

انعكاسات الأوضاع الاقتصادية للأسر على تغذية وصحة الطفل

دراسة ميدانية لعينة من الأسر الجزائرية

الدكتور/عميرة جويذة

المقدمة:

حاول الإنسان منذ العصور القديمة أن يسيطر على الأرض، فرجل الطب، الكاهن، العجوز بأعشابها، والسحرة، عملوا جميعا وبشتى الطرق على علاج أمراض الإنسان، وطرد الأرواح الشريرة التي تهدد حياته⁽¹⁾.

فالاهتمام بصحة الإنسان من الظواهر التي عرفتھا المجتمعات البشرية منذ وجودها، مع اختلاف درجة حدتها من عصر إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر تبعا للظروف السياسية، الاقتصادية والاجتماعية.

لهذا تعد صحة الإنسان من أهم الأمور التي تسعى كل من الدول والمجتمعات إلى الحفاظ عليها وحمايتها من كل ما يتسبب لها من الضرر، واليوم باتت العديد من الدول تقدم الكثير من المعلومات الصحية للناس التي من شأنها أن تقيهم شرور الأمراض. وعليه تعرف الصحة بأنها حالة الاكتمال الفيزيائي والعقلي للشخص وشعوره بالرفاهة الاجتماعية وليست مجرد غياب المرض.

ويعد الاهتمام بمشاركة الأسرة في خدمات الصحة من أهم المجالات التي تتبناها المنظمات الدولية أساسا للوصول إلى الهدف المنشود بتحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2020. ومما لا شك فيه أن المرض مشكلة أسرية وليست مشكلة المريض نفسه، ما بالك إذا كان المريض طفلا صغيرا، وتتعدد أبعاد هذه المشكلة لاتصالها بطبيعة الأسرة من مستوى اقتصادي واجتماعي وقيم ومعتقدات سائدة فيها.

لقد كان الطب إلى وقت قريب، يعتبر العوامل البيولوجية والطبيعية هي الأسباب الوحيدة التي تحدث المرض والموت، لكن مع تقدم العلوم الإنسانية تبين أن هناك أهمية للأبعاد

(1) راشد البدوي. مشكلات السكان، مؤسسة فرانكين للطباعة والنشر، القاهرة 1969، ص512.

الاجتماعية والاقتصادية وكذا الثقافية في قضايا الصحة والمرض، لذلك امتد نطاق المرض ليشمل الحياة الاجتماعية والاقتصادية المحيطتين بالمريض.

وأضحى التصرف الصحي يرتبط بعنصري الوقاية والعلاج ولعل المثل الشائع يؤكد الجانب الأول على حساب الجانب الثاني، وفي ذلك حكمة كبيرة فعندما نقول: "إن الوقاية خير من العلاج" نكتشف مفهوم التصرف الصحي بشكل يوجب على المسؤولين من بينهم الأسر عامة والأمهات خاصة أن يكونوا بعلم بالمواضيع المرتبطة بالوقاية ووسائلها قبل إصابة أطفالهم بالمرض. وبهذا أصبحت الصحة كالتعليم حقا مجتمعيًا مكتسبا لطفل من طرف أسرته.

ومما لا شك فيه أن للأمم دورا أساسيا في كافة قضايا صحة الأسرة بما في ذلك صحة أطفالها، فصحة الطفل في الأسرة هي الغاية التي تسعى إليها كل أم حيث إن الصحة الجيدة هي عنصر أساسي للتنميته الاجتماعية والاقتصادية لطفلها وأسرته.

الإشكالية:

يتناول موضوع هذا البحث انعكاسات الأوضاع الاقتصادية للأسرة على تغذية وصحة الطفل الجزائري، هذا الموضوع هو موضوع كلاسيكي، واقترن في السنوات الأخيرة بالبلدان النامية، خاصة التي تعرف ارتفاعا في معدل وفيات الأطفال والطفولة. عكس البلدان المصنعة التي تحكمت في هذا المعدل وأصبح لا يزيد بها عن 5%.

فمعدل وفيات الأطفال الرضع مؤشر للتطور الاقتصادي والاجتماعي وفي هذا المجال يقول لاييمان هارش « Hers Liebnam » "إن وفيات الأطفال الرضع، مقياس للتقدم والتطور الاقتصادي والاجتماعي لأي بلد"⁽¹⁾. وعليه يعتبر معدل وفيات الأطفال دليلا دقيقا على نوعية المعيشة في أي مجموعة سكانية، إذ كلما قل هذا المعدل دل على حسن مستوى المعيشة.

إن ظاهرة موت الأطفال ظاهرة بيولوجية لكن للعوامل الاقتصادية والاجتماعية دور في ارتفاع وانخفاض مستوياتها واتجاهاتها مثل المهنة والمستوى التعليمي والاقتصادي للوالدين، والتغذية وظروف السكن والخدمات الصحية والطبية.

وهكذا يمكن فهم سبب ارتفاع معدل وفيات الأطفال في البلدان النامية عنها في البلدان المتقدمة، ذلك بإرجاعها إلى تدهور ظروفها الاجتماعية والثقافية والاقتصادية فالتخلف

(1) Sauvy Alfred. *Eléments de Démographie*, Presse Universitaire de France, 1976, p101.

والمرض والفقر سلب حياة الملايين من أطفال هذه الشعوب وفتك بها بحيث وصل معدل وفيات الأطفال الرضع بها سنة 2007 51% مقابل 5% في الدول الصناعية⁽¹⁾.

هذه العوامل ولا سيما الاقتصادية منها تكونت من متغيرات وعوامل من شأنها أن أثرت على الجانب الصحي والمرضي للأطفال، مثل الدخل والطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الطفل وأسرته، فضلاً عن البيئة الاجتماعية المتواجدها فيها كنوع السكن الذي يتعرع فيه. إلى جانب ذلك العامل الثقافي الذي تأثر بالتراث الحضاري والقيمي للمجتمع النامي المتوارث، والمؤثر في تصرفات الأمهات خاصة والأسرة عامة.

