التي حظيت باهتمام الدولة برامج صحة الأم والطفل وهي تهتم بالعديد من المشكلات المتنوعة، بالإضافة إلى أنواع الخدمات الصحية التقليدية التي تقدم في مجال رعاية الأمومة والطفولة، وما تقوم به من تنظيم للمؤتمرات في هذا المجال والتثقيف الصحي والخدمات المتكاملة للحوامل، ومحور هذه البرامج كان مركزاً على تحسين المستويات الصحية وجوانب الوقاية مع التركيز على

---

[1]– أميمة عمور، عبد الحكيم الصافي وآخرون: **الرعاية الأسرية المؤسسية للأطفال**، ط1، عمان، دار الفكر، 2006، ص ص 16-17.

[2]– فيصل محمود غرايبية: **الخدمة الاجتماعية الطبية**، ط1، عمان، دار وائل للنشر والتوزين، 2008، ص ص 239-240.

ما يتعلق بصحة الأم والطفل–رعاية في فترة ما قبل الولادة– وبالنسبة لنمو الطفل وصحة الانسان والوقاية من الحوادث والتغذية وخدمات المناعة وخدمات الرعاية الصحية كانت دائما محتويات رئيسية لبرامج صحة الام والطفل والهيئات المقدمة لخدمة الامومة والأطفال حديثي الولادة.

إن مشروعات مراكز الأمومة تولي اهتمام كبير بتغطية برامج واسعة من التعاون الطبي والخدمات الاجتماعية الخاصة برعاية الأم والطفل، وبعض هذه المراكز تُعدّ برامجهما من التعاون في المجال الطبي وتوفير الخدمات التعليمية والخدمات الصحية من أجل الأمهات وأطفالهم.

كما يعد البعض الآخر البرامج التي توفر رعاية صحية فردية وللجماعات من الأمهات، وخدمات الأطفال ورعاية الأمومة وتوفير التشريعات والبنود التي تنص على أن كل البرامج الصحية المعدة للأمومة والطفولة يعتمد بشدة على الخدمات التي تعتمد في طبيعتها مبدئيا على المشكلات الجزائية الدقيقة وعلى الاهتمامات الخاصة بالمنتفعين وعلى الموارد المتوفرة في المجتمع المحلي وعلى الأقسام الصحية المحلية.

ظهرت بوادر الاهتمام بالأمومة والطفولة من خلال إنشاء العديد من المراكز والجمعيات التي تهتم بشؤونها، هذه المراكز والجمعيات تلعب دراً هاما في حياة الأسرة من خلال نشر الوعي التربوي والثقافي والمعرفة بالمشكلات النفسية والاجتماعية التي تعاني منها الأسرة، وذلك حتى يتم التعامل مع الأطفال بإحترام كيانهم وقدراتهم مما يساعد على تنمية الطفل.

ومن أهداف تلك المراكز ما يلي:

- إقامة دورات تثقيفية والتوعية في المجالات النفسية والاجتماعية والصحية وذلك لنشر المعرفة والوعي التربوي والنفسي والصحي بين أفراد المجتمع من أجل تحسين نوعية حياة الأسرة.
- وضع مشاريع تهتم بالطفل في مرحلة ما قبل المدرسة وإيجاد وسائل تساعد الأبوين لاستمرار التعلم للقيام بدورهما.
- مواجهة المشاكل التي تواجهها الأمهات والأطفال.
- توفير التسهيلات المناسبة لرعاية الأسرة والمشاركة بأنشطة المركز[1].

هذا وقد انتشر الوعي القومي نحو رعاية شؤون الطفولة والأمومة في البلاد العربية بأسرها، واستأثر بعناية حلقة الدراسات الاجتماعية لجامعة الدول العربية التي عقدت بقصر اليونيسكو بمدينة بيروت عام 1949، ونظرا لضرورة رفع مستوى صحة الأمومة والطفولة في بلدان الشرق العربي ونظراً لزيادة أمراض ووفيات الأطفال فيها ولقة عدد الأخصائيين ولعدم توفر الخدمات الخاصة الصحية الخاصة بالأم والطفل أو حتى لجنة رعاية الطفولة لحلقة الدراسات الاجتماعية ما يلي:

[1]– فيصل محمود غرايبية: مرجع سابق، ص ص 241–242.

- انشاء إدارة خاصة بصحة الأم والطفل كجزء من إدارة الصحة العامة وحبذا لو أنشأت البلاد العربية وكالة لرعاية الطفولة.
- إنشاء استشاري اعلى يتألف من خبراء في رعاية الطفولة من النواحي الصحية والتربوية والاجتماعية.
- منح سكان المدن والريف إشرافا صحيا كافيا يكفل لهم الحد الأدنى من الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده وفي مختلف مراحل الطفولة.

كما توصي اللجنة لسن قوانين لرعاية الأم والطفل واتخاذ الإجراءات الكفيلة بتنفيذها، وتعطي شؤون رعاية الطفولة الأفضلية عند وضع ميزانية الصحة العامة، والعناية الصحية في المدارس لا ينبغي أن تكون مقصورة على الكشف الطبي والعلاج بل يجب أن تشمل النواحي النفسية والعقلية.

وللوصول إلى مستوى متقدم من الرعاية الصحية المقدمة للطفل فإن نظم الرعاية الاجتماعية تضمن نوعين من الخدمات المقدمة في هذا المجال ويقدم عن طريق هيئات حكومية ويتضمن جهوداً مبذولة مقدمة من عدد من المختصين وعلى رأسهم الأخصائي الاجتماعي والطبيب، بتوفير موارد وإمكانيات اجتماعية واقتصادية بحيث تستطيع هذه الخدمات أن تصل إلى الطفل وإلى الأم عن طريق مؤسسات تعرف بمؤسسات رعاية الأمومة والطفولة، وتقدم هذه المؤسسات خدمات بالمجان للأسر المحتاجة والفقيرة والمحرومة، وتعمل هذه المراكز على رعاية الأم الحامل طوال وبعد فترة الحمل ومتابعة الحالة الصحية للطفل والمال، وتقديم خدمات الرعاية الصحية للطفل أثناء فترة الطفولة قبل الدخول إلى المدرسة، وتعمل هذه المراكز على الوقاية من أمراض الطفولة وخفض معدل وفيات الرضع في السنوات الأولى من العمر[1].

3- خصائص برامج الرعاية الصحية للأطفال:

تبدأ هذه الرعاية بعد ولادة الطفل مباشرة ويجب أن تستمر حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره، ويخضع بعض الرعاية الصحية خلال السنة الأولى والثانية لارتباطه بالتطعيم والأمراض الكثيرة التي يتعرض لها حتى الفطام، ثم يحدث تكاسل بعد ذلك يؤثر تأثيرا خطيراً على الحالة الصحية للطفل من الناحية البدنية والعقلية، لذا يجب توجيه جزء خاص من التربية الصيحة نحو أهمية رعاية الطفل بعد الفطام وحتى دخول المدرسة.

ويمكن تقديم مراكز رعاية الطفل، وتبدأ الرعاية بعد الولادة مباشرة بشفط الإفرازات المتجمعة في الجزء العلوي من الجهاز التنفسي حتى يستطيع الطفل التنفس بسهولة، وحتى تمتنع وصول هذه الإفرازات إلى الرئتين، مما قد يسبب الإصابة بالالتهابات الرئوية أو النزلة الشعبية في هذه السنة المبكرة (الأيام الأولى) لأن هذا قد يقضي على حياة الطفل.

[1]- إبراهيم بومي مرعي، ملاك أحمد الرشيدي: المرجع السابق، ص ص 76-77.

كذلك يتم قطع الحبل السري وربطه بإحكام تحت ظروف تعقيم مناسبة لمنع التلوث، ثم يتم فحص عام للطفل للبحث عن وجود أية إصابات بالجسم حدثت أثناء الوضع، أو للبحث عن وجود تشوهات أو وجود نقص في التكوين، ثم يتم وزن الطفل ويتراوح وزن الطفل كامل النمو عند الولادة ما بين 3-3.5 كلغ. بعد ذلك يجرى فحص للطفل يوميا في الأسبوع الأول، كما يجب التأكد من انفصال الجزء الزائد من الحبل السري في موعده المحدد له، بعد ذلك يطلب من الأم أن تحضر الطفل للرعاية الطبية التالية:

- ❖ يتم فحص الطفل بشكل دوري مرة كل أسبوع حتى شهر الأول، ثم كل شهرين من خلال السنة الثانية من عمره ثم كل ستة أشهر بعد ذلك.

وفي أول زيادة يعمل للطفل سجل أو ملف خاص به تدون فيه البيانات الأساسية المتعلقة باسم الطفل تاريخ ميلاده، نوعه، ثم إثبات الحالة الصحية العامة بعد فحصه، ويجب أن يتم وزن الطفل في كل زيارة مع قياس درجة حرارته لأن الوزن هو مقياس درجة النمو الجسماني، على ان يعمل رسم بياني لتقدم وزن الطفل ومقارنة ذلك بالوزن المثالي في كل مرة، ولأن درجة الحرارة هي العلامة الأولى لإصابة الطفل بأمراض معدية.

- ❖ تعطى الأم الإرشادات اللازمة بضرورة إحضار الطفل للفحص الطبي وغير مواعيد الفحص الدوري إذا أصيب بأي مرض ورأت الأم احتياجه للفحص الطبي.
- ❖ تعطي للأم الارشادات اللازمة عن كيفية العناية بغذاء الطفل وإمداده بالعناصر الغذائية المناسبة طبقا لاحتياجات الجسم حسب عمره، مع ضرورة التأكيد على إرضاع الطفل في الأسابيع الأولى من لبن الأم حيث يحتوي على كميات كبيرة من المواد البروتينية الأساسية للطفل في هذه السن المبكرة.

أما بع ذلك فإن لبن الأم يختلف في تكوينه فلابد حينئذ من العناية برضاعة الطفل خصوصا إذا كانت من لبن خارجي ثم يعطى الطفل شيئا من عصير الفواكه في الشهر الثالث لإمداد بكميات مناسبة من الفيتامينات، ثم الخضار ابتداء من الشهر الرابع لإمداده بالأملاح المعدنية خصوصا الحديد الناقص في تكوين اللبن.

وابتداء من الشهر الخامس أو السادس يعطى الطفل بعض الأغذية الإضافية التي تحتوي على المواد البروتينية مثل: العدس، البيض، شوربة اللحم، وتدريجيا تضاعف اللحوم ابتداء من الشهر السابع.

ويقصد من هذا النظام من التغذية هو فطام الطفل تدريجيا.

وبعد فطام الطفل (سنة أو سنتين) يجب الاهتمام بتغذيته وإعطائه كميات كبيرة من المواد البروتينية خصوصا المستمدة من أصل حيواني ذات القيمة الغذائية المرتفعة، وكذلك إعطائه كميات مناسبة من الخضراوات والفواكه لإمداد جسمه باحتياجاته من الفيتامينات والأملاح المعدنية[1].

- ❖ تطعيم الطفل ضد الأمراض المعدية وأهم اللقاحات المستعملة:
  - اللقاح الثلاثي (الدفتيريا، الكزاز، السعال الديكي).
  - لقاح شلل الأطفال.
  - لقاح الحصبة.
  - لقاح الكبد الوبائي.
  - لقاح السحايا.
  - لقاح الدرن (السل).
- ❖ الإرشادات الصحية للأم عن كيفية العناية بالصحة الشخصية للطفل من حيث إرضاعه وسلامة طعامه من التلوث ونظافة ملابسة ونوعيتها.
- ❖ الإرشادات الصحية للأم عن كيفية النمو الجسمي والعقلي للطفل لمراقبة موعد ظهور الأسنان والجلوس والمشي والكلام.
- ❖ إرشادات للأم عن خطر الأمراض المعدية التي يتعرض لها الطفل وأعراض هذه الأمراض الأولى وكيفية الوقاية منها.
- ❖ الرعاية بالطفل في سن 5 و6 سنوات.
- ❖ الرعاية الصحية للأطفال المصابين بأمراض.

لا نستطيع التكلم عن التقدم والرفاه الاجتماعي في ظل بلدان تعرف فيها الحالة الصحية للأطفال تدهوراً كبيراً، فالصحة الجيدة للأطفال علامة من علامات التنمية لذلك اختارت اليونيسيف معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مؤشر رئيسي لقياس التقدم الإنساني والاقتصادي، فهو حصيلة تشكيلية واسعة من المدخلات مثل الصحة الغذائية للأمهات ومدى معرفتهم بالأمور الصحية والسلامة العامة لصحة الطفل[2]. لذلك بات مشغل الاهتمام بصحة الطفل من الأولويات الرئيسية للدول وهذا من خلال عقد مؤتمرات أهمها:

---

[1]- إبراهيم بومي مرعي: مرجع سابق، ص 78.

[2]– منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف): **وضع الأطفال في العالم سنة 2003**، موجز رسمي، عمان، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2003، ص ص 45-47.

أ- مؤتمر قمة الأحد 1990:

هو أول قمة عالمية للأطفال، التقت 17 من قادة دول العالم ورؤساء حكومتها، إذ تعهد هؤلاء بالعمل من أجل وضع حد لوفيات الأطفال وانتشاء سوء التغذية بينهم بحلول عام 2000، وتوفير الحماية الأساسية للتنمية الجسدية والعقلية لجميع الأطفال العالم ولقد تمت تجزئة هذا الهدف العام إلى ما يزيد عن 20 هدف وهي:

- تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلث وتخفيضها إلى ما دون 70 وفاة لكل 1000 ولادة حية.
- تخفيض معدلات وفيات الأمهات إلى النصف.
- تخفيض معدلات سوء التغذية الحادة أو المعتدلة إلى النصف في العالم للأطفال دون سن الخامسة.
- تأمين الماء الصالح للشرب والصحة العامة لكل العائلات.
- حماية ملايين الأطفال ممن يعيشون في ظروف بالغة الصعوبة وبذل الجهود لتشجيع الدول والحكومات على حماية الأطفال من الآثار المباشرة او غير المباشرة من الحروب.
- نشر المعرفة الصحيحة بين العائلات عن أهمية تقديم دعم المرأة في عملية إرضاع الطفل وسد حاجات الطفل الغذائية الخاصة خلال سنوات ضعفه.
- الفضاء على شلل الأطفال والكزاز للمواليد بحلول عام 1990.
- تخفيض وفيات الأطفال نتيجة الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة.

ب-المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994:

تشمل أهدافه تحقيق إمكانية حصول الجميع على التعليم والرعاية الصحية بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وخفض معدلات وفيات الرضع والأطفال والأمهات في مرحلة النفاس، وعلاج الأمراض التي تنتقل جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة المكتسب والوقاية منه والحماية من العنف وتمكين المرأة وضمان إمكانية حصولها على التعليم والرعاية الصحية[1].

ج-المؤتمر العربي حول صحة الام والطفل 1999:

قامت جامعة الدول العربية بتنفيذ هذا المشروع (PARCHILD) في 10 دول عربية وهي الجزائر، مصر، لبنان، موريتانيا، المغرب، السودان، سوريا، تونس، اليمن، وذلك بالتعاون مع برنامج الخليج العربي

[1]- صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): **أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في السكان والصحة الانتخابية والأهداف الإنمائية للألفية**، بيويورك، ص ص 9-10

لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية (AGFUND) وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) ومكتسب إحصاء الأمم المتحدة والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة.

ويهدف المؤتمر إلى عرض نتائج الدراسات المعمقة والمقارنة التي أجريت في ضوء بيانات الممسوحات التي نفذت في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة ومناقشة استخدام البيانات في مجال إعداد ومراجعة البيانات ذات العلاقة في الدول العربية.

د-التقرير السنوي 2018:

في عام 2018 بدأت اليونيسف فصلا جديدا بخطة جديدة، وتحدد خطة اليونيسف الاستراتيجية 2018-2021، التي ترتكز على اتفاقية حقوق الطفل أهداف طموحة تهدف إلى الإسهام في تحقيق جدول أعمال التنمية المستدامة لعام 2030، وتهدف إلى نجاة كل طفل وازدهاره وتحقيق لإمكانياته.

كما تتبع جذور الخطة الاستراتيجية من القيم الأساسية لليونيسف الرعاية الصحية والاحترام والنزاهة والثقة، لكي يحافظ اليونيسف على دوره كمنظمة رحيمة وفعالة لرعاية الأطفال.

وتلعب اليونيسيف دوراً حيوياً في تحقيق هذا التقدم، في عام 2018 قدمت المنظمة الدعم من أجل:

- الولادة في مرافق الرعاية الصحية (27 مليون طفل رضيع).
- إتاحة مياه الشرب الآمنة (43 مليون طفل في حالات الطوارئ).
- العلاج المنقذ للأرواح (4 مليون طفل يعانون من سوء التغذية الحاد وتزداد أعداد الأطفال الذين ينجون من الموت الآن عن أي وقت مضى، فبين عامي 2000-2017 انخفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة بنسبة 41% وانخفض معدل الوفيات بعد الولادة بـ 51% وانخفضت معدلات وفيات الأطفال البالغين من العمر 1 إلى 4 سنوات بنسبة 60%، والأطفال البالغين من العمر 5 إلى 14 سنة بنسبة 37%.

على الرغم من هذا التقدم الملحوظ هناك أعداد كبيرة للغاية من الأطفال لا تحيا حتى تصل إلى سن البلوغ في عام 2017 توفي ما يقدر بـ 6.3 مليون طفل معظمهم من أسباب يمكن الوقاية منها.

وللتأكد من بقاء كل طفل على قيد الحياة وازدهاره، تتبع اليونيسف نهجا متكاملا وكليا تجاه بقاء الطفل ونموه، وكجزء من هذا النهج قامت اليونيسف بتوسعة نطاق عملها في مجال الرعاية الصحية على مستوى المجتمع المحلي وشاركت في فريق عمل مع الحكومات والشركاء الآخرين من أجل تحسين المخرجات في مجال صحة الأطفال حديثي الولادة والأطفال والتغذية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه.

وتدرك اليونيسف أن الرعاية الصحية الأولية وهي البرامج والتدخلات المتكاملة عبر دور الحياة في التقدم من خلال أنظمة صحية قومية تخدم المجتمع المحلي، وتهدف إلى تمتع الجميع بأنماط عيش صحية[1].

وقد جدد المؤتمر العالمي المعني بالرعاية الصحية الأولية لعام 2018 الالتزام بالرعاية الصحية باعتبارها وسيلة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وتشترك اليونيسف مع منظمة الصحة العالمية الآن في قيادة جهد عالمي بغية تعزيز الرعاية الصحية الأولية.

خلال هذا العام قدمت اليونيسف الدعم إلى 23 بلداً تعاني من ارتفاع معدل الوفيات للأمهات والأطفال حديثي الولادة، تهدف إلى تحسين جودة الرعاية للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

4- العوامل المؤثرة في برامج الرعاية الصحية الأولية:

أ- **العوائق الثقافية:** ومن الأمثلة نجد ما يلي:

- **التقليد:** هي القيم المتوارثة التي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك بما كان يعتمد فيه الآباء والأجداد، وهي قوى في بعض الأحيان تعوق كل ما هو جديد وتقف في سبيله.
- **القدرية:** هو الاعتقاد الزائد في القضاء والقدر بدون الأخذ بالأسباب، حيث يبالغ الناس في البيئات المختلفة في الاعتقاد بأن التواكل هو الحل بدون أن يؤدّوا أدواراً إيجابية للوقاية من المرض او حتى علاجه.
- **التمركز الذاتي للثقافة:** حيث نجد أن السكان أو المجتمع يعتقدون أن طريقهم في الحياة أفضل من أي مجتمع آخر، مما يجعل من الصعب تغيير طريقهم بطريقة أخرى مقتبسة من غيرهم.

ج- العوائق البيئية.

د- العوائق الاجتماعية.

هـ- العوائق النفسية.

وهذه القضايا متغيرة بتغير الظروف والأوضاع الاجتماعية بشكل عام[2].

