

## كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية

### قسم علم الاجتماع

الملتقى الوطني الأول : الصحة العامة و السلوك الصحي في المجتمع الجزائري

يومي 21-22 أفريل 2014

الاسم و اللقب : زبيدة بلعربي

الوظيفة : أستاذة جامعية

الرتبة : أستاذة محاضرة ا

العنوان الشخصي : 4 حي بن يوسف البليدة

الهاتف: 0772983603

الفاكس : .....

البريد الالكتروني : belarbi\_z@yahoo.fr

المحور : الثالث مؤشرات الصحة العامة و السلوك الصحي في المجتمعات المختلفة (دراسات ميدانية و رؤى مستقبلية)

عنوان المداخلة : أثر سلوك الأم في الرعاية الصحية للأطفال أقل من خمس سنوات في

الجزائر

الملخص في ورقة كاملة : .....

تلعب الرعاية الصحية دورا هاما في المحافظة على الصحة سواء في مجال الوقاية من المرض، أو على مستوى توفير الخدمات الصحية في حالة المرض.

تمر صحة الطفل بعدة مراحل، و المرحلة الأولى تبدأ قبل ولادة الطفل و المرحلة الثانية تخص الوضع و الأخيرة تصادف الرعاية المقدمة خلال السنوات الأولى من الحياة.

"إن استخدام الخدمات الصحية هي نتيجة سيرورة تبدأ بظهور الحاجة للرعاية الصحية" ( , Donabedien

1993, p.205). و هذا الوضع قد يكون الإحساس بالضيق أو حالة مرضية أو مجرد ظهور اعراض

تحتاج لعناية خاصة، و تأتي في المرحلة الثانية تصور و معرفة الأعراض أو الإعراف بالحاجة الى

الرعاية الصحية ، هذا التصور مرتبط بعدة عوامل خاصة الثقافية منها. إن تصور الحاجة الى الرعاية

الصحية تؤدي الى اتخاذ قرار بشأن كيفية التصرف، و سيتخذ القرار على اساس الأعراض و شدتها و

التداخل في الأنشطة اليومية و مستوى تحمل الإزعاج و طبيعة المرض المزمن و عواقبه ( Arredondo )  
(, 1992 cite par Echarri Casonava, 1993, p.205).

الردود على الاحتياجات في مجال الصحة متعددة : لا تفعل شيئا والتشاور مع الآخرين في الأسرة، أو اللجوء الى النظام الصحي ( Pelto ، 1987). و يمكن استخدام مجموعة من ال خيارات للرعاية حيث نستطيع إستخدام الأساليب التقليدية و التوجه الى المعالجين التقليديين، كما نستطيع ايضا إقتناء الدواء من عند الصيدلية، أو إستشارة طبيب خاص أو الذهاب الى مركز طبي من القطاع العام. إن إستخدام العلاج الحديث مشروط بتوفره في منطقة الإقامة، بالإضافة الى ذلك يجب الأخذ في الحسبان العوائق الاقتصادية و الثقافية.

يتم التمييز بين نوعين من الرعاية الخاصة بالأم و الطفل، حيث ان النوع الأول له طابع وقائي مثل مراقبة الحمل و التطعيم ضد بعض الأمراض و متابعة نمو الطفل و هذا الأخير يعتمد كليا على الآخرين و قرار استعمال الخدمات الصحية.

يحتوي مسح حول صحة و الأسرة الذي اجري في الجزائر سنة 2002 على وحدات خاصة بالصحة ، و هذه المعطيات تمكننا من تحليل السلوكات الخاصة باستخدام المراكز الصحية و هذا بأخذ بعين الإعتبار الرعاية الوقائية و العلاجية.

و تشتمل الرعاية الوقائية التي سنتطرق لها على - تغذية الطفل.

اما الرعاية العلاجية سنستعمل لوصفها زيارة المراكز الصحية، و اخذ العلاج للإسهال و السعال عند الأطفال اقل من خمس سنوات المصابين بأحد المرضين.

## Résumé

Les soins de santé jouent un rôle important dans la présentation de l'état de santé, tant au niveau de la prévention de la maladie, qu'au niveau des soins dispensés en cas de maladie. La santé des enfants passe par plusieurs étapes. La première étape commence avant la naissance de l'enfant, la seconde correspond à l'accouchement et enfin les soins accordés durant les premières années de vie.

«L'utilisation des soins de santé est le résultat d'un processus dont la première phase est l'apparition d'un besoin en santé» Donabedian (1987 rapporté par Casanova,1997,p.205). Il s'agit d'une situation qui peut être un malaise, un état morbide ou tout simplement un symptôme et qui nécessite une attention particulière. La perception des symptômes ou la reconnaissance d'un besoin sanitaire vient en second lieu. Cette perception est conditionnée par plusieurs facteurs

notamment d'ordre culturel. La perception d'un besoin sanitaire conduit à une prise de décision sur le comportement à adopter. La décision sera prise en fonction des symptômes et de leur gravité, de «l'interférence avec les activités quotidiennes, le seuil de tolérance des inconvénients, le caractère chronique des maladies, les possibles conséquences qu'ils peuvent entraîner» Arredondo(1992 rapporté Canova,1997,p.205).

Les réponses à un besoin sanitaire sont multiples: ne rien faire, consulter d'autres personnes de l'entourage ou bien recourir au service du système de santé (Pelto,1987). Plusieurs choix de soins peuvent être opérés: on peut recourir aux méthodes traditionnelles en recourant aux guérisseurs, on peut aussi se procurer les médicaments dans une pharmacie, ou consulter un médecin privé ou aller dans une structure de santé du secteur public. Pour les services des soins modernes, leur utilisation est conditionnée par la disponibilité du service dans la localité de résidence. De plus l'accessibilité culturelle et économique est également à considérer.

Nous distinguons deux types de soins accordés à la mère et l'enfant. Le premier type a un caractère préventif tel que le suivi de la grossesse, la vaccination contre certaines pathologies et le suivi de la croissance de l'enfant. Ce dernier dépend entièrement des autres. La décision d'utiliser les soins de santé n'est pas du ressort de la mère et du père de l'enfant seulement mais les autres membres du ménage ont leurs mots à dire.

