المجلة الصحية والطبية اليمنية
مجلة فصلية تصدر عن مركز البحوث بوزارة الصحة العامة والسكان الجمهورية اليمنية
العدد الثالث السنة الأولى – سبتمبر 2004

الهيئة الإشرافية
- آ.د / محمد يحيى النعمي
- آ.د / نجيب القياضي
- د / أروى الرويبي
- د / عباس المتوكل
- د / ماجد الجند
- آ.د / علي إسماعيل العلي

الهيئة الاستشارية
- آ.د / عبد الله الجند
- آ.د / عبد الكريم راصع
- آ.د / نجيب القياضي
- آ.د / طلال حيقر
- آ.د / يحيى رجاء
- آ.د / أحمد عبد ربه
- د / هشام عون
- د / نور الدين الجابر
- آ.د / نجيب عبد الله

الهيئة التحرير
رئيس التحرير
آ.د / عبد المجيد سعيد الخليدي
مدير التحرير
آ.د / طارق صلاح أسعد

ال반واتية التحرير
- د / طه علي السروري
- د / عادل مهيب السامعي
- آ.د / عيسى عبد الله

صف و إخراج: عرفات محمد عبده العريفي

العنوان:
المجلة الصحية والطبية اليمنية - صنعاء - وزارة الصحة العامة والسكان - مركز البحوث
تلفاتكس (252192) – ص. ب. (3797).
Email: hrdcyem@hotmail.com or tarek2382003@yahoo.com
مجلة البحوث الصحية والطبية اليمنية
الأهداف... ومطلبات النشر

هكما من الأهمية إصدار مجلة علمية صادرة عن وزارة الصحة تغطي الباحثات والدراسات الصحية والطبية التي نفذها الباحثون اليمنيين تحققياً للأهداف التالية:

الأهداف:
1. تعميم ونشر نتائج الباحثات والدراسات الصحية والطبية المنفذة من قبل بحثيين يمنيين من خلال مجلة مجانية توزع على نطاق واسع بين اليمنيين من حكومات صحية مختلفة المرافق وجميع الطلاب وهمية التدريس بجクトيات الطب والمحاذين الصحية والجهات الأخرى ذات العلاقة.
2. إعادة النشر للأبحاث والدراسات الصحية والطبية اليمنية المنشرة في المجلات الإقليمية الدولية التي يصعب الحصول عليها لمحدودية انتشارها وانتشار أثراً.
3. تشجيع الباحثين اليمنيين على نشر أعمالهم البحثية التي واجهت صعوبات نشرها في المجلات الدولية بسبب تعقيدات شروط النشر والتأثير الذي قد يصل في بعض الأحيان إلى أكثر من عامين.
4. تجميع وتوثيق الباحوث الصحية والطبية اليمنية ونشرها لتحكون مرجعياً متاحاً للباحثين والطلاب والمهتمين.

مطلبات النشر:
1. أن يكون البحث ذو صلة مباشرة بالمشكلات الصحية والطبية في الجمهورية اليمنية.
2. أن يكون البحث مستكملماً للضوابط المنهجية والأخلاقية للبحث العلمي.
3. أن يكون البحث يتضمن ملخصاً باللغة العربية إذا كانت لغة البحث باللغة الإنجليزية.
4. أن يقدم مطبوعاً أو نسخاً على فرص مرن أو Floppy Disks أو CD قابل لإعادة تنظيم النص.
5. أن لا يزيد الموضوع عن خمس صفحات.
6. المجلة غير ملتزمة بأي حقوق للفيفر من النشر فيها.
<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحة</th>
<th>الموضوع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>الافتتاحية : يقيم رئيس التحرير - أ.د. عبد المجيد الخليدي</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>عكلمة العدد : يقيم ومكرِّل قطاع السكان - د. آروى الربع</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>نبذة تعريفية عن مركز البحوث والتوثيق وخدمات المعلومات الصحية بالوزارة.</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>نموذج استمارة رصد وتجميع وتوثيق الأبحاث والدراسات الصحية وطبية المندِّدة.</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>وثيقة السياسيات والإجراءات وصولات البحوث الصحية والطبية.</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>أخبار البحوث.</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>الحالة المثلثية للأطفال في مرحلة الحضانة - اليمن.</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>نقص الحديد و البوتاسيوم (A) و فيتامين (D) بين الأطفال والأمهات - اليمن.</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>سوء التغذية عند الأطفال دون سن الخامسة - مديرية المخا - الجمهورية اليمنية.</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>Endoscopic management of pediatric urolithiasis in a developing country.</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Malaria status in Al-Hodeidah Governorate, Yemen: malariometric parasitic survey &amp; chloroquine resistance P. falciparum local strain.</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Effect of gentamicin on serum digoxin level in patients with congestive heart failure.</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Rational use of antimalarial drugs in Hajjah, Yemen.</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Application of School Questionnaire For Schistosomiasis Screening in Yemen</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>Evaluation of the Nutritional Status of Children Less than ten Years of age in Sana’a and Hodeideh Governorate in Yemen.</td>
</tr>
<tr>
<td>68</td>
<td>Coverage and perceptions of Medical Sciences students toward Hepatitis B virus Vaccine in Sana’a City, Yemen.</td>
</tr>
<tr>
<td>78</td>
<td>Screening For Cin Amongst Attendants Of Al-Sabeen Hospital, Sana’a.</td>
</tr>
<tr>
<td>80</td>
<td>Priorities of Health and medical research in Yemen</td>
</tr>
<tr>
<td>81</td>
<td>Definition of Research Center</td>
</tr>
</tbody>
</table>
لا يمكن من بقدر أن نتلقّيكم مجدّداً عبر صفحات مجلة البحوث بمدّتها الثالثة، فقد صدر العدد التجريبي من المجلة أشار إليها البعض بأن معيار الجدية والنهاج هو الاستمرارية في إصدار الأعداد اللاحقة. ونحن نخشى بالفعل أن لا نستطيع مع ما يعترضنا من الصعوبات والموقات من إصدار العدد الأول بعد التجريبي، غير أن قوة الدفع لتحقيق الهدف من إصدار مجلتنا إضافة إلى حالة التحدي التي نشأت بسبب همميات البعض والموجبة بالإحباط قد حاكات دافعاً لنا لتجاوز كل المعوقات والمصاعبات المتصلة بمحدودية الميزانية وعدم توفر مصادر متخصصة وموضوعات فنية أخرى، ومع ذلك ها هو العدد الثالث بما يحوّيه من أبحاث ودراسات ومعلومات بين أيدكم...

لذلك نشعر بالرضا اليوم بعد التواصل الذي جاء من جهات عديدة محلية وإقليمية تطلب تزويدها بأعداد من المجلة واعتمادهم ضمن قائمة التزويج للأعداد القادمة؛ غير أن هذا الرضا لن يكتمل قبل أن نتحقق من تطوير مستوى المجلة إلى مجلة محكمة، وقد بدأنا بالفعل الإعداد لذلك من خلال التواصل مع عدد من الأكاديميين في ميادين الطب (صنعاء وعدن وحضرموت وتعم والحديدة ودمار)... بالإضافة إلى تعاون مع خبراء أكاديميين إقليمية. ونعمل على أن يتحقق ذلك بتعاونكم وتشجيعكم، فقد بات من المؤكد أن النهوض وتسريع عملية التنمية الصحية لا يمكن أن يتحقق دون اعتماد التفكير التحتي وبناء قواعد المعلومات المؤيدة والبحث والدراسات المكشوفة لفهم تقديدات مشكلات التنمية الصحية... فذلك فقط يمكن النهوض....

والموضوع، ؛، ؛،

- ٤ -
كلمة العدد:

بقلم وتكيل الوزارة لقطاع السكان:
d/ أروى الريع


وقد استطاع المركز خلال فترة وجيزة من إعداد البنك التحتية المادية والفنية والبشرية وتمكَّن الولائيات الأساسية للبحوث المحددة لسياسات واستراتيجيات وقائمة أولويات البحوث الصحية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، كما نفذ المركز سلسلة من البرامج التدريبية لتنمية مهارات مكوَّنات الصحة في إعداد وتنفيذ بحوث النظم الصحية، وقد أثار هذا النشاط تطبيقي علمي نظرًا عدد من الأبحاث والدراسات وتميزت بذلك خطوات تنسيقية وتعاونية مع كلية الطب والمعاهد الصحية.

ويتضح ما تحقق حتى الآن خطوه الاتجاه الصحيح تتطلب من قيادات الوزارة تعزيزها وتطويرها بما يحقق أهداف التنمية الصحية الشاملة.

و الله الموفق، ١٠٠
تأسس بوزارة الصحة العامة و السكان عام 1997 م ، و يعتبر من المراكز المتخصصة ذو المهام والأهداف التوعوية، و مكون رئيسي وهام وداعم لبرامج الصحة والعوامل الصحية والациف الصحي، و يعتمد على الكوادر الوطنية الأكاديمية لتنفيذ برامجه وأهدافه.

الأهداف العامة:

1) تحديد سياسات واستراتيجيات وأولويات البحوث الصحية والطبية في اليمن.
2) تعزيز قدرات البحوث الصحية والطبية و تنمية مهارات الكوادر للاعداد وتوفير الأبحاث والدراسات الصحية والطبية تفعيل دور البحث العلمي في سياسات وبرامج النظام الصحي و الدفع للإستفادة من نتائجها.
3) تشكيل اللجنة الوطنية للبحوث الصحية والطبية و تفعيل دورها في الشؤون الأخلاقية للبحوث الصحية والطبية.
4) تأسيس فروع لأنشطة البحوث الصحية والطبية في المدن الرئيسية: عدن، الحديدة، تعز، حضرموت.
5) تأسيس مكتبة مرجعية متخصصة تعتمد على وسائل التقنية الحديثة.
6) التنسيق والتعاون مع البرامج الصحية والمؤسسات الأكاديمية والجهات الحكومية والمنظمات الدولية ذات العلاقة لتطوير وتنشيط البحوث الصحية والطبية.
7) توثيق البحوث والدراسات والتقارير الصحية والطبية.
لا يوجد نص يمكن قراءته بشكل طبيعي من الصورة المقدمة.
تقديم

ملخص البحث أو الدراسة

تشمل الأهداف، النتائج والتوصيات:
اعتمدت هذه الوثيقة بإطاراتها العام على الأسس والمبادئ العامة واثارة وثيقة السياسات والاستراتيجيات المستقبلية للتنمية الصحية (نوفمبر 1994 م) وصاغ ذلك على (وثيقة إصلاح القطاع الصحي 1998 م) حيث سكان زراماً وضع وثيقة تحدد السياسات والاستراتيجيات للبحوث الصحية وصاغ ذلك وضع أولويات توجه لحلها البحوث الطبية والصحية لمعالجة المشاكل الصحية والطبية التي تضر نظامنا الصحي، ووضع آليات تنفيذ البحوث الصحية في اليمن في عام 2004م.

و على هذا وضع مركز البحوث هذه الوثيقة تحت رعاية السيد عبد المجيد الخليدي - وكيل وزارة القضاء التنظيمية وتنمية الصحية بمشاركة خبراء من منظمة الصحة العالمية ومجموعة من الأساتذة في مجالات الطب والعلوم الصحية ومن المنظمات اليمنية للإختصارات الطبية وعدد من البرامج المحلية بالوزارة وعدد من الباحثين، حيث تؤكد وثيقة البحوث الصحية سياسات وإستراتيجيات.

يمكن تلخيصها فيما يلي:

أولاً: الالتزام السياسي وبناء المجتمع:

و ذلك من خلال توفر مستوى من الالتزام الوطني وإแถม القيادات الصحية باهمية وتنفيذ البحوث الصحية واعتبارها مكون أساسي وداعم لسياسات النظام الصحي وضرورة توفير القدر اللازم من الموارد المادية والبشرية لدعمها وتحقيقها.