[1]- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): **لكل طفل حق**، التقرير السنوي 2018، جزيران/يونيو 2019. متاح على الخط. على العنوان: .www.unicef.org .

[2]- المرجع السابق.

5- أهداف برنامج رعاية الطفل:

يهدف برنامج رعاية الطفولة إلى رفع مستوى السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية للأم والطفل، وتهدف هذه البرامج بصفة خاصة إلى ما لي:

أ- **بالنسبة للأم:** تهدف إلى:

- أن تحتفظ كل حامل أو مرضعة بصحة جيدة.
- أن تلد ولادة طبيعية.
- أن تضع طفلا سليما.
- أن تتعلم كيفية العناية بطفلها بعد ولادته وتغذيته تغذية سليمة تمده باحتياجاته حتى ينمو نمواً طبيعياً.

ب-**بالنسبة للطفل:** تهدف إلى:

- أن يعيش وينمو كل طفل داخل الأسرة.
- أن يتمتع بالحب والطمأنينة.
- أن يعيش في وسط صحي.
- أن يحصل على تغذية كافية.
- أن يحصل على رعاية طبية كافية.
- أن يتعلم مبادئ الحياة الصحية والصحيحة[1].

6- عوائق برامج الرعاية الصحية:

يمكن تقسيم هذه العوائق إلى: عوائق ثقافية واجتماعية ونفسية.

أ- **العوائق الثقافية:** وتتمثل في:

- التقاليد: حيث القيم الثقافية المتوازنة التي تعمل على المحافظة على القديم والتمسك به في مقاومة كل جديد في برامج الرعاية الصحية.
- الاعتقاد الزائد في القضاء والقدر مما يدفع الكثيرين إلى التواكل دون القيام بدور إيجابي للوقاية من المرض أو علاجه.
- انتشار الجهل والأمية وما يتبعه من عدم وعي الأولياء فيما يتعلق بالشؤون الصحية وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر.

[1]- حكمت فريحات ، هشام كنعان: **مبادئ في الصحة العامة**، عمان، دار اليازوري العلمية، 2002، ص ص 185-186.

ب-**العوائق الاجتماعية:** ونذكر منها:

- الفقر وانخفاض مستوى معيشة المواطنين وعدم وجود إمكانيات الوقاية والعلاج من الأمراض.
- قوة العلاقات الاجتماعية في الأسرة الممتدة، وبالتالي هناك شعور بالالتزام المتبادل بين أفراد الجماعة الواحدة، فمثلا في الريف نجد أن زوجة الابن لا تذهب إلى الطبيب أو الوحدة الصحية إلا بعد استشارة أم الزوج والتي قد تكون لها نصائح مخالفة للتعليم الصحية وهذه النصائح تعتبر الزوجة ملزمة للحفاظ على النصائح الأسرية.
- القيم النسبية: وهو التفاوت في إعطاء القيمة للعمل الواحد، فالأطباء ينادون بالامتناع عن التدخين نظراً للأمراض الصحية الجسمية، بينما يراه البعض مظهراً من مظاهر الرجولة.
- المعتقدات والأساليب غير العملية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية، فهمن هذه الأسباب الاعتقاد السائد بين العامة بتأثير العين الحاسدة كسبب أساسي لكثير من الأمراض ولاسيما أمراض الطفولة، مما يجعل الأهل يخفون الطفل عن الأنظار أو يستخدمون أساليب غير صحية في التعامل معه فيلبسونه ملابس متسخة حتى لا يقع في العين الحاسدة، وبالتالي تتأثر حالته الصحية بملابسه المتسخة أو تعليق الخرزات الزرقاء على جبهة الطفل والتي مع تلوثها تساعد على إصابة عيني الطفل بالرمد الحبيبي وانتقال العدوى له.

ج-**العوامل النفسية:** وأهمها ما يلي:

الراحة النفسية لاستخدام الأساليب التقليدية في العلاج سواء فعالة او غير ذلك أو التفاوت في إدراك الأمور فمثلا إدراك البعض أن العلاج الجاني 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].

من خلال هذا الفصل يتضح أن الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها وطرقها وبرامجها تسعى لتوفير الرعاية الجيدة للطفل المريض خاصة في الجانب الصحي لأنه من أكثر الجوانب التي تشكل مشكلة لدى الدول المتطورة والدول الغير متطورة.

[1]- بونويقة نصيرة: مرجع سابق، ص ص 39-40.

الفصل الثالث: الوضعية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيها:

أولا: الوضعية الصحية للأطفال في العالم

ثانيا: المشاكل الصحية للأمهات والأطفال

ثالثا: أمراض الطفولة والعوامل المسببة لها

رابعا: مظاهر العناية بصحة الطفل

خامسا: التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية في تقديم الرعاية اللازمة للأطفال

خصصنا هذا الفصل لمعرفة الوضعية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيها، حيث سوف نتطرق إلى الوضعية الصحية للأطفال في العالم وفي الوطن العربي وفي الجزائر.

كما سوف نطرق إلى المشاكل الصحية التي تتعرض لها الأمهات والأطفال ومظاهر العناية بصحة الأطفال، بالإضافة إلى التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل التي تمثلت في العوامل ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة والعوامل الخاصة بالمسكنة والمحيط الخارجي.

أولا: الوضعية الصحية للأطفال.

1- الوضعية الصحية للأطفال في العالم:

في أعقاب الحرب العالمية الثانية كانت محنة الأطفال في أوروبا وخيمة فكثفت عملها على توفير الغذاء والملبس والرعاية الصحية لهؤلاء الأطفال[1].

أ- الوفيات والأمراض:

لقد عرفت الحالة الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات عدة تغيرات عبر فترات زمنية مختلفة، ففي بداية الستينات من القرن العشرين كان طفل واحد تقريبا يتوفى من كل خمس أطفال قبل أن يتم الخمس سنوات.

ولولا التقدم الذي حدث في الثمانينات لكان هناك ارتفاع معدل الوفيات في دول العالم الثالث إلى ما يقارب 17.5 مليون وفاة بحلول عام 1990 وذلك بارتفاع معدلات النمو السكاني، لكن مع التقدم الحاصل في استراتيجيات بقاء الأطفال مثل معالجة الجفاف عن طريق الفم والتحصين خلال الثمانينات انخفضت انخفضت حالات الوفاة إلى ما يفوق 8 مليون حالة.

كما عرفت سنوات التسعينات تحسنا ملحوظا للحالة الصحية للأطفال، وهذا بفضل التغطية الطبية للأطفال، وفي عام 2002 انخفضت المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون الخامسة إلى أقل من طفل واحد من كل 12 طفل[2].

وتشير آخر تقديرات اليونسيف إلى توقع وفاة نحو 10 ملايين طفل دون سن الخامسة في عام 2007، وأكثر من نصف تلك الوفيات بسبب أمراض يمكن علاجها بأدوية أساسية مأمونة تناسب الأطفال.

---

[1]- الأمم المتحدة الأمريكية: **السلام والكرام والمساواة على كوكب ينعم بالصحة**، متاح على الخط، على العنوان: http://www.uni.org/ar/sctions/issues.depth/children.، تاريخ الزيارة: 2021/03/18، على الساعة 19:46.

[2]- خليفاوي فهمية: المرجع السابق، ص 178.

وتشير التقديرات إلى أن نحو 20% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة مردُّها أنواع العدوى التي تصيب الجهاز التنفسي السفلي، والتي تمثل أهم الأسباب الكامنة وراء حدوث وفيات الرضع في جميع أنحاء العالم، والجدير بالذكر أن الالتهاب الرئوي وحده يؤدي بحياة مليوني طفل كل عام علما بأن من الممكن توقيف تلك الوفيات بتحسين فرص الأطفال على الحصول على الأدوية المناسبة لهم.

على الرغم من أن نسبة الوفيات الناجمة عن الإصابة بفيروس الإيدز من مجموع الوفيات السنوية التي تسجل بين الأطفال دون سن الخامسة لا تتجاوز 3% فإن انتشار ذلك الفيروس بين فئة الأطفال يتخذ اتجاهات تنذر بوقوع طوارئ صحية عمومية، فلا يمر يوم واحد إلا ويشهد إصابة 12000 طفل علما أن العلاج لا يتاح إلا لنحو 15% منهم، وفي عام 2007 وحده أصيب نحو 420000 طفل دون سن الخامسة بفيروس الإيدز قضى على 330000 طفل منهم بسبب أمراض لها علاقة بالإيدز.

وتشير التقديرات إلى أن 19 مليون طفل دون سن الخامسة يتوفون كل عام بسبب الإسهال ومضاعفاته.

تشير تقديرات المنظمة الصحية العالمية إلى أن 330 مليون طفل دون سن الخامسة عشر هم بحاجة الآن إلى المعالجة الكيميائية لوقايتهم من داء الفيلاريات اللمفية في المناطق التي يتوطنها ذلك المرض (آسيا والمحيط الهادئ وإفريقيا وأمريكا الجنوبية)، كما بات 125 مليون طفل آخر من الفئة نفسها مهدد بداء البلهارسيات[1].

ب-الوضع الغذائي:

- **مشكل سوء التغذية:**

من أهم المشاكل الرئيسية التي يعاني منها الأطفال في العالم هي مشكل سوء التغذية، إذ يصيب 1/3 من أطفال العالم الثالث، وتعتبر من بين أسباب الرئيسية للوفاة، كما أنها تؤدي إلى نقص النمو العقلي والجسمي للطفل.

فحسب النتائج التي جاءتا بها الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال (2002)، فإن سوء التغذية يتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في 60% من حالات الوفيات بين الأطفال دون الخامسة سنويا، والبالغ عددها 10.9 مليون حالة وفاة، وترتبط ثلثي هذه الوفيات باتباع ممارسات تغذية غير مناسبة في العام الأول من العمر.

[1]- منظمة الصحة العالمية: **الأدوية الأساسية المناسبة لصحة الأطفال**، متاح على الخط، على العنوان: www.int,childmedcines,Facts.، تاريخ الزيارة: 2021/01/14، على الساعة 07:47.

فحتى الأطفال الذين يبدون ظاهريا أنهم يحصلون على تغذية جيدة، وهم الذين يحصلون على سعرات حرارية كافية لتغذية أنشطتهم اليومية، يمكن أن يعاني من الجوع الخفي أو عدم الحصول على ما يكفي من مغذيات دقيقة وما ينتج عنه من نقص في تناول مواد أساسية مثل فيتامين (أ) أو الحديد أو الزنك التي تأتي من تناول الخضار والفواكه والأسماك واللحوم، ومن دون هذه المغذيات الدقيقة فإن الأطفال يتعرضون لحظر متزايد للإصابة بالعمى والوفاة والنمو المتعثر وانخفاض معدل الذكاء.

وللتصدي لأزمة سوء التغذية المتنامية بكل أشكالها، تصدر اليونيسف نداءا عاجلا إلى الحكومات والقطاع الخاص والمانحين والآباء والأسر والشركات لمساعدة الأطفال على النمو بصحة جيدة عن طريق:

- تمكين الأسر والأطفال والشباب من المطالبة بأغذية مغذية بما في ذلك تحسين التثقيف التغذوي.
- بناء بيانات غذائية صحية للأطفال والمراهقين باستخدام الأساليب التي أثبتت جدواها، مثل وضع علامات دقيقة وسهلة الفهم وضوابط أقوى على تسويق الأطعمة غير الصحية.
- تعبئة وحشد الأنظمة الداعمة، مثل الصحة والمياه والصرف الصحي والتعليم والحماية الاجتماعية، لزيادة نتائج التغذية لجميع الأطفال[1].
- **الرضاعة الطبيعية:**

تبدأ التهيئة للرضاعة من الشهر السادس الرحمي، حيث يبدأ الثدي بإفراز مادة سمغية لابد من تطبيقها لكي لا تتصلب وتغلق مسامات حمالة الصدر.

فالرضاعة الطبيعية كان من الممكن لها حماية أكثر من مليون طفل من الوفاة لو أرضعوا طبيعيا لمدة 6 أشهر الأولى من حياتهم، إن هؤلاء الأطفال كانوا عرضة للأمراض الصدرية والنفسية ومرض الإسهال كما أنهم ينتمون إلى أسر فقيرة وأمية وتنعدم فيها النظافة والتربية الصحية.

تعتبر الرضاعة الطبيعية غذاء كامل وصحية للطفل فهي تكسبه مناعة صحية جيدة ضد الأمراض، وينبغي الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في تغذية الرضع طيلة الستة أشهر أولى لتحقيق المستوى الأمثل للنمو والتطور والصحة، وبعد ذلك ينبغي أن يتلقى الأطفال أغذية تكميلية ملائمة ومأمونة من أجل تلبية احتياجاتهم التغذوية مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن العامين.

فالممارسات المثلى للرضاعة الطبيعية، لاسيما الرضاعة الطبيعية الحصرية حتى بلوغ الطفل ستة أشهر، لها أكبر تأثير على بقاء الطفل على قيد الحياة، لأن المواليد الذين يرضعون طبيعيا تقل كثيرا

[1]– منظمة الصحة العالمية: **واقع السمنة عند أطفال مدارس القطرية**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدوحة، قطر، 2005م، ص ص 2–3.

احتمالات وفاتهم من جراء الإصابة بالإسهال أو أمراض الجهاز التنفسي الحادة أو أمراض أخرى كالبدانة أو السكري، كما أن للمغذيات الدقيقة كالحديد والفيتامين A أثرا عميقا على تطور صحة الطفل وصحة الأم.

- **التحصين ضد الأمراض:**

لقد شهد القرن العشرين جهود مكثفة للسيطرة على الأمراض خاصة فترة الستينات والسبعينات والتي تمثلت في برامج وحملات جماعية صممت لمكافحة الأمراض، ومن بين هذه برنامج التحصين، وقد هدف في البداية إلى تطعيم الأطفال ضد ستة أمراض مستهدفة (الدفتيريا، الكزاز، السعال الديكي وشلل الأطفال والحصبة والسل) خلال العام الأول من أعمارهم.

وتشير آخر الإحصاءات المتوفرة سنة 2008 إلى أن معدلات التطعيم العالمية تتجاوز 85% [1].

وللتقليل من الأمراض بين الأطفال وضعت منظمة الصحة العالمية خطة عمل للقاحات في الفترة من 2011-2020، حيث أقرتها 194 دولة من الدول الأعضاء في جمعية الصحة العالمية، وتعتبر بمثابة إطار واقي لمنع وقوع الملايين الوفيات بحلول عام 2020 من خلال توفير وصول اللقاحات الحالية للأشخاص في جميع المجتمعات بشكل أكثر إنصاف[2].

2- الوضع الصحي للأطفال في الوطن العربي:

يمثل الأطفال أمل كل أمة ومستقبلها، فهم قلب برامج التنمية فالاستثمار في صحة ونمو الأطفال يعني الاستثمار في مستقبل الأمة[3].

أ- وفيات الأمراض:

تُعزى معظم وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنة وخمس سنوات إلى أمراض يمكن الوقاية منها ويمكن أيضا علاجها بسهولة في المنزل أو المنشآت الصحية ويشكل الأطفال نسبة كبيرة من الهرم السكاني للدول العربية وتعد الجُهود المبذولة لتحسين أوضاع هذه الشريحة العمرية في المجتمع ركيزة أساسية من ركائز إعداد القاعدة البشرية، وتستخدم عبارة العالم العربي للإشارة إلى أعضاء جامعة الدول العربية وهم: الجزائر، البحرين، جزء العمر، مصر، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، موريتانيا، المغرب،

---

[1]- خليفاوي وهيبة: مرجع سابق، ص 35.

[2]- منظمة الصحة العالمية: **التمنيع واللقاحات والمستحضرات البيولوجية**، متاح على الخط، على العنوان: hpttp://.wwww.who-int/immunization/global-vaccine-action-plou/ar/.، تاريخ الزيارة: 2021/03/22، على الساعة: 22:10.

[3]- منظمة الصحة العالمية: **صحة الطفل**، متاح على الخط، على العنوان: http://.www.who-int/topics child-hralth/ar/.، تاريخ الزيارة: 2021/02/13، على الساعة: 11:58.

عمان، فلسطين، قطر، المملكة العربية السعودية، الصومال، السودان، سوريا، تونس، الإمارات العربية المتحدة، اليمن[1].

ولقد شهدت المنطقة العربية خلال العقود الماضية تحسنا في المجال الصحي علماً بأنها بدأت في وضع متأخر جدا، ففي الفترة الممتدة منذ ستينات القرن الماضي وحتى مطلع الألفية الجديدة تفوقت المنطقة العربية في واقع الأمر على معظم بلدان المناطق النامية في مجال تأخير الوفاة وإطالة العمر، ويمكن ملاحظة ذلك في زيادة 23 سنة على العمر المتوقع عن الولادة.

وفي عام 2000 مع إنخفاض متوسط المعدل إلى 58 وفاة لكل ألف مولود بلغ عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط إلى 13 دولة وتتمثل في الكويت، قطر، البحرين، ليبيا، السعودية، سوريا، تونس، عمان، لبنان، الأردن، الجزائر، مصر، والإمارات العربية، حيث هذه الأخيرة بلغ فيها المعدل 10 وفيات لكل ألف مولود حي وهذا يمثل أدنى معدل وأحسن حالة صحية.

وابتداءا من 2020 حققت خمس دول من منطقة شمال إفريقيا (الجزائر، مصر، ليبيا، المغرب، تونس) مستويات خفض مهمة، حيث بلغ معدل الخفض السنوي في المتوسط 6.6%.

وهذا راجع للاهتمام بقضايا الطفولة من خلال الخطط الوطنية وتوجيهات السياسية العليا للدول للارتقاء بأوضاع الأطفال (الاجتماعية والصحية والتربوية والقانونية والثقافية، وقد ثمرت الجهود المبذولة من قبل جميع الجهات إلى تحسين ملموس في المؤشرات الصحية الخاصة بصحة الطفل) [2].

ب-سوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي:

على الرغم من الموارد الوفيرة وانخفاض معدلات الجوع في البلدان العربية مقارنة بالمناطق الأخرى، يلاحظ بين شعوبها تزايد نسبة الجوع وسوء التغذية، ومن أن ثمة تفاوتا ملحوظا بوضوح في معدلات الانتشار وأرقام الجياع بين بلد وآخر، ووفقا لإحصاءات منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة حول مناطق التغذية قياسا على إجمالي السكان، ولا يتجاوزها في هذا المضمار غير البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية في وسط أوروبا والاتحاد السوفييتي السابق، إلا أنها إحدى المناطق في العالم إلى جانب إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي ارتفعت فيها نسبة من يصيبهم قصور الغذاء منذ تسعينات القرن العشرين إذ تزايدت نحو 19.8

[1]- منظمة الصحة العالمية: **صحة الام والوليد والأطفال والمراهقين**، متاح على الخط، على العنوان:
http://www.who-int/maternal-hild-adolescent/topics/child/mortality/ar.، تاريخ الزيارة: 2021/02/13، على الساعة 12:10.

[2]- خليفاوي وهيبة: مرجع سابق، ص ص 200-201.

مليون نسمة في الفترة ما بين 1990 و1992 إلى 25.5. مليون بين العامين 2002 و2004، ففي الصومال بلغت نسبة نقص الوزن بين الأطفال 26%، أما في اليمن والسودان فقد بلغت نسبة 40%[1].

كما تبين النتائج التي جاء بها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 في سوريا، أنه يوجد تقريبا واحد من كل عشرة أطفال دون الخامسة يعاني نقصا في الوزن أي حوالي 9.7% و2.3% مصابون بالهزال أو النحافة الشديدة مقارنة بأقرانهم[2].

وهناك تباين ملموس بين بلد عربي وآخر في مدى التقدم في مكافحة الجوع، والبلدان التي حققت التقدم في تخفيض قصور الغذاء بين العاملين 1990 و1992 هي جيبوتي والكويت وموريتانيا، وقد حققت السودان بعض التقدم غير أن سوء التغذية مازالت شائعة فيه إلى حد خطير، أما الأردن، السعودية ولبنان ومصر والمغرب واليمن فقد شهدت ارتفاعا في كل من الأرقام المطلقة ونسبة الانتشار، بينما سجلت الجزائر وسوريا انخفاض طفيفا في انتشار القصور الغذائي[3]

ج- التغذية الطبيعية:

تنمية الطفولة ورعايتها وصون حقوقها مكون أساسي من مكونات التنمية الاجتماعية بل هو جوهر التنمية الشاملة، والطفولة هي المستقبل.

