درجة إصابة الطفل الريفي (عمر سنة – سنتين) بالأنيميا الغذائية وعلاقتها ببعض المتغيرات ببعض قرى مركز كفر الدوار بمحافظة البحيرة

آمال السيد محمود العسال[1]

الملخص العربى

أجريت الدراسة للأهداف التالية :

1 – تحديد درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية .

2 – تقييم الحالة التغذوية للأطفال المبحوثين من حيث الوزن والطول الحالي لهم ومقارنته بالمدى الطبيعي وفقاً لأعمارهم 0

3 – التعرف على نمط الاستهلاك الغذائي للأطفال المبحوثين ومقارنته باحتياجاتهم الموصي بها لأعمارهم 0

4 – قياس مستوى معارف وممارسات أمهات الأطفال فيما يتعلق بتغذية أطفالهن 0

5 – التعرف على بعض الخصائص الشخصية والأسرية المميزة للأطفال المبحوثين.

6 – تحديد العلاقة بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية وبعض المتغيرات موضع الدراسة المشتملة على الوزن والطول الحالي للأطفال ، و والنمط الغذائي لهم ، ومستوى معارف ومستوى ممارسات أمهاتهم المتعلقة بتغذيتهم ، وبعض الخصائص الشخصية والأسرية المميزة لهم 0

أجريت الدراسة في مركز كفر الدوار بمحافظة البحيرة ومنه تم اختيار أكثر مراكز رعاية الأمومة والطفولة في عدد الأطفال المترددين للتطعيم والمتابعة وكانت : مركز كفر الدوار ثاني ، و مركز كفر الدوار ثالث ، مركز الرعاية بمستشفى سيدي غازي 0

جمعت البيانات بالمقابلة الشخصية باستخدام استمارة استبيان من عينة عددها 200 طفل وأمهاتهم لتمثل 14% من إجمالي عدد المترددات على مراكز رعاية الأمومة والطفولة المختارة خلال شهرين

تم استخدام الإحصاء الوصفية كالنسب المئوية والتكرارات لوصف نتائج الدراسة ثم تم تحليل البيانات باستخدام معامل ارتباط الرتب "سبيرمان " واختبار مربع كاي لتحديد العلاقات بين متغيرات الدراسة 0

أسفرت نتائج البحث عما يلي :

– 92 % من الأطفال المبحوثين مصابين بالأنيميا (57 % منهم مصابين بالأنيميا بسيطة الخطورة ، و 35 % مصابين بالأنيميا متوسطة الخطورة) 0

– 40 % من الأطفال أوزانهم في المدى الطبيعي المناسب لأعمارهم بينما 12% منهم أوزانهم أقل من الطبيعي على حين أن 48 % منهم أوزانهم زائدة عن الوزن الطبيعي 0

– 38 % من الأطفال أطوالهم في المدى الطبيعي المناسب لأعمارهم ، و41 % منهم أقل من الطول الطبيعي على حين أن 21 % أطوالهم تزيد عن الطول الطبيعي 0

– 23 % من الأطفال لم يتناولوا مجموعة اللحوم وبدائلها بأي كمية في اليوم السابق ، و 54 % منهم تناولوها بكمية أقل من الموصي به على حين أن 23 % منهم تناولوها بالكمية الموصي بها 0

– 47%من الأطفال لم يتناولوا أي كمية من الخضراوات في اليوم بينما تناول22 % منهم أقل من الموصي به على حين أن 31 % منهم تناولوها بكميات في المدى الموصي 0

– 23 % من الأطفال لم يتناولوا أي كمية من مجموعة الفاكهة بينما تناول 28 % منهم أقل من الموصي به على حين أن 49 % منهم تناولوها في المدى الموصي به 0

– 28 % من الأطفال لم يتناولوا أي كمية من مجموعة الألبان ومنتجاتها ، و39 % منهم تناولوا أقل من الموصي به على حين أن 33 % منهم تناولوها في المدى الموصي به 0

– 31 % من الأطفال تناولوا كميات من مجموعة الحبوب ومنتجاتها أقل من الموصي به بينما 56 % منهم تناولوها في المدى الموصي به في اليوم على حين أن 13 % منهم تناولوا أكثر من الموصي به.

---

[1] باحث أول بمعهد بحوث الإرشاد الزراعي والتنمية الريفية

استلام البحث في 9 أغسطس لموافقة على النشر في 30 سبتمبر 2007

– 53 % من أمهات الأطفال مستوى معارفهن منخفض بالتغذية السليمة للطفل في ذلك العمر ، و 41 % منهن مستوى معارفهن متوسط على حين أن 6 % فقط مستوى معارفهن مرتفع 0

– 60 % من أمهات الأطفال مستوى ممارستهن للتغذية السليمة لأطفالهن منخفض، 37 % منهن مستوى ممارستهن متوسط على حين أن 3 % فقط مستوى ممارستهن مرتفع 0

– بالتحليل الإحصائي للبيانات وجدت علاقة ارتباطية عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.01 بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا وبين المتغيرات التالية : وزن الطفل، والكمية التي يتناولها يومياً من كل من المجموعات الغذائية : الحبوب ومنتجاتها، و اللحوم وبدائلها، و اللبن ومنتجاته، والفاكهة، والخضراوات، ومعدل تناول الطفل لكل من البيض ، واللحوم الحمراء في الأسبوع السابق ، ودرجة تعليم الأم، ومستوى معارفها بالتغذية السليمة لطفلها، ومستوى ممارستها للتغذية السليمة لطفلها – كما وجدت علاقة ارتباطية طردية معنوية عند مستوى معنوية 0.05 بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا وبين المتغيران : عدد مرات شرب الطفل للشاي مع أو بعد الوجبة مباشرة ، وعدد أفراد أسرته 0

المقدمة المشكلة البحثية

تعرف الأنيميا بصفة عامة بأنها نقص في عدد خلايا الدم الحمراء بالجسم أو نقص في مستوى الهيموجلوبين الطبيعي أو الاثنين معاً مما يؤدى إلى نقص في مقدرة الدم على حمل غاز الأكسجين داخل أنسجة الجسم 0 وتقسم الأنيميا وفقاً لأسبابها إلى:

1- أنيميا ما بعد النزيف : وتحدث نتيجة لزيادة فقد خلايا الدم الحمراء في حالات النزيف الحاد أو النزيف بكميات قليلة على فترات طويلة (كما في حالات البلهارسيا أو البواسير) 0

2 – أنيميا نتيجة لزيادة معدل تكسير خلايا الدم الحمراء وتحدث في حالات العدوى بالملاريا أو التعرض للمواد الكيماوية أو كنتيجة وراثية كالأنيميا المنجالية التي يتغير فيها شكل الخلية الحمراء مما يؤدى إلى تكسيرها 0

3 – الأنيميا الغذائية : وتحدث نتيجة لسوء التغذية بنقص عنصر أو أكثر من العناصر الغذائية المكونة للخلية الحمراء أو الهيموجلوبين كالبروتين، والحديد وحمض الفوليك ، وفيتامين ب12، وعنصرا النحاس والكوبلت (Coyer 2005) 0

وتعتبر الأنيميا الغذائية من أهم المشاكل الغذائية واسعة الانتشار في العديد من الدول النامية، ويزداد انتشارها خاصة بين الفئات الحساسة (كالحوامل والمرضعات والأطفال والمراهقات والشيوخ).