ثانياً: بناء القدرات وتنمية المهارات:

و ذلك من خلال:

- استكمال البنية الت支撑ية والتنظيمية في الهيئة الوطنية للبحوث في الوزارة ومنتسبيها، المرافق الصحية واستطلاع الخبراء المؤهلة والمدرية وتوفير الحوافز الحكافية لاستمرار عملهم واستقرارهم الوظيفي.
- إعداد النظام والمواقع والقواعد المنظمة للبحوث الصحية في اليمن.
توفير التجهيزات والوسائل اللازمة للأنشطة البحثية مرئيةً و من المدن الرئيسية المحورية.

- استمرار تنمية القدرات وتطوير المهارات للبحوث الطبية والطبية لاسيما في منهجية البحوث الطبية والصحية.

- تطوير خدمات المعلومات الصحية والطبية من خلال توفير المراجع والدوريات والوسائل التقنية الحديثة بما يسمح بالتوافق مع مختلف مراكز المعلومات والشبكات الإقليمية والدولية ذات الصلة.

- تشجيع وتوحيد ودعم المبادرات الفردية في البحوث الصحية الأساسية.

ثالث: تأسيس إطار مرجعي للبحوث الصحية:

- و ذلك من خلال تشكيك لجنة وطنية للبحوث الصحية تهدف إلى:

  - دعم وتوحيد سياسات و استراتيجيات البحوث الطبية والصحية و مراجعة أولوياتها و توجيه
  - تشكيك الأنشطة والضوابط الأخلاقية للبحوث.

- إقرار البحوث التعاونية التي تتضمن المنظمات والهيئات والدول المعنية ب إطار المناخ الإقليمي والدولي المشتركة و مساعدة البحوث الصحية على المستوى الوطني.

- إقرار المنظم و اللوائح والتشريعات المتعلقة للبحوث الصحية و الطبية في اليمن.

حيث يعتبر تشكيك هذه المرجعية داعم أساسي لضمان جودة و فعالية البحوث الصحية و الطبية.

رابعا: اعتماد آليات تنسيق وتعاون:

- و ذلك من خلال:

  - إيجاد تفريغ وتعاون بين الوزارة و المؤسسات الأكاديمية و الجهات الأخرى ذات العلاقة.

- تنمية وتطوير الروابط التعاونية مع المؤسسات والمنظمات ذات العلاقة بالبحوث الصحية.

- إجماع ببعض النصائح الصحية ضمن البرامج الصحية و اعتبارها محورًا رئيسًا في أنشطة التخطيطية و التنفيذية.
اولويات البحوث الصحية و الطبية :

من خلال ورشة العمل التي تضمنا مركز البحوث و التوثيق و خدمات المعلومات الصحية بالوزارة، و بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية التي أوقفت خبرها أدم/ الشيخ محمد، في يونيو 2003، مناقشة عدد من المقترحات التي تتناول أولويات البحوث الصحية، والذي شارك فيها خبراء و علماء، من سكان الطب اليمنية و سكان وزكالة و هيكل وزكالة التعليم العالي و البحث العلمي و مسئولي البرنامج الصحي بوزارة الصحة العامة، و عدد من الباحثين من المؤسسات ذات الصلة بالصحة العامة، و بعد عرض المقترحات و توزيعها على مجموعات ثلاثة لتحديد ميزان أولوية لحل مشكلة صحية وفق أسس معيارية محددة، التي أسفرت عن الأخبار على تحديد خمس أولويات راحة للبحوث يمكن مراجعتها سنوياً، وهي:

1. بحوث الأمراض السارية و المستوطنة :
- البحوث الوبائية بعمومها و على الأخص:
  - أبحاث المزلاج
  - أبحاث السل
  - أبحاث الإسهال
  - أبحاث الالتهابات التنفسية
  - أبحاث البنجا فيس
  - أبحاث الإيدز
  - أبحاث الجدام

2. البحوث المتعلقة بصحة الأم و الطفل :
- بحوث الرعاية الصحية للأم و الطفل.
- بحوث الصحة الإنجابية.
- بحوث التغذية.

3. بحوث النظام الصحي :
- بحوث ودراسات السياسات الصحية.
- بحوث ودراسات الاقتصاد الصحي و تنمية الموارد.
- بحوث ودراسات التنمية الإدارية و الطاقة البشرية.
- بحوث ودراسات التشريعات الصحية.

4. البحوث السلوكيه و البيئيه المعرزة للصحة :
- بحوث التدريب و الإعداد الصحي.
- بحوث الصحة المدرسية و الصحة البيئية و الصحة المهنية.
- بحوث تشخيص و استخدام الدواء.
- أبحاث القتال.
- بحوث التطبيقات الشعبي التقليدية ( الطب التحكمي البديل).

5. الأمراض غير السارية :
- بحوث أمراض السكري.
- بحوث أمراض القلب و الأوعية الدموية.
- بحوث الصرعات و أمراض الدم.
- بحوث فلاد السلوك.
أخبار البحث

دورات تدريبية في منهجية البحوث الصحية و الطبية :

من أهداف ومهام مركز البحوث بالوزارة تقوية القدرات البحثية للمحكّّدوا، و الباحثين اليمنيين و
هذا الإطار نفذ المركز سلسلة من الدورات التدريبية في تعمّد و ذمار و دورتهما الأدائية و صنعاء
مشاريكان من المحافظات ( عمان، حجة، إب ، المحويت، صعدة، الضالع، لحج ).. خلال العام
الماضي و سوف ينفذ دورتين مع بداية العام 2005.. في كل من الحديدة و حضرموت .. حيث تهدف هذه
الدورات إلى تدريب الباحثين على كيفية التعامل مع المشاكلات الصحية وفق منهجية علمية لإعداد
مقترحات بحثية مضبوطة منهجياً لتقديمها إلى المانحين أو الوزارة. لتنفيذها.

دعوة للمشاركة في تقديم مقترحات و أبحاث :

من مهام مركز البحوث بالوزارة إجراء عدد من الدراسات وفق أولويات البحوث الصحية و على هذا
يدعو المراكز البحوث إلى التواصل و التنسيق لتقديم مقتراحات بحثية لعدد من الدراسات و الأبحاث مطلوب
تنفيذها وهي :

• عبء المريضة.
• سكبلة الخدمات الطبية.
• معايير الخدمات الصحية و الطبية.
• التأمين الصحي.
• الإدارة الصحية.

و عليه : نأمل سرعة التواصل و التنسيق مع المركز للأهمية.
<table>
<thead>
<tr>
<th>الملاحظات</th>
<th>عدد السماح</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>عنوان الكتاب</td>
<td>م</td>
</tr>
<tr>
<td>دليل صحة الأسرة من إصدار جمعية طب هارفارد</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>علم اجتماع الصحة</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>العناية التشريحيّة السريرية ( الجراحة والباطنيّة )</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>إدارة الخدمات الصحية</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>تمارين صحة المجتمع</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>قوانين وتشريعات الصحة والسلامة المهنية</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>تمارين صحة الطفل</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>دليل المصطلحات الطبية</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>إدارة المستشفى</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>تسويق الخدمات الصحية</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>النفذة في الحالات المرضية</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>بدلائل المضادات الحيوية من الطبيعة</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Health Economics in Development.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Clinical Epidemiology.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Health Financing.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Private Participation in medical services.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Health Policy Research.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Impact Assessment of Biomedical and Health Research Program (1994-1998)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>O.H.B of tropical medicine</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Quick consult. Manual of primary health medicine.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Statistical methods in medical research.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Survey methods in community medicine.</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>O.H.B of public health practice.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Statistical methods for health care research.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Emergency care in street.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>L.N on tropical medicine.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>NMS preventive medicine &amp; public health.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>The new complete medical &amp; health encyclopedia.</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
البحوث
الحالة التغذوية للأطفال في مرحلة الحضانة في اليمن

إعداد: - خالد الجنداري، مريم بابريك، رتبية طاهر، ريم القشري، أروى الطل.


الملخص:

هدفت هذه الدراسة الوصفية إلى تقييم الحالة التغذوية للأطفال دون سن المدارس في حضانات مدينة صنعاء في اليمن. وقد اختبرت ثلاثون روضة و حضانة عشوائياً من أصل 108 حضانات لتشمل خمسة وأربعة وثلاثين طفلاً. وفيما بعد يلزم الأطفال في هذه الحضانات و حضانات أمم أثاث أعمامهم تتراوح ما بين ستة أشهر و خمس سنوات و شكل الذكور 60% من إجمالي العينة بينما شكلت الإناث 40%. وقد تم إعداد استبيان خاص للتقسيمي عن خصائص الطفل، الأم، أسرة بالإضافة إلى الممارسات التغذوية للأطفال. كما تم قياس أوزان الأطفال وأطوالهم بحسب التراخيص الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية. واستخدمت ثلاثة مؤشرات تغذوية (وزن للطول، الوزن للعمر، الطول للعمر) لتحديد الحالة التغذوية للأطفال.

وكانت النتائج كالتالي: وجد أن نسبة الأطفال ناقصي الوزن 19% و نسبة من لديهم تقدم 17% بينما 4% منهم يعانون الوزن. أما بالنسبة لعلاقة النوع بالحالة التغذوية فشهد أفضل مؤشر للطول بالنسبة للمرأة في أوساط البنات. و حسب علاقة العمر بالحالة التغذوية، شكل التقدم عند عمر ست سنوات أقدر من بقية الأعمار. و بالنسبة للمستوى التعليمي للوالدين، سكان 23% من أطفال الأمهات غير المتعلمات يعانون من فقدان الوزن بينما سكان أوزان 13% من أطفال الأمهات التامية. بينما وجد أن أقل نسبة للتقدم كانت في أوساط أطفال الأمهات اللائي ناقصة. بينما سكان التقدم أقل انتشارًا في أوساط أطفال الأمهات الجامعيات. أما عن علاقة عمر الأم بالحالة التغذوية للطفل فقد وجد أن مؤشر الطول بالنسبة للمرأة يزيد تدريجيًا بزيادة عمر الأم بينما لم تتأثر الحالة التغذوية للطفل بعدة مضمنة للألقاب. كما وجد أن مستويات القياسات التغذوية تزداد عند الأطفال الذين أرضوا بضاعة طبيعة عن أقرانهم الذين لم يرضوا طبيعيا. 

ويعتبر من الدراسة أن سوء التغذية تعد مشكلة صحية مدمرة بين أطفال الحضانات بمدينة صنعاء حيث أن خمس هؤلاء الأطفال يعانون التقدم أو نقص الوزن. و أن الحالة التغذوية للإناث أفضل منها للذكور. و أن وضع التغذوي لأطفال الأباء المتعلمين أفضل من الوضع التغذوي لأطفال الأباء غير المتعلمين. و تتحسن حالة الطفل التغذوية بزيادة عمر الأم.

المقدمة:
تعتبر أمراض سوء التغذية من أخطر المشاكل الصحية المتترة عالمياً حيث يقدر عدد الضحايا بالمليارات، فهناك حوالي 500 مليون شخص في العالم لديهم سوء تغذية، ويشير الأطفال دون سن الخامسة حوالي 13 مليون من هذا العدد، الحكيرف عنهم يمتد سنويًا بسبب التأثير المباشر وغير المباشر للجوع وسوء التغذية (Nakajima 1992).

إذا تقاس فترات الأمراض المهملة عن الإصابات بسبب التحديات الديانية بفضل الفحص الفوري، فمما يقابل الأنشطة الصلبة بدل الحليب حينما يتعرض الأطفال للصحة من الأمراض المعدية وغير معدية، ولذلك يعذر أن نستحبص نسب معدلات التحصين في التلقين مع تقدم الأجهزة التكنولوجية تجعله غير قادر على التحصين والرعاية بشكل جيد. حكياً أن اعتقاد الأمهات أن الطفل المريض يجب أن لا يتناول سوى الماء أو الأغذية المخفية، لا يظهر إلا على الامرأة، على اكتشاف المواد الأساسية اللازمة للحصول على الطاقة والمساهمة في رفع المناقية للغذاء على المرض تقل عند إصابة الطفل بالإسهال في حين يقل الجسد القدر من الطاقة أكبر من الحركة المساندة، وهنا يبدأ الجسم بتحفيز الخلايا بفرض تخطيط هذة العجز في الطاقة وهذا بدوره سبب سوء التغذية (King 1992)، مما سبق نستطيع أن تحضير الطفلك من الأمراض الناتجة بأنه يمكن أن يعسر أو يخفف من هذه الإصابات بهذه الأمراض التي تم من أخطر أمراض الطفولة.