ولنمط التغذية تأثير هام على صحة الأطفال، فالرضاعة الطبيعية خاصة لفترة 6 أشهر الأولى هو النمط المطلوب في تغذية الرضع[4].

د- التحصين ضد الأمراض:

تعتبر عملية استخدام اللقاحات من أهم التدخلات التي ساهمت في تحسين وضع الصحة العامة للمجتمعات من خلال منع الإصابة بالأمراض الانتقالية وتقليل نسب المرض والوفيات لكافة شرائح المجتمع وبالأخص بين الأطفال[5].

---

[1]- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009**، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، 2009، ص 13.

[2]- المكتب المركزي للإحصاء اليونسيف: **المسح العنقودي متعدد المؤشرات**، سوريا، 2006، ص 25.

[3]- برنامج الأمم المتحدة، المرجع السابق، ص 14.

[4]- المجلس العربي للطفولة والتنمية: **ميثاق حقوق الطفل العربي**، متاح على الخط، على العنوان: htpp//:www.arabccd.org، تاريخ الزيارة: 2021/03/20، على الساعة 14:17.

[5]- معتز محمد عباش، عُلا محسن شيخة وآخرون: **دليل العاملي في البرنامج الموسع للتحسين**، ط1، وزارة الصحة العراقية، العراق، 2014، ص 4.

ولقد تبنت جميع الدول العربية إرشادات منظمة الصحة العالمية الخاصة بتطعيمات الطفولة وذلك بأن يحصل جميع الأطفال خلال العام الأول من العمر على تطعيم ضد الدرن (BCG) وثلاث جرعات من الطعم الثلاثي للحماية من النقيريا والسعال الديكي والتيتانوس وثلاث جرعات من طعم شلل الأطفال وجرعة من طعم الحصبة وجرعة من طعم الكبد الوبائي[1].

فالتحصين هو الطريقة للوقاية من الامراض الخطيرة، فبمجرد أن يتم تحصين الطفل، يصبح جسمه أكثر قدرة على مقاومة تلك الأمراض في حالة تعرضه لهذه الأمراض، حيث يتم إعطاء تحصينات للأطفال عند الشهر الثاني والثالث والرابع من العمر، مع إعطاء جرعات إضافية جرعات إضافية عند الشهر 12 و13[2].

إن برنامج التلقيحات يسعى إلى تحقيق الأهداف الوطنية المتمثلة بحماية كافة فئات المجتمع من الأمراض الانتقالية التي يتوفر ضدها اللقاح أو مصل وكذلك الاستجابة للمتطلبات العالمية التي تتفق عليها دول العالم من خلال توصيات منظمة الصحة العالمية مثل: استئصال مرض شلل الأطفال وإزالة مرضى الحصبة والكزاز الولادي ومنع التفشيات بالتهاب الكبد الفيروسي وإلتهاب السحايا وإنفلونزا[3].

حيث ينقذ التحصين حياة 2-3 ملايين شخص كل عام من خلال حماية الأطفال من الأمراض الخطيرة، كما تلعب اللقاحات دوراً محورياً في وضع حد لوفيات الأطفال التي يمكن الوقاية منها، كما يساعد برنامج الحماية التي تقوم به اليونسيف في التعرف على الأطفال ممن تخلفوا عن ركب النظام الصحي، بالإضافة إلى إمكانية تقديم الرعاية المنقذة للحياة إلى هؤلاء الأمهات والأطفال.

تحمي اللقاحات عدداً أكبر من الأطفال أكثر من أي وقت مضى لكن في عام 2019 لم يتلق حوالي 14 مليون رضيع أي لقاح وذلك بسبب الفقر.

ومنذ عام 2000 تم تطعيم 2.5 مليار طفل وانخفض عدد حالات شلل الأطفال إلى أكثر من 99 في المائة[4].

---

[1]- خليفاوي وهيبة: مرجع سابقن ص 216.

[2]- **A Guide to childhoos immunisations**, on line : http://www.unidocs.co.uk.

[3]- معتز محمد عباس، عُلا محسن شيخة وآخرون: مرجع سابق، ص 43.

[4]- يونسيف لكل طفل: **برماج التحصين**، متاح على الخط، على العنوان: http://www.unicef.org/ard.، تاريخ الزيارة 2021/05/22، على الساعة 15:00.

3- الوضع الصحي للأطفال في الجزائر:

الجزائر مثلها مثل كل البلدان النامية عرفت فيها الحالة الصحية بما فيها صحة الأطفال تغيّرات مختلف باختلاف الحقبة التاريخية للبلاد، فقد ورقت البلاد من الاستعمار الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية مثل: الملاريا والتيفونيد والكوليرا...إلخ، هذه الأمراض الناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين، وكانت شريحة الأطفال هي الأكثر تضرراً، وهذا من خلال الارتفاع في معدّل الوفيات.

ونظرا للوضعية الكارثية السائدة، بدأت الدولة بالإصلاح في القطاع الصحي مباشرة بعد الاستقلال وأولت له أهمية بالغة، وخصصت له ميزانية ضخمة لإعتباره قطاع حيوي وهام وكان التركيز على صحة الأطفال وهذا من خلال تخفيض معدل الوفيات.

أ- الوفيات والأمراض:

لقد عرفت وفيات الأطفال انخفاضاً ملحوظاً منذ الاستقلال، وخاصة في فترة الثمانينات وهذا راجع للبرامج المتبعة وتحسين مستوى المعيشة ونظافة المحيط وهذا من خلال توفير شبكات الصرف الصحي والمياه الصالح للشرب.

فوفيات الأطفال الأقل من سنة انتقلت من 200 بالألف سنة 1962 إلى 85 بالألف سنة 1980[1].

أما فيما يخص وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فنلاحظ أن هناك اختلاف في الإحصاءات وهذا حسب المصدر، فحسب النتائج التي جاء بها ons الديوان الوطني للإحصاءات فإن هذا المعدل انتقل من 72 بالألف سنة 1992 إلى 58 بالألف سنة 1996[2].

أما عن أهم أسباب وفيات الأقل من خمس سنوات، فحسب البيانات الأولية جاء بها المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل لسنة 1992 أن 23% من الأطفال قد عانوا الاسهال و25%منهم عانوا من نوبات السعال وعانى 8% منهم من سعال مصحوب بصعوبة في التنفس، أما بالنسبة للأمراض المعدية فقد أظهرت النتائج أن 15% من الأطفال سبق إصابتهم بالحصبة[3].

أما حسب المعطيات التي جاء بها التقرير الوطني حول أهداف الألفية للتطور (OMD2005) فتبين النتائج أن الحالة الصحية للأطفال عرفت تطوراً هاماً، وهذا من خلال الانخفاض في معدل الوفيات

---

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

[2]-Médicine sans frontière: **Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie**, Belgique, 2 version, juillet 1999, P69.

[3]- وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص 68.

الراجع أساساً للسياسة الصحية المتبعة كتوزيع القطاعات الصحية على مستوى التراب الوطني، وكذا رفع عدد الأطباء وعمال الشبه الطبي وكذا اتباع برنامج المساعدة لتحقيق الحياة الصحية للطفل واللأم.

كما لوحظ أيضا أن أمل الحياة ارتفع عما كان عليه، فبعدها كان 53.5 سنة 1970 أصبح يقدر بـ 74,8 سنة (73.9 سنة بالنسبة للرجال مقابل 75.8 سنة بالنسبة للنساء) سنة 2004[1].

أما عن الأمراض التي يعاني منها الأطفال والتي أدت إلى تواجد الأطفال في المستشفى فهي الاسهال والأمراض التنفسية، فما زال هاذان المرضان يشكلان خطر كبير بالنسبة للطفل، ويعتبران من أهم الأمراض التي تؤدي إلى الوفاة.

أما عن نسبة الأطفال الذين تلقوا علاج ضد الاسهال فهي تقدر بـ 30.7% (18.5% استعملوا إصلاح إعادة التنمية مقابل 12.2% محلول معد في البيت، كما أن نسبة استعمال العلاج تبلغ 30.7% في الوسط الحضري مقابل 29.7% في الريف، كما أن نسبة استعمال العلاج تزيد عند الأطفال في عمر 6-11 شهر بنسبة 34.6% (20.2% استعمال أملاح 48-59 شهر، حيث بلغت 17.4 (12.1 استعمال أملاح و5.3% استعمال محلول معد في البيت)، فسبب استعمال العلاج يزيد في المرحلة العمرية التي تزيد فيها نسبة الإصابة بالمرض[2].

ب-الوضع التغذوي:

- **مشكل سوء التغذية:**

يعتبر الوضع التغذوي من بين أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية للطفل، فالأطفال لا يتناولون الغذاء الصحي السليم هم أطفال في عرضة دائمة للمرض، وبالتالي تظهر عليهم علامات سوء التغذية.

صحيح أن مشكلة سوء التغذية عرف انخفاضا منذ الاستقلال وهذا نتيجة تحسين الأوضاع من جهة وارتفاع الوعي الصحي للأهالي من جهة أخرى، وهذا نتيجة ارتفاع المستوى التعليمي خاصة للأمهات. فلقد تم إحراز تقدم كبير فيما يخص مكافحة الأمية خاصة بعد 1995.

لقد قدرت نسبة الأمية سنة 1989 بـ 43.75% عند النساء و31.07% عند الرجال[3]، كما تتأثر نسبة الأمية بوسط الإقامة، حيث نجد أن أعلى نسبة في الوسط الريفي ولأجل هذا المشكل قامت الدولة

---

[1]- NU : **Rapport national sur les objectifs du millénaire nour le développement**, juillet 2005, Algérie, P49.

[2]- MSP et ONS : **Enquête national à indicateur multiples MICS3** , Rapport principal, Algérie,2006, P90.

[3] - Medicine sans frontier ; Op-Cit, P50.

بتهيئة وسائل معتبر منها البشرية والمالية ومشاركة المجتمع المدني كتنشيط الجمعيات إلى تقليص هذه النسبة.

فارتفاع المستوى التعليمي ساعد الكثير من الأمهات والاهتمام بصحة أطفالهن وهذا عن طريق اختيار النمط الغذائي الملائم وبالتالي تخفيض مشكل سوء التغذية.

- **الرضاعة الطبيعية:**

تعتبر مسألة الاقبال على الرّضاعة الطبيعية من أهم النقاط المطروحة في البرنامج الصّحي لمكافحة وفيات الأطفال، إذ توفر أسلوب أفضل لتغذية الأطفال الرّضع وتساهم في نموهم وتطورهم الصحيح وتقّلل من خطورة إصابتهم بالأمراض المعدية.

ولقد تبين أن نسبة الاستفادة من الرضاعة الطبيعية بلغت 89.77%، أما متوسط سن الفطام فقد بلغ 18 شهر[1].

- **التحصين ضد الأمراض:**

كما هو معروف أنه يمكن تقليل تعرّض الأطفال بالإصابة بالأمراض المعدية وتحسين فرص حياتهم عن طريق تحصينهم ضد الأمراض الشائعة بين الأطفال (الدرن، الدفتيريا، السعال الديكي، التيتانوس، شلل الأطفال، الحصبة) وحقيقة عملت التغطية التحصينية على حماية أرواح العديد من الأطفال منذ بداية تنفيذ البرنامج التحصيني 1974.

ولقد تبين من خلال الكارت الصحي الخاص بالأطفال أن حوالي 96% من الأطفال دون الخامسة الذين شملهم المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل "1992" قد تلقّوا نوعين من التطعيم، فبالرغم من ارتفاع معدل التطعيم كما كان عليه سابقا، إلّا أن البيانات تشير إلى انخفاض معدل التطعيم كلّما انقلنا من جرهة إلى جرعة تالية وكذلك ارتفاع نسبة الذين لا يأخذون الجرعات في الأعمال المناسبة لها، فمثلا نجد أن 85% من الأطفال أكبر من عام قد استكملوا جميع جرعات التطعيم، أما بالنسبة للأطفال الذين لم يتلقوا أي نوع من التطعيم او الذين لم يستكملوا كل الجرعات المقررة، فلقد اتضح أن الأسباب الرئيسية وراء ذلك تتلخص في بعد مكان التطعيم في 23% عدم معرفة الام بأهمية التطعيم 20%، اعتقاد الأم بصغر الطفل في 12% من الحالات وعدم الالمام بأهمية إعادة الزيارة، وهذا بنسبة 11%[2].

---

[1]– MSP et INSP : **Enquête CP sur la allaitement maternel auprès des ménages et des professionnzles de santé**, résultats préliminaves, octobre 2003, P8.

[2]– MSP et ONS : **Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant**, 1992, P 286.

- **شبكات الصحي والمياه الصالحة للشرب:**

تؤثر البيئة التي يعيش فيها الأطفال تأثيرا كبيراً على حالتهم الصحية، فالعديد من الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال تنتقل عن طريق المياه الملوثة ويرتبط تلوق المياه بكل من نوعية المصدر الرئيسي للمياه وكذلك الحاجة إلى تخزين المياه داخل المسكن، وتتأثر البيئة أيضا بمدى توافر شبكات الصرف الصحي.

ولقد بينت نتائج المسح الوطني حول صحة الأم والطفل أن هناك علاقة بين العوامل البيئية وانتشار المرض، حيث لوحظ أن أمراض الاسهال هي الأكثر انتشارا بين الأطفال المقيمين في المنازل التي لا تحصل على مياه من شبكة عامة، فالكثير من العائلات خاصة في الريف مصدر مياه الشرب عندها هي الآبار وفي الكثير من الأحيان لا تكون معالجة.

كما لوحظ من نتائج المسح أن الاسهال الحاد أكثر انتشارا عند الأطفال المقيمين في أسر تفتقر إلى مصادر الصرف الصحي، أما الأمراض التنفسية فهي تزيد من المدن عنها في الأرياف وهذا نتيجة لتلوق الهواء الناتج عن الازدحام وفضلات المصانع كالإسمنت والتبغ[1].

ونظرا لأهمية الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب بذلت الدولة مجهودات جبارة من أجل توصيل هذه الشبكات على مستوى كامل القطر الوطني[2].

ثانيا: المشاكل الصحية للأمهات والأطفال

- **بالنسبة للأمهات:**

- موت الأمهات أثناء الحمل.
- حالات الحمل الغير مراقبة صحيا[3].
- حالات الحمل المتتابعة دون خاصل زمن كان.
- حالات الإجهاض الشرعية والغير شرعية.
- التسمم الحملي.
- سوء التغذية ونقر الدم.

---

[1]– وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم**، مرجع سابق، ص 64.

[2]– وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، 2004، ص 48.

[3]– منظمة الصحة العالمية: **صحة الأم والطفل**، مرجع سابق، ص ص 4–5.

- **بالنسبة للأطفال:**

- الولادة الميتة أو الموت في المرحلة الأولى من الطفولة.
- الاسهالات والجفاف الناتج عن إصابة المعدة والأمعاء.
- سوء التغذية وما ينتج عنها من فقر دم والكساح.
- الإعاقة الحركية والحسية والعقلية.
- أمراض الدم الناتج عن تنافر الدم بين الأم والجنين.
- حوادث الطرق والتشوهات الخلقية.

ومن أجل الوقاية يعطى الطفل جرعة واحدة من لقاح الحصبة عند بلوغ 9 أشهر ولقاح الحصبة يحتوي على فيروسات الحصبة الحية المضعفة (الموهنة) ويعطى تحت الجلد.

1- **الخناق (الدفتيريا):** مرض معدي خطير يسبب بكتيريا عضوية.

أ- من أعراضه:

- ألم في الحلق.
- ارتفاع بسيط في درجة الحرارة.
- صعوبة في البلع.
- صعوبة في التنفس.
- وجود طبقة غشاء رمادي اللون تظهر في الحق وتكون الوقاية منه أيضا باللقاح الخاص به.

ب-السعال الديكي:

من الأعراض الشائعة للسعال الديكي: في الأسبوع الأول سعال ورشح، في الأسبوع الثاني يزداد السعال سوءا وتنفتح عيناه ويتنفس على شكل شهقة عالية الوقت مع احتمال التقيؤ.

وللوقاية يجب إعطاء الطفل ثلاث جرعات من اللقاح الثلاثي[1].

ج- **الكزاز أو التيتانوس:**

وهو مرض معدي ينتج عن تلوث الجروح ببكتيريا عضوية تفرز سمومها لتصل إلى الجهاز العصبي المركزي، فتسبب تقلصات في العضلات لاسيما عضلات المضغ، وينتج عنها قفل الفم وعدم القدرة على فتحه، فعند التلوث تظهر الأعراض والعلامات بعد 3-7 أيام من الولادة أو الختان، فيتصلب الفم ويعجز الطفل عن الرضاعة بعد مرور من 7-10 أيام يتصلب جسم الطفل ويحدث له تشنجات في جميع أنحاء جسمه.

[1]- منظمة الصحة العالمية: **صحة الأم والطفل**، مرجع سابق، ص 6.

وللوقاية إعطاء الأم اللقاحات أثناء الحمل.

ثالثا: أمراض الطفولة والعوامل المسببة لها

هناك ستة أمراض تتسبب وفاة كثير من الأطفال أو تحدث لهم إعاقة إن لم يتم تطعيمهم ضدها وهي: الحصبة، الكزاز (التيتانوس)، الخناف (الدفيتريا)، السعال الديكي، شلل الأطفال، السل (التدرن).

2- مرض السل (التدرن الرئوي):

أ- أعراضه:

- سعال جاف لمدة تتزايد عن أسبوعين.
- فقدان الشهية.
- ضعف متزايد ونقص الوزن.
- بطء في النمو وفقدان الحيوية.
- ارتفاع بسيط في درجة الحرارة مع التعرف.

ب-الوقاية منه:

التطعيم المبكر للمولود بجرعة واحدة من لقاح BCG، يعطى في الجلد في أعلى الكتف الأيمن، يحتوي اللقاح على بكتيريا عضوية حية مضعفة.

3- **شلل الأطفال:** مرض معدي يسببه أي من ثلاثة أنواع من الفيروسات.

أ- أعراضه:

- فقدان الحيوية.
- ارتفاع طفيف في درجة الحرارة.
- إلتهاب خفيف في المسالك الهوائية العليا مع زكام وألم في الحلق.
- إسهال عاد مع صداه، تصلب الرقبة، ألم في عضلات الأطراف.

وللوقاية منه لابد من تطعيم الأطفال في سن مبكرة بلقاح عن طريق الفم بدءا بالجرعة التمهيدية عند الولادة وتليها 3 جرعات أساسية متتالية بفارق شهر بين الجرعة والأخرى، ويحتوي عذا اللقاح على ثلاثة فيروسات شلل الأطفال الحية المضعفة.

4- الحصبة:

من أعراض مرض الحصبة:

- ارتفاع مفاجئ في درجة الحرارة.
- إحمرار العينين والعسال.

- ظهور طفح جلدي مميز على كل الجسم يبدأ بالوجه.

رابعا: مظاهر العناية بصحة الأطفال.

إن الوقاية هي السبيل الوحيد للعناية بصحة الطفل، فحسب المثل العربي القديم "درهم وقاية خير من قنطار علاج"، فالوقاية توفر عناصر المرض بالنسبة للطفل والتكاليف الباهضة بالنسبة للأسرة، وحتى يتحقق هذا يجب مراعاة المسائل التالية:

1- الغذاء الصحي:

يلعب الغذاء الصحي دوراً هاما في نمو الطفل، فهو يزود الجسم بالطاقة التي يحتاج إليها للقيام بنشاطه سواء كان هذا النشاط داخليا أو خارجيا بدنيا أم عقليا ونفسيا.