هذه الأسباب والمؤثرات جعلتنا نتساءل عن انعكاساتها على تصرفات الأمهات تجاه تغذية وصحة أطفالها، أملياً أن معرفتنا لها تمكننا من وضع حلول لهذه الظاهرة الخطيرة ألا وهي مرضية ووفيات الأطفال الرضع في الجزائر أين يبقى هذا المعدل إلى حد الآن مرتفعاً حيث قدر سنة 2009 بـ 24.8%⁽²⁾.

فهل للوضع الاقتصادي للأسرة وفي ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي يشهدها المجتمع الجزائري دور في تصرفات الأمهات تجاه تغذية وصحة الأطفال انطلاقاً من مقاييس مختلفة يكون أساسها التباين في الوضع الاقتصادي؟

شملت الدراسة تحليل ثلاثة مستويات هي:

- تصرفات الأمهات تجاه تغذية أطفالها. وشمل متغيرات الميزانية المخصصة لتغذية الطفل، الموازنة في الوجبات الغذائية.
- تصرفات الأمهات تجاه مرض أطفالها. وشمل المتغيرات الخاصة بمكان العلاج ونوعه عند إصابة الطفل بالمرض.
- الوضع الاقتصادي لأسرة الطفل. وشمل المتغيرات الاقتصادية كالدخل، الطبقة الاجتماعية ونوع السكن.

(1) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009، صحة الأم والوليد، جنيف، دون ذكر السنة، ص121

(2) ONS. "Démographie Algérienne" 2009, in **Données statistiques**, n°554, Alger 2010, p4

تقدم الدراسة من خلال التحليل الوصفي والكمي خلفية علاقة الوضع الاقتصادي للأسرة بالرعاية الصحية للطفل وتقدم صورة مقارنة لتأثير مختلف العوامل المتعلقة بالمستوى المعيشي للأسرة وتأثيره على صحة الطفل.

المنهجية المتبعة في الدراسة:

إن ميدان بحثنا هو ولاية الجزائر والوحدة الإحصائية للبحث كانت المرأة المتزوجة ولديها طفل أقل من خمس سنوات، وتقيم كمقيمة دائمة بالجزائر العاصمة.

أما عن عينة بحثنا فكانت العينة العرضية التي هي ضمن العينات غير العشوائية وهذا النوع من العينات فرضه علينا مجتمع بحثنا الأم نظرا لانعدام إطار المعاينة وهو عدد النساء المتزوجات واللواتي لديهن طفل على الأقل أقل من خمس سنوات في ولاية الجزائر.

وتماشيا مع الإمكانيات الزمنية لهذه الدراسة ثم استخدام العينة غير العشوائية، بدل الحصر الشامل لمجتمع الدراسة ككل كما قلنا، أي استخدام طريقة تصميم صفات الجزء على الكل باستعمال نسبة من العدد الكلي لحالات تتوفر فيهم خصائص نهتم بها ووفق متطلبات وأهداف الدراسة.

وبعد ما تم تحديدها واختيارنا للمجال المكاني والبشري بقي علينا تحديد الفترة الزمنية لإجراء البحث وكانت بالفعل مابين 01 - 02 - 2010 إلى غاية 01 - 03 - 2010. أين قمنا بتوزيع الاستمارات فبلغ عدد عينتنا حوالي 300 امرأة لكن استغلنا فقط 291 استمارة لاكتمال الإجابات فيها.

لقد شملت الاستمارة عدة أسئلة مغلقة (15 سؤالا) لتسهيل عملية الإجابة وعدة أسئلة مفتوحة (12 أسئلة) لإعطاء فرصة كافية للتحدث حول الموضوع وإعطاء رأيهن عن الظاهرة، وكذلك للوصول إلى نتائج كنا نجهلها في السابق.

أما عن المنهج المتبع في هذه الدراسة فكان المنهج الإحصائي إذ ساعدنا في جمع البيانات وترتيبها وكذا تبويبها في جداول مركبة ثم تحليلها وتفسيرها وهذا وفقا للمعطيات الإحصائية المتحصل عليها من الدراسة الميدانية، مما مكنا من الوصول إلى الاستنتاجات في فهم أسباب هذه الظاهرة وبالتالي إعطاء بعض الاقتراحات.

وقبل أن نتعرض إلى نتائج الدراسة سوف نتطرق إلى التغذية وصحة الطفل في الفضاء العالمي ثم أهداف الرعاية الصحية للأطفال.

التغذية وصحة الطفل في الفضاء العالمي:

قبل عشرين عاما أخذ زعماء العالم على عاتقهم في مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل الذي انعقد في نيويورك في مقر الأمم المتحدة في 20 نوفمبر من سنة 1989 والذي أخذ حيز التنفيذ في 2 سبتمبر من عام 1990 التزاما مشتركا، وأصدروا نداء عالميا عاجلا طالبوا فيه بضمان مستقبل أفضل لكل طفل وأكدوا على التزامهم في تقرير وحماية ورفاه كل طفل.

وبمقتضى هذه الاتفاقية، فإن الأطفال أصحاب حقوق وليسوا موضع إحسان. ولم يعد تنفيذ هذه الحقوق خيارا تتقيه الدول الأطراف في الاتفاقية، بل إنه التزام تعهدت الحكومات بالوفاء به.

وأكدت المادة 6 من هذه الاتفاقية على اعتراف الدول الأطراف بأن لكل طفل حقا أصيلا في الحياة وتكفل الدول الأطراف إلى أقصى حد ممكن بقاء الطفل ونموه⁽¹⁾.