وأشارت who (1996) إلي وجود مشكلة انتشار عالي للأنيميا الغذائية بين الأطفال عمر أقل من خمس سنوات في جمهورية مصر العربية حيث أن أكثر من40 % من الأطفال في ذلك العمر تنخفض كمية الهيموجلوبين في دمائهم عن المستوى الطبيعي(11 جم / 100 سم3 دم)،

وأظهرت نتائج المسح الشامل الذي تم إجراؤه بجمهورية مصر العربية لتقييم الحالة التغذوية للأطفال إصابة 48.5 % من الأطفال (عمر أقل من 5 سنوات) بالأنيميا منهم 27.7 % مصابين بالأنيميا البسيطة، و20.6 % منهم مصابين بالأنيميا متوسطة الخطورة بينما 0.3 % فقط لديهم إصابة بالأنيميا شديدة الخطورة (DHS 2005) 0

وبينت دراسة Ghoneim & Ahmed (2000) التي أجريت في بعض أحياء مدينة الإسكندرية إصابة 48.6 % من الأطفال بالأنيميا 0 كما بينت دراسة El Masry (2003) في قرية البرنس شرق مدينة الإسكندرية إصابة 46.7 % من الأطفال الريفيين بالأنيميا منهم 34 % إصابتهم بالأنيميا بسيطة الخطورة، و 12.7 % بالأنيميا متوسطة الخطورة 0 وأكدت دراسة Fouda وآخرون (2004) إصابة 25 % من الأطفال بقرية طاروت بالزقازيق بالأنيميا والتي تسببت في وفاة 4 % منهم 0 كما أكدت بيانات COPC (2005) إصابة 46 % من الأطفال بقرية النحاس بالزقازيق بالأنيميا 0

وأظهر Wachs وآخرون في دراسته (2005) ارتباط درجة إصابة الطفل بالأنيميا الغذائية بعدة عوامل

1- عوامل بيئية كندرة الغذاء الذي يجب تناوله وعدم توفره بالبيئة المحيطة، وكذلك مدى تلوث البيئة المحيطة0

2 – عوامل اقتصادية خاصة بالأسرة كضعف القدرة الشرائية على شراء الغذاء المتاح0

3 – عوامل اجتماعية خاصة بالوالدين وخاصة الأم كالتعليم ومستوى المعارف عن الوجبات الغذائية الملائمة لطفلها في ذلك العمر، ومدى الاهتمام بنظافة الطفل الشخصية والغذائية0 وقد أشارت نفس الدراسة إلى وجود علاقة موجبة معنوية بين درجة تعليم الأم ومستوى معلوماتها عن تغذية طفلها، وبين جودة الوجبات المقدمة للطفل، وكذلك بين مستوى الهيموجلوبين للطفل 0

وأظهرت دراسة Zlotkin (2003) أن إصابة الأطفال بالأنيميا في فترة طفولتهم المبكرة يضعف من نموهم الحركي كما يضعف من مستوى إدراكهم فيما بعد مما يتبعه نقص في مستوى أدائهم وإنجازهم الدراسي 0

وذكر Verster 1996 أن انتشار الأنيميا بين الأطفال في دولة يؤثر تأثيراً جوهرياً على التقدم التكنولوجي والتنمية الاجتماعية والاقتصادية ويؤدي إلىانخفاض الدخل القومي لتلك الدولة لما للأنيميا من آثار صحية سيئة على صحة الفرد الذي يعتبر عماد التنمية ، فعند إصابة الطفل بالأنيميا يؤدي ذلك إلى انخفاض نقل الدم إلى أنسجة الجسم مما يتبعه هزال وتعب سريع ونقص في النشاط (كسل دائم) كما يحدث انخفاض في أداء نظام مناعة الجسم مما يجعله دائماً أكثر عرضة للإصابة بالأمراض ، وأضاف انه لتجنب إصابة الأطفال بالأنيميا الغذائية لا بد من مراعاة ما يلي :

1 الرضاعة الطبيعية للطفل منذ الولادة فعلى الرغم من انخفاض نسبة الحديد في اللبن إلا أنه عالي في درجة امتصاصه وبالتالي تكون الاستفادة منه عالية كما انه يمنع إصابة الطفل بالأمراض

2 إدخال الأغذية التكميلية و الأستبدالية للطفل في الوقت المحدد

3 – تناول الأغذية الغنية في محتواها من الحديد والبروتين خاصة من المصادر الحيوانية عالية الجودة كاللحوم الحمراء والطيور والأسماك والبيض 0

4- تحسين القدرة على امتصاص الحديد فعند تناول الأغذية من المصادر النباتية عالية المحتوى من الحديد والبروتين يراعى أن يتناول معها مصدر لفيتامين ج الذي يزيد من نسبة الحديد الممتص ، وتجنب تناول ما يعوق امتصاص الحديد كشرب الشاي مع الوجبة أو بعدها مباشرة .

5 – الحد من إصابة الطفل بالطفيليات التي تسبب فقد في كمية الدم ونقص في خلايا الدم الحمراء يلزم تعويضها باستمرار 0

الأهداف البحثية

1- تحديد درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية0

2- تقييم الحالة التغذوية للأطفال المبحوثين من حيث الوزن والطول الحالي لهم ومقارنته بالمدى الطبيعي وفقاً لأعمارهم 0

3- التعرف على النمط الغذائي للأطفال المبحوثين ومقارنته باحتياجاتهم الموصي بها لأعمارهم 0

4- قياس مستوى معارف ومستوى ممارسات أمهات الأطفال فيما يتعلق بتغذية أطفالهن في ذلك العمر 0

5- التعرف على بعض الخصائص الشخصية والأسرية المميزة للأطفال المبحوثين0

6- تحديد العلاقة بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية وبعض المتغيرات موضع الدراسة المشتملة على الوزن والطول الحالي للأطفال، والنمط الغذائي لهم، ومستوى معارف ومستوى ممارسات أمهاتهم المتعلقة بتغذيتهم ، وبعض الخصائص الشخصية والأسرية المميزة لهم 0

الفرض البحثي

تم صياغة الفرض البحثي ليحقق الهدف السادس للدراسة كما يلي:

توجد علاقة بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية وبعض المتغيرات موضع الدراسة المشتملة على: بعض الخصائص الشخصية والأسرية المميزة للأطفال المبحوثين، الوزن والطول الحالي للأطفال، والنمط الغذائي لهم، ومستوى معارف ومستوى ممارسات أمهاتهم المتعلقة بتغذيتهم 0

الطريقة البحثية :

أولاً : منطقة البحث و العينة :

1– منطقة البحث: تم اختيار مركز كفر الدوار بمحافظة البحيرة ومنه تم اختيار أكثر مراكز رعاية الأمومة والطفولة في عدد الأمهات المترددات بأطفالهن للتطعيم والمتابعة خلال سنة (تبعاً

لإحصائيات وزارة الصحة والسكان لسنة 2006) ، وكانت ثلاث مراكز :

أ – مركز كفر الدوار ثاني ويقع في مدينة كفر الدوار (ويخدم بعض أحياء مدينة كفر الدوار بالإضافة إلى عدة قرى منها : العكريشة وانطونيادس سيدي شحاتة والتمامة والسناهرة وكفر سليم) 0

ب– مركز كفر الدوار ثالث ، ويقع في قرية البيضا في أقصى اليمين لمدينة كفر الدوار (ويخدم عدة قرى وعزب منها البيضا والكراكون والربع مائة والبابور والورقية والقضاة والمسيحة والخواجة وسلطان وعزبة طه) 0

ج – مركز الرعاية بمستشفي سيدي غازي ويقع في قرية سيدي غازي في شمال كفر الدوار (ويخدم أساساً قرية سيدي غازي والعزب المجاورة لها) 0