كما يلعب الغذاء أيضا دور هام في إصلاح الخلايا التالفة وإعادة بنائها وفي تكوين خلايا جديدة وفي زيادة مناعة الجسم ضد بعض الأمراض ووقايته منها.

واهم العناصر الغذائية التي يحتاج إليها الطفل لكي ينمو هي المواد السكرية والنشوية والمواد البروتينية الحيوانية والنباتية والمواد الدهنية والأملاح المعدنية والفيتامينات والماء، فالماء هو الوسيط الذي تحدث فيه التفاعلات والعمليات الكيميائية الحيوية كالهضم مثلا.

إن الغذاء الصحي هو الغذاء الصالح كما وكيفا بمعنى أن يكون كافيا في مقداره ومتزنا في تركيبته بحيث يشمل على العناصر الغذائية الأساسية السابقة الذكر اشتمالا متكاملا متناسبا[1].

فقلة كمية الطعام على الحد المعين اللازم لنمو الطفل أو عدم تنويع الوجبات أو الإفراط في الاعتماد على بعض العناصر الغذائية دون الأخرى كل ذلك من شأنه أن يضعف الجسم ويقلل من مقاومة الطفل للأمراض بصفة عامة، كما يقتضي إلى إصابته سوء التغذية بصفة خاصة التي تؤدي إلى تأخير نمو الطفل.

كما أزهرت دراسات طويلة أجريت حديثا في جامبيا وبنغلاديش أن تلوث الأطعمة المؤدي إلى أمراض الاسهال يتزايد كثيرا عندما يستنفذ وقت الأم بمتطلبات مفرطة، ومن المعروف أن التغيرات الموسمية لالتهابات المعدة والامعاء في البلدان النامية تتبع في وبائيتها السنوية مواسم تكاثر ذباب المنازل، عندما تساعدها الأحوال الجوية على سرعة التولد، فتلوث الأطعمة وزجاجات الرضاعة، وفي جانبا نجد أن قمة مواسم الاسهال تتقف مع قمة المواسم التي تنشغل بها الأم خارج المنزل، وفي مثل هذه الأوقات يتم إطعام الصغار كيفما اتفق، فكثيرا ما يترك الأطفال مع زاد من ثريد الشوفان أو العصائد الخفيفة مدداً تتراوح بين

[1]- خليفاوي فهيمة: مرجع سابق، ص ص 75-76.

8 و9 ساعات في صحية خادمة صغيرة أو إخوة أكبر، وطعام الوجبة المسائية يكون في العادة مجهزا في الليلة التي تسبقها، وهكذا يكون قد خزن 24 ساعة بدون تبريد فيصبه التلوث.

مما سبق يظهر جليا أنه إذا كان النساء أن يشاركن بفعالية الرعاية الصحية الأولية فمن المهم العناية بتوفير الوقت الكافي لقيامهن بالمهمة، وبالإضافة إلى تقريب مصادر المياه إلى ديارهن، فإنه ينبغي إدخال الأدوات الموفرة للوقت والجهد إلى المنزل أيضا.

2- الرضاعة الطبيعية:

تشير التقديرات الإحصائية إلى أن الرضاعة الطبيعية تساهم في المحافظة على حياة ستة ملايين من الأطفال الرضع كل سنة، فالرضع الذين يتغذون بزجاجة الإرضاع غير المعقمة التي تحتوي عادة على مسحوق الحليب المجفف بالماء الغير النقي هم الأكثر عرضة للوفاة في فترة الطفولة[1].

ولقد ثبت أن الأطفال الرضع الذين تتم رضاعتهم رضاعة طبيعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر يعتبرون وبدرجة كبيرة أقل عرضة للإصابة بالأمراض والوفاة نتيجة الإصابة بأمراض الإسهال والعدوى الحادة والخاصة بالجهاز التنفسي وأنه إذا ما تم تشجيع الأمهات على الاعتماد فقد في تغذية أطفالهن الرضع من الثدي خلال الستة أشهر الأولى من حياتهم، فإن ذلك يؤدي إلى المحافظة على حياة عدد من الأطفال يصل إلى ما بين مليون ومليوني طفل سنويات، وهذا بالإضافة إلى ما يتمتع به حليب الأم من مزايا وقائية ومناعية فإنه يحتوي على كل العناصر الغذائية المثالية واللازمة لنمو الطفل في الستة أشهر الأولى من نموه.

كما تؤدي الرضاعة الطبيعية إلى تحسين صحة الام وهذا من خلال ممارسة تنظيم الأسرة الشيء الذي يساعدها على العناية الجيدة بصحة طفلها في سنواته الأولى.

فالرضاعة الطبيعية لا تساهم فقط في انقاذ أرواح الأطفال والمحافظة على صحتهم به تحقق وفراً ماليا للوالدين وللمؤسسات الصحية في البلاد.

3- التطعيم:

وتشمل الرعاية الصحية تمكين الطفل من أفضل نمو جسمي وعقلي ونفسي فحسب، بل تشمل إلى جانب ذلك وقايته من الأخطار التي تهدد صحته وخاصة الخطر الجرثومي، هذا الخطر الذي قد يصيبه وهو في رحم أمه، وهذا من خلال إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الزهري أو الكسوبلازموز، وقد يصاب من ناحية أخرى أثناء المخاض والولادة عن خروجه من الرحم وتلوثه بالجراثيم الموجودة في المسالك

[1]- هيلينا بيزوركي: الفونسومجيا وآخرون: **المرأة وتقديم الرعاية الصحية**، ط1، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1989، ص 23.

التناسلية، وقد يصاب من ناحية ثالثة بعد الولادة بسبب انتقال العدوى إليه من المحيط بفيروسات أو جراثيم عديدة.

وتكون المناعة من الأمراض إما طبيعية توجد في الطفل منذ الولادة إلا أنها سرعان ما تتلاشى بعد الشهر الرابع والخامس من العمر أو مكتسبة وتكون بإحدى الوسائل التالية:

- الإصابة بالمرض المعدي.
- المقاومة التدريجية التي تنشأ نتيجة الاتصال المباشر المستمر بالجراثيم وإفرازاتها إذا كان عدد الجراثيم غير كافي لإحداث المرض.
- وقد تكون بالتطعيم أو التحصين[1].

ويتم التحصين باستعمال اللقاح وهو إعطاء الجرثومة أو فيروس المرض المنوي التلقيح ضده وذلك بشكل حي ومخفف كيميائيا أو بشكل فيروسات وجراثيم ميتة ومن خلال معالجتها بالأدوية الكيميائية أو خلاصة هذه الميكروبات والنتيجة هي التواصل لدفع الجسم لتوليد وخلق أجسام مضادة لهذه الامراض تكسب الجسم مناعة معينة مختلف بين مرض وآخر.

لذلك فإن اللقاح لا يسبب مرضا بل أجساما مضادة للمرض وهذا التفاعل قد يسبب بعض العوارض الحساسة كالحرارة والانزعاج...

4- النظافة:

إن النظافة من الشروط الأساسية لنمو الطفل، فهي تحميه من المرض والأوبئة كما أنها تنشط أعضاء الجسم الرئيسية كالقلب والأعصاب وتشمل النظافة نظافة الجسم والأكل والثياب والبيت والمحيط الذي نعيش فيه ونظافة المياه المستعلمة كذلك توفر شبكات الصرف الصحي.

وتتجسد النظافة مثلا بغسل اليدين بالماء والصابون قبل البداية في تحضير الطعام للطفل وتغلية الحليب جيدا وعدم تقديمه للطفل طازجا، كذلك المحافظة على نظافة قارورات الرضاعة بتغليتها قبل كل رضعة وكذلك تجنب إعطاء المصاصة التي هي في محل الاوساخ وغسل الخضر والفواكه جيداً وتعقيمها بقطرات ماء جافيل قبل تقديمها للطفل.

كما تتجسد النظافة في تشريك الطفل في المحافظة على البيت والمحيط الذي نعيش فيه وتنظيف الجسم والمثابرة على ذلك.

فالنظافة تقتضي إمكانيات قد لا نجدها في البيئات الفقيرة وإن وجدناها فهي قليلة[2].

---

[1]- خليفاوي فهيمة: مرجع سابق، ص ص 92-94.

[2]- المرجع نفسه، ص 96.

ذ- العوامل التي تؤثر في النمو للطفل:

هناك عدة عوامل تؤثر في النمو ويتمثل أهمها فيما يلي:

1- الوراثة:

الوراثة هي انتقال السمات من الوالدين إلى أولادهما، وتنتقل الوراثة إلى الفرد من والديه وأجداده وسلالته، والدراسات الخاصة بالوراثة تبين أن الإمكانيات الكامنة هي التي تورث.

وتهدف الوراثة إلى المحافظة على الصفات العامة للنوع والسلاسة والأجيال وإلى أن يحمل غالبية النسل الصفات القريبة من المتوسط، فالوالدان اللذان يتصفان بالطول قد يأتي طفلهما أطول من الطفل العادي ولكن أقصر من والديه، والعكس بالنسبة للوالدان اللذان يتصفان بالقصر.

والخصائص الوراثية تنتقل للفرد من والديه عن طريق الجينات التي تحملها الكروموزومات التي تحتويها البويضة الانثوية المخصبة، وتتأثر الجينات نفسها بعدة عوامل منها تأثرها وتفاعلها مع المواد التي تصل إليها من البيئة الخارجية التي تحيا فيها الخلية، وقد تؤدي هذه العملية إلى تغير في إحدى الجينات فتنشأ صفات وراثية جديدة[1].

ولا يلزم أن يشبه الطفل والديه دائما وذلك بوجود سمة وراثية متنحية من جيل سابق وراء السمة السائدة، وتختلف الصفات الوراثية باختلاف الجنس ذكراً كان أم أنثى، فالصلع مثلا من الصفات الوراثية المرتبطة بالجنس، والتي تظهر فقط في الذكور عند البلوغ ولا تظهر عند النساء.

ومن الصفات الوراثية الخالصة لون العينين وعمى الألوان ولون الجلد ولون ونوع الشعر، وفصيلة الدم وهيئة الوجه وملامحه، وبعض الأمراض التي تنتقل بالوراثة مثل البول، السكري...

2- العوامل البيئية:

فبيئة الانسان الأولى هي رحم الأم غير المعزولة عن البيئة الخارجية، فالجنين يتأثر ببيئة أمه الخارجية.

تبدأ عملية الحمل من وقت التصاق البويضة بجدار الرحم وتنمو خلايا خاصة من الجنين فتتكون أربعة أغشية جينية، 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 ومن المشاكل الصعبة التي تواجه الأم والتي تُؤثر على الطفل ما يلي:

---

[1]- مديحة الخضري: **موسوعة الطفل الصحية: من مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001، ص ص 28-29.

أ- 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 شيوعاً أثناء الحمل.
- التهاب الفطريات: تعود كثرة الالتهابات الفطرية 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 إلتهاب الفطريات على الطفل هي انتقالها إلى الوليد خلال عملية الولادة مما يؤدي إلى ظهور فطريات في فمه.

ب- السكري:

من المستبعد جداً أن تحمل مريضة السكري دون السيطرة عليه بالعلاج أما إذا حملت دون علاجه فسوف تكون حياتها وحياة جنينها عرضة للخطر، ويتم الكشف عن مرض السكري بإجراء فحص البول بحثا عن السكري بشكل روتيني عند زيارة الحامل للعيادة، فالمشكلة الحقيقية التي تواجه الحامل هي المقدرة على السيطرة الدقيقة على حالة السكري أثناء الحمل.

يتم علاج الأم الحامل بتعاطيها مادة الأنسولين، وذلك باستعمال عيار لكمية الغذاء وكمية الدواء، وذلك لأن علاج السكري بدقة قد يؤدي إلى الإجهاض أو التسمم الحملي، أو قد يهدد بولادة مبكرة وقد يتسبب عند الجنين تشوهات خلقية، أو يعرضه للموت داخل الرحم.

ج-سوء التغذية:

يساعد الحصول على الغذاء الصحيح والمناسب في أثناء فترة الحمل على تأمين الصحة الجيدة للجنين، فيحتاج الجنين في رحم أمه إلى عدة أنواع من الأغذية والمعادن لنموه ونضجه، ويوجد معظمها في الغذاء العادي الذي يجب أن يحتوي على:

- كمية كافية من البروتينات.
- كمية معتدلة من النشويات.
- كمية كافية من الخضر والفواكه ومن السوائل والدهنيات[1].

[1]- مديحة الخضري: مرجع سابق، ص 30.

د-فقر الدم:

ويقصد به فقر الدم الحقيقي الناتج عن نقص مادة الحديد وقد يكون سببا لإفتقار طعام الحامل لهذه المادة أو عن افتقار السائل المعدي لحامض الهيدروكلوريد الذي يجعل امتصاص الحديد ممكنا أو عن مشاركة الجنين أمه لكمية الحديد التي في دمها.

ومن العوامل التي تؤثر على نمو الطفل أيضا الأمراض المعدية التي تتعرض لها الأم أثناء فترة الحمل كالحصبة الألمانية والكزاز وغيرها من الأمراض المعدية التي تؤثر على صحة الطفل والأم.

وأيضا علاجات الغدة الدرقية حيث تؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية للجنين إذا استعملتها الحامل في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل، ولذا فإنه يحبذ عدم استعمالها طيلة مدة الحمل، إلا أنه يمكن استعمالها في فترة الحمل الأولى.

3- التغذية:

إن لتغذية الأم أثناء الحمل أثراً كبيراً على حالة الطفل والأم عند الولادة، وفقد أثبتت الدراسات أن سوء التغذية أثناء الحمل إلى بعض حالات التسمم وإلى ولادة طفل غير تام النمو.

4- أعمار الوالدين:

تؤثر أعمار الوالدين في نمو الطفل، وقد دلت معظم الأبحاث إلى ذلك، فالأطفال الذين يولدون من زوجين يختلفون عن الأطفال الذين يولدون عن زوجين جاوزا مرحلة الشباب إلى الشيخوخة، فالأزواج الشباب ينتجون أطفال أكثر حيوية وأطول عمراً وأصحّ تفسيا من أولئك الذين يولدون لأزواج قاربوا الشيخوخة وأوضح مثال على ذلك المنغولية فهي تعزى في كثير من الدراسات إلى كبر سن الأم عند الحمل خاصة بعد سن الأربعين[1].

[1]- مديحة الخضري: مرجع سابق، ص 30.

خامسا: التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية في تقديم الرعاية اللازمة للأطفال.

1- العوامل ذات الطابع الاجتماعي والاقتصادي:

أ- عمل المرأة خارج المنزل:

مع التغيرات والتحولات التي عرفها المجتمع تعددت أسباب ودوافع خروج المرأة للعمل خارج المنزل، فهي مرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بالإضافة إلى للسياسة العامة البلاد، والجانب التشريعي المتعلق بوضعية المرأة وحقوقها كما ترتبط بشكل أدق بجملة الظروف الأسرية التي تحيط بالمرأة.

فالمرأة تخرج للعمل إما لتأكيد ذاتها وثبات شخصيتها ورغبتها في الحفاظ على مستوى معيشي مرتفع، أو اضطرارها للكفاح مع زوجها في مواجهة مشقة الأحوال بالحصول على قدر من المال يزيد من دخل الأسرة، ويمكن ان تتحمل أعباء الأسرة لوحدها في حالات مختلفة مثل الطلاق، وفاة الزوج.

فخروجها للعمل ضرورة ألزمتها الحاجات المتزايدة للمجتمع الصناعي، فالظروف المعيشية والاقتصادية التي تعيشها الأسرة الحديثة أجبرت المرأة على العمل.

كما توصل الباحث "فاروق عطية" في دراسته حول عمل المرأة في الجزائر إلى أن تطور مكانة المرأة يكون مرهون بخروجها للعمل وحصولها على مدخول خاص يجعلها تملك وعيا بذاتها، لكن هذا الخروج خلق لها انعكاسات سلبية سواء عليها أو على أسرتها.

ومن بين الانعكاسات على الأولاد نجد الفطام المبكر، حيث تختلف ظروف عمل المرأة من مهنة لأخرى وعدد ساعات العمل ومدى توافر دور الحضانة في مكان العمل.

ولكن تضطر الأم المرضعة إلى الفطام المبكر، حيث أن عدد كبير من الأمهات العاملات يفطمن أولادهم في وقت مبكر بسبب غيابهم الطويل في العمل مما يقلل من فترات الرضاعة.

كما نجد أيضا من بين الانعكاسات على الأبناء فقدانهم الحنان والرعاية فتوفير الوقت الكافي لرعاية الطفل المولود حديثا يعد أمراً مهماً، فهناك ما يزيد عن 100 دولة في العالم المتقدم تسمح بانقطاع الأم عن العمل مع احتفاظها بالراتب والمنصب لفترة لا تقل عن 6 أشهر[1].

ب-جهل الام بالتربية الصحية الصحيحة:

معظم الآباء والأمهات يحبون أبناءهم، لكن الحب وحده لا يكفي فهو لا يمكن أن يغني مكان العلم أو يكون مقامه.

[1]- خليفاوي فهيمة: مرجع سابق، ص ص 64-68.

فجهل الآباء والأمهات لا يظهر في تدليل الطفل أو التغاضي عن أخطائه وإنما يظهر في صور أخرى مثل عدم معرفة الآباء بمتطلبات النمو السليم في مراحله المختلفة.

إن جهل الأم في تقديم الرعاية الصحية للطفل يترجم بانخفاض مستواها التعليمي والثقافي وقلة وعيها بالأمور الصحية للتربية السليمة للطفل، فالتعليم مهم جداً في الحياة، لكنه يعتبر جوهري بالنسبة للفتاة، إذ يعمل على تطوير قدراتها وتمكينها وبالتالي تصبح أكثر وعيا، فتعليم الفتات هو المفتاح لضمان الصحة المحسنة للأم والطفل وللتنمية المجتمع والنمو الاقتصادي.

فكلما زاد تعليم الأمهات زادت صحتهن وصحة أطفالهن.

فالأسرة التي تعيش في دوامة من الجهل ولا يوجد عندها رصيد ثقافي يجعلها ممكنة من تقديم الرعاية الصحية اللازمة للطفل، يكون لها أثر كبير على صحة الطفل وتكون مظاهر الجهل بادية على كيفية تعاملها مع أطفالها[1].

ج- عامل الفقر والتفاوت الصحي للأطفال:

ينبغي أن تتاح للأطفال إمكانية بلوغ مستوى مثالي من النمو الجسدي والتنفسي، حيث يعتمد مستقبل المجتمعات البشرية على الفرص المتاحة أمام الأطفال لبلوغ مستوى مثالي من النمو الجسدي والنماء النفسي ولم يحدث قط من قبل توافر هذا الكم من المعارف مثلما هو متاح الآن لمساعدة الأسرة والمجتمعات في رغبتهم في تنشئة الأطفال.

ويعتبر الفقر السبب الأساسي للمعدلات المرتفعة لوفيات الأطفال وأمراضهم وعدم بلوغهم للمستوى المثالي من النمو النفسي والجسمي.

فحسب النتائج التي توصل إليها تقرير 2005 حول الأطفال أن هناك أكثر من طفل بين الأطفال لا يحصلون على مأوى ملائم، وطفل من كل خمسة أطفال لا يتوفر لهم مياه ملائمة للشرب، وطفلا من بين 7 أطفال لا تتوفر له إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية وأكثر من 6% من الأطفال يفتقرون للتغذية[2].

[1]- خليفاوي فهيمة: مرجع سابق، ص ص 69-70.

[2]- المرجع نفسه، ص 80.

ولقد عرفت منظمة الأمم المتحدة الفقر على أنه حالة إنسانية تتصف بالحرمان المستدام أو المزمن من الموارد والقدرات والخيارات والأمن والقوة اللازمة للتمتع بمستوى معيشي ملائم وبالحقوق المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية، فالفقر يضر بالنمو العقلي والجسدي والعاطفي والروحي للطفل[1].

وأي ضغط يتعرض له الفرد في سن مبكرة كالحرمان الاجتماعي والاقتصادي والخلل في الرعاية والقسوة في التربية يسبب له صعوبات في السنوات اللاحقة تصل إلى حد الإصابة بأمراض مزمنة.