إذا كانت حالة التغذوية للطفل تتأثر برعاية الأم و مدى اهتمامها به، فالطفل دون الثلاث سنوات يعتمد اعتقاداً صحياً على غيره في تناول الطعام، و في العمر ما بين 3 إلى 5 سنوات تكوين لديه بعض الإمكانات في اتخاذ الطعام، و تولد و تدخله بعض الدول ينظر الطفل معدلًا على أمته في تناول الطعام حتى سن السادسة، و من هنا سكانت الغذاء والطفل أحد المحددات التغذوية التي تساهم في نمو الطفل بشكل جيد.

العديد من الدراسات أجربت لدراسة هذه العلاقة، و لكننا تبقى الكثير من التساؤلات، فإن الإجابة على التأثيرات الطبيعية على العلاقة التغذوية للطفل، و هل تؤثر هذه التأثيرات عدد عمر سنين؟ أم أنه تأثير طويل المدى قد يعتمد على سن السنة؟ و هل يؤثر عمل الأم و عملها على حالة طفلك التغذوية؟ و هل هناك علاقة واضحة بين حجم الأسرة ممثلة بعدد الأخوة و ترتيب الطفل بين أخواته
و الإصابة بسوء التغذية، و هل العادة الشعبية المنتشرة في اليمن بين délaiكوز وتعرض الإعداد، و هو عادة ضعيفة. أتَ صنف التغذية للطفل 3 حدد الغرض من إجراء هذه الدراسة المساهمة في الإجابة على هذه السؤالات.

هذة الدراسة إلى:

1. تقييم الحالة التغذوية للأطفال في حضانات ورياض مدينة صنعاء.
2. دراسة نسبة انتشار سوء التغذية بين هؤلاء الأطفال وتوسيعهما حسب العمر والنوع.
3. دراسة العلاقة بين الحالة التغذوية للطفل وعدد من العوامل الاجتماعية والمسارات التغذوية.

طريقة الدراسة ومنهجها:

نوع الدراسة:

تم اختيار الدراسة المقطعة (cross sectional) كمنهج لهذا البحث لأنها الطريقة البحثية المناسبة لتحقيق الهدف المنشود وذالك لقدرته هذه الدراسة على وصف العوامل والمتغيرات المختلفة التي شملتها أدوات البحث بالإضافة إِلَى أنها توفر الوقت والتكلفة المادية.

عينة الدراسة:

أجريت هذه الدراسة على الأطفال اليمنيين في حضانات ورياض مدينة صنعاء، والذين تتراوح أعمارهم ما بين 6-71 شهر.

تم إعداد قائمة باسماء جميع الحضانات ورياض بمدينة صنعاء، ونال عددها 108 و بطريقة عشوائية تم اختيار 30 حضانة وروضة لأخذ عينة الدراسة منها. حيث تم تحديد حجم عينة الدراسة بما يتفق مع توصيات منظمة الصحة العالمية. تم تحديد حجم العينة في الدراسات المقطعة، و على ضوء المعادلات الإحصائية باستخدام برنامج (Epi Info version 6) و مستوي دقة 95%. وقد شملت العينة جميع الأطفال المتواجدين في هذه الرياح وحضانات خلال فترة الدراسة، وعددهم 550 طفلا وطفلة.

متغيرات الدراسة:

تم إعداد استبانة مربعة مقننة تضمنت أسئلة متعددة تعكس جميع متغيرات الدراسة وقابلة للتعامل الإحصائي مع البيانات الواردة بها، وقد اعتمدت على الجواب التالية:

- 18 -
بيانات الطفل: العمر، الجنس، عدد الأخوة، ترتيب الطفل بين أخواته، التحسين ضد الأمراض السنة القائمة و إصابته بالإسهال أو الحصبة أو التهابات الجهاز التنفسي خلال الأسبوعين قبل إجراء الدراسة.

بيانات الأم: المستوى التعليمي، الوظيفة، وعائدة مرض القات.

بيانات الأب: المستوى التعليمي، الوظيفية، الممارسات التغذوية خلال العامين الأولين من العمر، الوضع الطبيعي، فترتها، النظام، وقتها ونوعية أغذية النظام.

طريقة جمع البيانات:

تم جمع البيانات خلال فترة ثلاثة أسابيع ابتداءً من 25 نوفمبر عام 2000 م، بواسطة فريق محكون من أربع طبيبات تم تدريبهم لرصد القياسات الأنثروبومترية مثل الطول والوزن ومهارات تعقب الاستبانة. وقبل إجراء الدراسة أجري اختيار للأطفال في إحدى الحضانات التي لم تكن ضمن العينة بغض النظر عن مستوى سكان فريق العمل. جميع البيانات، وادخال جوانب النقص في الاستبانة لجعلها أكثر دقة ووضوح.

تمت تعبئة الاستبانة من خلال المقابلة الشخصية للأمهات، وحالة قليلة صائبة الاستبانة ترسل مع الطفل ليقوم الوالدين بتحجيتها في المنزل، مرفقة معها رسالة تحثهما على التعاون والإدلاة بالمعلومات الطبية أو التوأمة مع إحدى الباحثات عند الحاجة عبر الهاتف المحمول رقمها الرسالة.

تم رصد القياسات الأنثروبومترية لجميع الأطفال كالتالي:

- روحي عند وزن الطفل: أن يقف في منتصف الميزان مع بلابس ممغنطة بدون حدة ودون أن يلمس أي شئ حوله أثناء إجراء عملية الوزن مع مراعاة الفحص السريري للطفل بغض إقصاء أي حالة مرضية تؤثر على وزن الطفل مثلاً، أو تضخم الحبوب والطحال، (1999) و استخدم لهذا ميزان الكتروني sica و مقرباً لأقرب رقم عشري.

- كمية رصد أطوال الأطفال بواسطة مقياس خشبي، وهم بدون أدنى على أن يقف الطفل أثناء رصد طوله باستقامة وذراعه مديل بجانب الجذع مع النظر للأمام حيث يوجد الخط الواعل بين صوان الأذن وعينين موازيا للأرض، وحالة الأطفال دون السنة ممكن يتم قياس الطول وطول ماستقي على ظهره و ساقهما ممتدتان ورأسه إلى أعلى والسجل الطول مماثلاً لرقم عشري واحد.

-
بعد جمع البيانات تم إقصاء الاستبيانات الناقصة أو غير مكتملة المعلومات ، ليصبح عدد الاستمارات الكبيرة 534 استمارة . استخدم معامل Z لثلاث مؤشرات تغذوية معتمدة تستخدمها منظمة الصحة العالمية لوصف الحالة التغذوية للطفل ، وهي كالتالي :

1. مؤشر الوزن للطول :

و هو يعبر عن سوء التغذية الحاد والذي يكون نتيجة لنقص في الغذاء المتناول سكماً أو نوعاً خلال فترة قصيرة ، أو عقب الإصابة بنوبة مرضية حديثاً. حيث يعتبر الطفل هزيلًا إذا سكان مؤشر وزنه بالنسبة لطوله أقل من 2 عن الانحراف المعياري.

2. مؤشر الوزن للعمر :

و اعتبار الطفل ناقص الوزن إذا سكان مؤشر وزنه بالنسبة لعمره أقل من 2 من الانحراف المعياري.

و يكون نقص الوزن نتيجة إصابة الطفل بالحصوات أو القلب ، أو كليهما.

3. مؤشر الطول للعمر :

حيث يعتبر الطفل متفقماً إذا سكان مؤشر طوله بالنسبة لعمره أقل من 2 عن الانحراف المعياري.

و يعتبر التف철 عن سوء التغذية المزمن ، و يكون نتيجة لعدم تناول غذاء ملائم لفترات طويلة من الزمن.

( Central Statistical Organization Sana’a Yemen Maternal and Child Nutrition , 97

تحليل البيانات :

( SPSS (Epi-info version 6) و برنامج (6) وبرنامج (Epi-info version 6)

و و ترميز البيانات و إدخالها و تحليلها باستخدام برنامج

و واستخدمت جداول المقارنة لترتيب البيانات و تلخيصها و استخدمت الاختبارات الإحصائية التالية :

اختبارت و مربع كاي و اختبار أنوفا للاستدلال على وجود علاقة إحصائية معنوية بين متغيرات

الدراسة و بخصوص القياسات الأنثروبومترية تم حساب الوسيط لحل أنها بالنسبة لمتغيرات الدراسة

و سكان الحد الأدنى لقبول وجود علاقات إحصائية معنوية محتملة هو 0.05.

النتائج والمناقشة :

1. خصائص عينة:

شملت الدراسة (543) طفلاً و طفلة من 30 حضانة و ورودة موزعة في العاصمة تراوحت أعمارهم بين (6 - 71) شهراً حسًان 26.2% منهم في السادسة من العمر بينما الأطفال دون السنين لم يتجاوزوا 1.6% شكل الذكور 60.1% و الإناث 39.9% ، و هذه النسبة في نسبة الذكور تعكس تحيز

- 19 -
المجتمع لتعليم الذكور في سن مبكر، حيث ينال البنين في المجتمع اليمني حظاً أوفر مما تطاله البنات من التعليم. كان متوسط عدد الأخوة للكفل طفل 2.5 ± 1.32. وجد أن 98% من الأطفال أخذوا جرعات التحصين ضد الأمراض السنية القاتلة عامة بينما 8 أطفال لم يحصلوا جرعات التحصين و طفل واحد لم يأخذ اللقاح مطلقا. 

2. خصائص متعلقة بالوالدين :-

سكان متوسط عمر الأمهات 28.8 ± 6.5 عاماً و 30% من الأمهات حاصلات على تعليم جامعي و 49.6% حاصلات على تعليم متوسط ، حكماً وجده أن أغلب الأمهات (86%) ربات بيوت، بينما العاملات لم يتجاوزن 32% وحالي ثلاثة أرباع الأمهات (65%) لا يمارسن عادة الاقات والدراسة التعليمي للآباء، فحوالي ثلث الآباء (73%) حاولوا على تعليم جامعي ، و سكان 11.2% من الآباء مهاجرين (داخلياً أو خارجياً).

3. نمط التغذية للأطفال خلال العام الأول من العمر :-

بلغت نسبة الأطفال الذين رضوا طبيعياً من ثدي الأم 98.3%. منهم 85.3% أخذوا اللبان (السروب) خلال الأيام الأولي من العمر. و سكان ثلث الأطفال (69.8%) رضوا طبيعياً خاصية نتيجة أربعة إلى ستة أشهر. و سكان متوسط فترة الرضاة الطبيعية الكبيرة هي 12.6± 4.54 شهراً، حكماً أظهرت النتائج أن 59.5% من الأمهات أرضعن أولادهن حليب الثدي فقط و 45.4% يضفون الحليب الاصطناعي إلى تغذية الوليد بجانب حليب الثدي، حكما وجد أن 1.7% فقط من الأمهات أرضعن أطفالهم الحليب الاصطناعي فقط.

رغم الاعتقاد الشائع أن الأطفال في الحضانات لا يد أن تكون حالاتهم التغذوية أفضل من غيرهم بحكم ارتفاعهن لطلبات اجتماعية متوسطة وما فوق المتوسطة إلا أن نتائج هذه الدراسة أظهرت أن حوالي خمس الأطفال (8.9%) كانوا ناقصي الوزن و 17% لديهم نقص في وزنهم 17% منهم يعانون الهزال، حكماً هو مبين بعد جدول (1) و حتى بعد استثناء الأطفال الذين اصيبوا بالإسهالات أو الحصبة أو التهابات الجهاز التنفسي خلال الأسبوعين السابقين للدراسة، ظلت نسبة الإصابة بسوء التغذية مرتفعة كما يشير جدول (2).