- L'enquête EASF 2002 comporte un module sur la santé de la reproduction. Des questions concernant la dernière naissance des cinq années précédant l'enquête nous permettent d'analyser les comportements en matière d'utilisation des services de santé en distinguant les soins préventifs des soins curatifs.

Les soins préventifs que nous allons considérer : l'alimentation administrée à l'enfant

Quant aux soins curatifs nous allons utiliser les indicateurs suivants : visite des structures sanitaires, traitement de la diarrhée et de la toux pour les enfants de moins de cinq ans.

مقدمة

تركز الدراسات التي تهتم بصحة الأم و الطفل على الرعاية خلال فترة الحمل و الوضع في السنوات الأولى من حياة الطفل.

يتم التمييز بين نوعين من الرعاية الخاصة بالأم و الطفل، حيث ان النوع الأول له طابع وقائي مثل مراقبة الحمل و التطعيم ضد بعض الأمراض و متابعة نمو الطفل و هذا الأخير يعتمد كلياً على الآخرين و قرار استعمال الخدمات الصحية ليس دائماً في يد الأم و الأب، و لكن لا يجب الإستهانة بدور اعضاء اخرين في الأسرة لا يمكن تجاوزهم، و يبقى تحديد الحاجة الصحية و الإعراف به داخل الأسرة. إن مكانة الأم التي نرّمز لها في دراستنا بعلاقة القرابة مع رب الأسرة، يمكن ان تعطينا معلومات حول و ضعية الأم داخل الأسرة، إن زوجات الأبناء اللواتي تعشن مع اباء ازواجهن يواجهن ضغوطات معتبرة مقارنة مع النساء الأخريات، و من بين الصعوبات الحد من تحركاتهن خارج البيت مقارنة مع النساء اللواتي ينتمين الى أسر نووية، بالإضافة الى تبعية الأم ان بعض خصائصها مثل التعليم، الأصل الريفي، صغر السن يؤثر على التصورات، و الإحتياجات الصحية و الإستجابة لها.

## 1 التغذية

ان النظام الغذائي يمكن ان يسبب الاسهال عند الأطفال ، و يحتوي مسح 2002 على معلومات خاصة بتغذية الأطفال الأقل من سنتين، بينت النتائج الخاصة بالأطفال الذين لم يعانون من الإسهال خلال 15 يوم قبل المسح ان 47% من الأطفال استهلكوا غذاء الرضع و يأتي في المرتبة الثانية بـ 33% غذاء العائلة وثلث الأطفال استهلكوا حليب الغبرة، أما فيما يخص الأطفال المصابين بالإسهال استهلك 38% منهم غذاء خاص بالرضع يليها نسبة 33% استهلكوا الغذاء المجهز لكل العائلة، لم نلاحظ فرق في الاستهلاك حليب الغبرة و العناصر الغذائية الأخرى بين الأطفال المصابين و الغير مصابين بالإسهال. يزداد احتمال استهلاك الغذاء الخاص بالرضع بـ 20% اذا كان الطفل مصاباً بالإسهال و هذه العلاقة لها دلالة احصائية على عتبة 5%.

و تزداد احتمال استهلاك مادة الأرز اذا كان الطفل مصاباً بالإسهال بـ 30% و نفس النتيجة سجلت للإجابة غذاء آخر و النتيجة لها دلالة احصائية على عتبة 5%.

يوصي باستهلاك الأرز في حالة الإسهال لان الماء المغلي مع الأرز لا يحتوي على المكروبات والجراثيم، ولكن هذه الخلطة لا تحتوي على الاملاح المعدنية التي يفقدها الطفل وإذا أضف لسائل أملاح معدنية تكون نتائج جيدة للعلاج في حالة اسهال خفيف.

بينت دراسة أجريت في السنغال أن متوسط مدة الإسهال قدرت بـ  $2.08 + 0.65$  إذا كان الطفل ينتمي الى المجموعة 1 و  $3.27 + 0.64$  يوم اذا كان الطفل ينتمي إلى المجموعة الثانية، عينة الدراسة مكونة من 30 طفل مصاب بالإسهال الحاد. تم اقصاء الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية أو جفاف حاد و تم تقسيم الأطفال الى قسمين تحتوي كل منهما على 15 طفلا.

الفوج الأول : تم علاج الأطفال باستخدام ماء الأرز و غذاء للحمية صناعي في علب تزن 400 غرام، لمعدل اعادة التركيب تقدر بـ 13%.

الفوج الثاني : الأطفال تم علاجهم بإستعمال الأملاح اعادة المياه فقط (الكيس الخاص بالمنظمة العالمية لطفولة UNICEF) (Sall et al., 1999)

ووجدت الدراسة أن ثلثي الأطفال فقدوا الشهية (inappetence)، إن فقدان الشهية مرتبطة بدوام الاسهال، حسب مولا (Molla) يستهلك الطفل المصاب بالإسهال 30% أقل من الغذاء مقارنة بالطفل الغير مصاب، وفقدان الوزن مرتبط بنقص استهلاك الغذاء، وهذه الوضعية قد تسببها سلوكيات ا لأم امام دورة اسهال، حيث أنها تحرم الطفل من بعض الأغذية وخاصة الرضاعة الطبيعية.

ويزداد احتمال شرب الماء المسكر بـ 30% اذا كان الطفل مصاب بالإسهال، ويوصي المهنيين بأن إستهلاك المياه المضاف إليها أملاح معدنية لتجنب أو التقليل من الجفاف.

حسب نتائج المسح 2002 ثلث الأمهات صرحت أنها أعطت كميات أكبر من السوائل وهذه الفئة قدرت بـ 57.3 % سنة 1992 وأقل من نصف الأمهات صرحن بأنهن أعطت نفس الكمية بـ 43% سنة 2002 مقابل 33% سنة 1992 ومن الأمهات صرحن أنهن أعطت كميات أقل من السوائل في 2002 مقابل 7% سنة 1992، وهذه الوضعية قد تضر الطفل لانه مصاب بالإسهال و يحتاج إلى كميات مياه معتبرة لتعويض المياه المفقودة.

أما بالنسبة لرضاعة الطبيعية أوقفت 59% من الأمهات إرضاع أبنائهن خلال فترة الإسهال و 31% من الأمهات استمرت في إرضاع أبنائهن و 6% منهن زادت من إرضاع أبنائهن سنة 2002.