2 – الشاملة والعينة : تمثلت شاملة البحث في جميع الأطفال عمر سنة – سنتين وأمهاتهم المترددات على مراكز رعاية الأمومة والطفولة المختارة خلال شهري يناير وفبراير سنة 2007 للتطعيم والمتابعة في الفترات المحددة للطفل في البطاقة الصحية (عمر سنة ، و سنة ونصف ، وسنتين) ، و بلغ عدد الشاملة 1385 طفل وأم ، ومنها تم أخذ عدد 200 لتمثل 14.5 % من الشاملة 0

ثانياً : أسلوب جمع البيانات :

تم جمع البيانات بالمقابلة الشخصية لأمهات الأطفال المبحوثين ، وتم قياس الوزن والطول الحالي للطفل ، ونسبة الهيموجلوبين في الدم بمعرفة مشرفات التمريض بمراكز رعاية الأمومة والطفولة المختارة للدراسة ، وتم ملء استمارة استبيان من الأمهات صممت بنودها لتشمل ما يلي :

1 – التعرف على بعض الخصائص الشخصية المميزة للأطفال وأسرهن مثل عمر الطفل وجنسه وعدد أخوته وترتيبه بينهم ومدى إصابته بأي من الأمراض المزمنة والطارئة ، وعمر الأم ودرجة تعليمها وما إذا كانت تعمل أو لا ، ومصادر معلوماتها عن رعاية وتغذية طفلها ،ودرجة تعليم الأب وطبيعة عمله ونوع الأسرة وعدد أفرادها ومصادر الدخل الأسري 0

2 – التعرف على النمط الغذائي للطفل من حيث عدد الوجبات المتناولة في اليوم ، وعدد الرضعات ، وما تناوله من الأغذية طوال اليوم السابق وعما يعتاد تناوله كل يوم ، و معدل تناوله لمجموعة اللحوم وبدائلها خلال الأسبوع السابق لجمع البيانات من المبحوثة ، وكذلك عدد مرات تناوله للشاي ووقت تناوله من الوجبة 0

3 – التعرف على وعي الأمهات وممارستهم لأهم البنود المتعلقة بتغذية الطفل منذ الولادة وحتى العمر الحالي وشملت : أهمية متابعة وزن الطفل كل ثلاث أشهر ، عدد الرضعات والوجبات اليومية للطفل ابتداء من عمر سنة ، مدى تعويد الطفل على عادة السكاتة ، بدء إعطاء الطفل الأغذية التكميلية(أو الإستبدالية) ، وميقات إعطاؤها من الرضعة (قبل أو بعد) ؟ ، نوع الأغذية التي تعطى للطفل في كل شهر من عمره ؟ والصورة المفضلة لإعطائها ؟ ، الفطام في أي عمر ؟ ، وهل مرة واحدة أو تدريجياً ؟

ثالثاً : قياس متغيرات الدراسة :

1 – المتغير التابع : درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية، تم تحديد الدرجة تبعاً لكمية الهيموجلوبين في دم الطفل فإذا كانت كمية الهيموجلوبين 11 جم فأكثر/100 سم3 من الدم اعتبر الطفل غير مصاب بالأنيميا ، وإذا ما انخفضت تلك النسبة عن 11 جم اعتبر الطفل مصاباً بالأنيميا، وتم تصنيف الأنيميا إلى أنيميا بسيطة الخطورة إذا كانت تراوحت كمية الهيموجلوبين بين 10جم – 10.9جم/100سم3، وأنيميا متوسطة الخطورة إذا تراوحت بين 7جم - 9.9 جم / 100سم3 أما إذا انخفضت عن 7 جم /100سم3 فتعتبر أنيميا شديدة الخطورة (وفقاً لتصنيف CSPRO 2005) ، وبناء على ذلك تم التحويل الكمي لمتغير درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا بأن يأخذ الطفل غير المصاب درجة صفر ، ويأخذ درجة واحدة إذا كانت كمية الهيموجلوبين من 10جم – 10.9 جم/ 100 سم3، أما في حالة إذا تراوحت كمية الهيموجلوبين بين 7 جم - 9.9 جم/ 100سم3 من الدم فيأخذ درجتين (مع ملاحظة عدم وجود أي طفل في العينة

انخفضت لديه كمية الهيموجلوبين عن 7 جم) 0

2 – المتغيرات المستقلة :

أ– متغيرات خاصة بالطفل :

–عمر الطفل : قسم إلى فئات عمر سنة يأخذ درجة واحدة ، عمر سنة ونصف يأخذ درجتين ، وسنتين ثلاث درجات 0

–عدد أخوته وترتيبه بين أخوته : توضع الأرقام كما هي

–طوله ووزنه الحالي : تم قياس الطول بالسم والوزن بالكجم ومقارنتهما بالمدى الطبيعي تبعاً لعمر الطفل، وتم التحويل الكمي والتقسيم إلى فئات ففي حالة أن يكون الطول أو الوزن أقل من المدى الطبيعي يأخذ الطفل المبحوث درجة واحدة ، وفي حالة أن يكونا في المدى الطبيعي يأخذ درجتين 0

–نمط الاستهلاك الغذائي للطفل ، وتم قياسه باستخدام طريقة تذكر المتناول الغذائي السابق recall of past intake وفقاً لما ذكرت وفاء موسى (1997) كما يلي :

1– المتناول اليومي من المجموعات الغذائية ومقارنته للموصي به للطفل في ذلك العمر ، وتم قياسه بطريقة تذكر الغذاء الذي تم تناوله بالتفصيل خلال 24 ساعة ، وما يتعود تناوله يومياً من الغذاء نوعاً وكماً ، وتم التحويل الكمي للبيانات بإعطاء درجة صفر في حالة عدم تناول أي من أغذية المجموعة ، ودرجة واحدة في حالة تناول أقل من الموصي به من المجموعة الغذائية ، ودرجتين في حالة تناول المجموعة في المدى الموصي به يومياً ، وثلاث درجات عند تناول الطفل أغذية المجموعة بكميات أكثر من الموصي به 0

2 – معدل المتناول من الأغذية البروتينية في الأسبوع السابق لجمع البيانات ، وتم وضع الأرقام الدالة على عدد مرات التناول في الأسبوع 0

3 – عدد مرات تناول الشاي مع أو بعد الوجبة مباشرة ، وتوضع الأرقام الخام الدالة على عدد المرات 0

ب– متغيرات خاصة بالأم :

–عمر الأم : وضعت الأرقام الدالة على الفئات : أقل من 20 سنة تأخذ درجة ، من 20 – أقل من 30 سنة تأخذ درجتين ، ومن 30 سنة إلى أقل من 40 سنة تأخذ ثلاث درجات 0

–درجة تعليمها : عدم القراءة والكتابة صفر ، قراءة وكتابة 1 درجة ، إ تمام التعليم الأساسي 2 درجة ، إ تمام التعليم الثانوي أو ما يعادله 3 درجات ، و إ تمام التعليم العالي 4 درجات 0

–عملها تعمل تأخذ درجة ، و لا تعمل تأخذ صفر 0

– مصادر معلوماتها عن رعاية وتغذية طفلها : في حالة ذكر مصادر معلوماتها الأهل والجيران والخبرة الشخصية تأخذ درجة صفر أما في حالة استشارة الطبيب أو متابعة أي برنامج تليفزيوني عن رعاية وتغذية الطفل تأخذ درجة لكل منهما ، وفي حالة شراؤها لكتب متخصصة وقراءتها تأخذ درجتين 0