ألا أن نتائج دراسة مشابهة شملت 351 طفل في حضانة مدينة صنعاء أظهر ارتفاعاً ملحوظاً في نسبة الأطفال الذين لديهم نقص (74%) و الذين يعانون الهزال (25%). و يمكن من مورثة هذا الفرق بين نتائج الدراسة إلى أن 35% من الأطفال في دراسة المصري 1999 أصيبوا بالإسهال خلال شهر من إجراء الدراسة، بينما في هذه الدراسة لم تزد نسبة الإصابة بالإسهال عن 3% و من المعروف أن الإسهال من أهم أسباب سوء التغذية.
جدول (1) توزيع الحالة التغذوية للأطفال في حضانات ورياض العاصمة صنعاء للعام 2000

<table>
<thead>
<tr>
<th>المؤشر التغذوي</th>
<th>المجموع</th>
<th>فوق الطبيعي</th>
<th>طبيعى</th>
<th>أقل من الطبيعي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>عدد</td>
<td>%</td>
<td>عدد</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للطول</td>
<td>100</td>
<td>532</td>
<td>0.8</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للعمر</td>
<td>100</td>
<td>534</td>
<td>0.2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الطول للعمر</td>
<td>100</td>
<td>532</td>
<td>1.2</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مربع جيكيتس-27.2 و قيمة الدالة الإحصائية-0.01 .

* أقل من الطبيعى تعني أن قيمة المؤشر التغذوي أقل من 2 عن الانحراف المعياري . أي هزال للحالة مؤشر الوزن للطول ونقص في الوزن للحالة مؤشر الوزن للعمر وتقزم في حالة مؤشر الطول للعمر .

* فوق الطبيعى تعني أن قيمة المؤشر التغذوي أكبر من 2 عن الانحراف المعياري .

و تختلف نتائج هذه الدراسة إلى حد ما عن نتائج المسح الديموغرافي اليمني لصحة الأم و الطفل والذي أظهر أن نصف الأطفال اليمنيين دون سن المدارس (52%) متزمزمون ،بينما 46% لديهم نقص في الوزن . (Central Statistical Organization, Sana'a, Yemen, Maternal and Child Nutrition).

و يمكن أن يراجع الاختلاف بين نتائج الدراستين إلى الاختلاف في عينة الأطفال موضع الدراسة ، حيث أن المسح الديموغرافي عام 1997 م شمل الأطفال اليمنيين دون سن المدارس في مختلف المناطق و الديانات الاجتماعية ، بينما هذه الدراسة اقترنت على فئة متميزة من الأطفال وهم الذين يذهبون إلى الحضانات و الرياض في مدينة صنعاء فالطفل الذي يذهب إلى الحضانة يكون دخل أسرته جيداً بدرجة تحكسي لتعليم نفقات الحضانة و في الغالب يكون المستوى التعليمي لأحد الوالدين أو كلاهما مرتفعاً و في الحالات فإن الطفل هنا يتمتع بنسب رعاية أفضل من غيره مما يساهم في تحسين حالتة التغذوية .

جدول (2) توزيع الحالة التغذوية للأطفال الأصحاء في حضانات ورياض العاصمة للعام 2000 م

<table>
<thead>
<tr>
<th>المؤشر التغذوي</th>
<th>المجموع</th>
<th>فوق الطبيعي</th>
<th>طبيعى</th>
<th>أقل من الطبيعي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>عدد</td>
<td>%</td>
<td>عدد</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للطول</td>
<td>100</td>
<td>348</td>
<td>0.5</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للعمر</td>
<td>100</td>
<td>370</td>
<td>0.3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الطول للعمر</td>
<td>100</td>
<td>368</td>
<td>1.4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مربع جيكيتس-16.2 و قيمة الدالة الإحصائية-0.01 .
and a comparison of the results of a study by Abidoye (2000) showed that 2.5% of children were underweight and 97% were overweight. Therefore, it is recommended that parents pay attention to their children's diet and weight control.

October 2018

This relationship between maternal weight during pregnancy and children's obesity has been discussed in previous studies.

A Post-Hoc analysis was conducted to examine the differences between the groups. The results showed that there were significant differences between the groups in terms of the percentage of overweight children. The Scheffe test was used to compare the means between the groups. The results indicated that there were significant differences between the groups in terms of weight, height, and BMI.

This study suggests that maternal weight during pregnancy is a significant factor in the development of childhood obesity. Therefore, it is recommended that future research should focus on the long-term effects of maternal weight during pregnancy on children's health.
و تتفق هذه النتيجة مع نتيجة إحدى الدراسات التي أظهرت أن 37.5% من الأطفال ناقصي الوزن و 34.8% من المتزمرين أعمارهم تتراوح بين 4 إلى 6 سنوات (Al Sabry, 1999).

- يعد ارتفاع المستوى التعليمي للأم دا تأثير إيجابي على حالة الطفل التغذوية، حيث وجد أن 23% من أطفال الأمهات غير المتعلمات يعانون من نقص الوزن، بينما نصف هذا العدد (12.7%) من أطفال الجامعيات أو أوزانهم ناقصة. وكتاب العلاقتة ذات دلالات إحصائية. كما أن نسبة التزعم تقل بين أطفال الأمهات الجامعيات (10.3%) مقارنة بأطفال الأمهات غير المتعلمات (21.2%)، وعلاقة ذات دلالات إحصائية. وهذا ما أحسبقه إحدى الدراسات المشابهة (Al Sabry, 1999).

و نستطيع من الجدول (4) أن نسبة الأطفال المتزمرين لاباء غير متعلمين (27.9%) ضعف نسبة الأطفال المتزمرين لأمهات جامعين (15.7%). ويمكن تقدير ذلك بأن ارتفاع المستوى التعليمي للوالد يحسن دخل الأسرة مما يتيح الفرصة لشراء أغذية أفضل بالإضافة إلى زيادة اهتمام الوالد المتعلمن بздоровية أبنائه مهماً ومحفظاً.

التحليل النتائج: في الجدول (5) بين العلاقة بين عمر الأم وحالة التغذوية للطفل، وذلك باستخدام الـ Hocshcheffee.

وتبين أن هناك فرقاً إحصائياً بين وسط الطول للعمر، حيث تكون الوسيط أصغر عند الأطفال لأمهات الأمهات تتراوح بين 16 إلى 35 عاماً مقارنة بالأطفال لأمهات أعمارهم أقل من 25 عاماً. و هذا يعني أن التزمز يقل تدريجيًاً بزيادة عمر الأم وقد يرجع ذلك إلى زيادة الخبرة مع العمر.

جدول (3) توزيع حالة التغذويةً لأطفال الحضانات والرياض في العاصمة صنعاء بحسب عمر الطفل

<table>
<thead>
<tr>
<th>المؤشر التغذوي</th>
<th>قيمتة الدالة الإحصائية</th>
<th>قيمة (ف)</th>
<th>العدد</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>الوسطي</th>
<th>عمر الطفل</th>
<th>Según بالسنوات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>0.240</td>
<td>1.35</td>
<td>2</td>
<td>1.69</td>
<td>1.425</td>
<td>سنة</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>6</td>
<td>1.03</td>
<td>0.723</td>
<td>سنة</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>20</td>
<td>0.90</td>
<td>0.634</td>
<td>3 سنوات</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>40</td>
<td>0.81</td>
<td>0.770</td>
<td>4 سنوات</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>164</td>
<td>1.08</td>
<td>0.658</td>
<td>5 سنوات</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>300</td>
<td>0.64</td>
<td>0.785</td>
<td>6 سنوات</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>0.59</td>
<td>1.013</td>
<td>سنة</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للعمر</td>
<td>0.002</td>
<td>3.78</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 3</td>
<td>7</td>
<td>1.70</td>
<td>0.737</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 4</td>
<td>20</td>
<td>1.18</td>
<td>0.862</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 5</td>
<td>40</td>
<td>1.03</td>
<td>1.035</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 6</td>
<td>164</td>
<td>0.92</td>
<td>1.159</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 7</td>
<td>300</td>
<td>0.83</td>
<td>1.523</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>مؤشر الطول للعمر</th>
<th>0.001</th>
<th>1.49</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سنوات 3</td>
<td>2</td>
<td>3.18</td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 4</td>
<td>6</td>
<td>2.22</td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 5</td>
<td>20</td>
<td>1.58</td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 6</td>
<td>40</td>
<td>1.24</td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 7</td>
<td>164</td>
<td>1.16</td>
</tr>
<tr>
<td>سنوات 8</td>
<td>300</td>
<td>1.17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

قيمة الدالة الإحصائية تم حسابها باستخدام اختبار أنوفا.

جدول (4)

توزيع أطفال الحضانات والرياض بالعاصمة صناء، بحسب المستوى التعليمي لأبائهم و الإصابة بالتنقزم:

<table>
<thead>
<tr>
<th>المستوى التعليمي للأب</th>
<th>مؤشر طول الطفل بالنسبة لعمره</th>
<th>المجموع</th>
<th>% clause</th>
<th>% clause</th>
<th>% clause</th>
<th>% clause</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>العدد</td>
<td>العدد</td>
<td>العدد</td>
<td>العدد</td>
<td>العدد</td>
</tr>
<tr>
<td>غير متعلم</td>
<td>100</td>
<td>43</td>
<td>72.1</td>
<td>31</td>
<td>27.9</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>تعليم متوسط</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>83</td>
<td>83</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>تعليم جامعي</td>
<td>100</td>
<td>389</td>
<td>84.3</td>
<td>328</td>
<td>15.7</td>
<td>61</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مربع سكاي = 491 و قيمة الدالة الإحصائية = (0.005).

* أقل من الطبيعى تعني أن الطفل متقزم.

جدول (5)

توزيع الحالة الغذائية لأطفال الحضانات والرياض بالعاصمة صناء بحسب عمر الأم:

<table>
<thead>
<tr>
<th>القيم الدالة الإحصائية (ف)</th>
<th>مؤشر النغذي</th>
<th>عمر الأم بالسنوات</th>
<th>القيم الدالة الإحصائية (ف)</th>
<th>مؤشر الوزن للطول</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.753</td>
<td>0.40</td>
<td>ابتدائي 20 - 25</td>
<td>10</td>
<td>0.748</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>20 - 25</td>
<td>155</td>
<td>0.699</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>25 - 30</td>
<td>275</td>
<td>0.693</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>30 - 35</td>
<td>92</td>
<td>0.817</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- 24 -
<table>
<thead>
<tr>
<th>متغير</th>
<th>الوصف</th>
<th>الوحدات</th>
<th>قيمة</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>الوسيط</th>
<th>معدل الام</th>
<th>المؤشر النغدوي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للعمر</td>
<td>اقل من 20</td>
<td>-</td>
<td>1.633</td>
<td>0.67</td>
<td>10</td>
<td>20 - 21</td>
<td>1.247</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للعمر</td>
<td>25 - 26</td>
<td>-</td>
<td>1.083</td>
<td>0.99</td>
<td>156</td>
<td>21 - 25</td>
<td>1.276</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الوزن للعمر</td>
<td>35 - 36</td>
<td>-</td>
<td>1.163</td>
<td>0.96</td>
<td>276</td>
<td>26 - 35</td>
<td>1.196</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الطول للعمر</td>
<td>اقل من 20</td>
<td>-</td>
<td>1.780</td>
<td>0.78</td>
<td>10</td>
<td>20 - 21</td>
<td>1.361</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الطول للعمر</td>
<td>25 - 26</td>
<td>-</td>
<td>0.855</td>
<td>1.36</td>
<td>155</td>
<td>21 - 25</td>
<td>1.132</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤشر الطول للعمر</td>
<td>35 - 36</td>
<td>-</td>
<td>0.808</td>
<td>1.29</td>
<td>275</td>
<td>26 - 35</td>
<td>1.523</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**الناتج من الجدول رقم (6)**

توزيع الحالة التغذوية لأطفال الحضانات و الرياض بالعاصمة صنعاء بحسب نوعية عمل الأم.