كما أكدت المادة 24 على اعتراف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن بلوغه وتتخذ الدول التدابير المناسبة من أجل:

- خفض وفيات الرضع والأطفال.
- كفالة وتوفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية.
- مكافحة الأمراض وسوء التغذية وتوفير الأغذية المغذية الكافية ومياه الشرب النقية آخذة في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطره.
- كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولا سيما الوالدين والطفل بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية ومبادئ حفظ الصحة والإصلاح البيئي.
- تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين.
- تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الفعالة والملائمة بغية إلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال.⁽²⁾

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة. اتفاقية حقوق الطفل، النص الكامل، مكتب اليونسيف بالجزائر، الجزائر، دون ذكر السنة، ص 14.

(2) نفس المرجع، ص 23- 24

كما أكدت الأهداف الدولية للعقد (2000- 2010) والتي أقرت في مؤتمر الجمعية العامة للأمم المتحدة في سنة 2002:

- خفض وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة.
- خفض معدل سوء تغذية الأطفال دون سن الخامسة.
- تحقيق القضاء بشكل دائم على اضطرابات نقص اليود بحلول سنة 2005 وعلى نقص فيتامين A بحلول سنة 2010 وخفض معدلات الإصابة بفقر الدم بما في ذلك نقص الحديد بمقدار الثلث بحلول سنة 2010.
- خفض نسبة الأسر المعيشية التي تفتقر إلى مرافق صحية ومياه صالحة للشرب وضمان الحصول على ذلك من خلال إيلاء الاهتمام الكبير بتلك الأسر من أجل بناء قدرات الأسرة والمجتمع على إدارة النظم الحالية والتشجيع على تغيير السلوك من خلال التثقيف في مجال النظافة والصحة .

وبما أن اتفاقية حقوق الطفل نصت على أن لكل طفل حقا أصيلا في الحياة، وأن الدول الأطراف تتكفل إلى أقصى حد ممكن ببقاء الطفل ونموه. هذان الحقان مرتبطان ارتباطا وثيقا في التمتع بأسمى مستوى صحي يمكن بلوغه، وفي الحصول على الخدمات الصحية وعلى مستوى معيشي يفي بالحاجة الأساسية للطفل.

وضمن سياق الأمم المتحدة تتضمن الإجراءات التي تكفل بقاء الطفل والتي تقودها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف على وجه الخصوص: مراقبة النمو ومعالجة الجفاف عن طريق الفم، ومكافحة الأمراض والرضاعة الطبيعية والتحصين ضد الأمراض والتغذية.

أما عن نهج الرعاية الصحية الأولية الذي تناصره منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة فيشدد أيضا على الترابط المتبادل بين الرعاية الصحية الأساسية والتغذية المناسبة والمياه السليمة والصرف الصحي⁽¹⁾.

وبالفعل انتشرت بنود هذه الاتفاقية على مدى السنوات العشرين الماضية في الممارسات والتشريعات والسياسات المنتهجة في الدول الأطراف. إذ بينت لنا دراسة أجرتها منظمة الأمم

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة. وضع الأطفال في العالم، الاحتفال بمرور 20 عاما على صدور اتفاقية حقوق

الطفل، طبعة خاصة، المطبعة الوطنية، عمان، دون ذكر السنة، ص 9.

المتحدة للطفولة أن تلتى الدول التي تمت دراسة وضع الاتفاقية فيها، والبالغ عددها 52 دولة. قد أدمجت الاتفاقية في قوانينها، وأن المحاكم قد تبنت قرارات مهمة تطبيق أحكام الاتفاقية، وعلاوة عن ذلك ومنذ سنة 1989 عمل ثلث الدول التي تمت دراسة أوضاعها أيضا على إدماج الاتفاقية ضمن دساتيرها الوطنية.

وقد بذلت جميع هذه الدول تقريبا جهودا قوية لجعل تشريعاتها متطابقة مع الاتفاقية، وذلك إما عن طريق إقرار قوانين لحقوق الطفل. وإما من خلال الإصلاح التدريجي المنهج للقوانين القائمة فيها، وإما من خلال كلا الإجرائين⁽¹⁾.

وبالفعل وبفضل هذه الإجراءات انخفض معدل وفيات الأطفال في العالم من 64‰ سنة 1990 إلى 47‰ سنة 2007. وفي نفس الفترة انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 93‰ إلى 68‰⁽²⁾ مع العلم أن حوالي 98٪ من هذه الوفيات تحدث في الدول النامية. كما انخفضت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من الوزن المنخفض المعتدل والحاد من 30٪ ما بين 1990 - 1998⁽³⁾ إلى 25٪ ما بين سنتي 2000 - 2007⁽⁴⁾. هذا من جهة ومن جهة أخرى انخفضت نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالإسهال وتمت معالجة جفافهم عن طريق الفم من 69٪⁽⁵⁾ ما بين 1990 - 1998 إلى 38٪⁽⁶⁾ ما بين سنتي 2000 - 2007. كما ارتفعت نسبة المحصنين ضد شلل الأطفال من 77٪ ما بين 1990 - 1998 إلى 82٪ ما بين سنتي 2000 - 2007 وكذا السل من 82٪ إلى 89٪ في نفس الفترة.

لكن مع حلول عام 2009 أين شهد العالم أسوأ أزمة مالية عالمية منذ الأزمة الاقتصادية الكبرى لسنة 1929، بالإضافة للارتفاعات الحادة في أسعار الغذاء والوقود التي حدثت عام 2008 والارتفاع الشاهق في معدلات البطالة والهبوط الشديد الانحدار في المخرجات المالية والتجارة العالمية والاستثمار العالمي، أصبح من السهل فهم الضغوطات الواقعة على الأسر

(1) نفس المرجع، ص 11.

(2) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009، جنيف، دون ذكر السنة، ص 121.

(3) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2000، جنيف، دون ذكر السنة، ص 91.

(4) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009، المرجع السابق، ص 125.

(5) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2000، المرجع السابق، ص 95.