–مستوى معارف و مستوى ممارسات الأم فيما يتعلق بتغذية طفلها في ذلك العمر : تم قياس كل منهما بعدد عشرون عبارة سالبة وموجبة تركز على البنود التالية : متابعة وزن الطفل كل ثلاث أشهر ، عدد الرضعات و عدد الوجبات اليومية للطفل ابتداء من عمر سنة ، مدى تعويد الطفل على عادة السكاتة ، ابتداء إعطاء الطفل الأغذية التكميلية ، ميقات إعطاؤها من الرضعة قبل أو بعد ؟ ، نوع الأغذية التي تعطى في كل شهر من عمر الطفل ؟ وكميتها والصورة التي تعطى بها ؟ ، الفطام في أي عمر ؟ ، وهل مرة واحدة أو تدريجياً ؟ 0 وتم التحويل الكمي للبيانات بإعطاء درجة واحدة لكل معرفة أو ممارسة صحيحة ثم جمعت الدرجات وتم تصنيف مستوى المعارف أو الممارسات إلى منخفض ومتوسط ومرتفع وفقاً لنسبة الدرجات المعطاة المبحوثة من مجموع الدرجات الكلية الصحيحة (20 درجة) فإذا ما قلت عن 50 % اعتبرت المبحوثة منخفضة المستوى وإذا ما تراوحت درجاتها من 50 – 70 % من الدرجة الكلية اعتبرت المبحوثة متوسطة المستوى أما إذا زادت عن 70 % من الدرجة اعتبرت مرتفعة المستوى 0

ج– متغيرات خاصة بالأب والأسرة :

–درجة تعليم الأب : تم قياسه تماماً مثل درجة تعليم الأم الذي سبق ذكره 0

–عدد أفراد الأسرة ، عدد مصادر دخل الأسرة : وضعت الأرقام

الدالة على العدد 0

رابعاً : التحليل الإحصائي للبيانات :

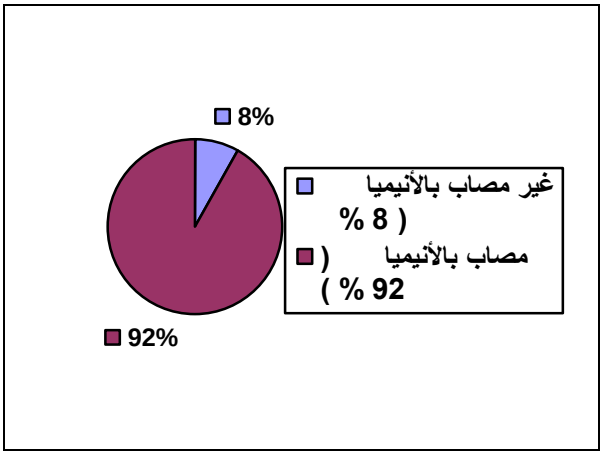
تم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي " الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS " باستخدام الحاسب الآلي كما يلي : استخدمت الإحصاء الوصفية كالنسب المئوية والتكرارات لوصف النتائج ، واستخدم معامل ارتباط الرتب " سبيرمان " لتحديد العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة ، وكما استخدم اختبار مربع كاي لتحديد العلاقة ين المتغير التابع والمتغيرات النوعية موضع الدراسة 0

النتائج ومناقشتها

أولاً : درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا :

أظهرت النتائج البحثية (شكل رقم 1) أن الغالبية العظمى من الأطفال المبحوثين (92 %) مصابين بالأنيميا حيث تنخفض كمية الهيموجلوبين في الدم لديهم عن 11 جم / 100 سم3 من الدم 0

الشكل التوضيحي رقم 1



نسبة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا

وتشير نتائج الدراسة (جدول 1) إلى أن 57 % من الأطفال المبحوثين درجة إصابتهم بالأنيميا بسيطة الخطورة mild (كمية الهيموجلوبين في الدم من 10 جم – 11 جم / 100 سم3 دم) على حين أن 35% منهم درجة إصابتهم بالأنيميا أكثر خطورة moderate (كمية الهيموجلوبين أقل من 10 جم قد تصل إلى 8 جم / 100 سم3) بينما لا يوجد أي مبحوث مصاب بالأنيميا شديدة الخطورة sever والتي تنخفض بها كمية الهيموجلوبين عن 7 جم 0

جدول 1. توزيع الأطفال المبحوثين وفقاً لكمية الهيموجلوبين في الدم

كمية الهيموجلوبين في الدم **جم / 100 سم3 دم**	العدد	%
9.9 – 8	70	35
10.9 – 10	114	57
11 فأكثر	16	8
المجموع	200	100

ثانياً : تقييم الحالة التغذوية للأطفال المبحوثين من حيث الوزن والطول الحالي ومقارنتهما بالمدى الطبيعي لأعمارهم :

أظهرت نتائج الدراسة (جدول 2) ما يلي :

- 40 % من الأطفال المبحوثين أوزانهم الحالية في المدى الطبيعي المناسب لأعمارهم بينما 12% منهم أوزانهم أقل من الطبيعي على حين أن 48 % منهم أوزانهم كانت زائدة عن الوزن الطبيعي (وقد يرجع ذلك إلى الإكثار من تناول قطع البسكويت والكيك الجاهزة ، وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة)
- 38 % من الأطفال أطوالهم الحالية في المدى الطبيعي المناسب لأعمارهم بينما 41 % منهم أقل من الطول الطبيعي على حين أن 21 % أطوالهم تزيد عن الطول الطبيعي (وقد يرجع ذلك إلى نقص المتناول من مجموعة اللحوم وبدائلها، ومجموعة الألبان، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة) 0

جدول 2 . تقييم بعض المقاييس الأنثروبوميترية للأطفال المبحوثين كالوزن والطول الحالي

الوزن الحالي للطفل	العدد	%	الطول الحالي للطفل	العدد	%
في المدى الطبيعي	80	40	في المدى الطبيعي	76	38
أقل من الطبيعي	24	12	أقل من الطبيعي	82	41
أكثر من الطبيعي	96	48	أكثر من الطبيعي	42	21

المجموع	*200*	**100**	المجموع	*200*	**100**

ثالثاً : النمط الغذائي للأطفال المبحوثين :

1– المجموعات الغذائية التي يتناولها الأطفال المبحوثين يومياً ومقارنتها بالموصي به لأعمارهم :

أظهرت النتائج البحثية (جدول 3) ما يلي :

- 31 % من الأطفال تناولوا كميات من مجموعة الحبوب ومنتجاتها أقل من الموصي به يومياً بينما 56% منهم تناولوها في المدى الموصي به على حين أن13% منهم تناولوا أكثر من الموصي به (وكان معظم الأنواع المتناولة مخبوزات من الأسواق كالكيك والبسكويت) 0
- 23% من الأطفال لم تناولوا مجموعة اللحوم وبدائلها بأي كمية في اليوم السابق و 54 % منهم تناولوها بكمية أقل من الموصي به على حين أن 23 % منهم تناولوها بالكمية الموصي بها 0
- 47 % من الأطفال لم يتناولوا أي كمية من الخضراوات في اليوم بينما تناول 22 % منهم أقل من الموصي به على حين أن 31 % منهم تناولوها بكميات في المدى الموصي 0
- 23% من الأطفال لم يتناولوا أي كمية من مجموعة الفاكهة بينما تناول 28% منهم أقل من الموصي به على حين أن 49% منهم تناولوها في المدى الموصي به 0
- 28% من الأطفال لم يتناولوا أي كمية من مجموعة الألبان ومنتجاتها، و39 % منهم تناولوا أقل من الموصي به على حين أن 33% منهم تناولوها في المدى الموصي به 0