<table>
<thead>
<tr>
<th>قيمة الدلالة الإحصائية (ت)</th>
<th>قيمة</th>
<th>عدد</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>الوسيط</th>
<th>معدل الام</th>
<th>المؤشر النغدوي</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>موفرة - ربة بيت</td>
<td>0.67</td>
<td>362</td>
<td>1.01</td>
<td>0.729</td>
<td>0.691</td>
<td>0.773</td>
</tr>
<tr>
<td>موفرة - موظفة</td>
<td>0.05</td>
<td>363</td>
<td>0.98</td>
<td>1.211</td>
<td>0.987</td>
<td>1.221</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

(Abidoye, 2000)
و فيما إذا سبقت الممارسات التغذوية للطفول خلال العامين الأولين من العمر تؤثر على مدى الطويل في حالتها التغذوية حتى السادسة من العمر، أظهرت النتائج أن سبب مؤشر الوزن للعمر والطول للعمر يحولون أفضل عند الأطفال الذين وضعوا حليب الثدي مقارنة بآخرين الذين لم يأخذوا الرضاعة الطبيعية و كانت قيمة الدلالات الإحصائية (0.01 و 0.04 على الترتيب). و هذه النتيجة تحقق نتائج دراسة سابقة أجربت في سيلان حيث سبقت نسبة الإصابة بنقص الوزن عند الأطفال الذين لم يرضعوا من ثدي أمهاتهم تزيد مرة و نصف عن آخرين الذين رضوا طبيعياً (1995 Castelo). و يمكن تفسير التأثير الإيجابي للرضاعة على الحالة التغذوية للطفل بأن حليب الأم يحفز لسد احتياجات الطفل في الأشهر الستة الأولى من العمر (Cameron 1983). كما أنه يزيد من مناعة الطفل من خلال ما يسمى باللبلبا. وبالتالي فإنه سيحسن أقل عرضة للعدوى و المزيد اللذان يعدان من أهم أسباب سوء التغذية (1992 king). 

و لم تكن العلاقات بين الحالة التغذوية للطفل و أخذ اللبلبا و فترة الرضاعة الطبيعية الكمالية ذات دلالات إحصائية، حيث كانت قيمة الدلالات الإحصائية تزيد عن (0.05). و جد أن الحالة التغذوية للطفل لا تتأثر بعلاقة مضم تكمّلنت (0.05) كما هو مبين في الجدول (7). إلا أن هذه النتيجة لم تكن متوقعة لأن مضم تكمّلنت يؤدي إلى اشغالها لفترة لا تقل عن خمس ساعات يومياً و هذا يقلع من العناية بالطفل، أضف إلى ذلك أن شراء الحاجيات يؤدي إلى صرف مبلغ لا يستهان به من دخل الأسرة يومياً حكمن ممكن استغلالها في شراء أغذية أفضل للطفل.

جدول (7)

لتوسيع الحالة التغذوية لأطفال الحضانات و الرياض بالعاصمة صنعاء بحسب عادة مضم تكمّلنت:

<table>
<thead>
<tr>
<th>قيمة الدلالات الإحصائية</th>
<th>قيمة</th>
<th>التعارض معياري</th>
<th>الوسيط</th>
<th>عدد مضم تكمّلنت</th>
<th>مجموع الوزن</th>
<th>مؤشر الوزن</th>
<th>مؤشر التغذوي للطول</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.77</td>
<td>0.28</td>
<td>0.82</td>
<td>188</td>
<td>0.701</td>
<td>0.726</td>
<td>لا</td>
<td>موظفة</td>
</tr>
</tbody>
</table>
لا يوجد نشرات يمكن قراءتها بشكل طبيعي من الصورة المقدمة.
1. رفع مستوى الوعي الثقافى والغذائي الصحي لدى العاملين في حضانات ورياض الأطفال من خلال برامج ودورات خاصة.
2. إدخال نظام الراقبة المستمرة لنمو الأطفال من خلال قياس أوزانهم وأطوالهم بشكل دوري وتسجيل هذه القياسات في بطاقات خاصة تحفظ في ملف الطفل، بغرض الاستكشاف المحكر لحالات سوء التغذية وتدابيرها.
3. دراسة وتنفيذ إعداد وجبة إفطار للأطفال في الحضانة أو البوصلة تحت إشراف خصصي تغذية وتعليم ذلك على كفاءة الحضانات والرياض.
4. إجراء دراسة مماثلة متخصصة معرفة تأثير الممارسات التغذوية للأطفال الرضع وكذا عادة مضخ الأمهات اليمنيين للفتة على حالة التغذية لأطفال.
2. Al-Sabry (1999) : The Nutritional Status of Children In Sana’a Nurseries. Community Medicine Department , Faculty of Medicine , Sana’a University .
نقص الحديد و البوتاسيوم (أ) و فيتامين (د) بين الأطفال والأمهات في اليمن

إعداد : خالد علي الجنداري، يحيى أحمد رياض
قسم طب المجتمع - مكتبة الطب والعلوم الصحية - جامعة صنعاء - الجمهورية اليمنية
المصدر : المجلة العربية للغذاء والتغذية - العدد السابع - فبراير 2003

الملخص :
تضمن هذه الورقة مراجعة لوضع المغذيات الدقيقة بين الأطفال والأمهات في اليمن، و طرق التدخل لمكافحتها. كما تعرض المتطلبات المستقبلية لبرامج التدخل. وقد شملت ما نشر خلال العقدين الماضيين.

نقص عنصر الحديد : بلغت نسب انتشار بين أطفال دون السنة الخامسة في الريف (80%) و أدناء (17%) في الحضر. أما بين أمهات الدارس في مدينة الحديدة ومديرياتها فشكلت (18.3%) و نسبة فازخز الخريجين (3.8%). وقد وجدت المشكاة أعلى بين الأمهات الريفيات (36%) و بين الحضريات (5%).

نقص فيتامين (أ) : تبين أن 10% من أطفال تهامة يعانون من جفاف القرنية و 4% من نقص بيتاوت و 1.1% مصابون بالعيش الليالي و جفاف القرنية معاً.

وزع عنصر البوتاسيوم : قدرت نسبة انتشار تضخم الغدة الدرقية الحكلي بين طلاب الدارس بـ 32% إلا أن نتائج مسح 1998 م أظهرت نسبة أدني (16.8%) و بلغ الإفراز البولي للبوتاسيوم 17.3 ميكروغرام / ديسيلتر.

نقص فيتامين (د) : بلغت نسبة الانتشار في الريف (17.1%) و في الحضر (5.8%). وقد تنبت الحكومة بعض برامج التدخل لمكافحة هذه المشاكل بين الأطفال والنساء و المجتمع.

الاستنتاجات :
يتبين أن نقص الحديد لا يزال يشكل مشكلة صحية في اليمن. أن وضع فيتامين (أ) و فيتامين (د) بحاجة إلى مسح شامل. و لا يزال نقص الأطفال يعانون من عوز البوتاسيوم.

المقدمة :
تنقص اليمن في جنوب الجزيرة العربية وتقدر مساحتها بحوالي 555,000 كيلومتر مربع. وتقسم إلى ثلاث مناطق جغرافية هي المرتفعات الجبلية الشمالية والتي تتمثل 60% من إجمالي مساحة الأرض ويعيش عليها 60% من السكان. والمناطق الساحلية والتي تغطي مساحتها 25% ويعيش عليها 25% من السكان. وبقية المساحة منطقة صحراء (1988, WBRU). يمكن هذه المساحة الكبيرة 17.7 مليون نسمة. يقدر معدل النمو السنوي الطبيعي 3.5% و معدل وفيات الأطفال الرضع 7.5% من الأولاد وفيات الأطفال 98 لكل ألف و معدل الخصوبة 6.5 حمل لكل امرأة (CSO., 1999 a) و نسبة الموارد تناقص الوزن يمثلون 19% (CSO., 1999 b) و تعتبر اليمن من أفقر دول العالم. ليس بقياسات متوسط دخل الفرد من الناتج القومي الكلي 320$ فقط. ونما بقياسات ملك مقومات الحياة المشابهة الأخرى (1999, WB). ليس هذا فحسب وإنما أيضاً تشمل الممارسات غير الصحية وغير السليمة داخل الأسرة وانتشار الأمراض المستروطنة والإعتدال والعدوى و عدم حيادية الإصابة ونداءات الطبيعة في جزء محدود. يمكن العناوين مجتمعة تسهم في تفاقم إشكاليات نقص الغذاء الدقيقة.

لكن سكان اليمن من هذه الورقة هو عرضةً لوضع الظروف الدقيقة عند الأطفال و بين الأمهات. اليمن وخصوصاً نقص عنصر الحديد ونقص فيتامينات (A) و الاضطرابات الناجمة عن نقص عنصر البوب ونقص فيتامين (D) و إلقاء الضوء على المسببات. يمكن تعراض طريق التدخل النفاذ كنماكهة تم اخلاقها حالياً ونجد أن المتوسط هو وضع التطورات المستقبلية التي يمكن التحكيز عليها و إدراجها للمساعدة، ثم تفعيل ونجب أنشطة بعض برامج التدخل.

وقد قامنا دراسة من خلال مراجعة الأوراق والتجارب ونواتج البحوث التي أجريت في اليمن خلال العقود الثلاثة الماضية. وقد أظهرت النتائج التالية:

1. نقص عنصر الحديد (قرص الدم):

   أ) قرص الدم بين الأطفال تحت السن المدرسي:

لقد اتضح بأن نقص عنصر الحديد يعتبر من مشاكل الصحة العامة التي تؤدي إلى حدوث مضاعفات خطرة مصاحبة للحمل، كما تزيد من القابلية للإصابة بالعدوى وضعف القدرة على التحصيل العلمي وانخفاض الإنتاج. وتمثل نسبة قرصة الدم الغذائي 54.4% من عموم أسباب قرصة الدم المتوسط (Karrar, et al., 2001), في اليمن حيث قد معدل انتشار قرصة الدم حوالي 90%.

كما أظهرت نتائج الدراسة الوطنية عام 1979 م الذي أجري في المحافظات الشمالية أن 66% من أطفال الربيع و 17% من أطفال الحضر مصابين مستوى خضاب الدم (المعمولين) لديهم أقل
من 11% جم / ديسيلتر. أما على مستوى المناطق الجغرافية فكانت أعلى نسبة انتشار لهذه المشكلة (80%) بين أطفال منطقة تهامة، تليها المرتفعات الشمالية (66%) و أقلها (35%) بين أطفال المرتفعات الجنوبية. أما حالات فقر الدم الخفيف (خضاب الدم أقل من 8 جرام / ديسيلتر) فكانت موجودة بين 29% من أطفال تهامة (1979) . وقد تحسن الوضع نسبيا بعد مرور 13 سنة بين أطفال تهامة (1-6 سنوات)، حيث انخفض معدل انتشار فقر الدم من 80% إلى 73.5%. كما أن فقر الدم الخفيف انخفض أيضا من 29% إلى 16% (إنسار عشري، 1993) . وقد اعتبرت المشكلة أصغر بين أطفال المحافظات الجنوبية، حيث بينت نتائج أحد الدراسات أن الأطفال بين عمر 6-24 شهرا كانوا هم الأكثر إصابة بفقر الدم في المنطقة. بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايدة بصورة متزايد

(جدول 1)

اتساق فقر الدم بين الأطفال تحت السن المدرسي بالنسبة لبعض الخصائص الديموغرافية في اليمن بين عامي 1979 – 1992 م

<table>
<thead>
<tr>
<th>الخصائص الديموغرافية</th>
<th>دراسة 1992</th>
<th>مسح 1979</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المكان:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أ) محافظة نجران</td>
<td>*%66</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ب) محافظة حضرموت</td>
<td>*%17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>المنطقة:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أ) تهامة</td>
<td>*%72.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ب) المملكة العربية السعودية</td>
<td>*%80</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ج) المرتفعات الشمالية</td>
<td>*%52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>*%66</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* مستوى خضاب الدم أقل من 11 جرام / ديسيلتر.
** حالات و خيمة.
*** لم ينتمي إلى هذه المنطقة.