أما فيما يخص الغذاء الصلب فإن 41% من الأطفال استهلكوا نفس الكمية مقابل 30% استهلكوا كمية أقل من الغذاء سنة 2002.

لجدول 1.8.6 : توزيع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى 2 سنة وفقا لنوع الغذاء والحالة الصحي  
عام 2002

الغذاء	الحالة الصحية	العدد	النسبة	الخطر النسبي
ماء مغلي بالأرز	مصاب بالإسهال	223	28,2%	1,3(**)
	غير مصاب	756	22,0%	1,0
غذاء الرضع	مصاب بالإسهال	756	38,4%	1,0
	غير مصاب	223	47,1%	1,2(**)
مشروب عشبي	مصاب بالإسهال	632	18,5%	1,3(*)
	غير مصاب	186	14,0%	1,0
غذاء اخر	مصاب بالإسهال	756	22,0%	1,0
	غير مصاب	223	28,2%	1,3(**)
حليب طازج	مصاب بالإسهال	756	24,5%	1,0
	غير مصاب	223	25,6%	1,0(NS)
حليب ميستر	مصاب بالإسهال	756	18,5%	1,0
	غير مصاب	223	18,8%	1,0(NS)
حليب غبرة للأطفال	مصاب بالإسهال	756	40,5%	1,0(NS)
	غير مصاب	223	39,5%	1,0
عصير	مصاب بالإسهال	756	28,6%	1,0(NS)
	غير مصاب	223	27,3%	1,0
ماء بسكر	مصاب بالإسهال	756	29,8%	1,0
	غير مصاب	223	31,8%	1,1(NS)
غذاء العائلة	مصاب بالإسهال	756	33,1%	1,0
	غير مصاب	223	33,2%	1,0(NS)
الزبادي	مصاب بالإسهال	633	27,6%	1,0
	غير مصاب	186	32,8%	1,2(NS)
NS: بدون دلالة احصائية (*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (**): له مدلول احصائي على عتبة 5% (***) : له مدلول احصائي على عتبة 1%.				

إن احتياجات الطفل الغذائية تختلف حسب العمر، فلهذا سنأخذ في عين الاعتبار سن الطفل، و حددنا ثلاث فئات عمرية : من 0 إلى 4 أشهر ومن 5 أشهر إلى 11 شهر و أكثر من 12 شهر، يحتوي الجدول 8 . 6. ب على النسب الخاصة بالأغذية المستهلكة للأطفال المصابين و الغير مصابين بالإسهال، أكثر من 80% من الأطفال الأقل من 5 شهور لازالوا يرضعون حليب أمهاتهم، و نلاحظ نسبة أكبر من الرضاعة الطبيعية إذا كان الطفل غير مصاب بالإسهال، و سجلنا انخفاض في نسبة الأطفال الذين يتقاسمون غذاء الأسرة إذا كان الطفل مصاب بالإسهال، حيث يستهلكون كميات أقل من الحليب الطازج و الميستر و كمية أكبر من الماء المسكر والشراب العشبي.

أما فيما يخص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 إلى 11 شهرا، فإن نصف الأطفال المصابين بالإسهال استهلكوا غذاء خاص بالرضع، و قرابة 70% منهم استفادوا من الرضاعة الطبيعية و هذه

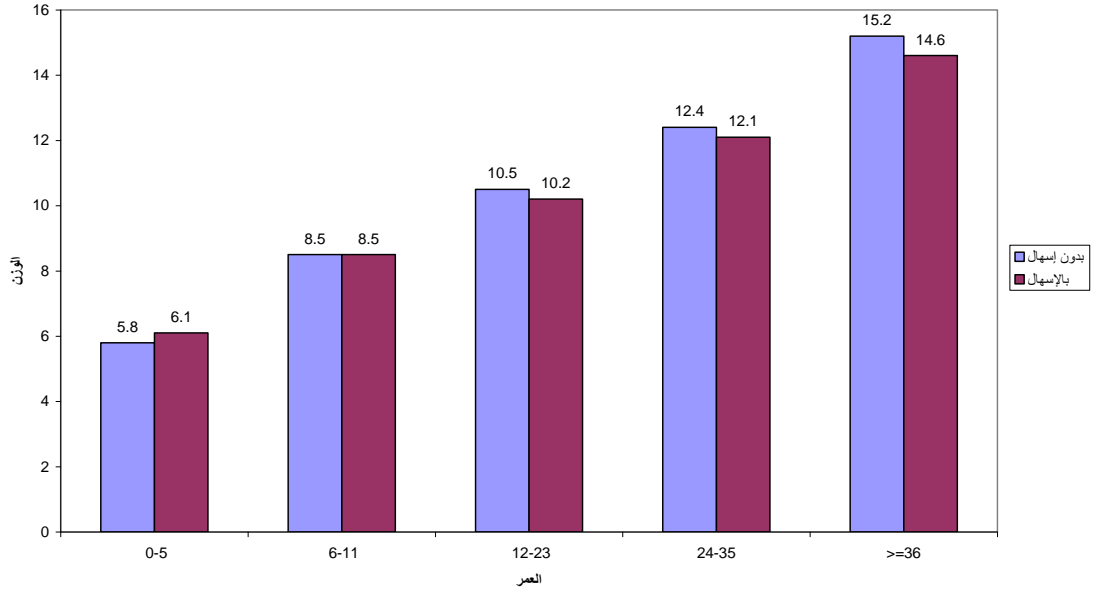
النسبة تزداد اذا كان الطفل لا يعاني من الإسهال، و يستهلك الأطفال المصابين بالإسهال بنسبة أكبر الماء المضاف للأرز، و كما سبق الإشارة إليه فإن الماء بالأرز غير كاف لمعالجة الإسهال. أما بالنسبة لزبادي فأعطيت نفس الكميات للأطفال مهما كانت حالتهم الصحية وسجلنا نسب أقل للأطفال الذين استهلكوا العصير و الماء المسكر مقارنة بالمصابين بالإسهال. اما فيما يخص الأطفال الذين أعمارهم سنة و أكثر، فنلاحظ أن المصابين بإسهال استهلكوا الحليب أقل من الآخرين، بينما نلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال المصابين بالإسهال الذين استهلكوا ماء مغلي بالأرز و مشروب عشبي و حليب الأم. نلاحظ أن الأمهات تقلل من غذاء للأطفال المصابين بالإسهال و هذه الحالة قد تسبب تدهور الحالة الصحية لطفل ( الجدول 8. 6. ب).