وضعت منظمة الصحة العالمية استراتيجية للحد من الفقر، حيث أنها إطار للتنمية الوطنية عبر جميع القطاعات يتم تصميمه وتنفيذه وفق الحكومة ومن بين المبادئ الأساسية التي ترتكز عليها استراتيجية الحد من الفقر، إذ يجب أن تكون موجهة نحو النتائج، مع أهداف للحد من الفقر تكون ملموسة.

يجب أن تكون شاملة وتدمج بين عناصر الاقتصاد الكلي والقطاعات الاجتماعية[2].

د-الحجم الكبير للأسرة:

تعودت المرأة في المجتمع التقليدي على إنجاب عدد كبير من الأطفال، لكن في الآونة الأخيرة عرفت خصوبة المرأة تراجعاً كبيراً وهذا بفضل ارتفاع المستوى التعليمي وخروج المرأة للعمل، كما أنه توجد أسر أخرى لا تزال تحبذ الحجم الكبير للأفراد.

لكن رعاية الطفل وكذا المستوى المعيشي للأسرة يتأثر إلى حد بعيد بعامل الدخل وتوزيعه بالعدل على جميع أفرادها، لسد حاجاتهم من لباس وطعام وتعليم وعلاج وغيرها من المصاريف التي تستدعيها الرعاية والتربية السليمة للطفل.

فالعلاقة التي تربط بين حجم الأسرة وبين التغذية والصحة تشكل عوامل تستدعي الاهتمام عند دراسة نمو الطفل وحالته الصحية فتعيش العائلات الواسعة ذات الإمكانيات المحدودة خطورة هذه العلاقة فتتجه هذه العائلات إلى التركيز على جانب الكم وإهمال جانب النوع في الأغذية التي توفرها للطفل.

فالمباعدة بين الولادات لها فوائد صحية على الأم والطفل والقرآن الكريم حث على ذلك في قوله تعالى: "والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة"[3].

---

[1]- اليونسيف: **وضع الأطفال في العالم سنة 2005، الطفولة المهددة**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الأردن، 2005، ص16.

[2]- منظمة الأمم المتحدة: **حقوق الانسان والصحة واستراتيجية الحد من الفقر**، المكتب الإقليمي للشرق الأوس"، 2010، ص 10.

[3]- سورة البقرة، الآية 233.

لقد تبين أن الحالة الصحية للأم أثناء الحمل تؤثر على صحة الجنين ونموه داخل الرحم والأم تحتاج ما لا يقل عن ثلاث سنوات بعد ولادتها حتى تصبح مستعدة لحمل جديد.

فعندما تكون فترات الحمل متقاربة فهذا يؤدي إلى عدم حصول الجنين على التغذية الكافية للنمو[1].

2- تأثير العامل البيئي على الرعاية الصحية للطفل:

تعرف البيئة على أنها كل ما يحيط بالإنسان من عوامل طبيعية وحيوية واجتماعية، والعوامل الطبيعية إما أن تكون طبيعية مثل الهواء والماء والتربية والمناخ وإما أن تكون من صنع الانسان مثل المدن ووسائل المواصلات والمصانع وغيرها ويستمد الانسان من بيئته ضروريات بقائه حياً وأسباب رفاهيته.

كما يستخدم الانسان البيئة كمصدر يأخذ منه ما يحتاجه من طعام وماء وهواء، ففي القديم كان هناك توازن بين حاجات الانسان وقدرات البيئة، حيث أن عدد السكان كان قليلا مقارنة بالوقت الحالي واحتياجاتهم محدودة كانت البيئة قادرة على امتصاص الضغوطات المتزايدة وتوفير العناصر الرئيسية للحياة.

أما الصحة فهي كلمة شائعة تستعمل للتعبير عن نوعية الحياة، كما ترتبط صحة الفرد بصحة أسرته ومجتمعه، فالأم المريضة بمرض معدٍ يمكن أن تنقل المرض إلى طفلها.

3- تأثير العوامل البيئية على صحة ونمو الطفل:

إن البيئة هي الحاضنة الأساسية الكبرى للإنسان وهي التي تؤثر وتتأثر به، فكلما حافظ الانسان على البيئة بفطرتها الأولى كان المردود الإيجابي على صحته ونموه وتطوره عاليا، وعلى النقيض من ذلك كلما أفسد الانسان البيئة أثر ذلك بالسلبية والضرر على حياته بكل تفاصيلها وأهمها الصحة والمستوى المعيشي.

ويتعرض الطفل للبيئة بمجرد ولادته ويخضع بدرجات متفاوتة لتأثير العوامل البيئية المختلفة، ويتأثر الطفل بالبيئة نظراً للتكوين الرهيف للطفل وضعف قدراته الجسدية والذهنية مقارنة بالبالغين فإن تأثيرات البيئة السلبية تكون أشد بكثير على الطفل مما هو عليه الحال بالنسبة لمن هم أكبر منه عمراً.

والأطفال يتأثرون بصفة خاصة بتلوث الهواء والمواد الكيميائية الخطرة وتغير المناخ وعدم كفاية المياه وخدمات الصحة والنظافة وفي كل عام تؤدي المخاطر البيئية مثل تلوث الهواء في الأماكن المغلقة والأماكن المفتوحة والمياه والإصحاح غير المأمون إلى وفاة 1.7 مليون طفل دون سن الخامسة من العمر أي 26% من وفيات الأطفال.

ويشكل التغيير في البيئة والمناخ تهديداً مباشراً لقدرة الطفل على البقاء والنماء والازدهار.

[1]- خليفاوي فهيمة: مرجع سابق، ص 86.

وقد اخذت الظواهر الجوية القصوى، من قبيل الأعاصير وموجات الحر تتزايد في تواترها وشدتها وهي تهدد حياة الأطفال وتدمر الهياكل الأساسية الحيوية لعافيتهم، كما تتسبب الفيضانات بإضعاف مرافق المياه والصرف الصحي، مما يقود انتشار الأمراض من قبل الكوليرا وهي تمثل خطراً داهما على الأطفال بصفة خاصة[1].

تعد صحة الطفل من أهم المشاكل التي تتعرض لها بلدن العالم وبلدان الوطن العربي، حيث أن نسبة الوفيات كانت مرتفعة ومع التقدم والتطور في مجال رعاية الطفل وتكثيف الاهتمام بالطفل بدأت في التراجع، كما أن فترة التسعينات عرفت تحسنا ملحوظا للحالة الصحية للطفل بفضل التغطية التحصينية للأطفال كما أن بلدان العالم في ظل هذا التطور وجدت الحلول للمشاكل الصحية للأطفال.

[1]– منظمة الصحة العالمية: **عشر حقائق عن صحة الأطفال البيئية**، 2017، متاح على الخط، على العنوان: http://www.who-int/Features/Factfiles/chilfren-enevironnemental/relth/ar/.، تاريخ الزيارة: 2021/03/21، على الساعة 16:11.

الفصل الرابع: الوضعية الصحية للأطفال والعوامل المؤثرة فيها:

أولا: تفريغ وتحليل البيانات

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.

ثالثا: مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة.

رابعا: النتائج العامة.

أولا: تفريغ وتحليل البيانات

1_ تفريغ وتحليل البيانات الخاصة بالانتماءات الاقتصادية والاجتماعية للأسر

الجدول رقم (04): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مهنة الأم

المهنة	التكرار	النسبة المئوية
عاطلة	20	%67
أساتذة	8	%27
متعاقدة	2	%7
المجموع	30	%100

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الأمهات العاطلات عن العمل كبيرة وذلك بنسبة 67%، وهذا يدل على نسبة كبيرة من المبحوثات لا يساهمن في دخل الأسرة مما يؤثر على المستوى المعيشي والاقتصادي للأسرة، فيكون الاعتماد على مصدر مادي واحد للأب (إذا كان موظف).

أما النسبة الثانية تقدر بـ 27% وتعبر عن الأمهات اللواتي يمتهن التعليم و7% من الأمهات متعاقدين وهذا يحسن المستوى المعيشي للأسرة والمستوى الاقتصادي.

الجدول رقم (05): يوضح توزيع عينة البحث حسب متغير المهنة للأب

الجنس	التكرار	النسبة المئوية%
بطال	4	%13
فلاح	3	%10
تاجر	5	%17
أستاذ	3	%10
عون أمن	3	%10
مدير	1	%3
موظف إداري	1	%3
محاسب	1	%3
عامل في القطاع الخاص	1	%3

عامل في وزارة الدفاع الوطني	3	%10
عامل في وزارة الدفاع الوطني	5	%17
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (05) نلاحظ أن أغلبية المبحوثين الآباء موظفين أو لهم دخل، توزعت نسبهم بين 17% لكل من التقاعدين والتجار، وتليها 10% لكل من الفلاح والأستاذ وعون الأمن وموظف وزارة الدفاع.

أما بقية النسب فكانت نسبة 3% لكل من المدير، الموظف الإداري والمحاسب.

في حين نسبة 13% من الآباء لا عمل لهم مما يعني عدم وجود دخل أسري من طرف الآراء مما يؤثر سلبا على المستوى المعيشي، بما في ذلك تدني الخدمات.

الجدول رقم (06): يبين الدخل الشهري للأسرة

الجنس / الدخل الشهري	الآباء		الأم		المجموع	
	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية%	التكرار	النسبة المئوية%
20000-10000	9	%34	2	%20	11	%54
30000-20000	7	%27	2	%20	9	%36
40000-30000	2	%8	1	%10	3	%18
40000 فأكثر	8	%31	5	%50	13	%81
المجموع	26	%100	13	%100	19	%100

يتضح من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة من الآباء دخلهم الشهري يتراوح ما بين 10000 دج و20000دج كون أغلبتهم يمارسون معن بسيطة مثل وظائف حكومية أعمال حرفية أو بعض المتقاعدين من الجيش الوطني أو بعض التجار وأعوان الامن وعمار في القطاعات الخاصة وبعض المتقاعدين والفلاحين، أما نسبة 31% تمثل أفراد العينة من الآباء الذين يتراوح راتبهم الشهري من

40000 دج فأكثر وهم موظفين وأساتذة ومدير مؤسسة ومحاسبين وعمال بوزارة الدفاع الوطني، ثم تليها نسبة 27% وهي تعبر عن أفراد العينة التي يتراوح دخلهم الشهري ما بين 20000 دج و300000 دج وهم بعض الفلاحين والتجار وأعوان الأمن، وأقل نسبة من بين 26% مبحوث من أفراد العينة (30) هي 8% وهي فئة الآباء الذين يتراوح رابتهم الشهري بين 30000 دج و40000 دج وهم من يمتهنون أعمال حرة.

أما بالنسبة لفئة الأمهات فهناك (10) مبحوثات أجابوا من بين (30) لأن البقية لا يعملون وأن أغلب الأفراد العينة المبحوثة من الأمهات دخلهم الشهري يتراوح ما بين 40000 فأكثر بنسبة 50% وهن عبارة عن أساتذة، تيها الفئة ما بين 10000 دج و20000 دج و20000 دج و30000 بنسبة 20% وهن متعاقدات (الكونترا) تليها نسبة 10%.

ومنه أكبر نسبة 81% تمثل (13) مبحوث بين الام والأب دخلهم الشهري من 4 مليون فأكثر مما يدل على أن الدخل الشهري لنسبة معتبر من المبحوثين جيد مما يعكس مستوى اقتصادي جيد.
ونسبة 54% بين الأب والأم دخلهم ما بين مليون ومليونان وبقية النسب توزعت بين مليونان وأربعة ملايين بقيمة 36 و13 وهو دخل جيد بالنسبة للأسر الجزائرية.

الجدول رقم (07): يوضح عدد العاملين في الأسرة

عدد العاملين في الأسرة	التكرار	النسبة المئوية%
1	19	%63
2	9	%30
3	2	%7
المجموع	30	%100

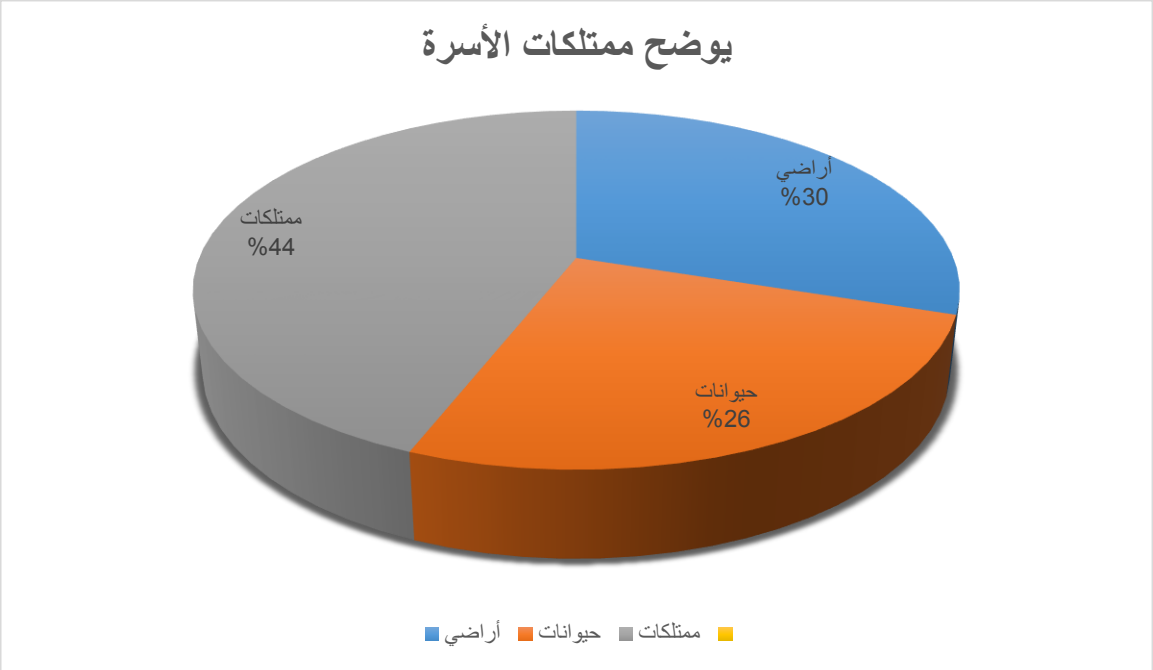
يشير الجدول رقم (07) إلى أن الفئة التي يعمل فيها شخص واحد فقط سجلت أعلى نسبة من العينة المبحوثة بقيمة 63% ويمكن أن تعبر عن الأسر التي يعمل فيها الأب فقط، ثم نسبة 40% وتعبر عن الفئة التي يعمل فيها شخصان وغالبا ما يكون الأبوان.

أما نسبة 7% هي أقل نسبة وتعبر عن الأسرة التي يعمل فيها ثلاث أشخاص، وغالبا ما يكون الشخص الثالث هو أحد الأبناء وهذا من أجل الوضع المعيشي الجيد.

الجدول رقم (08): يوضح ممتلكات الأسرة

ممتلكات الأسرة	التكرار	النسبة المئوية%
أراضي	8	%30
حيوانات	7	%26
سيارات	12	%44
المجموع	27	%100

الشكل رقم (01): يوضح ممتلكات الأسرة

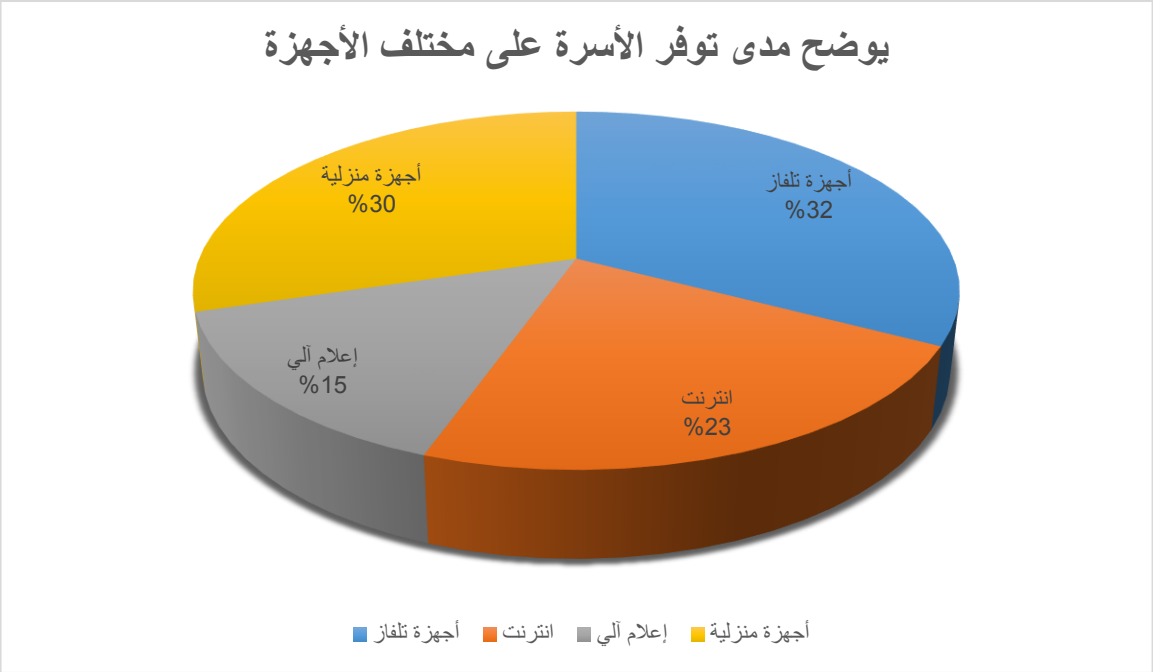


يتضح من خلال الجدول رقم (08) والشكل رقم (01) أن أكبر النسب سجلت في الفئة التي تمتلك سيارات بنسبة 44% من ضمن (30) أسرة يوجد (27) أسرة لديهم سيارة في المنزل، تليها نسبة 30% لديهم أراضي و26% لديهم حيوانات، وكل هذه الممتلكات من أجل تحسين المستوى المعيشي للأسرة من أجل توفير خدمات صحية ملائمة للطفل في حالة مرضه. وكل هذا يعكس المستوى الاقتصادي للأسرة.

الجدول رقم (09): يوضح مدى توفر الأسرة على مختلف الأجهزة

مدى توفر الأسرة على مختلف الأجهزة	التكرار	النسبة المئوية%
أجهزة التلفاز	30	%33
الأنترنت	20	%23
الإعلام الآلي	14	%15
أجهزة منزلية	28	%30
المجموع	92	%100

الشكل رقم (02): يوضح مدى توفر الأسرة على مختلف الأجهزة



من خلال الجدول رقم (09) والشكل رقم (02) تبين أن الأسرة الجزائرية تحاول قدر الإمكان توفير مختلف الأجهزة المنزلية التي تتماشى مع متطلبات الحياة وتتمثل في أجهزة التلفاز بـ 33% وأجهزة منزلية بنسبة 30% وتليها الأنترنت بنسبة 23% وأجهزة الإعلام الآلي بنسبة 15%. ومنه نوع الأجهزة وعددها يعكس المستوى المادي للأسرة.

الجدول رقم (10): يوضح انخراط الأسرة في الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	24	%80
لا	6	%20
المجموع	30	%100

يتبين من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة يستفيدون من الضمان الاجتماعي بنسبة 80%، وهذا سيخفف عبئا ثقيلا عن الأسرة المستفيدة فيما يخص تعويض مصاريف علاج الطفل، فيزيح عن الأسرة هاجس الخوف والقلق الناجم عن عدم قدرتها على دفع تكاليف العلاج في حالة مرض الطفل وهم يستفيدون من الضمان الاجتماعي لأن أغلبهم يمارسون مهنا في القطاع الحكومي.

أما نسبة 20% فتمثل الأسرة التي لا تستفيد من خدمات الضمان الاجتماعي وقد أكدوا أن عدم استفادتهم من الضمان الاجتماعي شكل عائقا على قدرتها في علاج الطفل خاصة وأن أغلب أرباب هذه الأسر يمارسون مهن حرة أو مؤقتة ويتراوح دخله بين 10000 دج و30000 دج وهو غير كاف للتكفل بمصاريف البيت بما فيها مصاريف العلاج ورعايته الصحية. وهذا يعبر عن مستوى اقتصادي متوسط.