(6) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009، المرجع السابق، ص 129.

والمجتمعات، والمخاطر الملازمة التي تتعرض لها صحة الأطفال ووضعهم التغذوي ولا سيما في أوساط الدول النامية والمجتمعات الأشد فقرا، وهذا ما سنحاول معرفته في مجتمعنا.

أهداف الرعاية الصحية للأطفال:

إن حياة الطفل لا تبدأ وقت ولادته بل تسعة أشهر لفترة الحمل وهذا يعني أن الحالة الصحية للطفل يوم ولادته تعتمد اعتمادا كبيرا على الرعاية الصحية للأُم أثناء الحمل، و الرعاية الصحية للطفل تبدأ منذ الولادة حتى نهاية خمس سنوات من عمره الأولى وهي تهدف إلى:

- الارتقاء بصحة الطفل.
- وقايته من الأمراض.
- الاكتشاف المبكر للاعتلالات الصحية.
- علاج الأمراض قبل أن تشتد وتتضاعف.
- ضمان التغذية السليمة وتشجيع الرضاعة الطبيعية.

وبهذا يمكن تقسيم مراحل رعاية الطفولة إلى:

1-رعاية الوليد،

إن الشهر الأول من حياة الطفل له وضع خاص، لهذا يجب أن تدرج الرعاية الطبية منذ اللحظة الأولى للولادة وذلك عن طريق إجراء الولادة تحت إشراف طبي ومراعاة وزن الطفل عند الولادة الذي يتراوح في الطبيعي ما بين 3 - 3.3 كلغ. وكذا البدء بالرضاعة الطبيعية فورا بعد الولادة وأيضا الكشف الطبي العام لاكتشاف التشوهات والأمراض الوراثية.

2 - متابعة نمو الطفل،

ويبدأ ذلك عن طريق متابعة التاريخ الصحي للطفل وكذا الكشف الطبي الكامل، مع التركيز على وزن الطفل في كل زيارة وبيان تناسبه مع سنه باستخدام رسم بياني يسمى منحني نمو الطفل، وبالإضافة إلى ذلك الاكتشاف المبكر لأمراض سوء التغذية.

3-التطعيم،

وهي طريقة تحصين الطفل ضد الأمراض المعدية الهامة، ويجب المواظبة عليها في السنتين الأوليين من العمر. ففي السنة الأولى يتم التطعيم ضد الدرن وشلل الأطفال والدفترية والسعال الديكي والتيتانوس وكذا الحصبة.

4 - الرضاعة الطبيعية:

حليب الأم هو الغذاء الأمثل للطفل، ففيه الغذاء الجيد والوقاية من الأمراض لهذا تتصح الأمهات بالأخذ به.

وتتميز الرضاعة الطبيعية بمايلي:

- حليب الأم موجود في كل وقت ومعقم وفي درجة حرارة مناسبة للطفل.
- سهل الهضم ومناسب لمعدة الطفل.
- وقاية الطفل من الأمراض خاصة النزلات المعوية والإسهال والحساسية والكساح والسمنة.
- توفر الرضاعة الطبيعية الكثير من دخل الأسرة مما يرفع المستوى الاقتصادي للأسرة.
- فطام الطفل هو إعطاء الطفل أغذية خارجية بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية ويبدأ من حوالي سن 4- 6 شهور، إذ أن حليب الأم لا يعتبر كافيا بعد هذه الفترة.

تحليل نتائج الدراسة:

جدول رقم (1) علاقة المستوى الاقتصادي للأسرة بمدى تخصيص ميزانية خاصة لتغذية الأطفال

المجموع		لا تخصص		تخصص		مدى تخصيص الميزانية المستوى الاقتصادي
%	ك	%	ك	%	ك	
الدخل الأسري بالدينار الجزائري						
100	42	71.43	30	28.57	12	أقل من 10000
100	72	83.33	60	16.67	12	10000 - 15000
100	66	86.36	57	13.64	9	15000 - 20000
100	33	45.45	15	54.54	18	20000 - 25000
100	24	62.5	15	37.5	9	25000 - 30000
100	54	50	27	50	27	أكثر من 30000
الطبقة الاجتماعية						
100	27	100	27	-	-	طبقة فقيرة
100	153	72.55	111	27.45	42	طبقة متوسطة

100	111	59.46	66	40.54	45	طبقة غنية
نوع السكن						
100	102	67.65	69	32.35	33	فيلا
100	72	62.5	45	37.5	27	شقة
100	96	75	72	25	24	بيت تقليدي
100	21	85.71	18	14.29	3	بيت من صفيح
100	291	70.10	204	29.89	87	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه نحو عدم تخصيص أسر المبحوثات لميزانية خاصة بتغذية الأطفال بنسبة 70.10 % مقابل 29.89 % ممن يخصصونها. ولمعرفة تأثير المستوى المعيشي للأسر المبحوثة على هذا التصرف، أدخلنا متغير الدخل الأسري والطبقة الاجتماعية وكذا نوع السكن. ومنه نلاحظ أنه كلما انخفض المستوى المعيشي للأسرة المبحوثة إلا وقلت نسبة من تخصص ميزانية لتغذية الأطفال. حيث أجابت نسبة 81.67 % ممن لهم دخل أسري أقل من 20000 دج، أنهم لا تخصص تلك الميزانية، مقابل ذلك وجدنا نسبة معتبرة من المستجوبات مقدرة بـ 48,65 % ممن يزيد دخلهن عن 20000 دج يخصص مبالغ شهرية لتغذية أبنائهم.

ونفس الملاحظة تذكر فيما يخص الطبقة الاجتماعية فكلما كانت الأمهات المستجوبات تنتمين للطبقة الفقيرة، إلا وكن لا تخصص ميزانية لتغذية الأطفال بنسبة 100 % مقابل ذلك وجدنا نسبة 40.45 % من النساء المنتميات للطبقات الغنية تخصصنها.