الجدول 6.8. ب : توزيع الأطفال المصابين و الغير مصابين بالإسهال حسب العمر و نوع الغذاء في 2002

نوع الغذاء	0-4	5-11		≥12		
	مصاب	غير مصاب	مصاب	غير مصاب	مصاب	غير مصاب
غذاء محضر لرضيع	23,3%	22,3%	24,7%	25,4%	49,7%	72,7%
غذاء الرضع	27,9%	26,9%	52,5%	45,5%	59,8%	77,0%
غذاء العائلة	18,6%	22,3%	35,4%	39,2%	83,4%	90,3%
غذاء اخر	25,6%	23,3%	27,8%	21,6%	50,5%	71,2%
حليب طازج	20,9%	22,6%	26,6%	25,4%	57,9%	77,6%
حليب ميستر	23,3%	22,6%	18,3%	15,8%	49,5%	71,4%
حليب غيرة للأطفال	44,2%	45,3%	39,9%	38,2%	52,2%	72,7%
عصير	25,6%	25,2%	27,8%	31,3%	53,5%	75,5%
ماء بسكر	44,2%	36,2%	30,4%	26,7%	48,9%	71,6%
ماء مغلي بالأرز	25,6%	23,3%	27,8%	21,6%	49,5%	28,7%
مشروب عشبي	25,0%	20,6%	11,4%	17,0%	11,0%	10,4%
الزبادي	8,3%	9,3%	38,9%	38,9%	37,0%	42,1%
حليب الأم	83,7%	87,1%	69,6%	72,0%	25,3%	16,4%
العدد	43	309	158	393	368	2546
العدد (مشروب عشبي)	36	247	131	336	200	776
العدد (الزبادي)	36	247	131	337	200	776

تم حساب الوزن المتوسط حسب العمر للأطفال المصابين و الغير مصابين بالإسهال و بينت النتائج ان الإسهال لم يؤثر في وزن الأطفال الأقل من سنة و بعد هذا العمر نلاحظ ان الأطفال المصابين بالإسهال لهم اوزان اقل من الآخرين و يزداد الفرق في الوزن ليصل الى نصف كيلوغرام عند الثلاث سنوات فأكثر (المنحنى رقم 2.8).

لمنحنى 2.8: متوسط وزن الأطفال حسب العمر بالشهور في 2002



## 2- استخدام الهياكل الصحية و العلاج

ان الأطفال يعتمدون كليا على أسرهم لرعايتهم، و استخدام الخدمات الصحية هو نتاج اجتماعي حيث العلاقة بين المعارف و السلوكات و الانضمام ليست خطية أو ميكانيكية، و لكن نتيجة تفاوض تشمل مجموعة من التفاعلات الإجتماعية و عوائق داخلية و خارجية للأسرة.

إن الممارسات العلاجية مرتبطة بتحديات اجتماعية مدمجة في نظام علاقات القوة داخل الأسرة ( Dozon et al, 1986 ).

يوجد داخل المحيط الأسري الممتد تقسيم قياسي دقيق للعلاقات الإجتماعية التي تحدد مجالات العمل واتخاذ القرار وكذلك حقوق و واجبات كل أفراد الأسرة ( Guigou,1995 ) وبالتالي أن استقلالية الأم وسلطتها لاتخاذ القرار و حصولها على الموارد الإقتصادية تحدد قدرتها على اختيار واستعمال الرعاية التي تعتبرها الأفضل بالنسبة لطفلها، خلال العشرية الماضية أظهرت دراسات عديدة أهمية علاقات القوى المرتبطة بالمكانة الإجتماعية في تحديد السلوكات ( Loch et al, 1999 ).

اعتمدنا على ثلاثة مؤشرات لاستعمال الرعاية الصحية: الأول يخص زيارة المراكز الصحية العمومية أو الخاصة لعلاج السعال أو الإسهال و المؤشر يخص العلاج الحديث لسعال أما المؤشر الأخير فيتمثل في العلاج الحديث للإسهال.

تم بناء المؤشر الخاص بزيارة المراكز الصحية باستعمال أربع أسئلة التي تحتوي على المعلومات الخاصة بمكان علاج الطفل في حالة إصابته بالسعال أو الإسهال، و المؤشر يأخذ القيمة 1، اذا كانت الإجابة لإحدى الأسئلة هي نعم و 0 في الحالات الأخرى.



أما فيما يخص المؤشر الخاص بالعلاج الحديث للإسهال فتم بناءه باستعمال السؤال "ماذا أعطى للطفل لعلاج حمى السعال؟" وكانت الإجابات متعددة حيث وصلت إلى 5 إجابات، وأخذ المؤشر القيمة 1، إذا كانت استعملت الحقن أو المضادات الحيوية أو الشراب لعلاج السعال و القيمة 0 في الحالات الأخرى. و أخيرا استعملنا السؤال الخاص بعلاج الإسهال و أخذ المؤشر القيمة واحد إذا كان العلاج حديث و 0 في الحالات الأخرى.

## 1-2 استخدام الهياكل الصحية

بينت النتائج أن الأسر قصدت بنسبة أكبر الطبيب الخاص بعلاج السعال حسب مسح 1992 و 2002، حيث أن ربع الأطفال المصابين بالسعال زاروا طبيب خاص سنة 1992 مقابل 50% سنة 2002.

ارتفعت نسبة استخدام المراكز الصحية بين 1992 و 2002 ماعدا الصيدلية حيث سجلنا نسبة أكبر خلال 1992 مقارنة بـ 2002 لعلاج السعال ( الجدول 7.8. أ).

أما فيما يخص الإسهال فلاحظنا استعمال مكثف لطب الأعشاب خلال 2002 مقارنة بـ 1992، أما الصيدلية فتم الإعتماد عليها بنسب متساوية خلال المسحين (الجدول رقم 1.7.8).