الجدول رقم (11): يبين المستوى المعيشي للأسرة

المستوى المعيشي	التكرار	النسبة المئوية%
ضعيف	2	%7
متوسط	23	%76
جيد	5	%17
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ أن أكبر نسبة سجلت في فئة متوسطي المستوى المعيشي بنسبة 76% وهي نسبة كبيرة، وهذا راجع إلى خروج المرأة للعمل من أجل مساعدة الزوج في تحسين المستوى المعيشي، كما يمكن أن نجد الأب يتكمن أكثر من مهنة من أجل توفير مختلف متطلبات الحياة وهم متقاعدين ويمتهنون مهن أخرى إضافة إلى رابتهم.

وتقل إلى 17% وتعبر عن الفئة ذات المستوى المعيشي الجيد وتضم إطارات وزارة الدفاع الوطني والموظفين في المؤسسات الحكومية (سونطراك).

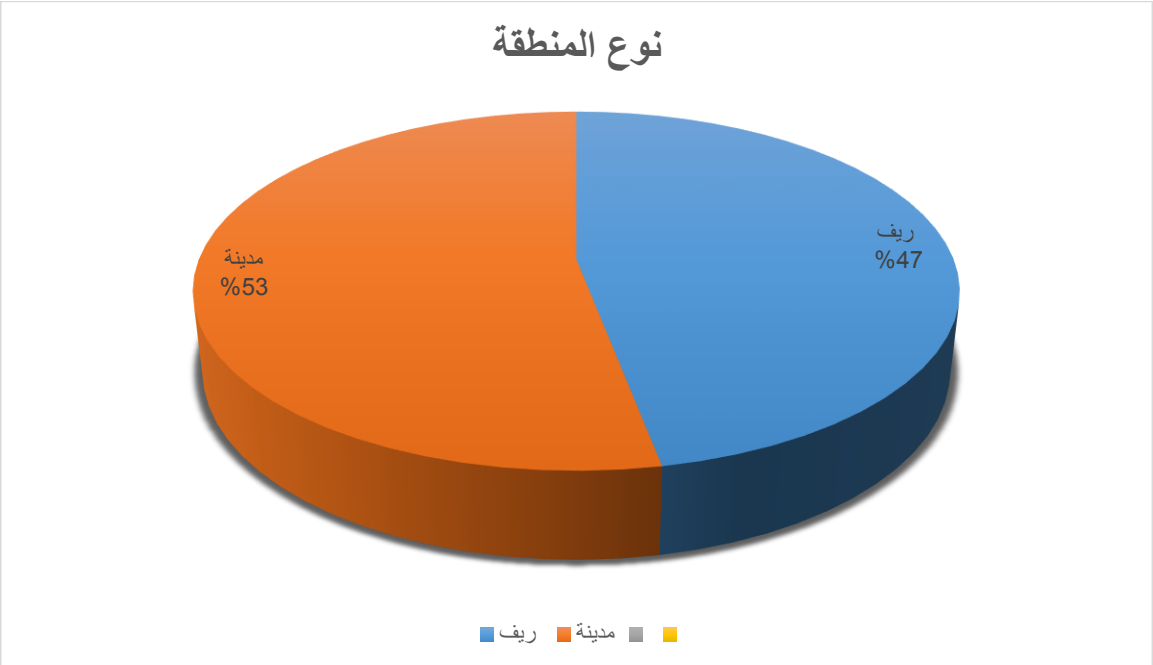
أما نسبة 7% تعبر عن الفئة ذات المستوى المعيشي الضعيف وتمثل الفلاحين أو من يمارسون مهن مؤقتة او مهن حرة.

وعليه فإن أغلبية الأسر الجزائرية تعيشي مستوى معيشي متوسط بين الحالات الغنية والفقيرة.

الجدول رقم (12): يوضح توزيع العينة حسب نوع المنطقة التي تقطن فيها الأسرة

نوع المنطقة	التكرار	النسبة المئوية%
ريف	14	%47
مدينة	16	%53
المجموع	40	%100

الشكل رقم (03): يوضح توزيع العينة حسب نوع المنطقة التي تقطن فيها الأسرة



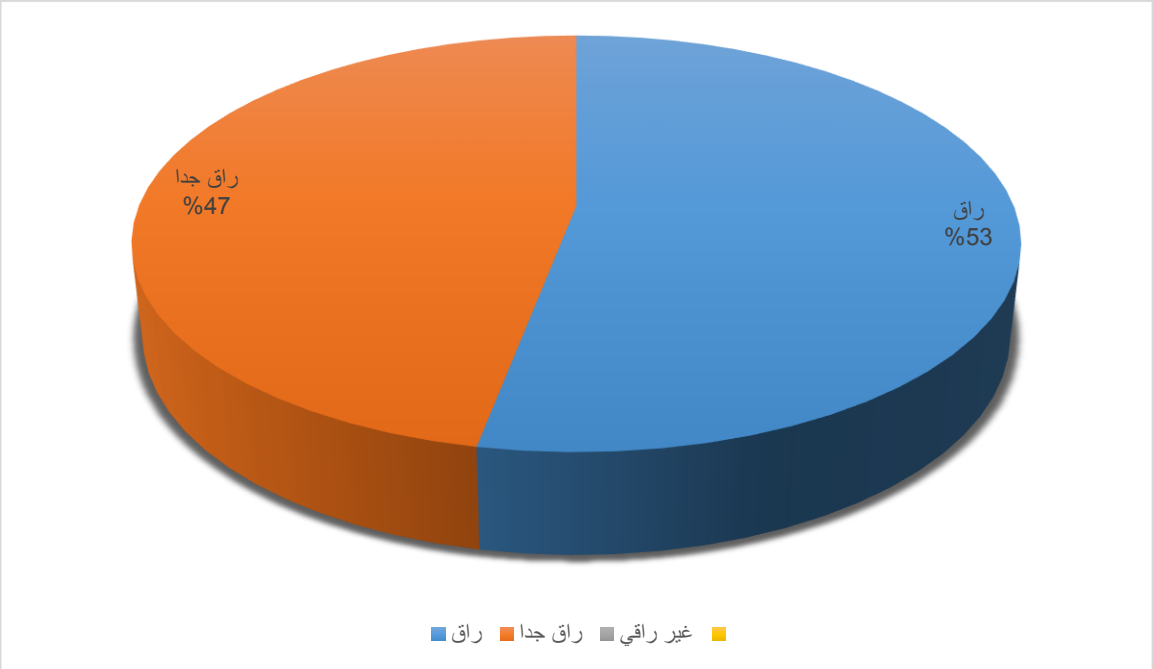
يتضح من خلال الجدول رقم (12) والشكل رقم (03) أن النسبة الأكبر من الأفراد العينة المبحوثة تقدر بـ 53% وهي تعبر عن الفئة التي تعيش في المدينة، مما يجعلهم على مسافة قريبة من المرافق الصحية في كل الفترات يمكنهم التنقل.

أما نسبة 47% تعبر عن الفئة التي نقطة في الريف وهي نسبة المبحوثين الذين يقطنون بعيدا عن كل المراكز والمستشفيات مما ينعكس سلبا على الأستاذة من الخدمات الصحية في كل الفترات.

الجدول رقم (13): يوضح توزيع عينة البحث حسب نوع الحي

نوع الحي	التكرار	النسبة المئوية%
راق	11	%37
راق جدا	3	%13
غير راقي	16	%50
المجموع	30	%100

الشكل رقم (04): يوضح توزيع عينة البحث حسب نوع الحي



يتبين من خلال الجدول رقم (13) والشكل رقم (04) أن أعلى نسبة سجلت في الفئة التي تعيش في حي غير راق بنسبة 50% وهي تمثل الأشخاص الذين يعيشون في الريف أو القوى بعيدا عن المدينة من أجل ممارسة نشاطاتهم اليومية المتمثلة في تربية الحيوانات والفلاحة.

وتقل إلى 37% وتعبر عن الفئة التي تعيش في الحي الراقي، ثم نسبة 13% وتعبر عن الفئة التي تعيش في الحي الراقي جدا وهي الفئة ذات الوقع المعيشي الجدي.

ومنه المبحوثين يقطنون أحياء مختلف النوعية، بين الأحياء الراقية والغير راقية.

الجدول رقم (14): يوضح توزيع العينة حسب نوع المسكن

نوع المسكن	التكرار	النسبة المئوية%
فيلا	5	%17
منزل ملك	17	%57
شقة في عمارة	4	%13
منزل للإيجار	2	%7
كوخ	2	%7
المجموع	**30**	**%100**

من خلال الجدول يتضح أن أغلب أفراد العينة المبحوثة لديهم مساكن خاصة بهم تمثلت في فيلا بنسبة 17% ومنزل ملك بنسبة 55% وشقة في عمارة بنسبة 14% وهذا ما يمكن أن يرجع إلى الظروف المعيشية الحسنة.

أما نسبة 7% من العينة المبحوثة تمثلت في من لديهم منزل للإيجار مرتفع، والمبلغ المتبقي لا يسمح بتوفير كامل متطلبات الأسرة وينعكس هذا على توفير متطلبات الرعاية الصحية الكاملة للأطفال بمختلف جوانبها، تعادلها الفئة التي تعيشي في منازل عبارة عن كوخ بنسبة 7% وهذا يؤثر سلبا على صحة الطفل وعلى الرعاية الصحية له، وهذا بسبب ضعف الدل المادي للأسرة والظروف المعيشية السيئة خاصة وأن أرباب بعض الأسر بطالين أو يمارسون مهنا مؤقتة لا تسمح بتوفير مستوى معيشي مناسب.

2_ تفريغ وتحليل البيانات لخاصة بطبيعة الخدمات الصحية المقدمة للأطفال

الجدول رقم (15): يوضح نوع الخدمات الصحية المقدمة للأطفال

نوع الخدمات الصحية المقدمة للأطفال	التكرار	النسبة المئوية%
فحوصات طبية	22	%31
الأشعة الطبية	9	%13
التحاليل	16	%23
تقديم الأدوية	16	%23

خدمات نفسية	7	%10
أخرى	2	%1
المجموع	7	100

يتبين من خلال الجدول رقم (15) الذي يبين نوع الخدمات الصحية المقدمة للأطفال في المستشفى أن الفحوصات الطبية لها أعلى نسبة بقيمة 31%، تليها التحاليل وتقديم الأدوية بنسبة 23%، ثم نسبة 13% التي تعبر عن الأشعة الطبية، أما أقل نسبة بقيمة 10% تمثل الخدمات الطبية النفسية وهي نسبة ضئيلة جدا ويجب على المسؤولين في المستشفيات العامة تحسينها لأنها تلعب دوراً مهما في علاج الطفل المريض.

وبالتالي حسب معطيات هذا الجدول الخدمات الصحية تتنوع بين الفحوصات الطبية، التحاليل، الأدوية، الأشعة الطبية، خدمات نفسية.

الجدول رقم (16): يبين تلقي الطفل المريض الفحوصات اللازمة

تلقي الطفل المريض الفحوصات اللازمة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	24	%80
لا	6	%20
المجموع	30	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن نسبة الأطفال الذين يتلقون العلاج المناسب والفحوصات اللازمة في المستشفى وهي نسبة كبيرة تقدر بـ 80% من أفراد العينة المبحوثة، مما يدل على أن أغلبية الأطفال يتم التكفل بهم في المستشفى.

أما الفئة التي لا تتلقى العلاج فهي نسبة ضئيلة مقارنة بالفئة الأولى تقدر بـ 20% وهي نسبة قد تمثل الفئة التي وجدت صعوبات في تلقي العلاج وخاصة الفحوصات لأسباب متعددة نتناولها لاحقا في الجداول اللاحقة.

الجدول رقم (17): يبين نوع الفحوصات التي يتلقاها الطفل المريض

تلقي الطفل المريض الفحوصات اللازمة	التكرار	النسبة المئوية%
فحوصات طبية	16	%76
الفحص بالأشعة	3	%14
زيادة الدم	1	%5
التحاليل	1	%5
المجموع	21	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) أن أغلبية الأطفال المرضى في المستشفى يتلقون الفحوصات الضرورية واللازمة من أجل العلاج وكلٌ حسب طبيعة المرض المصاب به، حيث أن نسبة 76% تتلقى فحوصات طبية ونسبة 14% الفحص بالأشعة وتليها التحاليل وزيادة الدم بنسبة 5%.

الجدول رقم (18): يوضح القطاع الصحي المفضل للمبحوثين

القطاع الصحي المفضل		التكرار	النسبة المئوية%
العام	قلة التكاليف	11	%17
	الثقة في القطاع العام	5	%8
	المجموع الجزئي	16	%25
الخاص	الثقة في القطاع	7	%11
	نوعية الخدمات الطبية في القطاع الخاص	13	%20
	الحصول على الخدمات الطبية في فترة قصيرة	15	%23
	عدم توفر الخدمات الطبية في القطاع العمومي	14	%22
	المجموع الجزئي	49	%76
	المجموع الكلي	65	%100

يتبين من خلال الجدول أن أغلبية الأسر من العينة المبحوثة تفضل القطاع الخاص وذلك بنسبة 76% ولقد فسروا ذلك الحصول بالحصول على الخدمات الطبية في فترة قصيرة نسبة 23% تليها 22% وتعبر عن الفئة التي أرجعت ذلك إلى عدم توفر الخدمات الطبية في المستشفى العمومي، وتقل إلى 20% وتعبر عن النوعية الجدية للخدمات الطبية في القطاع الخاص، وتليها الثقة في القطاه بنسبة 11%.

أما من يفضلون القطاع العام فيمثلون 25% من مجموع العينة المبحوثة وأرجعوا ذلك إلى قلة التكاليف بنسبة 17%، ويمكن تفسير ذلك إلى أن نسبة كبيرة من الأسر الجزائرية لها مستوى معيشي متوسط، كما أن صعوبة المعيشة وكثرة المتطلبات الأسرية لا يسمح للآباء بصرف تكاليف باهضة على معالجة الطفل المريض، ثم تليها الثقة في القطاع العام بنسبة 8%.

الجدول رقم (19): يوضح توفر التجهيزات المناسبة والضرورية في المستشفى لتقديم خدمات صحية جيدة

توفر التجهيزات المناسبة والضرورية في المستشفى لتقديم خدمات صحية جيدة		التكرار	السنة المئوية%
نعم	الأفرشة	13	%31
	التنفس الاصطناعي (لوكسجان)	3	%7
	الأدوية	2	% 5
	توفير كيفية الدم المناسب للطفل	2	%5
	آلات طبية	4	%10
	المجموع الجزئي	24	%58
لا		18	%64
المجموع الكلي		42	%100

يتبين من خلال الجدول أن أغلبية العينة المبحوثة بنسبة 64% قالوا أنه لا توجد التجهيزات المناسبة والضرورية في المستشفى لتقديم الخدمات الصحية الجدية للأطفال المرضى وأن معظم الأجهزة

الموجودة معطلة وهذا يؤثر على الأسرة التي لها دخل محدود ومنه يؤثر على الرعاية الصحية للطفل المريض.

أما النسبة الثانية تقدر بـ 36% وتعبر عن العينة التي ترى أنه تتوفر التجهيزات المناسبة لتقديم الخدمات الصحية الجيدة، وتوزعت إلى 54% وتمثلت في الأفرشة و13% تعبر عن التنفس الاصطناعي، 8% تعتبر على كل من الأدوية وتوفير الكمية المناسبة من الدم للطفل وتليها 17% وتتمثل في الأجهزة الطبية المختلفة.

الجدول رقم (20): يبين القائمين على الخدمات الصحية

القائمين على الخدمات الصحية المقدمة	التكرار	النسبة المئوية%
طبيب عام	19	%49
طبيب خاص	20	%51
المجموع	39	%100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية الأطفال المرضى يتلقون العلاج من قبل طبيب مختص في طب الأطفال بنسبة 51% تليها نسبة 49% تمثل الأطفال الذين يتلقون العلاج من قبل طبيب عام، أي أن الخدمات الصحية تقدم من طرف طبيب عام وكذا مختصين في طب الأطفال، وهذا حسب حالة الطفل الصحية وكذلك حسب وجود الطبيب أو عدم وجوده أثناء علاج الطفل، وهنا أكيد يوجد فرق في نوعية الخدمة.

فالطبيب المختص يكون على دراية بنوع المرض، وتشخيصه وبالتالي كيفية علاجه بدقة مقارنة بالطب العام.

الجدول رقم (21) يبين مدى قيام الأسرة بالزيارات المنتظمة لفحص ومراقبة الطفل

القيام بالزيارات المنتظمة		التكرار	النسبة المئوية%
نعم		24	%73
لا	الدخل لا يكفي	2	%6
	البعد الجغرافي	3	%9
	صعوبة التشخيص المرضى في المستشفى	2	%6

	العمومية		
	الخدمات الطبية غير جيدة	2	%6
	المجموع الجزئي	9	%27
المجموع الكلي		33	%100

من خلال بيانات الجدول رقم (21) يتبين أن أغلبية الأسر تقوم بالزيارات المنتظمة وذلك بنسبة 73%، وهذا يمكن أن يرجع إلى وعي الأسرة والمستوى المعرفي الجيد لها، وهي نسبة كبيرة مقارنة بفئة من لا يقومون بالزيارات المنتظمة/ حيث تمثل نسبة 27% من عينة البحث وأرجعت ذلك على أن الدخل لا يكفي وذلك بنسبة 6%، والبعد الجغرافي بنسبة 9% وصعوبة تشخيص المرض بنسبة 6% والخدمات الطبية الغير جيدة بنسبة 6% حيث أنهم يعتمدون على الطب البديل في الحالات الغير مستعصية.

الجدول رقم (22): يوضح مدى استيعاب العينة المبحوثة للوصفة الطبية والجرعة الموصي بها وأسباب عدم استيعابها

استيعاب مضمون الوصفة والجرعة الموصى بها		التكرار	النسبة المئوية%
نعم		22	%73.33
لا	عدم فهم اللغة الأجنبية	4	%13.3
	عدم فهم اللغة العلمية الطبية	4	%13.3
	المجموع الجزئي	8	%26.66
المجموع الكلي		30	%100

يتبن من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة المبحوثة يستوعبون مضمون الوصفة الطبية والجرعة الموصي بها وذلك بنسبة 73.33%، وهذا يعود إلى اهتمام الأولياء ومستواهم الثقافي والتعليمي، وكذلك دور الطبيب قد يكون مؤثر وذلك من حيث تبسيطه للوصفة.

أما الفئة التي لا تستوعبها فهي قليلة مقارنة بالفئة الأولى بنسبة 26.66% ويمكن أن يرجع ذلك إلى ضعف مستواهم الثقافي أو التعليمي، مما يجعل الولي غير قادر على فهم ما يقوله الطبيب أو استيعاب طريقة العلاج.

كما أن أفراد العينة التي لم تستوعب مضمون الوصفة والجرعة الموصى بها أرجعت ذلك إلى عدم فهم اللغة الأجنبية واللغة العلمية الطبية وذلك بنسبة 26.66%.

الجدول رقم (23): يبين إمكانية شراء الأدوية الموصوفة

إمكانية شراء الأدوية الموصوفة		التكرار	النسبة المئوية%
نعم		28	%93
لا		2	%7
		2	%7
المجموع الكلي		30	%100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة المبحوثة يقومون بشراء الأدوية الموصوفة للطفل في مرحلة العلاج وذلك بنسبة 93%، ويمكن تفسر ذلك بأن أغلية الأسر منخرطون في الضمان الاجتماعي، حيث أنه يتم تعويضهم في مصاريف العلاج والأدوية والبعض الاخر مستواهم المعيشي والشهري الدخل جيد، أو أن بعض الأسر تقوم بالاقتصاد أكثر من أجل شراء الأدوية للطفل المريض خوفا منهم على صحته في حين 7% من العينة المبحوثة لا يقمون بشراء الأدوية لأن الوضع المادي لا يسمح.