وكانت الإجابة متباينة كذلك فيما يخص نوع السكن، فكلما كانت المستجوبات تقطن في فيلات أو شقق إلا وكانت تخصص مبالغ مالية لتغذية الأطفال بنسبة 32.35 % و 37.5 % على التوالي. في حين اللواتي تقطن في بيوت تقليدية أو بيوت الصفيح فـ 75 % و 85.71 % لا تخصص هذا النوع من الميزانية.

إن الاهتمام بالأطفال لا يقتصر إذا على التربية والتعليم فقط، وإنما يشمل الحفاظ على صحتهم أيضاً ويعتبر الاهتمام بتغذيتهم عنصراً مهماً في هذا الإطار.

ويحتاج الأطفال إلى استهلاك الأغذية التي توفر لهم مصادر الطاقة والبروتين، بالإضافة إلى مصادر جيدة من (الزنك) والحديد والكالسيوم لبناء عظام قوية والتقليل من خطر الإصابة بمرض هشاشة العظام في وقت متأخر من الحياة.

لهذا ينصح خبراء التغذية بالتركيز على الإفطار المنوع والغني بالمواد الأساسية مثل الحبوب، الحليب والفواكه. إن الأطفال الذين يتناولون إفطارهم الكامل يحصلون على كميات كافية من المعادن، مثل الكالسيوم والفوسفور والمغنيسيوم، والفيتامينات مثل الريبوفلافين، وفيتامينات «أ»، و«ج»، و«ب12»، وحمض الفوليك، وهي جميعها ضرورية لعملية النمو. لكن تدهور الوضع الاقتصادي لبعض الأسر انعكس تأثيره السلبي في كافة الجوانب الحياتية لها، وهذا ما حصل في الجزائر من خلال غلاء المعيشة التي تعرفه البلاد خلال السنوات الأخيرة والذي شل قدرة الأسرة على ممارسة واجباتها تجاه أفرادها بشكل يحقق لهم العيش بعيداً عن تهديدات المخاطر الحياتية خاصة الصحية منها فباتت في الغالب لا تتمكن من تغذية أطفالها بالغذاء الكامل إذ أن تقريبا ربع أفراد عينتنا لا تخصص ميزانية لتغذية أطفالها كما رأينا.

جدول رقم - 2 - علاقة المستوى الاقتصادي للأسرة بكيفية إعداد الطعام وتجهيزه للطفل

المجموع		أكل مع باقي أفراد الأسرة		أكل خاص		الكيفية المستوى الاقتصادي
%	ك	%	ك	%	ك	
الدخل الأسري بالدينار الجزائري						
100	42	28.57	12	71.43	30	أقل من 10000
100	72	54.17	39	45.83	33	10000 - 15000
100	66	54.55	36	45.45	30	15000 - 20000
100	33	9.09	3	90.90	30	20000 - 25000
100	24	50	12	50	12	25000 - 30000
100	54	16.67	9	83.33	45	أكثر من 30000
الطبقة الاجتماعية						
100	27	44.44	12	55.56	15	طبقة فقيرة

100	153	37.25	57	62.74	96	طبقة متوسطة
100	111	37.84	42	56.76	63	طبقة غنية
نوع السكن						
100	102	41.18	42	58.82	60	فيلا
100	72	25	18	75	54	شقة
100	96	40.62	39	59.37	57	بيت تقليدي
100	21	57.14	12	42.86	9	بيت من صفيح
100	291	38.14	111	61.85	180	المجموع

من هذا الجدول نجد أن أغلب المبحوثات تعد لأطفالها طعاما خاصا لهم لوحدهم بنسبة 61.85 % مقابل 38.14 % من المبحوثات ذكرن أنهن تقدمن طعاما لأطفالهن مشتركا مع بقية أفراد الأسرة.

وعند إدخالنا للوضع الاقتصادي لمعرفة تأثيره على هذا التصرف، وجدنا أنه لم يكن للدخل التأثير البالغ على هذا التصرف حيث صرحت 71.43 % ممن كان لهن دخل يقل عن 10000 دج أنهن تجهزن طعاما خاصا لأطفالهن، ونفس الإجابة كانت بالنسبة للواتي لهن دخل أسري يزيد عن 30000 دج شهريا بنسبة 83.33 %.

نفس الشيء فيما يخص الطبقة الاجتماعية فلم يكن لها تأثير على كيفية إعداد وتجهيز طعام الأطفال، حيث أجابت بنسب متفاوتة أغلب المبحوثات أنهن تجهزن لأطفالهن طعاما خاصا بهم، أعلاها سجلت عند الطبقة المتوسطة بنسبة 62.74 % ثم الطبقة الغنية بنسبة 56.76 % وفي الأخير الطبقة الفقيرة بنسبة 55.56 %.

أما بالنسبة لنوع السكن في تأثيره على هذا التصرف، فنلاحظ أنه كان له التأثير الفعال، حيث نجد ثلاثة أرباع اللواتي تقطن في شقق تجهزن لأطفالهن طعاما لوحدهم، مقابل ذلك صرحت أكثر من نصف اللواتي تقطن في بيوت من صفيح أنهن تجهزن لأطفالهن طعاما معا مع باقي طعام أفراد الأسرة بنسبة 57.14 %.

إن الثقافة الصحية من الأمور التي يجب أن تلم بها الأم، لكن وللأسف الشديد وجدنا من الأمهات من لا تملكها فإطعام الطفل مع باقي أفراد أسرته يسبب له مشاكل صحية ووخيمة

في بعض الحالات، ذلك لأن الأكل يعد ويجهز بالتوابل والفلفل الحار في بعض الأحيان وهي مواد سامة على معدة الطفل.

فالنهج الأمثل لتغذية الطفل هو مواصلة إرضاعه بعد ستة أشهر، إلى أن يبلغ العامين أو أكثر، مع إطعامه بتغذية تكميلية مأمونة ومناسبة.