الجدول 7.8. 1 : توزيع الاطفال المرضى حسب مكان العلاج

مكان العلاج		السعال		الإسهال	
		1992	2002	1992	2002
مركز صحي عام	نعم	10,21%	27,93%	12,34%	39,45%
	لا	89,79%	72,07%	87,66%	60,55%
	المجموع	1214	673	1126	256
طبيب خاص	نعم	23,77%	58,10%	17,96%	48,05%
	لا	76,23%	41,90%	82,04%	51,95%
	المجموع	1216	673	1125	256
صيدلية	نعم	14,83%	10,85%	7,10%	7,81%
	لا	85,17%	89,15%	92,90%	92,19%
	المجموع	1214	673	1126	256
قابلة تقليدية	نعم	0,66%		0,44%	
	لا	99,34%		99,56%	
	المجموع	1212			
بائع الأعشاب	نعم	0,74%	2,38%	1,07%	5,86%
	لا	99,26%	97,62%	98,93%	94,14%
	المجموع	1212	673	1124	256
اخر	نعم	1,65%	4,31%	1,96%	5,08%
	لا	98,35%	95,69%	98,04%	94,92%
	المجموع	1212	673	1123	256

تطرق المسح الذي اجري سنة 2002 الى أسباب "عدم الإستشارة" و تم جمع الإجابات في الجدول 7.8.ب و نلاحظ ان السبب الذي تردد بكثرة بالنسبة للإسهال و السعال تخص الإجابة "مرض خفيف" و يليها "التجربة"، اما فيما يخص عدم و جود او بعد المراكز الصحية تمت الإشارة إليها اكثر بالنسبة للإسهال بنسبة 12.5 % مقارنة بالسعال حيث سجلنا نسبة 8.7 %.

الجدول 7.8.ب: اسلبب عدم استشارة 2002

	السعال	الإسهال
مرض خفيف	46,35%	37,06%
تجربة سابقة	20,86%	25,24%
المعنية/ الزوج مشغول	6,42%	8,31%
يوجد مركز صحي او بعيد	8,73%	12,46%
اسباب اخرى	17,65%	16,93%
العدد	561	313

إن التحليل الثنائي لمؤشر استخدام المراكز الصحية حسب جنس الطفل و رتبته و عمره أظهرت أن المتغيرات الثلاث لها دلالات احصائية على عتبة 10% في 1992. إن استخدام المراكز الصحية كانت بنسبة أكبر للذكور مقارنة بالإناث، و نصف الأطفال ذوي الرتبة الأولى تم نقلهم إلى مركز صحي مقابل أقل من 40% من الأطفال ذوي الرتبة أكبر من واحد، و العلاقة بين المؤشر و العمر عكسية، حيث كلما زاد العمر انخفض احتمال استخدام مركز صحي. و حسب معطيات سنة 2002، فإن المتغيرات الديمغرافية الثلاث لها دلالة احصائية كما أشرنا سالفاً، المؤشر زيارة المراكز الصحية بالإعتماد على الأسئلة الخاصة بالمراكز الصحية العمومية والخاصة. فإذا أخذنا بعين الإعتبار القطاع الخاص فقط نلاحظ فرق معتبر ذو دلالة احصائية على عتبة 5% بين الذكور والإناث، حيث أن نسبة الذكور الذين زاروا طبيب خاص قدرت بـ 61.6% للذكور مقابل 54.1% للإناث سنة 2002 و كانت العلاقة بين الجنس واستشارة طبيب خاص سنة 1992 ذات دلالة احصائية على عتبة 10%، و نسبة الذكور الذين استشاروا طبيب خاص قدرت بـ 25.7% للذكور مقابل 21.5% للإناث.

و اذا اعتبرنا القطاع العام فقط فلايوجد أي فرق بين الجنسين ذات دلالة إحصائية، فإذا كانت الخدمة مجانية لا يوجد فرق بين الذكور و الإناث، و لكن في حالة طبيب خاص فنلاحظ تفضيل الذكور على الإناث.

إن مجانية الطب قلل من الفروق تجاه الإناث، و لكن مع استشارة الطبيب الخاص فيمكن أن تؤثر في حصول البنات على الخدمات الصحية، و ظاهرة تفريق بين الجنسين قديم نظراً لتفضيل الذكور في الأسرة

الجزائرية، حيث تم تسجيل وفيات أكبر عند الإناث أعمارهن بين سنة و أربعة سنوات خلال المسح الذي أجري سنة 1970.

أما فيما يخص العوامل الاقتصادية فإن العلاقة بينهم ومؤشر زيارة المراكز الصحية لها دلالة احصائية خلال 1992 و 2002، و العوامل الاقتصادية ممثلة في تجهيز وممتلكات الأسرة، حيث أن الأطفال الذين يعيشون في مساكن مجهزة جيدا لهم احتمال أكبر لزيارة مركز صحي و العلاقة ذات دلالة احصائية على عتبة 1% سنة 2002 و 10% سنة 1992 .

والعامل الثاني الإقتصادي المتمثل في الوضعية المهنية لرب الأسرة لم يكن له دلالة احصائية سنة 1992، لأن اغلبية أرباب الأسرة سنة 1992 مشغولون أو متقاعدین، لأن الأزمة الإقتصادية لم تؤثر بعد على سوق العمل، ولكن بعد هذا التاريخ تأثر النسيج الصناعي في الجزائر حيث أن سنة 1994 تم حل 1000 مؤسسة عمومية و وصل عدد العمال المصرحين لأسباب اقتصادية إلى 500000 عامل، أن المرور من الإقتصادي المخطط إلى اقتصاد السوق ترك أثر عميق على النسيج الإجتماعي و الإقتصادي في الجزائر.

إن نسبة استخدام المراكز الصحية ارتفع بين 1992 و 2002، حيث قدرت نسبة الاستخدام الخدمات الصحية بـ 41.8% سنة 1992 و وصلت إلى 94.1% سنة 2002، و العلاقة بين استخدام المراكز الصحية و الحالة المهنية لرب الأسرة أصبحت ذات دلالة إحصائية على عتبة سنة 1% 2002 . أما فيما يخص عدد المصابين بمرض مزمن فإن علاقته باستخدام مركز صحي ليست لها دلالة إحصائية سنة 2002.