ومن خلال حالات أغلبية الأسر تتمكن من شراء الأدوية مما يثر إيجاب على تلقي العلاج وتحسن الحالة الصحية للطفل المريض.

3_ تفريغ وتحليل البيانات الخاصة بتأثير الانتماءات الاقتصادية والاجتماعية على نوعية الخدمات الصحية

الجدول رقم (24): يبين تأثير البعد عن المستشفى في العلاج الذي يتلقاه الطفل المريض

عدم تلقي الطفل العلاج بسبب البعد عن المستشفى	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	5	%17
لا	25	%83
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (24) نلاحظ أن أغلب أفراد العينة المبحوثة يرون أن البعد عن المستشفى ليس سببا في عدم تلقي الطفل المريض العلاج وذلك بنسبة 83%.

أما من يرون أن هذا العامل يؤثر على تلقي الطفل المريض العلاج بنسبة قدرت بـ 17% ويمكن تفسير ذلك بأن هذه الفئة تعيش خارج المدينة ولا تملك وسيلة نقل من أجل نقل الطفل لتلقي العلاج.

الجدول رقم (25): يوضح العلاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوعية الخدمات

العلاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوعية الخدمات		التكرار	النسبة المئوية%
نعم	العلاج مكلف	9	%36
	انخفاض المستوى المعيشي للأسرة	4	%16
	الانتماء الاقتصادي للأسرة	2	%8
	إنخفاض المستوى التعليمي	4	%16
	المجموع الجزئي	19	%76
لا		6	%24
المجموع الكلي		25	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن أكبر نسبة لقيمة 76% من أفراد العينة المبحوثة أجابوا بأنه توجد علاقة بين المستوى المعيشي والمعرفي للأسرة ونوعية الخدمات الصحية وبرروا إجابتهم بأنه إذا كانت لديك أي معرفة بأي مسؤول في القطاع سيكون طفلك تحت رعاية طبية جيدة وأنه لما يكون المستوى المعيشي للأسرة عال يتلقى العلاج في القطاع الخاص الذي تكون فيه الخدمات الصحية جيدة، وهناك من برر أجابته بأنه مختلف التحاليل والأشعة التي يحتاجها الطفل في فترة العلاج مكلفة وإن كانت الاسرة لها مستوى معيشي ضعيف لا تستطيع القيام بها وهذا يؤثر على صحته ويؤثر على مدى توفير الخدمات الصحية الغير متوفرة في الطب العام.

وأنه لا يوجد صدق في العمل مع الشخص الغير متقف وإن كانت هيئة ولباس الشخص غير جيدة يهمش ويحتقر.

أما بنسبة 24% من عينة البحث تمثل الفئة التي نفت وجود علاقة بين المستوى المعرفي والمعيشي للأسرة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للطفل.

الجدول رقم (26): يوضح العوامل التي تؤثر على تقديم خدمات صحية جيدة للطفل

العوامل التي تؤثر على تقديم خدمات صحية جيدة للطفل	التكرار	النسبة المئوية%
انخفاض الدخل الأسري	21	%34
مشكلة السكن	1	%2
نقص المستوى المعرفي	19	%31
البعد عن المستشفى	13	%21
أخرى	8	%13
المجموع	62	%100

تبين من خلال الجدول رقم(26) أن أكبر عامل من العوامل التي يؤثر على تقديم خدمات صحية جيدة للطفل هو انخفاض الدخل الأسري بنسبة 34%، ثم تليها نسبة 31%تعبر عن عامل نقص المستوى المعرفي وهذان العاملان من أكثر العوامل التي تؤثر على الرعاية الصحية للطفل، حيث أن انخفاض الدخل الأسري لا يسمح بشراء مختلف الادوية الموصوفة لعلاج الطفل المريض، كما يؤثر على توفير الخدمات الصحية، الجيدة للطفل.

أما نسبة 21% تمثل عامل البعد عن المستشفى وهم الافراد الذين يقطنون خارج المدينة وليس لهم سيارات من أجل متابعة أطفالهم ومتابعة علاجهم.

ثم نسبة 2% تمثل عامل مشكلة السكن وهي نسبة ضئيلة جدا مقارنة بانخفاض الدخل الاسري والمستوى المعرفي للأسرة.

وهناك عوامل أخرى تمثل نسبة 13% تتمثل في نقص الأطباء الأكفاء والمختصين في مختلف الأمراض التي تصيب الطفل، واتباع الطب البديل في معالجة الأطفال في حالة الأمراض الغير مستعصية، وهذا يمكن أن يؤثر على صحة الطفل إن تطور المرض إلى مراحل مستعصية وهذا راجع إلى الاستهتار بالمرض.

الجدول رقم (27): يبين مدى الشعور بالارتياح من الخدمات المقدمة

الشعور بالارتياح من الخدمات المقدمة	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	13	%54
لا	11	%45
المجموع	24	%100

من خلال هذا الجدول تين أن 54% من العينة المبحوثة يشعرون بالارتياح من الخدمات الصحية المقدمة للطفل في المستشفى العمومي، ويمكن تفسير هذا الارتياح بأن الطفل المريض شُفي وتقابلها نسبة 45% ممن لا يشعرون بالارتياح ويمكن تفسير ذلك بضعف الثقة بين المريض والطبيب أو سوء المعاملة من قبل بعض الأطباء والممرضين ومختلف العاملين في المستشفى العمومي.

الجدول رقم (28): يبين أسباب عدم الشعور بالارتياح من الخدمات المقدمة

الإجابات	التكرار	النسبة المئوية%
الإهمال واللامبالاة من قبل الأطباء في القطاع العمومي.	5	%31
المعاملة الغير جيدة من قبل الطاقم الطبي.	5	%31
ضعف الخدمات الطبية.	1	%6
ضعف الثقة في الأطباء.	1	%6
نقص التجهيزات الطبية.	1	%6
نقص الأطباء المختصين.	2	%13
المحسوبية.	1	%6
المجموع	16	%100

تبين من خلال الجدول رقم (28) أن الأفراد العينية المبحوثة وهم 11 بنسبة 45% الذين لم يرتاحوا إلى الخدمات المقدمة للأطفال حيث أرجحوا ذلك إلى الإهمال واللامبالاة من قبل الأطباء في القطاع العمومي والمعاملة الغير جيدة من قبل الطاقم الطبي بنسبة 31% ثم تلقيهم نقص الأطباء

المختصين بنسبة 13%، ويمكن تفسير ذلك باتجاه الخدمات الطبية وضعف الثقة في الأطباء ونقص التجهيزات الطبية والمحسوبية بنسب مساوية قدرات بـ 6%.

الجدول رقم (29): يوضح اقتراحات المبحوثين لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للأطفال في المستشفى العمومي

الإجابات	التكرار	النسبة المئوية%
توفير النظافة.	7	%16
تحسين المعاملة من قبل الموظفين (أطباء وممرضين وعمال النظافة).	6	%14
إلتزام الأطباء بالمراقبة المستمرة للأطفال.	3	%7
توفير أطباء مختصين.	5	%11
تحسين تسيير إدارة المشفى.	1	%2
توفير كل التجهيزات الضرورية.	11	%25
تعميم تدريب الأطفال المرضى في المستشفى وخاصة من لديهم مرض مزمن.	1	%2
توفير المرافق الترفيهية	2	%5
توفير الغذاء الجيد والمتكامل.	6	%14
تغيير أسلوب معالجة الطفل وجعله ترفيهي.	1	%2
المجموع	44	%98

تبين من خلال جدول إجابات العينة المبحوثة واقتراحاتهم من أجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة للأطفال المرضى أن توفير التجهيزات الضرورية أكبر نسبة بقيمة 25%، تليها 16% تعتبر عن العينة التي تقترح توفير النظافة والحرص عليها ونسبة 14% تعبّر عن تحسين المعاملة من قبل الموظفين وخاصة الطاقم الطبي من الأطباء والممرضين وتوفير الغذاء الجيد والمتكامل من أجل تقوية مناعة الأطفال المرضى، تليها نسبة 11% تعبّر عن توفير الأطباء المختصين من أجل تشخيص حالة الطفل، وتقل إلى 7% وتمثل التزام الأطباء بالمراقبة المستمرة للأطفال، ثم إلى 5% وتعبر عن توفير المرافق الترفيهية من أجل تحسين نفسية الأطفال المرضى، ثم إلى 2% تعبّر عن تحسين تسيير إدارة

المستشفى، وتعميم تدريس الأطفال المرضى في المستشفيات وخاصة من لديهم أمراض مزمنة وذلك من أجل أن لا يتأخروا عن دراستهم، وأيضا تغيير أسلوب معالجة الأطفال وجعله ترفيهيا حتى لا يخاف الطفل ويرفض العلاج.

ثانيا: مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

- **الفرضية الأولى: " تنتمي أسر الأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية لمستويات تعليمية واجتماعية واقتصادية متباينة".**

بالنسبة للمستوى الاقتصادي للأسر، يتضح أنه مختلف ومتباين، بين المستوى المتوسط وهو الغالب والمستوى الاقتصادي الجيد، ثم بنسبة قليلة مستوى اقتصادي ضعيف، وهذا ما تبينه الجداول 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، وهي كلها جداول تتضمن معطيات تقيس المستوى الاقتصادي للأسرة سواء تعلق الأمر، بمتغير الوضعية المهنية، فالأغلبية لديهم وظيفة أو منصب دائم، أو متغير الدخل الشهري والذي وُصف بأنه بين المتوسط والجيد.

أما بالنسبة لعدد العاملين بالأسرة، فأغلبهم يتراوح ما بين الإثنين والواحد، مما يعني تقريبا أن الغالبية لا يعاني من البطالة، وهذا خاصة عند الآباء، أما الأمهات فتوجد نسبة لا بأس بها لا تعمل.

بالإضافة إلى توفر الأسر على ممتلكات وأجهزة، وإن كان عددها يختلف بين الأسر، كما أن نسبة كبيرة منهم منخرطة في الضمان الاجتماعي، فيكون بذلك المستوى المعيشي متوسط بنسبة كبيرة وكما وضحه الجدول رقم (11)

أما الانتماء الاجتماعي، فيتضح أن المستوى المعيشي للأسر متوسط، وممتلكاتهم مختلفة، وهو هو تغيير يؤثر على المكانة الاجتماعية للأسر، ينتمون جغرافيا إلى مناطق ريفية وحضرية، وأحياء سكنية راقية وراقية جدا، وكذلك أحياء غير راقية، أما نوع المسكن فهو في أغلبيته مسكن ملك، إضافة إلى سكن فيلا.

وهو ما وضحته الجداول رقم (11)، (12)، (13)، (14)، مما يدل على أن الأسر تنتمي لمستويات اجتماعية مختلفة ومتباينة وكذلك انتماءات اقتصادية مختلفة.

مما يؤكد على صحة الفرضية الأولى.

- **الفرضية الثانية: "يحظى الأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بخدمات صحية متنوعة ونوعية".**

من خلال جدالو المحور الخاص بطبيعة الخدمات الصحية الموجهة للأطفال، نجد أن هناك خدمات صحية متنوعة بين العلاج الطبي الجسدي والعلاج النفسي وهذا ما يبينه الجدول رقم (15)، مع

وجود مقومات ضرورية وتجهيزات مادية مختلفة، كما أن القائمين على هذه الخدمات يتنوعون بين الطبيب العام والخاص حسب الجدول رقم (20)، أي خدمات عامة وأخرى متخصصة.

إذن حسب هذه المعطيات الميدانية، فإن المؤسسة تقدم خدمات صحية متنوعة، وذات مستوى مقبول، وإن كانت هناك نقائص مما يجعل نسبة معتبرة من المبحوثين يعبرون عن عدم ارتياحهم للخدمات لأسباب متعددة، كما بينه الجدول رقم (27).

هذه المعطيات تؤكد صحة الفرضية الثانية.

- **الفرضية الثالثة: "كلما تحسنت الحالة الاقتصادية والاجتماعية والمستوى التعليمي ساعد ذلك على حصول أطفالها المرضى على الرعاية الصحية".**

من خلال الجدول رقم 25 اتضح أن المستوى المعيشي له تأثير على نوعية الخدمات بنسبة كبيرة، وهذه العلاقة مترجمة في تأثير تكاليف العلاج، انخفاض المستوى المعيشي له تأثير على نوعية الخدمات الصحية بنسبة كبيرة، هذه العلاقة مترجمة في تأثير تكاليف العلاج، انخفاض المستوى المعيشي، كله يؤدي إلى عدم الحصول على خدمات جيدة.

كما أن المبحوثين تحدثوا عن العوامل التي تؤثر في تقديم خدمات صحية جيدة، من خلال الجدول رقم (26)، كانخفاض الدخل خاصة، نقص المستوى المعرفي والبعد عن المستشفى، أي أن العامل له تأثير كبير على الخدمات الصحية، فكلما تحسن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، ساعد ذلك في الحصول على خدمات جيدة.

إذن بعد التأكد من الفرضيات المنطلق منها، يمكن أن نؤكد صحة الفرضية الرئيسية، بأن الأطفال يتلقون خدمات صحية متنوعة بين الخدمات العلاجية الطبية، والخدمات النفسية أحيانا، هذه الخدمات تتأثر بالانتماء الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

ثالثا: مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

يعتبر متغير الرعاية الصحية ذو أهمية بالغة لما توفره من خدمات متنوعة ومختلفة للأطفال المرضى ولقد بينت الكثير من الدراسات هذه الأهمية، كما رُبط هذا المتغير بمتغيّرات أخرى، حيث نجد دراسة "بونويقة نصيرة" بعنوان "الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة بالوسط الأسري"، حيث توصلت إلى أن الأسرة لا تقوم بتوفير الرعاية الصحية الكاملة واللازمة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، وهذا بسبب غياب أو نقص الخدمات الاجتماعية، والذي كان له الأثر السلبي على قيام الأسرة بدورها في توفير الرعاية الصحية الكاملة.

كما توصلت دراسة "خليفاوي فهيمة" بعنوان "الأسرة ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات" إلى أن المستوى المعيشي الجيد للأسرة يؤثر على الرعاية الصحية للطفل.

كما أظهرت دراسة "محمداتني شهرزاد" والتي تحمل عنوان "الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة "أن العوامل الاجتماعية تؤثر على الرعاية الصحية للطفل.

كذلك تذهب دراسة "نورمهان حسن محمد" بعنوان "توزيع الخدمات الصحية وعلاقتها بصحة الطفل في المجتمع الأسري إلى أنه لابد من تكافؤ الفرص في الحصول على الرعاية الصحية للطفل بين الأطفال في الريف والحضر.

نتائج الدراسة الحالية تتوافق مع الدراسات سابقة الذكر، فلابد من توفير رعاية صحية جيدة ومتنوعة للطفل المريض من أجل توفير الرعاية الجيدة للطفل، كما أن تحسين المستوى المعيشي يؤثر إيجابا على الرعاية الصحية.

رابعا: النتائج العامة

بعد طرح مختلف التصورات الفكرية والنظرية التي عالجت موضوع "تفاوتات الرعاية الصحية المقدمة للأطفال" والتي اتسمت بتعدد وجهات النظر الفكرية والمنطلقات النظرية في معاجلتها لهذا الموضوع، وبعد تحليل نتائج الدراسة الميدانية ومقارنتها بالدراسات السابقة والفرضيات الجزئية استخلصنا النتائج التالية:

- أن أسر الأطفال المرضى الموجودين بالمؤسسة لديهم انتماءات اقتصادية واجتماعية مختلفة، ومتباينة.
- يتلقى الطفل المريض خدمات صحية متنوعة ومختلفة داخل المؤسسة.
- كلما تحسن المستوى الاقتصادي للأسرة، ساعد ذلك في حصول الأطفال على رعاية صحية جيدة.
- تتحسن نوعية الخدمات الصحية للطفل، بارتفاع وتحسن المستوى المعيشي للأسرة.

خـــــاتمة

خاتمة

في ختام هذا البحث يمكن أن نستنتج أن الرعاية الصحية للأطفال المرضى ليست بالأمر السهل، فهي مسؤولية كبيرة تقع على عاتق الأسرة بالدرجة الأولى.

ففي حالات عديدة لا تقوم الأسرة بدورها كما يجب اتجاه صحة أطفالها، ليس تقصيراً، وإنما تحت كثير من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والجغرافية التي أشرنا إليها سابقا.

كما تتأثر الرعاية الصحية للطفل بنوع الخدمات التي يتلقاها من المؤسسات الاستشفائية، فغالبا ما تكون غير جيدة.

فاعتلال الصحة في مرحلة الطفولة لن يكون من السهل تداركها مستقبلا، لذلك يجب أن تحظى هذه المرحلة بعناية فائقة.

ولأجل هذا عمدنا إلى وضع مجموعة التوصيات نقدمها للأسرة أولا

- أن يضع الأبوان أطفالهما نصب أعينهما، وهذا بتوفير أكبر قسط من الوقت لأطفالهما، فتركهم لساعات طويلة عند الأهل أو الجيران او مراكز رعاية الطفولة لا يضمن للطفل الرعاية اللازمة.
- التقيد بشروط النظافة، فالأطفال سريعي التعرض للإصابة بالأمراض مثلا الاسهال، وهنا نقطة مهمة يجب أن تدركها الأسرة، فهذا المرض خطير جدا، وقد يؤدي إلى الجفاف في فترة قصيرة.
- أن تبتعد الأسرة في تعاملها مع مرض أطفالها بالطرق العلاجية التقليدية وتبتعد عن الخرافات، ولاسيما ونحن في وقت العولمة والتكنولوجيا الحديثة للمنتجات الصناعية التي تعتبر عامل خطير على صحة الأطفال لأنها غنية بالمنكهات والمضافات الغذائية التي دخلت أسواقنا ذات أشكال وألوان مبهرة، فيجب الالمام بشروط النظام الغذائي.

ثانيا: المسؤولين:

- تعميم المعارف الصحية عن تنظيم الأسرة وتوفير هذه الخدمة لجميع المتزوجين، فالولادات المتقاربة تشكل خطر على الطفل والأم معا.
- الاهتمام بصحة المواطن، وذلك من خلال توفير مساكن صحية تحوي جميع المرافق الصحية اللازمة.
- الاهتمام قدر المستطاع بالنظام الصحي بكل هياكله على كامل التراب الوطني حتى يتمكن الجميع من الاستفادة من الخدمة الصحية.

خاتمة:

- المثابرة على نوعية وتحسيس الأهالي بأهمية البيئة ونظافة المحيط على الصحة، وهذا من خلال برامج إعلامية وحصص تثقيفية حول المسائل الصحية للأطفال لتنبيه الأسر بالأخطار التي قد تنجم إذا لم تعرف كيفية التعامل مع المرض.

وأخيرا نتمنى أن نكون قد وفقنا ولو قليلا في تغطية هذا الموضوع والمتمثل في تفاوتات الرعاية الصحية المقدمة للأطفال.

فبالرغم من أن موضوع الطفولة والرعاية الصحية متداول في كثير من اللقاءات العالمية إلا أن الطفولة مازالت مهمشة، ولا تحظى بالقدر اللازم من الاهمتمام، فالتطور لن يحصل ما لم يعطي للطفولة حقها خاصة في مجال الرعاية الصحية.

قائمـة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

القرآن الكريم

1) سورة الحج، الآية5.
2) سورة البقرة، الآية 233.

المراجع باللغة العربية

أولا: المعاجم والقواميس

3) أحمد شفيق السكري: **قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر 2000.
4) جون سميسون وآخرون: **قاموس أكسفورد**، جامعة أكسفورد، انجلترا، ط3، 1974.
5) علي بن هادية وآخرون: **القاموس الجديد للطلاب**، الشركة الجزائرية للتوزيع، الجزائر، 1979.
6) المعجم الوجيز: **الميسر**، دار الكتب الحديث، الكويت، 1993.