فالرضاعة الطبيعية تحقق فوائد صحية هائلة، وتوفر مغذيات بالغة الأهمية، وتحميه من الأمراض المميتة كالالتهاب الرئوي، وتعزز النمو والنماء.

فالرضاعة الطبيعية والتغذية الجيدة للأطفال، عاملان حاسما الأهمية لتحقيق بقاء الطفل على قيد الحياة. لكن للأسف تنخفض نسبة الرضاعة الطبيعية في الجزائر عند الأطفال البالغين 6-9 أشهر والذين يتلقون تغذية تكميلية صلبة إلى 39% و إلى 22 للأطفال البالغين 20-23 شهرا هذا سنة 2006⁽¹⁾.

جدول رقم (3) علاقة المستوى الاقتصادي للأسرة بمدى مراعاة التوازن الغذائي الخاص بتغذية الأطفال

المجموع		لا توازن في أكل الطفل		توازن في أكل الطفل		مدى التوازن الغذائي المستوى الاقتصادي
%	ك	%	ك	%	ك	
الدخل الأسري بالدينار الجزائري						
100	42	42.86	18	57.14	24	أقل من 10000
100	72	37.5	27	62.5	45	10000 - 15000
100	66	22.73	15	77.27	51	15000 - 20000
100	33	27.27	9	72,73	24	20000 - 25000
100	24	-	-	100	24	25000 - 30000
100	54	16.67	9	83.33	45	أكثر من 30000

(1) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات. المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، التقرير الرئيسي، الجزائر، 2009، ص 73-75.

الطبقة الاجتماعية						
100	27	44.44	12	55.56	15	طبقة فقيرة
100	153	35.29	54	64.71	99	طبقة متوسطة
100	111	10.81	12	89.19	99	طبقة غنية
نوع السكن						
100	102	17.65	18	82.35	84	فيلا
100	72	20.83	15	79.17	57	شقة
100	96	40.62	39	59.37	57	بيت تقليدي
100	21	28.57	6	71.23	15	بيت من صفيح
100	291	26.80	78	73.19	213	المجموع

من الجدول أعلاه نجد أنه تقريبا ربع أفراد عينتنا، صرحن أنهم تقدمن أكلا متوازنا لأطفالهن بنسبة 73.19٪ مقابل 26.80٪ صرحن لنا عكس ذلك.

وعن تأثير دخل الأسرة على هذا النوع من الإجابات، نجد أنه كلما ارتفع الدخل الأسري إلا ووازنت الأم في تغذية أطفالها. حيث صرحت لنا بهذا نسبة 100٪ ممن كان دخلهن ما بين 25000 - 30000 دج و 83.33٪ ممن كان دخلهن يزيد عن 30000 دج. أما اللواتي لا تقدمن غذاء متوازن لأطفالهن فأغلبهن لهن دخل متدن بنسبة 42.86٪ لمن كان دخلهن أقل من 10000 دج.

ونفس الملاحظة تذكر فيما يخص الطبقة الاجتماعية. فكلما كانت المستجوبة تنتمي إلى الطبقة المرتفعة إلا وكانت توازن في تغذية أطفالها بنسبة 89.19٪. والعكس صحيح فالمنتميات للطبقات المتدنية لا توازن الغذاء المقدم لطفلها بنسبة 44.44٪ للواتي ينتمين لطبقة فقيرة.

إلا أن الأمر لم يكن كذلك فيما يخص نوع السكن وتأثيره على هذا التصرف، فأغلب المستجوبات تقدمن غذاء متوازنا لأطفالهن بنسب متفاوتة أعلاها عند اللواتي تسكن في فيلات بنسبة 82.35٪. كما نلاحظ نسبة لا بأس بها من النساء المستجوبات والقاطنات في بيوت تقليدية ذكرن أنهم لا تقدمن غذاء متوازنا لأطفالهن بنسبة 40.62٪.

إن النمو الجسمي للطفل يتطلب رضاعة طبيعية كما رأينا وتغذية متوازنة تمنع ظهور علل والتهابات خلال مرحلة نموه، ولقد حددت منظمة الفاو معايير لاحتياجات الأطفال من السعرات الحرارية اليومية والتي تقدر بـ 1360 سعرة لمن هم ما بين سن سنة إلى ثلاث سنوات. ويؤدي النقص في كمية السعرات الحرارية إلى نقص التغذية فينجم عن عدم احتواء الطعام على قدر مناسب من الفيتامينات والمعادن والبروتينات والطاقة اللازمة للصحة والنمو مرض سوء التغذية. ولقد شخّصت منظمة الأمم المتحدة للطفولة أسباب سوء التغذية بعدم كفاية الأمن الغذائي للأسرة والأمراض وعدم كفاية الغذاء.

والحمد لله أنه تقريبا ربع أفراد عينتنا توازن في غذاء أطفالهن مهما اختلف مستواه المعيشي كما رأينا، وهذا ما يفسر انخفاض نسبة انتشار نقص الوزن بالنسبة للسن في شكله المعتدل والحاد في الجزائر حيث وصل فقط 3.7% كما بلغت نسبة انتشار النحافة المتوسطة أو الحادة 2.9% وفي الأخير بلغة نسبة انتشار قصر القامة المعتدل أو الحاد 11.3% (1) وهذا من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2006.

جدول رقم - 4 - علاقة المستوى الاقتصادي للأسرة بتصرف الأم تجاه إصابة أطفالها

المجموع	أخرى		إسعافات طبيعية+الذهاب عند الطبيب		إسعافات طبيعية		الذهاب عند الطبيب		التصرف	المستوى الاقتصادي
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
الدخل الأسري بالدينار الجزائري										
100	42	-	-	-	-	42.86	18	57.14	24	أقل من 10000
100	72	8.33	6	4.17	3	27.17	21	58.33	42	-10000 15000
100	66	9.09	6	22.73	15	31.82	21	36.36	24	-15000 20000
100	33	27.27	9	-	-	36.36	12	36.36	12	-20000 25000

(1) نفس المرجع، صص 63- 65 - 66 .