ب) فقر الدم بين طلاب المدارس:
بعد طلاب المدارس من الفئات العمرية التي غالباً ما تكون عرضة للإصابة بفيق الدم لعوامل عديدة منها متطببات النمو وتحكير الإصابة بالطفيليات وعدم الاهتمام بتناول وجبات غذائية متكاملة ومنظمة. مع هذا تنتشر اليمن إلى دراسات ميدانية شاملة تبين حجم المشكلة، فيما عدا دراسة أجريت على 948 طالب وطالبة من طلاب المدارس الإبتدائية في عاصمة محافظة الحويت (أحد المحافظات الجبلية الشمالية) عام 1997 م، أظهرت نتائجها أن متوسط مستوى خضاب الدم بين الطلاب سكان 131.7 ± 13.9 غم / لتر، ومستوى الفيتامينات في مصل الدم سكان 51.3 ± 6.6 نانو جرام/مل. وقد بلغت نسبة حالات الفقار الدم 18.3% (Raja'a. et al., 2001) ؛ وأظهرت دراسة أخرى تمثل 1003 طالب وطالبة نسبة انطلاق أعلى (7.9 %) مشكلة فقر الدم في مدينة عدن وبيه التنين تقعان على الساحل الجنوبي من اليمن (Zain, 1998). 

(ج) قصر الدم بين الأمم اليمنيات:

نبعاً لتعاني المرأة اليمنية من أمراض سوء التغذية المختلفة كمكثلياتها من ناساء الدول النامية وعلى وجه الخصوص قصر الدم. حيث بينت نتائج سح 1979 م أن أعلى معدل انطلاق لفقر الدم سكان بين الأمم في المناطق النائية (72 %)، بينما بلغت 31% بين الأمم في المرتفعات الجنوبية وتفخذ المشكلة قليلاً في المرتفعات الشمالية (27 %) كما تبين أن المشكلة مرتفعة بين أمهات الريف (36%), منخفضة بين أمهات الحضر (5 %) (YGGMCS, 1979).

(2) نفس فيتامين (أ):

بعد نفس فيتامين (أ) مشكلة أخرى من مشاكل الصحة العامة الناجمة عن سوء التغذية ونقص الفيتامينات الأخرى بين أطفال الدول النامية. حيث تظهر على صورة الإصابة بالعمى، هكذا أنها متصلة بزيادة نسبة وفيات الأطفال الضعفاء، و التي تبت إمكانيات تخفيفها بين 23 % إلى 24% حالة تناول جرعات كبيرة من فيتامين (أ) IVACG1996.

الوضع في اليمن عقبت عن نتائج دراستين أجريتا في اليمن منطقة تهامة. الدراسة الأولى تمتع على 267 طفل بين عمر 6-14 سنة عام 1981م. وبتيفت أن نسبة انتشار الإصابة بنقص فيتامين (أ) بين الأطفال سكان واضحاً يواسط أكثر من علاجية نقص، فجفاف المختومة وجد بين 10% و 4% مكان لديهم نقطاً، أما الأطفال الذين يعانون من العمي البليدي مصحوبًا بجفاف القرنية فحصوا 11.1% والمصابون بندب سوء القرنية (4%). (Abbasy and Redd., 1981). الدراسة الأخرى أجريت على الأطفال بمختلف أعمارهم عام 1996م، وآظهرت نتائجها وجود انخفاض نسبة لانتشار هذه المشكلة بصورة حادة قبل
خمسة عشرة عاماً تقريباً حيث قدرت نسبة انتشار نقش بيتوت 1.7% والعشري الليلي 0.4% ، أما الأطفال الذين كانوا يعانون من نقش فيتامين (1) على صورة جفاف القرنية فقد بلغوا 0.04% والذين يعانون من تقرح القرنية 0.04% (1996) . شكلا الدراسات تظهران أن مشكلة نقش فيتامين (1) لا زالت تعتبر إحدى مشاكل الصحة العامة في اليمن بالرغم من التحسن البسيط كما هو مبين في الجدول (2) .

جدول (2)

<table>
<thead>
<tr>
<th>الدراسات الميدانية</th>
<th>الدراسة عام</th>
<th>عدد الحالات</th>
<th>جفاف الببتيد</th>
<th>تقرح القرنية</th>
<th>لدغ الأعام</th>
<th>عدد الحالات المثبتة</th>
<th>عدد الحالات المستهدفة</th>
<th>نüb القرون</th>
<th>薮 العشري الليلي</th>
<th>عدد حالة واحدة</th>
<th>تقرح القرنية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دراسة عام 1981</td>
<td></td>
<td>267</td>
<td>10.0%</td>
<td>4.0%</td>
<td>3 حالات</td>
<td>حالة واحدة</td>
<td>لا تبحث</td>
<td>6 - 14 سنة</td>
<td>0.04%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.04%</td>
</tr>
<tr>
<td>دراسة عام 1992</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1.7%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.04%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(3) الاستجابات الناجحة عن عوز عنصر البوتاسيوم :

أرتبطت مشكلة نقش بتناول عنصر البوتاسيوم في الماضي بظهور حالات تضخم في الغدة الدرقية عند الإنسان . ولم يمكن معروفها تأثير هذا النقش على نمو وتطور الجسم والعقل . وزيادة نسبة وفيات الرضع بما في ذلك حدوث ظاهرة التجفيف العقلي ونقش الذكاء لدى الأطفال (WHO، 1996) . النقش في اليمن لم تكشف الاكتشافات الناجحة عن نقش عنصر البوتاسيوم تمثل مشكلة للصحة العامة . وذلك استناداً إلى نتائج دراسات أخرى في مناطق مختلفة من البلاد استخلصتا محدودية وندرة الحالات المصابة بأعراض عوز البوتاسيوم . دراسة الأولى أجريت في المناطق الجنوبية وبينت أن معدل الانتشار فيها 0.8% (1996). والدراسة الثانية استخلصت نتائجها من تقرير وزارة الصحة العامة لأصوات 1985 م ، حيث لم تسجل سوى 259 حالة سكان تعاني من تضخم الغدة الدرقية من إجمالي حالات المرضى المتزدين في نفس العام على مستشفى المناطق الشمالي (MOH، 1958)، و في عام 1991 م كشفت دراسة استطلاعية أخرى على 2984 من طلاب المدارس الإبتدائية في أربع محافظات في وسط و شمال البلاد . أن معدل انتشار تضخم الغدة الدرقية الحسلي بلغ 32% . واستخلصت الدراسة أن اليمن تصنف ضمن الدول التي تعاني من الأضطرابات الوخيمة الناجمة عن نقش

(4) نقاش فيتامين (د) -

تعد الجهات الرسمية في اليمن مشكلة الجفاف المصاحب لنقص فيتامين (د) لدى الأطفال أحد مشاكل الصحة العامة. استدناً إلى نتائج بعض الدراسات التي أجريت بصورة محدودة وبحيرة زمنية متباينة. بالرغم من عدم توفر معلومات حديثة حول هذه المشكلة، بنتنالج إحدى الدراسات التي أجريت قبل ثلاثين سنة في 6 مناطق في شمال البلاد أن نسبة انتشار هذه المشكلة بين الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 6-48 شراً 16.5% (1972). كنما أشار السحوب الوطني للغذاء عام 1979 م إلى انتشاراً بين أطفال الريف ما دون سن الخامسة بنسبة 13.2% و بين أطفال الحضر 6.9% (1979).

في عام 1987 م بحث المشكلة في بعض القرى في شمال البلاد و أظهرت نتائجها ارتفاعًا في معدل الانتشار للجفاف بين أطفال دون السن المدارسي بلغ 27%. ثم استخلصت الدراسة أن المشكلة تعتبر شائعة جدا بين الأطفال في نهاية السنة الأولى من العمر وتحقيق بنهاية العام الخامس، ويعزى السبب إلى بعض الممارسات والاعتقادات التي تتبناها أو تقلل من تعرض الأطفال إلى أشعة الشمس المباشرة حتى لا يستسلمون للأمراض أو تحسن الحد من الآخرين، بالرغم من أن اليمن تمتاز بطقس دافئ ومشمس.

(5) العوامل المسئية لانتشار مشاكل نقص المغذيات الثقيلة في اليمن -

هناك عوامل عديدة ومتشابكة تؤدي إلى ظهور مشاكل نقص المغذيات الثقيلة في اليمن يمكن

إيجازها بـ (الأيمن): -
الممارسات الخاطئة في تغذية الوليد، حيث أن 76.7% من الأمهات يمارسن الرضاعة الطبيعية الخالصة لأقل من أربعة أشهر (CSO, 1997، وما يندر ممارسة هذه الممارسات إلى ضعف الموارد والتشريعات. يمكن أن تساعد ممارسة تغذية الوليد الحلي الناجحة خلال الثلاثة أشهر الأولى من عمر الوليد (60.3%)، ودعم استخدام حليب الرضاعة المعبّط الموثوق بالدكتور أن نحسبا في ارضاع الوليد (30.7%)، وكمتزايدة في تغذية الحليب البقول المطبوخ والملح والشوك من تغذية الوليد (CSO, 1999). وكمتزايدة نسبة ممارسة إدخال الأغذية الإضافية قبل الشهر الرابع من عمر الطفل (44%) بين الأمهات أو تأخير إعطاء الأطفال صباغة الدماغ الطبيعي ذات القيمه الغذائية المنخفضة وتقييمها بطريقة مختفية، وحرمان الطفل من الفواكه والخضروات الم거래ة (مثل: السمن واللحم، حتى نستند على البيانات الأولية على اتخاذ إجراءات الأزمة بين جميع أفراد الأسرة.


برامج التدخل:

بين الجدول رقم (3) برامج التدخل المنفعة حاليًا في اليمن و التي تركز على مكافحة فقر الدم، وتقص فيتامينات A، و مكافحة الاضطرابات الناجمة عن عوز عنصر اليوساح بين صلاح السكان.
و لكن هذا الحد من تفاوت مشكلة الكسكاح بين بعض الفئات الحساسة في المجتمع ، لا أنها تعتبر برامج محدودة و مؤقتة باستمرارية الدعم من المنظمات و الوثائق الدولية و الأجنبيّة ... مثل :
• برنامج توزيع مكسيولات الحديث و الفوائل للنساء الحوامل المتردّدات على مراكز رعاية الحوامل.
و ينفق هذا ضمن أنشطة الأمومة و الطفولة في وزارة الصحة العامة.
• برنامج توزيع مكسيولات فيتامين (A) للأطفال عند عمر تسعة أشهر ، أثناء أخذ جرعة التحصين.
• برامج مكافحة الاضطرابات الناجمة عن عجز اليود ، و يقوم بتوزيع أوباديمنيون على منتجي ملح الطعام و الأشخاص و المراقبة على إضافته إلى ملح الطعام و ينفق ضمن أنشطة إدارة التغذية في وزارة الصحة العامة.
• برامج التدخل الغذائي المنفذة في اليمن لمكافحة نقص المغذيات الدقيقة.

جدول (3)

<table>
<thead>
<tr>
<th>موقع التدخل</th>
<th>الهدف المتوقع</th>
<th>المشكلة الغذائية</th>
<th>الفئة المستهدفة</th>
<th>الوسائل</th>
<th>تقدير عناصر الحديد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. مراكز الأمومة و الطفولة</td>
<td>توزيع مكسيولات الحوامل</td>
<td>1. برنامج توزيع مكسيولات فيتامين (A) للأطفال عند عمر التسع سنوات أثناء أخذ جرعة التحصين</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. ماعت البلدان</td>
<td>تطعيم دقيق الفم</td>
<td>2. تقديم دقيق الفم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. مراكز الأمومة والطفلة بالجمهورية</td>
<td>توزيع مكسيولات السن الدروسي ونسبة الفوائد</td>
<td>2. توزيع مكسيولات السن الدروسي ونسبة الفوائد</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. مراكز البلدان</td>
<td>سكان بعض المناطق الساحلية</td>
<td>2. زراعة بعض الفواكه والخضروات</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. مصانع الزيوت</td>
<td>مراكز supplementation</td>
<td>3. تقديم زيت الزيتون</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. مراكز البلدان</td>
<td>إضافة أوباديمنيون إلى الملح</td>
<td>3. تقديم عناصر الحديد</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

الاستنتاجات :-

- صدرت حديثًا قرارات حكومية ملزمة بتنفيذ هذا التدخل.
- يتضح أن حجم مشكلة نقص الحديد لا يستثنى بين الأطفال و الأمهات ، و مشكلة نقص فيتامين (A) بحاجة إلى دراسة شاملة لتحديد حجمها على مستوى البلدان ، كما لا يزال عجز اليود يشكل مشكلة صحية بين سداس الأطفال . و نستنتج أيضًا أن ممارسة الأمهات للرضاعة الطبيعية الخليصة.
منخفضة وتقليلة الأطفال بالبزارة لإزالة تمارس بين أربع الأطفال وحوالي النصف من الأطفال تبدأ تغذيتهم الإضافية عند عمر 3 شهور. وأن خدمات مكافحة الأمراض المنتظمة بحاجة إلى برامج فعالة طويلة المدى.