ثانيا: الكتب

7) إبراهيم بومي مرعي، ملاك أحمد الرشيدي: **الخدمة الاجتماعية ورعاية الأسرة والطفولة**، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1982.
8) أحمد حلمي جمعة وآخرون: **أساليب البحث العلمي**، دار صفاء، الاردن، 1999.
9) أحمد زكي بدوي: **أصول الخدمة الاجتماعية**، دار الفكر العربي، الكويت، (د، س).
10) أميمة عمور، عبد الحكيم الصافي وآخرون: **الرعاية الأسرية المؤسسية للأطفال**، ط1، عمان، دار الفكر، 2006.
11) تالاقطيشات إبراهيم أباظة وآخرون: **مبادئ الصحة والسلامة العامة**، (د. ط)، (د. م)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، (د.س).
12) جان جاك روسو: **أصل التفاوت بين الناس**، تر: عادل زهيتر، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، جمهورية مصر العربية، 2013.
13) حكمت فريحات ، هشام كنعان: **مبادئ في الصحة العامة**، عمان، دار اليازوري العلمية، 2002.
14) خيري خليل الجملي، بدر الدين كمال عبدة: **الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، (د.س).
15) ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم: **مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
16) رشيد زرواتي، **مدخل الإجتماعي**، مطبعة دار هومة، الجزائر، 2000.

17) سهير كامل أحمد: **أسس تربية التربية بين النظرية والتطبيق**، دار المعرفة الجامعة، مصر، 2000.

18) سيد رمضان، سلوى عثمان صدّيقي: **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004.

19) صلاح مصطفى الفوّال: **علم الاجتماع بين النظرية والتطبيق**، دار الفكر العربي، مصر، 1996.

20) طاهر محمد بوشلوش: **التحولات الاجتماعية والاقتصادية وآثارها في القيم في المجتمع الجزائري (1967-1999).: دراسة ميدانية تحليلية لعينة من الشباب الجامعي**، دار بن مرابط للنشر والطباعة، الجزائر، 2008.

21) طلال بن عايد الأحمدي، محمد عوض عثمان: **دراسة تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الاولية بمدينة الرياض**، (د.ن)، (د.م)، 2004.

22) طلعت الدمرداش: **اقتصاديات الخدمة الصحية**، مكتبة القدس، ط2، (د.ن)، (د.م)، (د.س).

23) غازي عناية، **منهجية البحث العلمي**، دار المناهج، الأردن، 2008.

24) الفاروق زكي يونس، **الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي**، عالم الكتب، مصر، (د.س).

25) فريد توفيق نصيرات: **إدارة منظمة الرعاية الصحية**، دار المسيرة ، عمان، (د.س).

26) فيصل محمود غرايبية: **الخدمة الاجتماعية الطبية**، ط1، عمان، دار وائل للنشر والتوزين، 2008.

27) محمد سيد فهمي: **الرعاية الاجتماعية والامن الاجتماعي**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، (د. م)، 1998.

28) محمود حسن: **مقدمة الخدمات الاجتماعية**، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر.

29) محمود حسين: **مقدمة الخدمة الاجتماعية**، (د. ط)، بيروت، دار النهضة العربية، (د. س).

30) مديحة الخضري: **موسوعة الطفل الصحية: من مرحلة ما قبل الولادة إلى مرحلة النمو**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001.

31) معتز محمد عباش، عُلا محسن شيخة وآخرون: **دليل العاملي في البرنامج الموسع للتحسين**، ط1، وزارة الصحة العراقية، العراق، 2014.

32) المكتب المركزي للإحصاء اليونسيف: **المسح العنقودي متعدد المؤشرات**، سوريا، 2006.

33) المؤسسة الصحفية الاردنية، الرأي، 1990، المادة 1.

34) هيلينا بيزوركي: الفونسومجيا وآخرون: **المرأة وتقديم الرعاية الصحية**، ط1، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1989.

ثالثا: المقالات والمجلات

35) بونويقة نصيرة: **الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الوسط الأسري: دراسة ميدانية بحي 100 مسكن بمدينة المسيلة**، مجلة عالم التربية، العدد 41، جانفي 2013.

36) جمعية التنمية الصحية والبيئة: **الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى المستقبلية لبرنامج السياسات والنظم الصحية**، 2009.

37) حسين صندقجي: **التفاوت الصحي في تلقي الرعاية الطبية**، مجلة الشرق الأوسط، العدد 743، 18 أكتوبر 2013.

38) خالد شنون: **قوانين ومتطلبات نمو ذوي الطفولة المبكرة ودورة الأسرة في تحقيق الرعاية الصحية لطفل هذه المرحلة العمرية**، مجلة الأسرة والمجتمع، العدد 2، 2019.

39) الشريف نايل: **التفاوت الاجتماعي**، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، العدد 10، جوان 2018.

40) صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): **أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في السكان والصحة الانتخابية والأهداف الإنمائية للألفية**، نيويورك، (د.س).

41) عزمي بشارة: **مدخل بشأن العدالة: سؤال في سياق الغربي المعاصر**، مجلة تبيّن، العدد 5، 2013.

42) علي تتيان، محمد بلعز رقي: **العدالة بين الأجيال في نظرية العدالة لدى جون راوز**، مجلة الدفاع عن الأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد 28، 2015.

43) المعهد الوطني للتخطيط: **الاقتصاديات الصحة**، العدد 22، الكويت، 2003.

رابعا: الرسائل والأطروحات

44) أمين علي محمد حسن: **التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية: دراسة في جغرافية الخدمات**، رسالة ماجستير، كلية الآدب، جامعة عدن، 2007.

45) بونويقة نصيرة: **الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الوسط الأسري**، رسالة ماجستير، تخصص الخدمة الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006-2007.

46) خليفاوي فهمية: **الأسرة ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات: دراسة ميدانية لعينة من النساء في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر2، 2015.

47) دردي أحلام : **دور استخدام صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية**، رسالة ماجستير في علوم التيسير، تخصص الاساليب الكمية في التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة محمد خفير بسكرة، 2014.

48) دعميش خليصة: **الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري**، رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2007.

49) سامر حاتم رشيد: **التخطيط المكاني للخدمات الصحية**، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2003.

50) محمداتني شهرزاد: **الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة: دراسة ميدانية مقارنة لدور رعاية الأمومة والطفل بولاية قالمة**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة باتنة، 2005.

51) ميلود شني: **الحماية الدولية لحقوق الطفل**، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، الجزائر، 2019.

52) نورهان حسن محمد: **توزيع الخدمات الصحية وعلاقتها بصحة الأطفال في المجتمع الأسري: دراسة مقارنة على عينة من مراكز الرعاية الصحية الأولية**، أطروحة دكتوراه في الآداب، كلية الآداب، قسم علم الاجتماع، جامعة الإسكندرية، 2018.

53) يحي عبد الحسن فليح الجياشي: **النمو الحضري وأثره في اتجاهات التوسع العمراني في مدينة السماوة**، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القادمية، 2008.

خامسا: التقارير واحصائيات

54) الأمم المتحدة: تقرير، **الأهداف الإنتمائية للألفية** 2014، إنهاء الفقر، نيويورك، 2014

55) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009**، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، 2009.

56) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف): **وضع الأطفال في العالم سنة 2003**، موجر رسمي، عمان، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2003.

57) منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف. **وضع الأطفال العالم سنة 2006**: المقصون والمحجوبون، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2005.

58) منظمة الأمم المتحدة: **حقوق الانسان والصحة واستراتيجية الحد من الفقر**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2010.

59) منظمة الصحة العالمية: **إحصاءات عالمية**، إدارة الإحصاءات الصحية، جنيف.

60) منظمة الصحة العالمية: **واقع السمنة عند أطفال مدارس القطرية**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدوحة، قطر، 2005م.

61) منظمة اليونسيف: **الإعلان العالمي لبقاء الطفل ونمائه**، المؤسسة الصحافية الأردنية، الرأي، 1990، المادة 1.

62) وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1992.

63) وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، 2004.

64) اليونسيف: **وضع الأطفال في العالم سنة 2005، الطفولة المهددة**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الأردن، 2005.

سادسا: مواقع إلكترونية.

65) الأمم المتحدة الأمريكية: **السلام والكرام والمساواة على كوكب ينعم بالصحة**، متاح على الخط، على العنوان: .http://www.uni.org/ar/sctions/issues.depth/children، تاريخ الزيارة: 2021/03/18، على الساعة 19:46.

66) صفاء شريم: **مظاهر الرعاية الصحية**، متاح على الخط، على العنوان: .http://.wwww.mawdoo3.com، تاريخ الزيارة: 2021/02/05، على الساعة 11:12.

67) المجلس العربي للطفولة والتنمية: **ميثاق حقوق الطفل العربي**، متاح على الخط، على العنوان: htpp//:www.arabccd.org، تاريخ الزيارة: 2021/03/20، على الساعة 14:17.

68) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): **لكل طفل حق**، التقرير السنوي 2018، جزيران/يونيو 2019. متاح على الخط. على العنوان: .www.unicef.org .

69) منظمة الصحة العالمية: **الأدوية الأساسية المناسبة لصحة الأطفال**، متاح على الخط، على العنوان: .www.int,childmedcines,Facts، تاريخ الزيارة: 2021/01/14، على الساعة 07:47.

70) منظمة الصحة العالمية: **الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية، مسودة لتنظر فيها الدول الأعضاء في الدورة الثالثة والسبعين لجمعية الصحة العالمية**، متاح على الخط: على العنوان: **.http://.www.who.int**

71) منظمة الصحة العالمية: **التمنيع واللقاحات والمستحضرات البيولوجية**، متاح على الخط، على العنوان: .hpttp://.wwww.who-int/immunization/global-vaccine-action-plou/ar/، تاريخ الزيارة: 2021/03/22، على الساعة: 22:10.

72) منظمة الصحة العالمية: **صحة الام والوليد والأطفال والمراهقين**، متاح على الخط، على العنوان: http://www.who-int/maternal-hild-adolescent/topics/child/mortality/ar.، تاريخ الزيارة: 2021/02/13، على الساعة 12:10.

73) منظمة الصحة العالمية: **صحة الطفل**، متاح على الخط، على العنوان: http://.www.who-int/topics child-hralth/ar/.، تاريخ الزيارة: 2021/02/13، على الساعة: 11:58.

74) منظمة الصحة العالمية: **عشر حقائق عن صحة الأطفال البيئية**، 2017، متاح على الخط، على العنوان: http://www.who-int/Features/Factfiles/chilfren-enevironnemental/relth/ar/.، تاريخ الزيارة: 2021/03/21، على الساعة 16:11.

75) يونسيف لكل طفل: **برماج التحصين**، متاح على الخط، على العنوان: http://www.unicef.org/ard.، تاريخ الزيارة 2021/05/22، على الساعة 15:00.

المراجع باللغة الأجنبية.

1) Frederic Matceuk : **Doctionary of sociologie English-French- Arabic**, Edited and revised by :Mohamed Debs, Bierut, 1993.
2) Gouvernent Algérienne : 2éme, **Rapport Nationale 2010**, **sur les objectifs sur millénaire pour de développement**, Septembre, 2010.
3) M.S.P : OMS, **Enquête nationale à indication multiples** MIC3, Rapport.
4) Médicine sans frontière: **Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie**, Belgique, 2 version, juillet 1999.
5) MSP et INSP : **Enquête CP sur la allaitement maternel auprès des ménages et des professionnzles de santé**, résultats préliminaves, octobre 2003.
6) MSP et ONS **: Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant**, 1992.
7) MSP et ONS : **Enquête national à indicateur multiples MICS3 , Rapport principal,** Algérie,2006.
8) NU : **Rapport national sur les objectifs du millénaire nour le développement**, juillet 2005, Algérie.
9) OMS : **Donncens sa chance à chaque mère et a chaque enfants**, Rapport sur la santé monde, 2005, Genève, Suisse.
10) on Line **:http://.www.who.inet/dz/2000915/ak/index.hmtl.sate** ,de consultation: 4/07/2010 à 17 :00h.

11) silava : Mc,(2010), **desigualdad y E conclusion social,** de brève Revisition à une Sintesis Prévariqua Rips, Revisita de Investigations Politiquas y Sociologisas, Vol 99 num1, 2010. unicef : **le taux de la mortalité dans le mande continue de baisser**, New Yourk, septembre 2008.

12) White head, **The concepts and Equity in health** (PDF), Rapport , 1990.

13) **A Guide to childhoos immunisations**, on line : http://www.unidocs.co.uk.

الملاحق

جامعة 8 ماي 1945 – قالمة –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص علم اجتماع الصحة

تأثير التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية على الرعاية الصحية للأطفال المرضى

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع تخصص: علم اجتماع الصحة

إعداد الطالبتين:

– زرازحي لبنى

– نصيبي سميرة

إشراف:

د.بن حسان زينة

ملاحظة: بيانات هذه الاستمارة سرية ولا تستعمل لأغراض البحث العلمي.

السنة الجامعية : 2020 – 2021 م

البيانات الشخصية:

1-الجنس:

ذكر: ☐

أنثى: ☐

2- السن : أقل من 25 ☐ 25 – إلى أقل من 30 ☐ 30 ـ إلى أقل من40 ☐

40 فما فوق ☐

3- المستوى التعليمي:

الأب:يقرأ ويكتب ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

الأم: يقرأ ويكتب ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

المحور الثاني: المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة

4- مهنة : الأم: .....

5_مهنة الأب: .....

6- كم يبلغ الدخل الشهري للأسرة ؟

الأب: 10000 - 20000 ☐

20000 - 30000 ☐

30000 - 40000 ☐

40000 - فأكثر ☐

الأم: 10000 - 20000 ☐

20000 - 30000 ☐

30000 - 40000 ☐

40000 - فأكثر ☐

7- كم عدد العاملين في الأسرة ؟

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ أكثر من 3 ☐

8- ماهي ممتلكات الأسرة: أراضي ☐ حيوانات ☐

عدد السيارات ☐

9- هل تتوفر الأسرة على: أجهزة التلفاز ☐ الأنترنت ☐ الإعلام الآلي ☐

أجهزة منزلية ☐

10_ هل الأسرة منخرطة في الضمان الإجماعي :

نعم ☐ لا ☐

11- ما نوع المستوى المعيشي للأسرة ؟

- ضعيف ☐
- متوسط ☐
- جيد ☐

12-نوع المنطقة التي تقطنها: الريف ☐ المدينة ☐

13- نوع الحي:راقي ☐ راق جدا ☐ غير راق ☐

14- نوع المسكن: ف منزل ملك ☐ شقة في عمارة ☐

منزل للإيجار ☐ كوخ ☐

المحور الثالث: طبيعة الخدمات الصحية المقدمة للأطفال المرضى

15- ما نوع الخدمات الصحية المقدمة للأطفال المرضى بالمستشفى؟

- فحوصات طبية ☐
- الأشعة الطبية ☐
- التحاليل ☐
- تقديم الأدوية ☐
- خدمات صحية نفسية ☐

أخرى.....

16- هل يتلقى الطفل المريض الفحوصات الضرورية؟

نعم ☐ لا ☐

17- ما نوعها؟.....

18- ما نوع القطاع الصحي المفضل :

العام ☐ الخاص ☐

19- إن كنت تفضل القطاع الخاص لماذا؟

- الثقة في هدا القطاع ☐
- نوعية الخدمات الطبية في القطاع الخاص جيدة ☐
- الحصول على الخدمات الطبية في فترة قصيرة ☐
- عدم توفر الخدمات الطبية في المستشفى العمومي ☐

21- إذا كنت تفضل القطاع العام لماذا؟

- قلة التكاليف ☐
- الثقة في القطاع العام ☐

أخرى.....

22- هل توجد التجهيزات المناسبة والضرورية بالمستشفى لتقديم خدمات صحية جيدة للأطفال؟

نعم ☐ لا ☐

23- إذا كانت الإجابة نعم ماهي هذه التجهيزات؟

.....

24- من القائمين على الخدمات الصحية؟

- طبيب عام ☐
- طبيب مختص في طب الأطفال ☐

25- هل قمت بإستمرار بالزيارات المنتظمة لفحص ومراقبة طفلك ؟

نعم ☐ لا ☐

26- أذا كانت الاجابة لا

لماذا؟.....

.....

27- هل تستوعب مضمون الوصفة الطبية والجرعة الموصى بها؟

نعم ☐ لا ☐

28- إذا كان لا، لماذا؟

- عدم فهمك للغة الأجنبية
- عدم فهمك للغة العلمي

29- هل تشتري كل الأدوية الموصوفة للطفل ؟

نعم لا

30- اذا كان لا لماذا؟.....

31- هل حدث ان مرض طفلك ولم يتلق العلاج بسبب البعد عن المستشفى؟

نعم لا

32- حسب رأيك هل توجد علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوعية الخدمات الصحية:

نعم لا

33- أذا كانت الاجابة نعم، كيف ذلك؟

.....

.....

.....

34_ حسب رأيك هل توجد علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوعية الخدمات الصحية:

نعم لا

35-اذا كانت الاجابة نعم، كيف ذلك؟

.....

.....

.....

36- ماهي العوامل التي تؤثر على تقديم الخدمات الصحية الجيدة للأطفال؟

- انخفاض الدخل الأسري
- مشكلة السكن
- نقص المستوى المعرفي
- البعد عن المستشفى

اخرى .....

37- هل تشعر بالارتياح من الخدمات المقدمة ؟

نعم ☐ لا ☐

38_ في حالة الاجابة بلا لماذا؟

.....

.....

39- ماهي اقتراحاتكم لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للاطفال المرضى بالمستشفى العمومي؟

.....

.....

.....

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية لأسر الأطفال المرضى في المؤسسة الاستشفائية الحكمي عقبي –قالمة–وطبيعة الخدمات الموجهة للأطفال بهذه المؤسسة، والتعرف على مدى تأثير هذه التفاوتات على جودة الرعاية الصحية المقدمة لأطفالهم، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن أسر الأطفال المرضى الموجودين بالمؤسسة لديهم انتماءات اقتصادية واجتماعية مختلفة، ومتباينة.
- يتلقى الطفل المريض خدمات صحية متنوعة ومختلفة داخل المؤسسة.
- كلما تحسن المستوى الاقتصادي للأسرة، ساعد ذلك في حصول الأطفال على رعاية صحية جيدة.
- تتحسن نوعية الخدمات الصحية للطفل، بارتفاع وتحسن المستوى المعيشي للأسرة.

إذن ينتمي الأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي –قالمة– إلى أسر ذات مستويات اقتصادية واجتماعية مختلفة ومتباينة ذات مستوى معيشي متباين، مما جعل الأطفال يتلقون خدمات صحية تختلف باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.

Résumé

Le but de la présente étude, visait à identifier les disparités économiques et sociales pour les familles d'enfants malades à l'hopital Al- Hakim Okbi -Guelma- et la nature des services destinés aux enfants dans cette institution, et d'indentifier l'effet de ces disparités sur la qualité des soins dispensés à leurs enfants et l'étude à trouvé les resultats suivants :

- Que les familles des enfants malades se l'institution il ont des affiliations économique et social diffèrent.
- L'enfant malade recoit divers services de santé au sein de l'établissement.
- Au fur et à mesure que le niveau économique et social, ce la à aider enfants à cebtenir une bonne santé.
- La qualité des services s'aidé s'améliore avec l'augmentation du niveau se vie.

Ainsi, les enfants malades appartiennent à l'hpital publique Al-Hakim-Guelma- des familles avec des niveaux économique les enfant sociaux différents.

Cela a fait que les enfant reçoivent des services se santé différent selon le niveau social et économique de la famille.

Summary

This study aimed to fined the économic and social disparités for the families of sick children in the hospital instituation Al-Haim- Okbi Guelma and the nature of the dervies directed to children in this institution and to identifs the esctent of the impact of these disparities on the quality of health care provises to their children :

- The sick child receives à variety of different health services vithin the institution.
- The more thz family'S economic level impreves, the more the children cecive good health care.
- The quality of services of the child improves with the rise and improvenment of the standard og linring,

Therefor, the sick children at the Al-Hakim Okbi-Guelma- hospital belong to familes with à different standard of livind, which made the children helth services that according to the social economis level of the family