إن مستوى تعليم الأم محدد ذو أهمية في استخدام الرعاية الصحية الحديثة، و هذه العلاقة ذات دلالة احصائية خلال المسحين و لكن نلاحظ تقلص الفرق بين النساء المتعلمات و الأميات في 2002، حيث قدر الفرق بينهما بـ 19 نقطة سنة 1992 و 4 نقاط فقط سنة 2002.

إن خصائص رب الأسرة تلعب دورا هاما في استخدام المراكز الصحية، حيث أن الأطفال الذين ينتمون إلى الأسر المسيرة من طرف رجل عمره أقل من 50 سنة يرتفع احتمال زيارة مركز صحي في حالة الإصابة بالإسهال أو السعال و العلاقة ذات دلالة احصائية على عتبة 1% سنة 2002 .

أما فيما يخص نوع الأسرة فالعلاقة ليست لها دلالة احصائية، ونفس النتيجة سجلت بين صلة القرابة وزيارة مركز صحي خلال المسحيين حيث أن أبناء أرباب الأسرة ليسوا مفضلين عن باقي الأطفال ( الجدول رقم 8 . 7 ج).

إن المتغيرات التي تعبر على الموقع الجغرافي هي مكان الإقامة ( حضر أو ريف) و المناطق الأربعة للبلاد ( وسط ، شرق ، غرب ، وجنوب ).

و كانت العلاقة ذات دلالة احصائية سنة 1992 للمتغيرين، إلا أن العلاقة فقدت دلالتها الإحصائية سنة 2002 ( جدول رقم 7. 8 ج ).

الجدول 7. 8 ج : استخدام الخدمات الصحية وفقا لبعض المتغيرات

المتغيرات	القيم	1992		2002	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
جنس الطفل	ذكر	602	44,4% (*)	357	95,0% (NS)
	انثى	582	39,2% (*)	316	93,0% (NS)
رتبة الطفل	1	232	49,6% (***)	154	92,9% (NS)
	2 و اكثر	952	39,9% (***)	519	94,4% (NS)
عمر الطفل	0	262	49,2% (***)	176	95,5% (NS)
	1	265	46,4% (***)	208	94,7% (NS)
	2	234	36,3% (***)	137	92,7% (NS)
	3 و اكثر	423	37,4% (***)	152	92,8% (NS)
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	703	50,7% (***)	244	95,9% (*)
	سيئة	481	35,7% (***)	405	92,6% (*)
النشاط الإقتصادي لرب الأسرة	مشتغل / متقاعد	1012	42,2% (NS)	572	95,3% (***)
	مشتغل و لا متقاعد	172	39,5% (NS)	101	87,1% (***)
عدد المرضى	0			355	95,2% (NS)
	>=1			318	92,8% (NS)
مستوى تعليم الأم	متعلمة	609	32,7% (**)	470	95,1% (*)
	امية	575	51,5% (**)	203	91,6% (*)
فئة رب الأسرة	رجال >50 سنة	385	46,0% (NS)	371	96,2% (***)
	رجال <=50 سنة	188	38,8% (NS)	104	87,5% (***)
	نساء	603	40,3% (NS)	183	92,9% (***)
مكان الإقامة	حضر	545	49,0% (**)	417	95,0% (NS)
	ريف	639	35,7% (**)	256	92,6% (NS)
المنطقة	الوسط	261	46,7% (**)	206	93,7% (NS)
	الشرق	353	35,7% (**)	200	94,5% (NS)
	الغرب	448	44,2% (**)	147	95,9% (NS)
	الجنوب	122	40,2% (**)	120	91,7% (NS)
صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة	ابنة / ابنة	909	40,6% (*)	545	94,3% (NS)
	حفيد/حفيدة	275	45,8% (*)	128	93,0% (NS)
نوع الأسرة	نووي	613	42,4% (NS)	385	94,0% (NS)
	اخر	571	41,2% (NS)	273	93,8% (NS)
المجموع		1184	41,8%	658	93,9%
NS بدون دلالة احصائية (*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (**): له مدلول احصائي على عتبة 5% (***) له مدلول احصائي على عتبة 1%					

2-2 العلاج الحديث

تطرقنا في القسم السابق إلى استخدام المراكز الصحية حسب بعض المتغيرات، و فيما يلي سنقوم بتحليل العلاج الحديث حسب العوامل التي أخذت بعين الاعتبار للمؤشر السابق.

#### أ-العلاج الحديث لسعال

إن تحليل العلاج الحديث لسعال حسب بعض المتغيرات البيو-الديمغرافية لا تظهر أي اختلاف في السلوك حسب الجنس و السن سنة 2002.

و أظهرت النتائج استخدام أكبر للعلاج الحديث سنة 1992 لذكور، و العلاقة لها دلالة إحصائية على عتبة 10%، ولكن هذه العلاقة فقدت دلالتها الإحصائية في سنة 2002، أما فيما يخص رتبة الولادة فإن العلاقة لم تكن لها دلالة إحصائية سنة 1992 بينما أصبحت ذات دلالة إحصائية سنة 2002.

إن النساء المتعلقات تستعملن أكثر العلاج الحديث في حالة إصابة الطفل بالسعال و العلاقة لها دلالة إحصائية على عتبة 1% خلال المسحين.

أما فيما يخص المتغيرات الاقتصادية المتمثلة في تجهيز وممتلكات المسكن و مهنة رب الأسرة فإن المتغير الأول له دلالة إحصائية سنة 1992 إلا انه فقدتها سنة 2002، و لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية سنة 1992 في علاج الأطفال حسب مهنة الأب.

وأظهرت النتائج أن 90% من الأطفال المصابين بالسعال أخذوا علاج حديث وسجلنا نسبة أكبر إذا كان الأب يشتغل أو متقاعد.

أما فيما يخص المتغيرات الخاصة بالأسرة و مكوناتها فإن فئة رب الأسرة لها دلالة إحصائية خلال المسحين، فإن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر مسيرة من طرف إمراة يستفدون أكثر من العلاج الحديث. إن وجود فرد مصاب بمرض مزمن في الأسرة يقلل من فرصة الإستفادة بعلاج حديث للأطفال المصابين بالسعال.