التصويت:

1. الحاجة الماسة إلى عمل مسوح شامل على المستوى الوطني يحدد وضع نقص عنصر الحديد ونقص فيتامين (A) ونقص فيتامين (D) بين الأطفال دون السن المدرسي وبين طلاب المدارس والأميات.

2. ضرورة إنشاء برامج تقصي لحالة مشاركات الفئات الدقيقة مبكرةً وتحتوي على لائحة مع البرامج الأخرى ذات العلاقة.

3. ضرورة إعادة تفعيل وإنشاء وحدات التثقيف الغذائي في جميع المراكز الصحية.

4. تحديد وإنتاج برامج التوعية الغذائية والتغذوية بناء مكافحة نقص الفئات الدقيقة مع ضرورة إدخال تلك بناء المناهج الدراسية وخصوصاً توفير مساحات متخصصة بوسائل الإعلام المختلفة.

5. سرعة إنشاء وتفعيل برنامج التدخل بإضافة عنصر الحديد إلى دقوق القمح، وإضافة فيتامين (A) وفتيامين (D) إلى زيوت الطبخ.

6. بسبب الطبيعة الجغرافية لليمن، فيجب التوسع في أنشطة برنامج التبريد الشامل للطعام لتشمل إنشاء وحدات تبريد ملح الطعام في الريف اليمني. إضافة البود إلى صلا من الملح غير المعمل أو غير الطيور في المناطق، مع ما أعطاه الناس على شراء الملح الصخري غير المعمل، وضمن ذلك داخل خزانات مياه الشرب في مدارس الريف، ومع غذية الأطفال الصغيرة المعيلة. كما يجب زيادة التوسع في برامج التوعية بتطويرها والاستفادة من البود ملح الطعام وخصيصاً المصدرين الغذائيين الأخرى مع التحكم على المناطق الريفية.

7. ضرورة إنشاء برامج عمل ميداني من مكونات متخصصة لتنفيذ توزيع الزيت الزيتون للحالات المحتاجة في المناطق المعرضة باضطرابات عوز البوت.

8. خدمات مكافحة الأمراض المنتظمة بحاجة إلى برامج فعالة طويلة المدى. رفع نسبة التعليم بين الجنسين وإنشاء وسائل الصرف الصحي المناسبة لحسل منطقة جغرافية وضرورة إشراك المجتمع في توفير مياه الشرب لنظام لحسل أسرة.

المراجع:


22. World Bank (1999): Memorandum of the president of the international development Association to the executive directors on a country assistance strategy of the World Bank group for the Republic of Yemen. Middle East Country Department, Middle East and North Africa.


سواء التغذية عند الأطفال دون سن الخامسة
في مديرية المخا، الجمهورية اليمنية

إعداد: - د. عبد الواحد السروري*
ملخص البحث: -
هدف الدراسة: إجربة الدراسة بهدف التعرف على مدى انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة في مديرية المخا، الجمهورية اليمنية.

طريقة الدراسة: تم فحص 505 طفلًا وفقًا للمعايير النمطية الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية ومثل هذا النوع من السوئات التغذوية.

النتائج: أظهرت الدراسة أن معدلات التقدم (57.5%) بين الأطفال دون الخامسة في مديرية المخا كانت أعلى منها من المعدلات الوطنية. حيث كانت معدلات الهزال أقل (8.9%).

وبالرغم من أنه صعب من الملاحظ أن هناك ارتفاعًا في معدلات انتشار أنواع سوء التغذية المختلفة بين الذكور ومن بين الإناث إلا أن هذا الفارق لم يكمن ذلك دلالة إحصائية. كما أن الفوارق في معدلات سوء التغذية بين الفئات العمرية المختلفة لم تكمن ذلك دلالة إحصائية.

الخلاصة: بالنسبة إلى فحص النمو النمط السائد في هذه المديرية، من المهم أن نستثمر في مناهج التغذية الطفولة والرؤية الاجتماعية، فقد أوضحت الدراسة بوجه أخذ خطوات لمنع حدوث سوء التغذية، وبحسب الاكتشاف المبكر للحالات وضعًا معالجها من مراحلها الأولى.

Abstract: -
*Assistant professor of Community Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, Sana’a University, Yemen - Tel. 967 1 370078 (home) - Mobile: 967 73819866 e-mail: A_alserouri@hotmail.com Po. Box 13667 Sana’a, Yemen Republic
Objective:
To estimate the prevalence of malnutrition in children under five.

Methods:
505 children were studied according to standard WHO methodology for nutritional surveys in Mocha district, Yemen Republic.

Results:
While there was higher prevalence of stunting (57.34%) and underweight (52.47%) in Mocha than the national levels, levels of wasting were lesser (8.91%). Inspite of higher prevalence of all types of malnutrition among males than females this was only significant in case of wasting. The difference in malnutrition among different age groups was also non-significant.

Conclusion:
Since the pattern of malnutrition in Mocha indicates more a chronic type of malnutrition that may detrimentally affect later on the intellectual capacities and social behavior of affected children, prevention and early detection and treatment of malnutrition were recommended.
1- هزال معتدل حيث يكون الانحراف القياسي (SD) للوزن إلى الطول أقل من -2 لمتوسط الإسناد.

ب- هزال حاد حيث يكون الانحراف القياسي (SD) للوزن إلى الطول أقل من -3 لمتوسط الإسناد.

وهي حين يبلغ معدل انشار النوع الأول (التقرم) على المستوى العالمي 37٪، ويبدل على سوء التغذية المزمن أو الذي حدث فيه الفترات الماضية، ويبلغ معدل انشار النوع الثاني (نقص الوزن) 70٪ ويفتقر غياب البالغ نسمة البالغة، فإن النوع الثالث (البالغ) يبلغ معدل انشاره ثالثا بـ 11٪ ويبدل على مرض حاد أو عجز في زيادة الوزن.

وقد أظهرت جميع المراجعات التغذوية التي أجريت في اليمن خلال الخمسة وعشرين عاما الماضية تحديد الوضع التغذوي بين الأطفال دون الخامسة 3، وفي السبع المتدفقة الموشرات والذي أجري عام 1996، صنف 45٪ من الأطفال يعانون من التقرم، و 38٪ يعانون من نقص الوزن، و 16٪ من البالغ 4. ففي حين كانت نتائج المسح الديموغرافي اليمني لصحة الأم والطفل/1997 تتعلق المؤشرات هي: 46.1٪, 51.7٪, 51.7٪ على التوالي 5. وبالنسبة لسوء التغذية الحاد فقد أظهر نفس المسح أن 26.7٪ يعانون من تقرم حاد، و 14.5٪ من نقص وزن حاد، و 2.6٪ من هزال حاد 5.

وبعد الحالة الصحية لسماح مديرية المخا، والواقعة في الجزء الشرقي من محافظة تعز أكثير محافظة الجمهورية اليمني من حيث عدد السماح، أساو ببعض مما هي عليه في بعض من المديريات الأخرى، وذلك بسبب الفقر المتنامي وسوء الحالة الاقتصادية والاجتماعية لمجموع السماح 6. وقد أوضحت دراسة سابقة أن معدل الانتشار سوء التغذية فيها أعلى من بعضا في المناطق الجبلية المجاورة حيث بلغت نسبة البالغ الحاد 4٪ في حين كانت هذه النسبة في المناطق الجبلية المجاورة هي 1٪ 7. وحيث أن تلك الدراسة قد مر عليها زمن طويل ولم تجر بعدها دراسات أخرى في تلك المنطقة، فقد هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة بمديرية المخا في الوقت الراهن.

طريقة ومادة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة طريقة المتصور بها من قبل منظمة الصحة العالمية 8 مثل هذه المسوحات والموسوعة منشورات المنظمة 8. وتم حساب حجم العينة المطلوبة وفقا لذلك حيث بلغ 196 طفلاً وتم مضاعفة العينة لأخذ بهم الاستبان تصميم الدراسة ليصبح إجمالي العينة هو 400 طفلاً. وبما أن متوسط عدد الأطفال دون الخامسة للكهف منزل في المخا هو 1.28. فقد حصل عدد النماذج التي يتم

- 43 -
September 2004 / YHMRJ

Pilot study

Intra-observer reliability

Inter-observer reliability

$r = 0.7$


دخلت المعلومات في الحاسوب الآلي الشخصي باستخدام برنامج EPI INFO وجدت للحصول على المقياس المختلفة لسوء التغذية.

النتائج:

تم فحص 505 طفلاً موزعين على 30 عنقودياً و 330 نسمة؛ وكان عدد الذكور إلى الإناث 247: 258 بنسبة 48.91% على التوالي و وفقارياً التربط إلى قاطني الحضر 398: 107 ونسبة 78.81% 21.19 % على التوالي، حسبما توزعت العينة بنسبة مقارنة (طبية غالبية الأحيان) على الأعمار المختلفة ابتداءً من عمر 6 أشهر إلى 59 شهراً (جدول 1). وبالنسبة ل معدل انتشار سوء التغذية بانواعها المختلفة في خمسة السنين الأولى 1 وقد صنفت على النحو التالي:

أولاً: سوء التغذية كما يحددها مقارنة الوزن بالعمر (نقطة الوزن).

بلغ معدل الحصلي لانتشار هذا النوع من أنواع سوء التغذية 52.75%، حيث بلغ معدل انتشار نقص الوزن الحاد 14.85% (جدول 2)، وكان معدل انتشار هذا النوع من سوء التغذية أصغر بكثير في الذكور من الإناث (66.68% 48.45%)، غير أن الفارق لم يكن ذا دلالة إحصائية. وبالرغم من أن أعلى معدل انتشار حصل بين أفراد الفئة العمرية 5- 9 شهراً، حيث بلغ 58.82% إلا أن الفارق بين الفئات لم يحقق ذا دلالة إحصائية أيضاً.

ثانياً: سوء التغذية كما يحددها مقارنة الطول بالعمر (التقزم).

بلغ معدل الحصلي لانتشار التقزم بنوعية العددين والحاد 57.43%، حيث بلغ معدل انتشار التقزم الحاد 22.38% (جدول 2)، وكان معدل انتشار اثمر في الذكور من الإناث (59.2% 55.04%)، غير أن الفارق لم يكن ذا دلالة إحصائية. وبالرغم من أن أعلى معدل انتشار حصل بين أفراد الفئة العمرية 24- 53 شهراً، حيث بلغ 63.57% إلا أن الفارق بين الفئات لم يحقق ذا دلالة إحصائية أيضاً.

ثالثاً: سوء التغذية كما يحددها مقارنة الوزن بالطول (الهزال).

بلغ معدل انتشار الهزال بنوعية العددين والحاد 14.85%، حيث بلغ معدل انتشار الهزال الحاد حوالي 0.59% فقط (جدول 2)، وحكماً سنًا في النوعين السابقين، فإن معدل انتشار الهزال كانت أصغر بكثير في الذكور من الإناث (52% 45%)، إلا أن الفارق هنا كان ذا دلالة إحصائية. وبالرغم من أن معدل انتشار الهزال سنًا أعلى ما يحكون بين أفراد الفئة العمرية 54- 59 شهراً حيث بلغ 14.70% أقل ما يحكون بين الفئة العمرية 18- 29 شهراً حيث بلغ 5.43%， إلا أن هذه الفوارق لم تحقق ذات دلالة إحصائية.
بالرغم من الوضع النسبي للدور الخطير الذي يمكن أن يلعبه سوء التغذية في الأطفال على المدى القريب، من حيث زيادة معدلات المرض والأمراض، فإن التأثيرات الطويلة الأمد التي يمكن أن تنتج من سوء التغذية، خاصة على نمو الدماغ وقدرات التعلم، والتي هي واحدة من أخطر القضايا الاجتماعية وذات العلاقة بالصحة العامة، لم تقل الاهتمام الحكيم في الكثير من الدول خاصةً النامية منها. وخلال الثلاثين عاماً الماضية تنامي الاهتمام وتزايدت المخاوف من الانعكاسات السلبية التي يمكن أن تؤدي إليها أمراض سوء التغذية على القدرات الذاتية والنمو، حيث أوضحت دراسات عديدة أن الأطفال المصابين بالتقيز يمكن أن يعانوا من قصور شديد في نموهم العقلي وسلوكيهم الاجتماعي.  