أكدت نتائج الدراسة (جدول 3) أن أغلبية الأطفال المبحوثين لم يتناولوا الكمية الموصي بها من المجموعات الغذائية : اللحوم وبدائلها ، واللبن ومنتجاته، والخضراوات، والفاكهة (77 % ، 67 %، 69 % ، 52 % على التوالي) 0

2– المتناول الأسبوعي من الأغذية البروتينية (مجموعة اللحوم وبدائلها) :

بينت نتائج الدراسة (غير المجدولة) أن 13 % من الأطفال المبحوثين لم يتناولوا أي مصدر من مصادر الأغذية البروتينية الحيوانية في الأسبوع السابق لجمع البيانات ، كما أن 10 % منهم لم يتناولوا أي مصدر من مصادر الأغذية البروتينية سواء حيوانية أو نباتية 0

وعن نوعية الأغذية البروتينية المتناولة أشارت نتائج الدراسة (جدول 4) إلى ما يلي :

– كانت الأسماك أكثر الأغذية البروتينية استهلاكاً بين الأطفال المبحوثين حيث تبين أن 66 % منهم تناولوها في الأسبوع السابق (10 % منهم تناولوها 3 مرات ، و30 % تناولوها مرتين ، و26 % تناولوها مرة واحدة) 0

جدول 3 . توزيع الأطفال وفقاً للمجموعات الغذائية المتناولة يومياً ومقارنتها بالموصي به لأعمارهم

المجموعات الغذائية	العدد ن = 200	%	المجموعات الغذائية	العدد ن = 200	%
مجموعة الحبوب ومنتجاتها			مجموعة اللحوم وبدائلها		
لم تتناول قط	–	–	لم تتناول قط	46	23
أقل من الموصي به	62	31	أقل من الموصي به	108	54
في المدى الموصي به	112	56	في المدى الموصي به	46	23
أكثر من الموصى به	26	13	أكثر من الموصى به	–	–
مجموعة الخضراوات			مجموعة اللبن الحليب ومنتجاته		
لم تتناول قط	94	47	لم تتناول قط	56	28
أقل من الموصي به	44	22	أقل من الموصي به	78	39
في المدى الموصي به	62	31	في المدى الموصي به	66	33
أكثر من الموصي به	–	–	أكثر من الموصي به	–	–

مجموعة الفاكهة		
لم تتناول قط	46	23
أقل من الموصي به	56	28
في المدى الموصي به	98	49
أكثر من الموصي به	–	–

جدول 4 . توزيع الأطفال وفقاً لمعدل تناول مجموعة اللحوم وبدائلها في الأسبوع السابق لجمع البيانات

الأغذية	معدل تناولها في الأسبوع السابق لجمع البيانات									
	لم يتناولها قط		مرة واحدة		مرتين		ثلاث – اربع مرات		خمس – سبع مرات	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
كبد الطيور	126	63	44	22	28	14	2	1	–	–
لحم الطيور	102	51	56	28	38	19	4	2	–	–
لحوم حمراء	114	57	42	21	38	19	6	3	–	–
أسماك	68	34	52	26	60	30	20	10	–	–
بيض	106	53	16	8	30	15	34	17	14	7
فول	82	41	36	18	18	9	12	6	34	17
عدس	152	76	38	19	10	5	–	–	–	–

- يليها الفول المدمس حيث تناوله 59 % من الأطفال (17 % منهم تناولوه بمعدل من 5 – 7 مرات في الأسبوع) 0
- وتناول لحوم الطيور 49% من الأطفال (19% منهم تناولوها مرتين في الأسبوع و28% تناولوها مرة واحدة) 0
- كما تناول 47% من الأطفال البيض (23 % منهم تناولوه بمعدل مرة – مرتين في الأسبوع ، 17 % منهم تناولوه بمعدل 3 مرات في حين أن 7 % منهم فقط تناولوه بمعدل 5 – 7 مرات في الأسبوع، ومن الموصي به أن يتناول الطفل في ذلك العمر بيضة يومياً كمصدر للبروتين والحديد عالي الجودة) 0

3 – عدد مرات تناول الطفل للشاي أثناء أو بعد الوجبة مباشرة:

أظهرت نتائج الدراسة (غير المجدولة) أن 52 % من الأطفال يتناولوا الشاي أثناء أو بعد الأكل مباشرة (22 % منهم يتناولوا الشاي بمعدل 3 مرات يومياً فأكثر ، و 12 % يتناولوه بمعدل مرتين يومياً ، 18 % يتناولوه مرة واحدة في اليوم) ، وقد أكد Verster (1996) أن تناول الشاي مع أو بعد الوجبة مباشرة أحد العوامل المسببة لأنيميا نقص الحديد خاصة في الدول النامية لأنه يعوق امتصاص الحديد المأخوذ من المصادر الغذائية النباتية والتي تعتمد عليها الأفراد خاصة في الدول النامية 0

رابعاً : قياس وعي وممارسات الأمهات بتغذية أطفالهن منذ الولادة حتى العمر الحالي :

1 – مستوى معارف الأمهات لبعض البنود الخاصة بتغذية طفلها:

أشارت النتائج البحثية (جدول 5) إلى أن 53 % من أمهات الأطفال مستوى معارفهن منخفض بالتغذية السليمة لأطفالهن في ذلك العمر ، و 41 % منهن مستوى معارفهن متوسط على حين أن 6 % منهن فقط ذو مستواهن مرتفع 0

وأوضحت نتائج الدراسة (غير المجدولة) أن أكثر البنود عدم معرفة من جانب الأمهات كانت كما يلي :

- 89 % من الأمهات لا يعرفن أن الطفل بعد عمر سنة يجب أن يرضع مرتين فقط في اليوم ، ويتناول عدد 4 وجبات 0
- 79 % لا يعرفن بدء إعطاء الطفل لصفار البيض والبيضة الكاملة0
- 69 % لا يعرفن بدء إعطاء الطفل اللحوم الحمراء والطيور ، والكمية، والصورة التي تعطى بها 0
- 68 % لا يعرفن أنه في حالة الاكتفاء بالرضاعة فقط (بعد بلوغه عمر 6 شهور) يمكن أن يضعف الطفل ويصيبه بالأمراض 0

–64 % لا يعرفن أنه من الأفضل عند إعطاء الأغذية التكميلية للطفل يكون قبل تناوله للرضعة وليس بعدها حتى يكون جائع فيقبل على الطعام ولا يرفضه 0

–57 % لا يعرفن بدء إعطاء الطفل الخضراوات ، والصورة التي يعطى بها 0

2 – مستوى ممارسات الأمهات الخاصة بتغذية الطفل المبحوث منذ ولادته حتى العمر الحالي :

أظهرت نتائج الدراسة (جدول 5) أن 60 % من أمهات الأطفال مستوى ممارستهن للممارسات المتعلقة بالتغذية السليمة لأطفالهن منخفض، 37 % منهن مستوى ممارستهن متوسط على حين أن 3 % فقط مستوى ممارستهن مرتفع 0

وأشارت نتائج الدراسة (غير المجدولة) إلى بعض الممارسات الخاطئة التي أتبعتها الأمهات المبحوثات في تغذية أطفالهن فيما يلي:

- 88 % من الأمهات المبحوثات لا تعطي للطفل 4 وجبات يومية بعد بلوغه عمر سنة ، وإنما منهن 17 % تعطي وجبة واحدة ، و27 % تعطي وجبتين 0

–75 % من الأمهات لا تحدد عدد الرضعات اليومية للطفل وإنما ترضعه كلما يطلب ، و58 % منهن تقدم له الطعام التكميلي بعد الرضاعة ، مما قد يؤدي إلى عدم إقباله على تناول الطعام المقدم له 0