100	24	12.5	3	-	-	12.5	3	75	18	-25000 30000
100	54	16.67	9	11.11	6	11.11	6	61.11	33	أكثر من 30000
الطبقة الاجتماعية										
100	27	-	-	-	-	44.44	12	55.56	15	طبقة فقيرة
100	153	7.84	12	13.72	21	39.21	60	39.21	60	طبقة متوسطة
100	111	18.92	21	2.7	3	8.10	9	70.27	78	طبقة غنية
نوع السكن										
100	102	20.59	21	8.82	9	20.59	21	50	51	فيلا
100	72	12.5	9	12.5	9	12.5	9	62.5	45	شقة
100	96	-	-	6.25	6	40.62	39	53.12	51	بيت تقليدي
100	21	14.28	3	-	-	57.14	12	57.14	6	بيت من صفيح
100	291	11.34	33	8.25	24	27.83	81	52.57	153	المجموع

أما فيما يخص تصرفات الأمهات تجاه مرض أطفالهن، فنلاحظ من الجدول أن أكثر من نصف عينتنا تأخذهم عند الإصابة بأي مرض عند الطبيب بنسبة 52.57%. تلتها نسبة من تقوم بعلاجهم بطرق طبيعية 27.83%، كما ذكرت لنا نسبة 8.25% أنهم يمزجون بين الطريقتين.

وفيما يخص تأثير المستوى الاقتصادي للأسرة على هذا التصرف فنلاحظ أنه لم يكن له الأثر البالغ، فالكامل مهما اختلف هذا المستوى إلا وتأخذن أطفالهن إلى الطبيب.

ومن هنا نتضح لنا اختلافات تصرفات أفراد عينتنا في تعاملهم مع الأمراض التي تصيب الأطفال، وفقا للطبقة الاجتماعية التي ينتمون إليها واختلافهم في الأوضاع الاقتصادية، فمنهن من تعالجن أطفالهن أكثر بالطب الحديث وأخريات تستعملن الطرق الطبيعية ومنهن من تستعملن الطرق الخرافية.

إلا أنهم في الغالب تستعملن الطرق الحديثة أي الطب الحديث مهما اختلف وضعهن الاقتصادي وعيا منهن بخطورة مضاعفة المرض. هذا بالرغم من أن 58.76% من النساء المستجوبات ترين أن تكلفة الطب الحديث مقبولة نوعا ما، والذي دعمتها نسبة النساء الغنيات فـ 66.67% منهن لهن دخل يزيد عن 30000 دج و62.16% ينتمين للطبقات الغنية و67.65% يقطنن في فيلات. و41.25% ترين أن تكلفة الطب الحديث غالية جدا، أغلبهن لهن مستوى معيشي منخفض بنسبة 45.07% لمن كان لهن دخل أسري يقل عن 25000 دج شهريا، و55.56% لمن تنتمين لطبقة فقيرة و57.14% لمن كن تقطنن في بيوت الصفيح.

فالعادات والتقاليد والأعراف باعتبارها عوامل اجتماعية تؤدي دورا بارزا في الصحة ومن أبرزها العادات التي تتعلق بكيفية علاج الطفل عند الإصابة بالمرض. فهناك ارتباط وثيق بين انتشار ومضاعفة المرض وطبيعة البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل.

والإصابة بالأمراض ترتبط عادة بمشكلة الفقر إذ أن لها انعكاسا على سلوك الإنسان وعاداته وطريقة تعامله مع المرض ومدى تأثره بالخرافات والأمثال الشعبية في حالات العلاج وكذلك وعيه الصحي وممارسة طرق الوقاية والتعامل مع المؤسسات الصحية... الخ.

جدول رقم (5) علاقة المستوى الاقتصادي للأسرة بالأمكان الاعتقادية التي يؤخذ إليها الطفل عند الإصابة بالمرض

المجموع		عند الطالب		وال صالح		طبيب أعشاب		الراقي		الأماكن المستوى الاقتصادي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
الدخل الأسري بالدينار الجزائري										
100	21	-	-	-	-	-	-	100	21	أقل من 10000
100	27	-	-	22.22	6	11.11	3	66.67	18	-10000 15000
100	33	9.09	3	18.18	6	9.09	3	63.64	21	-15000 20000
100	6	-	-	-	-	100	6	-	-	-20000 25000

100	3	-	-	-	-	-	-	100	3	-25000 30000
100	19	-	-	-	-	14.28	1	85.71	18	أكثر من 30000
الطبقة الاجتماعية										
100	6	-	-	-	-	-	-	100	6	طبقة فقيرة
100	72	4.17	3	12.5	9	12.5	9	70.83	51	طبقة متوسطة
100	33	-	-	9.09	3	18.18	6	72.73	24	طبقة غنية
نوع السكن										
100	30	-	-	10	3	30	9	60	18	فيلا
100	27	11.11	3	11.11	3	11.11	3	66.67	18	شقة
100	42	-	-	7.14	3	7.14	3	85.71	36	بيت تقليدي
100	12	-	-	25	3	-	-	75	9	بيت من صفيح
100	111	2.7	3	10.81	12	13.51	15	72.97	81	المجموع

من هذا الجدول يتضح لنا أن أغلب أفراد عينتنا ممن لا يعالجن أطفالهن فقط بالطب الحديث عند الإصابة بأي مكروه يأخذن أطفالهن عند الراقي بنسبة 72.97٪، تليها من تأخذنهم عند طبيب أعشاب بنسبة 13.51٪ والولي الصالح بنسبة 10.81٪ وفي الأخير نسبة 2.7٪ من النساء المستجوبات تأخذن أطفالهن عند الطالب.