تزيد فرصة استخدام العلاج الحديث في الأسر النووية مقارنة بالأنواع الأخرى سنة 1992 و لم نسجل أي اختلاف سنة 2002.

فإن المتغيرات الجغرافية لها دور كبير في استخدام العلاج الحديث حيث إن استخدام العلاج الحديث يزداد في المناطق الحضرية و أقل نسبة استخدام سجلت في منطقة الجنوب.

الجدول رقم 7.8 هـ : العلاج الحديث لسعال حسب بعض المتغيرات

المتغيرات	القيم	1992		2002	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
جنس الطفل	ذكر	607	56,84%(*)	1662	93,20%(NS)
	انثى	582	51,37%(*)	1535	92,90%(NS)
الرتبة	1	232	67,67%(***)	597	95,48%(***)

	<b>2 et plus</b>	<b>957</b>	<b>50,89% (***)</b>	<b>2600</b>	<b>92,50% (***)</b>
	0	527	59,01% (**)	756	93,12% (NS)
	<b>1</b>	<b>235</b>	<b>48,09% (**)</b>	<b>810</b>	<b>91,85% (NS)</b>
	2	212	52,83% (**)	655	94,20% (NS)
العمر	<b>3 et plus</b>	<b>215</b>	<b>50,23% (**)</b>	<b>976</b>	<b>93,24% (NS)</b>
	أمية	<b>610</b>	<b>42,46% (***)</b>	<b>1410</b>	<b>91,35% (***)</b>
تعليم الأم	متعلم	579	66,49% (***)	1787	94,40% (***)
	نعم	1.016	55,12% (*)	2677	93,54% (**)
رب الأسرة مشغول أو متقاعد	لا	<b>173</b>	<b>48,55% (*)</b>	<b>519</b>	<b>90,56% (**)</b>
	جيد	706	67,70% (***)	1047	93,79% (NS)
تجهيز و ممتلكات المسكن	سيئة	<b>483</b>	<b>44,90% (***)</b>	<b>2049</b>	<b>92,53% (NS)</b>
	رجال أقل من 50	385	60,00%	1750	92,63%
	رجال أكثر من 50	189	50,26% (**)	551	91,11% (***)
فئة رب الأسرة	النساء	<b>607</b>	<b>51,73% (**)</b>	<b>838</b>	<b>95,23% (***)</b>
	لأحد			1919	94,32% (***)
عدد المصابين بمرض مزمن	>=1			<b>1278</b>	<b>91,16% (***)</b>
	نوي	618	54,37% (**)	1979	92,62% (NS)
نوع الأسرة	اخر	<b>571</b>	<b>53,94% (**)</b>	<b>1161</b>	<b>93,80% (NS)</b>
	حضر	548	63,50% (***)	1849	94,86% (***)
مكان الإقامة	ريف	<b>641</b>	<b>46,18% (***)</b>	<b>1348</b>	<b>90,58% (***)</b>
	الوسط	262	61,45% (*)	887	91,66% (***)
	الشرق	355	53,24% (*)	860	90,81% (***)
	الغرب	450	51,56% (*)	722	97,92% (***)
المنطقة	الجنوب	<b>122</b>	<b>50,82% (*)</b>	<b>728</b>	<b>92,58% (***)</b>
NS : Non significatif (*) au seuil de 10% (**) au seuil de 5% (***) au seuil de 1%					

أفرز النموذج خمسة متغيرات ذات دلالة إحصائية على عتبة 10% و هي مكان الإقامة و فئة رب الأسرة و مستوى تعليم الأم و مهنة رب الأسرة و عدد المصابين بمرض مزمن داخل الأسرة و صنف النموذج جيدا 93% من الأطفال.

إن الوسط الحضري يتوفر على هياكل صحية أكثر من الوسط الريفي، حيث أن الأطفال الذين يعيشون في المناطق الحضرية تزداد فرصتهم من الاستفادة بعلاج حديث بـ 80% مقارنة بالأطفال الذين يقطنون المناطق الريفية و العلاقة ذات دلالة إحصائية على عتبة 1%.

تلعب كذلك فئة رب الأسرة دور مهم في الاستفادة من العلاج الحديث، حيث أن الأطفال المنتمين الى أسر مسيرة من طرف امرأة لهم حظ أكبر من الاستفادة بعلاج حديث، و يبقى مستوى تعلم الأم عامل أساسي في اختيار نوع العلاج، حيث أن الأمهات المتعلمات يلجأن إلى العلاج الحديث في حالة إصابة الطفل بالسعال و تزيد فرصة الاستفادة بالعلاج الحديث بـ 30% إذا كانت الأم متعلمة مقارنة بالأمهات

الأميات، وتلعب العوامل الاقتصادية دورا هاما في العلاج الحديث، إذ يتضاعف احتمال الاستفادة من علاج حديث إذا كان رب الأسرة يشتغل أو متقاعد. أما فيما يخص المتغيرات الخاصة بالأسرة أظهرت النتائج أن عدد الأشخاص المصابين بمرض مزمن مهم بالنسبة لهذا المؤشر، حيث أن خلو الأسرة من الأشخاص المصابين بمرض مزمن يزيد من احتمال الاستفادة بعلاج حديث.

الجدول 7.8.ف: معامل الإنحدار اللوجستي لمحددات العلاج الحديث لسعال سنة 2002

المتغيرات	القيم	العدد	الدالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
مكان الإقامة	حضر	1812,0	0,000	1,8	9,1%
	ريف	1327			
فئة رب الأسرة	رجال	1750			
	نساء	1389	0,001	1,8	7,4%
تعليم الأم	امية	1389			
	متعلمة	1750	0,073	1,3	2,8%
رب الأسرة مشغل او متقاعد	نعم	2636	0,001	2,1	7,8%
	لا	503			
عدد المصابين بمرض مزمن	0	1903	0,000	1,8	9,6%
	>=1	1236			
	الثابت		0,000	10,7	67,3%
	التصنيف	93,1			