–54 % منهن لم تبدأ إعطاء الطفل الأغذية التكميلية مع الرضاعة في الميعاد الموصي به (4 – 6 شهور) ، ومنهن 20 % لم تعط الأغذية إلا بعد عمر سنة 0

–أما بالنسبة لنوعية الأغذية التي قامت الأمهات المبحوثات بإعطائها للطفل بينت النتائج ما يلي :

–جميع المبحوثات لا تجهز وجبة خاصة للطفل تبعاً لعمره وإنما تقدم للطفل ما تتناوله الأسرة من غذاء بكمية بسيطة 0

–67 % من الأمهات لم تقدم للطفل الخضراوات أو الفاكهة في الوقت الموصي به (عند بلوغه 5 – 7 شهور) بينما 33 % فقط من الأمهات أعطت الطفل الخضراوات أو الفاكهة في الوقت الموصي به إلا أن جميعهن لم تراعي الصورة والكمية التي يعطى بها وإنما يمكن أن تقدم الأم للطفل البطاطس المحمر و الخضار الطهو المسبك، وتلك الأغذية صعبة الهضم بالنسبة لإمكانية الجهاز الهضمي للطفل في ذلك العمر 0

–60 % من الأمهات لم تعط الطفل صفار البيض قبل بلوغه سنة ونصف، و7 % منهن أعطته للطفل بعد سنة و20 % منهن أعطته قبل 6 شهور على حين أن 13% فقط منهن قامت بالممارسة السليمة بإعطاء الطفل صفار البيض في عمر 6 شهور0

- 47 % من الأمهات لم تعط الطفل بيضة كاملة قبل بلوغه سنة ونصف ، 27 % أعطته بيضة كاملة بعد سنة، و 18 % أعطته قبل 8 شهور بينما 9 % منهن فقط قامت بالممارسة السليمة بإعطائه بيضة كاملة عند بلوغه 8 شهور 0

–41 % من الأمهات لم تعطي الطفل الأسماك قبل بلوغه عمر سنة، 18 % منهن لم تعطي قبل عمر سنة ونصف بينما 18 % أعطته قبل 8 شهور ، وقامت 23 % من الأمهات بإعطاء طفلها الأسماك عند بلوغه 8 شهور (وهو الشهر الموصي به) إلا أن جميعهن لم تراعي تجهيزه في صورة مناسبة لعمر الطفل وإنما تقدمه بالصورة التي يقدم بها للأسرة وقد يكون مقلي مما لا يناسب القدرة الهضمية للطفل 0

–42 % من الأمهات لم تعط كبد الطيور للطفل قبل بلوغه عمر سنة، 10% منهن لم تعطها قبل عمر سنة ونصف بينما 28% أعطته قبل 8 شهور على حين أن 20 % منهن أعطت في الشهر الموصي به (الشهر الثامن) 0

–35 % من الأمهات لم تعط الطفل اللحوم الحمراء قبل بلوغه عمر سنة ونصف ، 40 % منهن لم تعطها قبل عمر سنة بينما 15 % أعطته قبل 9 شهور على حين أن 10 % فقط منهن أعطت اللحوم ابتداء من الشهر الموصي به (الشهر التاسع) 0

جدول 5 . توزيع الأمهات المبحوثات وفقاً لمستوى معارفهن وممارساتهن للتغذية السليمة لأطفالهن

مستوى معارف الأمهات	العدد	%	مستوى ممارسة الأمهات	العدد	%

منخفض (أقل من 50 %)	106	53	منخفض (أقل من 50 %)	120	60
متوسط (50 % – أقل من 70 %)	82	41	متوسط (50 %– أقل من 70 %)	74	37
مرتفع (70 % فأكثر)	12	6	مرتفع (70 % فأكثر)	6	3
المجموع	200	100	المجموع	200	100

–65 % من الأمهات لم تعط الطفل لحوم الطيور قبل عمر سنة ، 10 % منهن لم تعطها قبل عمر سنة ونصف بينما 10 % أعطته قبل 9 شهور على حين أن 15 % فقط منهن أعطته لحوم الطيور بدأً من الشهر التاسع 0

ودلت النتائج السابقة على عدم اتباع الغالبية العظمى من الأمهات المبحوثات الممارسات السليمة التي أوصت بها المراجع والدراسات بخصوص تغذية الطفل الرضيع حتى عمر سنتين – فقد ذكرت رفيدة حسين (1997) أن الطفل عمر سنة يجب أن يأخذ عدد 2 رضعه فقط وعدد 4 وجبات غذائية متنوعة تشمل المجموعات الغذائية الموصي بها وإلا تعرض الطفل للإصابة بأمراض سوء التغذية) ، و أشار Ensminger (1995) ضرورة إعطاء الطفل أغذية مع الرضاعة ابتداء من الشهر الرابع كالحبوب والبقول المسلوقة لمده بالكربوهيدرات والحديد التي يحتاجها الطفل للنمو ، والخضراوات والفاكهة المقشرة والمهروسة لمد الطفل بالفيتامينات والمعادن اللازمة للمحافظة على صحته ووقايته من الأمراض ، وفي الشهر السادس يعطى صفار البيض لتزويد الطفل بالحديد والبروتين ، ويعطى مجموعة اللحوم وبدائلها على أن تكون اللحوم مفرومة ومسلوقة وكذلك كبد الدجاج والأسماك تسلق جيداً وتهرس مع مراعاة عدم إضافة سمن في السلق كما يمكن إعطاؤه الفول المدمس على أن يهرس جيداً 0 كما أكد معهد التغذية بجمهورية مصر العربية (1996) إلى بداية إعطاء الطفل الأغذية عند بلوغه الشهر الخامس بإعطائه نصف كوب عصير برتقال أو طماطم مخفف بالماء ، و إعطائه وجبة مكونة من ملعقة أرز مسلوق وملعقة عدس مسلوق مع إضافة ربع ملعقة طحينة ، وإعطاء الطفل الخضار في الشهر السادس على أن يكون مسلوق ومهروس بمقدار 2 ملعقة كبيرة كما يعطى الطفل في نفس الشهر نصف صفار بيضة ونصف كوب زبادي أو قطعة جبن مثلثات ، وفي الشهر السابع يستبدل عصير الفاكهة بالفاكهة الكاملة بمقدار نصف موزة مهروسة أو 2 خوخ مسلوق ، أما بالنسبة للشهر الثامن فيضاف لأغذية الشهر السابع قطعة في حجم نصف البيضة من كبدة الدجاج المسلوقة أو بيضة كاملة أو قطعة سمك مسلوق في حجم البيضة أو نصف كوب لبن صغير ، وفي الشهر التاسع يمكن إعطاء الطفل لحوم الدجاج بدلاً من كبدتها (قطعة في حجم البيضة الكبيرة)، كما يمكن إعطائه اللحوم الحمراء بعد سلقها جيداً (قطعة في حجم الجبن المثلثات)، وفي الشهر التاسع أيضاً يعطى الطفل الخبز البلدي (ربع رغيف) كما يمكن إعطائه الفول المدمس بمقدار ملعقة كبيرة 0

خامساً : بعض الخصائص الشخصية والأسرية المميزة للأطفال المبحوثين وأسرهن :

أشارت نتائج الدراسة (جدول 6) إلى ما يلي :