وعن تأثير المستوى الاقتصادي للأسرة على هذا النوع من التصرف يظهر لنا جليا أن لا تأثير له فمهما اختلف إلا وكانت الأمهات تأخذن أطفالهن عند الراقي. كما أننا لاحظنا أن اللواتي تسلكن طرقا خرافية بالذهاب عند الطالب فأغلبهن لهن مستوى معيشي متوسط

حيث صرحت لنا بذلك نسبة 9.09 % لمن لهن دخل ما بين 15000 - 20000 دج و 4.17 % ينتمين إلى الطبقة المتوسطة و 11.11 % يقطن في شقق.

فلا تزال البعض من الأمهات تعتقدن أن العادات القديمة كفيلة بإبعاد خطر الأمراض عن أطفالهن وعلاجها، فحرق البخور، وفرقة الملح على النار وتعليق الودعة (الكتابة) على صدر الطفل أو سريره وتثقيب الأوراق وحرقها قرب رأس الطفل والتعاويد واستعمال القطران، أمثلة لما قد تلجأ إليه البعض من الأمهات ظنا منهن بأنها كفيلة بشفاء أطفالها بصورة أكفأ وأسرع من الطب الحديث.

أضف إلى ذلك ارتفاع أسعار العلاج وتدهور الوضع الاقتصادي لأسرهم الذي يؤدي بهم إلى هذا السلوك الخرافي.

الخاتمة :

لعله اتضح جليا من خلال تحليل المتغيرات المؤثرة على تغذية وصحة الأطفال في طبقاتهم الاقتصادية المختلفة، مدى تأثير التباين في الظروف الأسرية والاقتصادية والذي يلقي بظلاله على طبيعة وجود الخدمات المقدمة لهم، مما يكون له بالغ الأثر في تباين تصرفات الأمهات. وقد تجلى تأثير هذه المتغيرات بصورة واضحة في هذه الدراسة.

ونجد الظواهر السالبة وتأثيراتها تتمركز في الطبقة الدنيا التي تقل فيها الخدمات وينتشر الفقر بين أفراد أسرها ومما أثرت تبعاته على الأوضاع الغذائية والصحية على السواء عند الطفل.

ولعل هذا التباين الواضح في الأوضاع الاقتصادية لأسر المبحوثات، يكشف عن تباين حتمي في مقدرة هذه الأسر على تغطية نفقات أطفالها، وبالتالي تباين تغذية وصحة الأطفال من طبقة إلى أخرى ومن أسرة لأخرى مما يدل على تعدد وتنوع العوامل التي تعرض أطفال هذه الأمهات للمخاطر.

ويشمل التباين في الأوضاع الاقتصادية لأسر المبحوثات دخل الأسرة، فالدخل الفعلي لـ 39.17% من الأمهات لا يتجاوز دخل أسرهن الأجر الأدنى القاعدي 15000 دج. مما يجعل أفرادها يعيشون تحت خط الفقر، وهناك 14.43 % من المستجوبات يقارب وضعها خط الفقر، ويدل هذا التناقض على أن متوسط دخل الأسر بالنسبة للأمهات قيد الدراسة، لا يعكس الوضع الاقتصادي الحقيقي لأسرهم، وإنما نجده قد تضخم بسبب ارتفاع الدخل لعدد قليل من الأسر، حيث تراوح دخل 54 فقط من الأمهات أكثر من 30000 دج.

ويمكن القول إن نسبة كبيرة من الأمهات قد تصل إلى 61.85 % ليس لديها القدرة على تقديم الحماية والرعاية الكافية لأطفالهن.

وقد أوضح تحليل البيانات أن الوضع الغذائي لأطفال العينة ليس ملائماً ، فقد تم الاستقصاء عما إذا كانت الأسر تخصص ميزانية خاصة لتغذية أطفالها لتتلاءم مع حاجتهم للنمو ، حيث تم تسجيل 87 أما فقط تخصص ميزانية غذائية خاصة لأطفالها من الطبقتين العليا والوسطى ، بينما لا تخصص أي ميزانية في الطبقة الدنيا الفقيرة.

أما فيما يخص العلاج فالمستوى الاقتصادي للأسرة لم يكن له الأثر البالغ في التباينات في الطرق العلاجية فالغالبية تعالجن أطفالهن بالطرق الحديثة.

وعليه يمكن أن نخلص إلى أن الارتقاء بأوضاع الطفل يجب أن تبدأ بالارتقاء بأوضاع الأسرة من كافة النواحي، حتى تصبح قادرة على توفير الظروف المناسبة لأطفالها، وبناء الأسرة يتم بناء المجتمع ككل. كما يجب الإشارة إلى أهمية الدراسات الاستطلاعية والاستدلالية للعوامل المؤثرة على صحة وتغذية الطفل ومن ثم السيطرة عليها في منشئها.

قائمة المراجع:

- (1) راشد البدوي. مشكلات السكان، مؤسسة فرانكين للطباعة والنشر، القاهرة، 1969.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. اتفاقية حقوق الطفل، النص الكامل، مكتب اليونسيف بالجزائر، الجزائر، دون ذكر السنة.
- (2) منظمة الأمم المتحدة للطفولة. وضع الأطفال في العالم، الاحتفال بمرور 20 عاما على صدور اتفاقية حقوق الطفل، طبعة خاصة، المطبعة الوطنية، عمان، دون ذكر السنة..
- (3) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2000، جنيف، دون ذكر السنة.
- (4) المنظمة العالمية للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009، صحة الأم والوليد، جنيف، دون ذكر السنة.
- (5) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات. المسح العنقودي متعدد المؤشرات 3-MICS، التقرير الرئيسي، الجزائر.
- (6) ONS. " Démographie Algérienne 2009, in Données statistiques, n°554, Alger, 2010.
- (7) Sauvy Alfred. Eléments de Démographie, Presse Universitaire de France, 1976.