## ب العلاج الحديث للإسهال

إن تحليل استخدام العلاج الحديث للإسهال مع المتغيرات المدروسة سابقا لم تظهر أي اختلاف ذو دلالة احصائية خلال المسحين. و أظهرت النتائج أن أقل من نصف الأطفال المصابين بالإسهال استهلكوا أملاح إعادة التمييه خلال المسحين، وتم معالجة قرابة 44% من حالات الإسهال بالمضادات الحيوية و 27% منهم عولجوا بشراب و أقراص و أقل من 4% من الأطفال تلقوا حقن خلال سنة 2002. إن الأسئلة حول المضادات الحيوية والأدوية الأخرى لم تدرج في مسح 1992. إن ضعف استخدام أملاح إعادة التمييه سجلت في دول أخرى خاصة في الدول المتقدمة، حيث بينت دراسة أجريت في منطقة كولمار بفرنسا سنة 2002 خاصة بطرق العلاج ورعاية الإسهال الحاد عند الرضع، وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم معدل وصف سوائل لإعادة التمييه ( soluté glucoélectrolytiques) لمعالجة الجفاف عن طريق الفم للأطفال الأقل من سنتين المصابين بالإسهال الحاد، و تمت دراسة مجموعتين مختلفتين من الأطفال حيث تم استخراج عينة عشوائية تحتوي على 114 و صفة في المجموعة الأولى، بينما المجموعة الثانية تحتوي على المعلومات الخاصة بـ

51 طفل أقل من سنتين أدخلوا إلى المستشفى بسبب مرض في المعدة، اسهال حاد أو جفاف في مستشفى بكولمار خلال نفس الفترة.

إن تحليل النتائج بينت نسبة قليلة من وصف الأملاح المعدنية لإعادة التمييه، ففي المجموعة الأولى وصف هذا العلاج لـ 23 % من الأطفال أما فيما يخص المجموعة الثانية فإن 45% من الأطفال تمت معالجتهم قبل دخولهم إلى المستشفى.

فإن وصف الأملاح المعدنية كانت أكبر إذا كان الطفل قد تمت معاينته من طرف طبيب أطفال حيث بلغت النسبة 41% مقارنة بطبيب عام في المجموعة الأولى ( J P Magny, 2005, p1805). أشارات نفس الدراسة إلى وجود فجوة بين التوصيات القائمة والموافق عليها بالإجماع منذ المدة والممارسة الطبية بالإضافة إلى ذلك أجريت دراسة من طرف أطباء الأطفال في عيادة كبرال بوهران حاولت التركيز على مختلف الاستخدامات الإجتماعية التي تنفذها الأسر، والعاملين في مجال الصحة تجاه العلاج بالأملاح المعدنية الطريقة التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة للمعالجة الإسهال عند الأطفال ( Mebtoul, 1994, p29).

تحاول الدراسة فهم تصورات الأملاح المعدنية للتمييه عند الطاقم الطبي والأسر، وإظهار السلوكات تجاه الإسهال، بينت النتائج أن 15 % من الأمهات لم تستعمل أي طريقة لعلاج الإسهال لأنهن يعتبرن الإسهال مرض عابر ومؤقت ولا يستدعي التدخل.

استنادا إلى مقابلات مع الأمهات تبين أنه يوجد نقص في التربية الصحية لعلاج الإسهال عند الأمهات لأطفال أعمارهم أقل من خمسة سنوات أصيبوا بالإسهال خلال أسبوعين قبل المسح. أن المستجوبات تبحث عن طبيبة يسمع لهن و في غياب حوار فإن المهنيين في مجال الصحة لا يستطيعون تقديم نصائح للأمهات و بالتالي من الصعب القيام بدورهم في التربية و التوعية الصحية.

وبينت الدراسة أن الأمهات اللواتي يفوق أو يساوي عمرهن 30 سنة ولهن أكثر من طفل لهن أكثر خبرة في علاج الإسهال بينما الأمهات الأصغر سنا فيبحثن عن العلاج في محيطهن، المرض أصبح ظاهرة جماعية يعبئ المحيط العائلي و الاجتماعي للمريض (Desjeux, 2004, p98).

قام مبتول بدراسة سنة 1991 لتوضيح هذا الوضع فإن الأطباء الذين يرفضون الانخراط لانجاح حملة الأملاح المعدنية للتمييه، فإن خطابهم يركز على الإستقلالية الإجتماعية المهنية في أداء مهنة الطب (Mebtoul, 1991, p206)، ورفض وصف أملاح الأماهة الفموية هي وسيلة لرفض أوامر المسؤولين في التدخل في عملهم، وهذا الموقف يعتبر مؤشر كفاءة تجاه مستخدمي الرعاية الصحية.

خاتمة



سمح العديد من النماذج التفسيرية من وصف مجموعة من المحددات الخاصة بالتصرفات العلاجية و هذه الأخيرة مصنفة في ثلاثة مجموعات و هي الفئة الفردية التي تدمج المعارف الخاصة بالصحة والاهمية التي نوليها للصحة وخصائص النظام الصحي ( Kroeger, 1983, Godin, 1988 ).

إن هذه النماذج المرتكزة أساسا على العوامل الفردية للأم والطفل لا تعبر كليا عن البعد الاجتماعي للسلوكات تجاه الصحة.(Hobcraft, 1993)، و حسب هذا المنطق فإن دور الأب و الأعضاء الآخرين للأسرة لم يدرس ولم يتطرق له إلا نادرا (Albrecht,1995).

أن المؤشرات المستعملة للعلاج هي زيارة مركز صحي و استعمال علاج للإسهال و السعال. و أظهرت النتائج أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسرة مسيرة من طرف امرأة تزداد حظوظهم في الإستفادة من علاج حديث للسعال.

أما فيما يخص مؤشر زيارة مركز صحي، بينت النتائج أن هناك تميز بين الجنسين لصالح الذكور، حيث أن الذكور المصابين ينقلون الى مراكز صحية بنسب أكبر من البنات.

تحتل الأسر مكانة أساسية في الجزائر حيث أن الإلتناء الاجتماعي لطفل يسجل في إطار مجموعة عائلية و المسؤولية تجاه صحته تتعدى الأبوين و تخص مجموعة مرجعية مكونة من عدة أفراد. إن الأم لا تستطيع اختيار طريقة لرعاية الطفل فإن تدخل الأب و الأجداد قد يؤثر على قراراتها (Adjamagbo,1991,p121).