- 56 % من الأطفال المبحوثين كانوا من الذكور مقابل 44 % من الإناث 0
- 67 % من الأطفال أعمارهم سنة ونصف على حين أن 26 % منهم أعمارهم سنة ، و 7% فقط أعمارهم سنتين 0
- 37 % من الأطفال ليس لديهم اخوة ، و50 % منهم لديهم أخ واحد أو أثنين بينما 13 % لديهم من 3 – 4 اخوة 0
- 38 % من الأطفال ترتيبهم الأول ، و 26 % منهم ترتيبهم الثاني، و 23 % ترتيبهم الثالث أما 9% ترتيبهم الرابع، و 4 % فقط ترتيبهم الخامس بين الأخوة 0
- 41 % من الأطفال أمهاتهم لا يقرأن ولا يكتبن بينما 36 % منهم أمهاتهم حاصلات على الدبلوم ، و 10 % منهن حاصلات على الشهادة الجامعية 0
- الغالبية العظمى من الأمهات (93 %) لا يعملن خارج المنزل مقابل 7 % منهن يعملن خارج المنزل 0

- 49 % من الأمهات مصادر معلوماتهن عن تغذية أطفالهن مصادر غير رسمية (الأهل والجيران والخبرة الشخصية) على حين أن 51 % منهن مصادرهن رسمية (الطبيب ، والتليفزيون ، والكتب) 0
- 38 % من الأطفال آبائهم لا يقرأن ولا يكتبن بينما 41 % من الآباء حاصلين على الدبلوم ، و 11 % منهم حاصلين على الشهادة الجامعية 0
- نوع الأسرة لدى 57 % من الأطفال أسرة غير بسيطة مقابل 43 % أسرهن بسيطة 0
- 39% من الأطفال عدد أفراد أسرتهم 9 أفراد فأكثر بينما 35% منهم عدد أفراد أسرهم صغير (3 – 5 أفراد) ،26 % منهم أسرهم من 6 – 8 أفراد 0

سادساً : التحليل الإحصائي للنتائج البحثية لتحديد العلاقات بين متغيرات الدراسة :

1– باستخدام معامل ارتباط الرتب " سبيرمان " لتحديد العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة أشارت نتائج التحليل الإحصائي (جدول 7) إلى يلي

- وجدت علاقة عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.01 بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين وزنه (ر = – 0.483) ، واتفقت تلك النتائج مع ما أكدته غادة مُحَمَّدي في دراستها (2004) بأنه كلما قل وزن الطفل عن الطبيعي زادت درجة إصابته بالأنيميا 0
- وجدت علاقة عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.01 بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا

وبين تناوله الحصة اليومية الموصي بها من المجموعات الغذائية كما يلي : مجموعة الحبوب ومنتجاتها (ر = – 0.437) ، و مجموعة اللحوم وبدائلها (ر = – 0.297) ، و مجموعة اللبن ومنتجاته (ر = – 0.285) ، و مجموعة الفاكهة (ر = – 0.249) و مجموعة الخضراوات (ر = – 0.244)

- وجدت علاقة عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.01 بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين معدل تناول الطفل للبيض واللحوم الحمراء في الأسبوع السابق لجمع بيانات الدراسة (ر = – 0.321 ، و – 0.184 على التوالي) 0
- وجدت علاقة عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.01 بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين درجة تعليم الأم (ر = – 0.203) ، واتفقت تلك النتائج مع ما أكد كل من Watchs (2005) وDHS (2005) من أن درجة إصابة الطفل بالأنيميا تزيد بين الأمهات غير المتعلمات 0

جدول 6 . توزيع الأطفال وفقاً لبعض الخصائص الشخصية والأسرية

الخصائص	العدد ن = 200	%	الخصائص	العدد ن = 200	%

نوع الطفل :			**عمل الأم بأجر :**		
ذكر	112	56	لا تعمل	186	93
أنثى	88	44	تعمل	14	7
عمر الطفل بالسنة :			**مصادر معلوماتها عن تغذية طفلها :**		
سنة	52	26	مصادر رسمية	102	51
سنة ونصف	134	67	مصادر غير رسمية	98	49
سنتين	14	7	**تعليم الأب :**		
عدد الأخوة :			لا يقرأ ولا يكتب	76	38
لا يوجد	74	37	يقرأ ويكتب	2	1
2 – 1	100	50	حاصل على الإعدادية	18	9
4 – 3	26	13	حاصل على الثانوي أو الدبلوم	82	41
ترتيبه في الميلاد :			حاصل على التعليم الجامعي	22	11
الأول	76	38	**نوع عمل الأب :**		
الثاني	52	26	مزارع	32	16
الثالث	46	23	حرفي	74	37
الرابع	18	9	موظف	56	28
الخامس	8	4	عامل باليومية	30	15
عمر الأم :			تاجر	8	4
أقل من 20 سنة	16	8	**نوع الأسرة :**		
من 20 – 40 سنة	126	63	بسيطة	86	43
تعليم الأم :	58	29	غير بسيطة	114	57
لا تقرأ ولا تكتب	82	41	**عدد أفراد الأسرة :**		
تقرأ وتكتب	8	4	5 – 3 أفراد	70	35
حاصلة على الإعدادية	18	9	8 – 6	52	26
حاصلة على الدبلوم	72	36	11 – 9	36	18
حاصلة على التعليم الجامعي	20	10	12 فأكثر	42	21

– وجدت علاقة عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.01 بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين مستوى ممارسة الأم لتغذية طفلها منذ الولادة (ر = – 0.238)، و مستوى معارفها للبنود المتعلقة بتغذية الطفل (ر = – 0.199) ، واتفقت تلك النتائج مع ما أكد Watchs في دراسته (2005) من وجود علاقة معنوية إيجابية بين مستوى معلومات الأم عن تغذية طفلها وبين جودة الوجبة اليومية المقدمة له وكذلك بين تركيز الهيموجلوبين في دمه0

– وجدت علاقة عكسية معنوية عند مستوى معنوية 0.05 بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين المتغيرات المستقلة التالية : معدل التناول الأسبوعي لكبد الطيور (ر = – 0.153) ، ومعدل التناول الأسبوعي للحوم الطيور (ر = – 0.149) ، ومعدل التناول الأسبوعي للفول (ر = – 0.164) 0

– وجدت علاقة طردية معنوية عند مستوى معنوية 0.05 بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا وبين المتغيران : عدد مرات تناول الطفل للشاي مع أو بعد الوجبة مباشرة ، و عدد أفراد أسرة الطفل (ر = 0.160 ، و0.142 على التوالي) 0

– لم توجد أي علاقة ارتباطيه معنوية بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين المتغيرات التالية : عمر الطفل ، واختلفت مع نتائج Ghoneim (2000) الذي أكد أنه بزيادة عمر الطفل تقل إصابته بالأنيميا 0

– لم توجد أي علاقة ارتباطيه معنوية بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين طوله ، واختلفت تلك النتيجة مع ما أشارت إليه غادة مُحَمَّدي (2004) من وجود إصابة بالأنيميا بين الأطفال قصار القامة عن ذوي الطول الطبيعي0

– لم توجد أي علاقة ارتباطيه معنوية بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين عمر الأم ، واختلفت النتائج في ذلك مع

ما أظهرته DHS (2005) من وجود علاقة بين عمر الأم ودرجة إصابة الطفل بالأنيميا حيث تقل بزيادة عمر الأم 0

– لم توجد أي علاقة ارتباطيه معنوية بين درجة إصابة الطفل المبحوث بالأنيميا وبين المتغيرات التالية : عدد أخوته ، ترتيبه بين الأخوة ، مصادر معلومات الأم ، درجة تعليم الأب، تعدد مصادر دخل الأسرة 0