كما أن الدراسات الجغرافية أثبتت أن تحويل الطلاب في دراساتهم وخاصة في المرحلة الابتدائية يمكن أن يتسبب ويشكل مثيراً للقلق التغذية التي كانت عليهما. لا يزالون في العمر الثاني أو الثالث.

جدول 1: جدول توزيع أطفال العينة المدروسة بالنسبة للأعمار عند 505 طفلاً:

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة المئوية</th>
<th>المجموعة</th>
<th>العدد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20.20</td>
<td>102</td>
<td>6-17 شهر</td>
</tr>
<tr>
<td>23.96</td>
<td>121</td>
<td>18-29 شهر</td>
</tr>
<tr>
<td>23.56</td>
<td>119</td>
<td>30-41 شهر</td>
</tr>
<tr>
<td>25.55</td>
<td>129</td>
<td>42-53 شهر</td>
</tr>
<tr>
<td>0.73</td>
<td>34</td>
<td>54-59 شهر</td>
</tr>
<tr>
<td>الإجمالي</td>
<td>100</td>
<td>505</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 2: سوء التغذية بأنواعها ودرجاتها المختلفة عند أفراد العينة المدوّسة

<table>
<thead>
<tr>
<th>الفئة</th>
<th>العدد</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أولاً: الطول إلى العمر: -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تقدم متمدّل</td>
<td>35.05</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>تقدم جاد</td>
<td>22.38</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>تقدم متمدّل وجاد</td>
<td>57.43</td>
<td>290</td>
</tr>
<tr>
<td>ثانياً: الوزن إلى العمر: -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نقص وزن متمدّل</td>
<td>37.62</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص وزن جاد</td>
<td>14.85</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص وزن متمدّل وجاد</td>
<td>52.47</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>ثالثاً: المطول إلى المطول: -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>هزال متمدّل</td>
<td>8.32</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>هزال جاد</td>
<td>0.59</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>هزال متمدّل وجاد</td>
<td>8.91</td>
<td>45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

والرغم من أن سوء التغذية الناتج من نقص البروتين يعتبر أحد المشاكل الصحية الكبيرة في اليمن إلا أن هناك القليل من الدراسات والبحوث التي تطرقت إلى هذه المشكلة وما يمكن أن ينتج عنها سواءً على المستوى القريب أو البعيد. لا تزال معدلات وفيات الرضع (7/1000 ولادة حية) وفيات الأطفال دون الخامسة (6/1000 ولادة حية) في اليمن من أعلى المعدلات، ليس في العالم وحسب بل ومثيرة بالكثير من الدول العربية والثانية. حسب ما هو هناك مؤشرات تعليمية متزايدة تدل على تدني مستوى التحصيل الدراسي، خاصة بين طلاب المرحلة الأساسية، وبدلاً ارتفاع معدلات التخلف عن الدراسة. مما هناك حاجة ماسة لزيد من الدراسات والمسوح التغذوية لتحديد حجم هذه المشكلة، وما يمكن أن يتربّع عليها سواءً على المدى القريب أو البعيد.

وتعد معدلات سوء التغذية في اليمن أعلى بكثير من المعدلات المماثلة في دول إقليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وحتى الدول الأخرى الأقل نمواً، حيث تشير التقارير القليلة المنشورة أنه انصبابٌ ذهبت فإنك لابد من أن تجد أن ما بين الربع والنصف من أطفال اليمن يعانون من سوء التغذية.
الحقيقة لا يوجد معدل هزال أعلى إلا فيدولتين فقط من العالم هما اليونان وبنجلاديش، كما أن هناك تسع دول فقط توجد بها معدلات أعلى من نقص الوزن، وثلاثة عشرة دولة تتفوق معدلات التنزن بها ما هو عليه الحال في اليمن.

ونظراً للتهور الذي حدث في الوضع الاقتصادي، خاصة بعد حرب الخليج وبعض الإجراءات التي تم إدخالها لضمه من إستراتيجية شاملة لإصلاح الوضع الاقتصادي، فقد سكان من التوقع أن يشهد تفاؤلاً لهذه المشكلة الصحية، حيث سجل مثل هذا التدهور تحت ظروف مشابهة في دول تامة أخرى.

ويعتمد هذا على بعض الموظفين الذين يترتب على أحتلالهم صحة مثل هذه التفوقات، فهناك دراسات تشير إلى أن معدل السكان احتفالاً بالسماح قد أصبح 15.7% في عام 1996 مقابلةً بـ12.7% وهو ما سكان عليه الحال في عام 1992.

أثبتت هذه الدراسة الطريقة المنصوبة بها من قبل منظمة الصحة العالمية، وقد تم وضع قائمة بأسماء القرى وعدد الأطفال دون الخامسة فيها، وتم إعطاء نقاط للكتل القرية من ناحية مع عدد الأطفال بهذه القرية، وحيث أن اختيار موقع المنقولة الأول من بداية القائمة سكان سوف يؤدي إلى زيادة في تمثيل كل من يقع فيه البداية وذلك بدوره سيؤدي إلى أن يكون جزء من الشريحة لن يصل إلى فرصة الحكامة لتمثيل المثلى في العينة فقد تم تحديد موقع المنقولة الأول بطريقة عشوائية، حيث كان عدد المنقولة في القرية التي وقع عليها الاختيار طلياً لا يسمح بإتباع الخطوات المذكورة أعلاه.

أخذت هذه الفارق من أقرب قرية مجاورة لها.

ومع ذلك، وجدت الدراسة أن أطفال مديرية جازان لا يقلون عن بقية أجزاء الجمهورية اليمنية الأخرى، إذ لم يفوقهم المعدل من سوء التغذية، فقد بلغ معدل انتشار نقص الوزن (الوزن إلى العمر) 52.47% وتراوح بين 47% و59%، وهي أرقام أعلى بكثير من الأرقام المسجدة في الجمهوريات العربية التي تراوح بين 37% و46%. وبلغ معدل انتشار نقص الوزن الحاد 14.85%، وهو أعلى من نظيره في النسخ المتدنية المؤشرات التي أجري عام 1996 والذي بلغ 10.8%، ومقارباً لما أظهره نتائج التسجيل الدموغرافي اليمني لصحة الأم والطفول والتي سكنت 14.5%.5
وقد حصل هذا النوع من أنواع سوء التغذية أكثرا بين الذكور منه بين الإناث (68% : 48.45%)، ونسبة الفرق فيه بين الحضر (55% : 45%)، غير أن هذه الفروق لم تحقق ذات دلالة إحصائية.

وبلغ معدل انتشار التسمم (الطول إلى العمر) 34% وتراوح بين 51% - 63%، وهو أعلى من الرقم الذي سجله السجل المعد للاستئنافات الذي أجري في عام 1996 (44.7%) (4). ومن السجل الديموغرافي اليمني لصحة الأم والطفل الذي أجري في عام 1997 (51.7%) (5). وقد حصل معدل انتشاره في الذكور أكثرا منه في الإناث (59% : 55.04%)، بيد أن هذه الفروق غير ذات دلالة إحصائية.

ويمكن أن يقلل معدل انتشار قصر القامة الحاد 22.38%، وهو أقل بكثير من المعدلات العامة في الجمهورية اليمنية، والتي سجلت 26.7% من السجل المعد للاستئنافات (1996) والتسجيلات الديموغرافية (1997) والتي بلغت 26.7%.

غير أنه مما يفت قال النظر هنا أن معدل انتشار العدوى (اللوحة إلى النرويج) ينجم عن معدل الحاد. سكان أقل بكثير مما عليه الحال في الدراسات الأخرى، حيث بلغ 8.9% مقارنة بـ 12.9% في السجل الديموغرافي اليمني لصحة الأم والطفل عام 1997 و15.7% في السجل المعد للاستئنافات لعام 1996 (4.5).

وإذن حين أن معدل انتشار البالغ الحاد بلغ 0.59% فإن الأرقام من السلوكيات الأخرى تراوح بين 2.6% و4.4% (4.5).
وقد يكون معدل انتشار البزالة أكثر في الذكور منه في الإناث (12.95%: 5.04%). حيث كان
الفارق هنا ذا دلالة إحصائية عالية (p value < 0.001) و معدل الخطورة (2.57)، حيث أن مثل هذا الفارق
لم يكن موجوداً في دراسات أخرى. وقد سكان من الملاحظ أن هذا الفارق من حيث ارتفاع معدل الانتشار
بين الذكور كان ثابتًا - إن سكان غير ذي دلالة إحصائية - مقابلة لكل من الوزن بالعمر والطول
 بالمجرم، لأننا نرى أن هذا الأمر حاجة إلى دراسة مستقلة للبحث عن الأسباب الخفاف في رواية ارتفاع
 Handlerات إناث سوء التغذية بين الذكور.

وبالرغم من أن معدل الانتشار أكثر في الذكور من الحضور (10/6)، إلا أن هذا النوع من
 Handlerات العقدية لا يسمح بالمقارنة ما تم تجربة ما يقل عن 20 دقيقتين في ظل من الحضور والرضع،
وهو ما لم يتغير فيه هذه الدراسة. 10 غير أن هناك دراسات أخرى أثبتت وجود مثل ذلك الفرق.

الخلاصة:

في حين كانت معدلات التقلزم ونقص الوزن أعلى في مديرية المخا من مثيلاتها من SEM براثا،
والتي توسعتها في دراسات سابقة أجريت على مستوى اليمن فإن معدلات البزالة كانت أقل من
 Handlerات الطفلة. وقد يكون من الملاحظ أن هناك ارتفاعًا في معدلات انتشار الأمراض المختلفة لأمهات التغذية
بين الذكور عنها في الإناث إلا أن الفارق بين الجنسين لم يكن ذا دلالة إحصائية إلا في معدلات البزالة
لغم. وقد وجد أن الفوارق بين معدلات سوء التغذية بين الفئات العمرية المختلفة لم تكن ذا دلالة
إحصائية.

بالمجرم إلى أن نجعل سوء التغذية الشائع في هذه الدراسة هو ارتفاع معدلات التقلزم ونقص الوزن
وصورة أعلى من البزالة، فإن ذلك يشير إلى أن سوء التغذية في مديرية المخا هو من النوع المزمن وليس من
النوع الحاد. وحيث أن هذا النوع من سوء التغذية قد أظهره الدارسون أنه يمكن أن تكون له مضاعفات
خطيرة على المستوى البعيد، وخاصة على القدرة الذهنية ونمو الدماغ حيث أنه يمكن أن يؤدي في النهاية إلى
الوصول إلى مستوى شديد في النمو العقلي للذكور الأطفال ويؤثر على سلوكيهم الاجتماعي، لذا فإن
نوعي بمزيد من الاهتمام بعلاج هذه المشكلة ومنع حدوثها في الأطفال الآخرين من طريق برامح خاصة
بالتوعية التغذوية للأمهات وخاصة الأمهات. كما نوصي بالاكتشاف المبكر من هذه الحالات من طريق
الفحص الدوري ومتابعة النمو بواسطة معرفة الطريق إلى الصحة الخاصة بذلك و
واجراء بعض التدخلات السريعة مثل هؤلاء الأطفال، خاصة بين الأعمار القصيرة، وذلك بتوزيعهم بالمعلومات
الغذائية اللازمة.

شكر:

يود الشكر أن يعرب عن جزيل شكري لمهارة الباحثين الذين بالدكتوري ومنظمة رعاية الطفلة السويدية (Radda Barnen)
مشرفان نموذج التغذية الصحية التحليلي وجمعية رعاية الأطفال السويدية (Radda Barnen)
إجراء هذه الدراسة.