– عدم وجود علاقة معنوية بين درجة إصابة الطفل بالأنيميا وجنس الطفل (كا2 = 0.216 عند درجة حرية = 2) ، واختلفت تلك النتائج مع ما أظهرته DHS (2005) من أن إصابة الأطفال بالأنيميا تزيد بين الإناث عن الذكور 0 – عدم وجود علاقة معنوية بين درجة إصابة الطفل بالأنيميا والمتغيران : نوع الأسرة (كا2 = 0.1.69 عند درجة حرية = 2) ، ونوع عمل الأب (كا2 = 7.35 عند درجة حرية = 8)

2 – باستخدام اختبار مربع كاي لاختبار العلاقة بين درجة إصابة الطفل بالأنيميا وبين المتغيرات الأسمية بينت النتائج ما يلي :

جدول 7 . العلاقات الارتباطية بين درجة إصابة الأطفال المبحوثين بالأنيميا الغذائية والمتغيرات المستقلة المدروسة

المتغيرات المستقلة	قيم معامل الارتباط	المتغيرات المستقلة	قيم معامل الارتباط
عمر الطفل	0.052	معدل تناول كبد الطيور أسبوعياً	– 0.153*
وزن الطفل	– 0.483**	معدل تناول لحوم الطيور أسبوعياً	– 0.149*
طول الطفل	– 0.078	معدل تناول الأسماك أسبوعياً	– 0.092
عدد الأخوة	0.067	معدل تناول الفول أسبوعياً	– 0.164*
ترتيبه بين أخوته	0.069	عمر الأم	– 0.053
المتناول اليومى من الحبوب ومنتجاتها	– 0.437**	درجة تعليمها	– 0.203 **
المتناول اليومى من الخضراوات	– 0.244 **	مستوى معارفها	– 0.199 **
المتناول اليومى من الفاكهة	– 0.249 **	مصادر معلوماتها عن تغذية طفلها	– 0.057
المتناول اليومى من اللحوم وبدائلها	– 0.297 **	مستوى ممارستها في تغذية طفلها	– 0.238 **
المتناول اليومى من اللبن ومنتجاته	– 0.285 **	درجة تعليم الأب	– 0.072
عدد مرات تناول الشاي مع أو بعد الوجبة	0.160*	عدد أفراد الأسرة	0.142*
معدل تناول البيض أسبوعياً	– 0.321 **	عدد مصادر دخل الأسرة	– 0.049
معدل تناول اللحوم الحمراء أسبوعياً	– 0.184**		

المراجع

1- رفيدة حسين خاشقجي (1997) 0 تغذية الرضع وصغار الأطفال0 الغذاء والتغذية 0 الكتاب الطبي الجامعي 0 منظمة الصحة العالمية 0 أكاديميا 0

2- غادة محمّدي إبراهيم االخرباوي (2004) 0 تأثير أنيميا نقص الحديد على النمو الجسماني والمعرفي لأطفال الحضر 0 قسم الاقتصاد المنزلي 0 كلية الزراعة 0 جامعة القاهرة 0

3- معهد التغذية (1996) 0 دليل الغذاء الصحي للأسرة المصرية 0 جمهورية مصر العربية 0

4- وزارة الصحة والسكان بجمهورية مصر العربية (2006) 0 إحصائيات غير منشورة 0 مركز المعلومات 0 مديرية الصحة بمحافظة البحيرة 0

5- وفاء موسى (1997) 0 قياس الحالة التغذوية في المجتمع 0 الغذاء والتغذية 0 الكتاب الطبي الجامعي 0 منظمة الصحة العالمية 0 أكاديميا0

6-COPC (2005) . Application of Community Oriented Primary Care at El Nakhas Village - Anemia at El Nakhas Faculty of Medicine, Department of Community Environmental &Occupational Medicine. Zagazig University .

7-Coyer, S. M. (2005) . Anemia Diagnosis and Management . Journal of Pediatric Health Care . 19 (6) p : 380 - 385 .

8-CSPRO (2005) . Nutritional Status and Anemia Level . www.cspro.org/pubs/pdf/FR 176/

9-DHS databases (2005). Nutritional Status and Anemia Levels . www. Measuredhs . com / pubs / pdf / FR / 176 / 14 chapter .

10-El Masry, A. M. (2003). Parasitic infection and malnutrition in rural pre - school children in northen Nile Delta area , Egypt . Bulletin of High Institute of Public Health 33 (2) .

15- Wachs, T . D., Kanashiro, H. C., Cueto , S. and Jacoby , E . (2005) . Maternal Education and Intelligence Predict Offspring Diet and Nutritional Status. The American Society for Nutritional Sciences . J . Nutr . 135 P: 2179-2186, September .

16 -WHO (1996). Guidelines for the Control of Iron Deficiency .WHO. Printed by Bafra Graphics , Alexandria , Egypt .

17- Zlotkin, S. (2003) .Clinical nutrition: 8 The role of nutrition in the preventation of iron deficiency anemia in infants , children and adolescents .CMAJ 168 (1) P : 5 .

11-Ensminger, M. E. ; Ensminger . A., Konland, J. E. and Rabson J. R. K. (1995). The Concies Encyclopedia of Food and Nutrition . CRC press . inc .

12-Ghoneim , E. H . and Ahmed, M. H. (2000) . prevalence of iron deficiency anemia among pre- school children in Alexandria . Bulletin of High Institute of Public Health 30 (4) .

13- Fouda, A. Elbadawy , A. and Aboserea M . (2004) . Anew Teaching Approach at Tarout Village . http: // ictp. zu .edu.eg.

14-Verster , Anna . (1996). Guidelines for the Control of Iron Deficiency in Countries of the Eastern Mediterranean Middle East and North Africa . WHO . EM / NUT / 177, E/G/11.96 .

ABSTRACT

Anemia Among one to two years Rural Children and its Relationship with some Variables in some Villages in Khafer El Dawar in Behera Governorate

Amal el Sayed el Asaal

This study aimed to :

1- determine the degree of anemia among children

2- respondents assessment of the nutritional status of the respondents children by measuring their weights and their lengths .

3 -studing their daily dietary pattern .

4-determine their Determine their mother's information and their practices level about child's nutrition .

5-determine relationship between the degree of anemia among respondents children with independent variables like: some individual and family's characteristics, daily dietary pattern, mother's information level and mother's nutrition practices level .

Data were collected by personal interviews using questionnaires filled from 200 children's mothers attending three Mother and Child Health Care Units at Khafer El Dawar in Behera Governorate . Ratio percent , Sperman Correlation and Chi square were used for data analysis

The result of this study indicated that :

- 92 % of children were suffering from anemia (35 % moderate & 57% mild) .

- 04 % of respondents children their weights were normal , 12% were underweight but 48 % were overweight .
- 32 % of children their lengths were normal , 41 % from them were less than normal and 21 % were more than normal length .
- 77% , 69% , 67 % , 51 % of the children respectively ate less than recommended daily allowance four food groups : meat , vegetables , milk and fruits .
- 53%and 41% respectively of mothers their information level regarding child nutrition was poor and moderate , only 6 % from them had good information level .
- 60% and 27% respectively of mothers their practices level about child nutrition was poor and moderate, only 3 % from them had good practices level .
- There was significant negative relationships between the degree of infection anemia among respondents children with some independent variables like: weight of child, daily intake from follow food groups : cereals and its products, meat and its alternatives, milk and its products, fruits and vegetables, also There was negative significant relationships between anemic infection with weekly intake from eggs and meat .
- There was significant negative relationships between the degree of infection anemia among respondents children with their mother's education, mother's knowledge level , mother's practices level .
-There was significant positive relationship with children's drinking tea and member of their family .