

الوضع الصحي للأطفال في لبنان

تحليل ودراسات ميدانية

إعداد الدكتور علي الزين
وعدد من الباحثين



منظمة الأمم المتحدة للطفولة
— اليونيسف —

بيروت ١٩٩٣

إهداء

إلى أمهات لبنان اللواتي شكلن بتضحياتهن
طوق الحنان وحزام الأمان لأولادهن
فوفروا عنهم الكثير من شرور الحرب
وجعلونا اليوم أكثر تفاؤلاً بمستقبلهم

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعكس وجهة نظر مؤلفها، وليست بالضرورة
وجهة نظر منظمة الأمم المتحدة للطفولة [اليونيسف].

المحتويات

صفحة	
٧	□ المحتويات
١١	□ تقديم
١١	– كلمة معالي وزير الصحة العامة
١٣	– كلمة ممثل منظمة اليونيسف في لبنان
١٥	□ شكر وتقدير
١٧	□ تمهيد
٢١	□ تحليل الوضع الصحي للأطفال في لبنان
٢٤	– المعطيات حول أهم مشغرات صحة الأطفال
٢٤	١ – وفيات الأطفال
٣٠	٢ – وزن الطفل عند الولادة
٣٠	٣ – التغذية
	أ – الإرضاع من الثدي وتغذية الطفل
٣٠	في الشهور الأولى

صفحة

ب - مرحلة الفطام	٣١
ج - الوضع الغذائي للأطفال بعد عمر	٣١
الخمس سنوات	٣٢
٤ - الأمراض المعدية	٣٥
أ - الأمراض التي يمكن التحصين ضدها	٣٦
ب - أحماج الجهاز التنفسي	٣٧
ج - التدرن	٣٩
د - الأمراض المنقولة بواسطة الأطعمة	٣٩
هـ - الإسهالات الحادة عند الأطفال	٤٠
و - التسمم والحوادث	٤١
ز - الإعاقات بما فيها تلك الناتجة عن الحرب	٤٤

- أهم العوامل المؤدية إلى وفيات الأطفال

١ - الأسباب غير المباشرة والحاسمة (المحددة)	٤٤
أ - وضع الأم	٤٥
(١) العمر عند الزواج	٤٧
(٢) الزواج بين الأقارب	٤٨
(٣) عدد الولادات	٤٨
(٤) مراقبة الحمل والولادة	٥٢
(٥) تنظيم الأسرة	٥٣
(٦) الوضع التعليمي - الثقافي - الإجتماعي للأم	٥٨
ب - البيئة: المياه النظيفة وإصحاح البيئة	٦٢
ج - نظام الخدمات الصحية	٦٢
د - خدمات الرعاية الصحية الأولية	٦٧
هـ - الإستشفاء	٦٨
و - الجسم الطبي	٧٣
ز - التأمينات الطبية والإجتماعية	

صفحة

- الأولويات

١ - تعزيز دور المرأة	٧٥
٢ - تنمية الطاقات الوطنية	٧٦
٣ - التوجه لمعالجة الفوارق بين المناطق	٧٧
٤ - تعزيز التعاون بين المؤسسات	٧٧
٥ - إنشاء قاعدة معلوماتية	٧٩
ملحق - ١ - عناصر الرعاية الصحية الأولية	٨٣
ملحق - ٢ - المشعرات الصحية الأساسية	٨٥
□ الدراسات الميدانية	٨٧
- فريق الدراسات	٩١
١ - الدراسة الوطنية حول بعض المؤشرات الأساسية لصحة	١٤٢
الطفل في لبنان: تشرين أول - تشرين ثاني ١٩٩٠	١٥١
٢ - الدراسة الوطنية حول مستوى تحصين الأطفال: شباط ١٩٩١	١٩٢
٣ - الدراسة الوطنية لأنماط الإرضاع من الثدي	١٩٢
٤ - دراسة وطنية شاملة حول نوعية مياه الشفة في لبنان:	
١٩٩٠ - ١٩٩١	
٥ - دراسة حول مستوى تحصين الأطفال في المناطق ذات التغطية المنخفضة	٢٢٨
كانون الأول ١٩٩١	
٦ - الدراسة الوطنية حول مستوى تحصين الأطفال: آذار ١٩٩٢	٢٥١
٧ - دراسة ميدانية حول بعض المعطيات الصحية - الإجتماعية والتربوية	
في مناطق بعلبك - الهرمل - عكار - قضاء طرابلس	
كانون الأول ١٩٩٠ وكانون الثاني ١٩٩١	٢٦٧

صفحة

٨ - دراسة واقع الإرضاع من الثدي في المستشفيات ودور التوليد:

كانون الأول - أيار ١٩٩٢ ٢٨٤

□ المراجع:

- المراجع العربية ٣٠٣
 - المراجع الأجنبية ٣٠٤

* * * * *

تقديم

لكي لا يبقى هناك صيف وشتاء على سطح واحد في لبنان، ولكي تنتفي النسب المتفاوتة في الإنماء الصحي بين مختلف المناطق، فإن عمل اليونيسف لم يتوقف مع الحرب ثم تضاعف مع السلام في محاولة لإخترق حدود العافية للأُم والطفل والمجتمع في لبنان.

إن العمل الذي تقدمه منظمة اليونيسف اليوم يشكل مدخلاً أساسياً لتحليل وضع الأطفال في لبنان بعد الحرب، فهو يأتي بعد فترة توقفت خلالها الدراسات الوطنية وغابت الإحصائيات بفعل الحرب. إن الدراسات المقدمة في هذا الكتاب تنتمي إلى نمط الدراسات الميدانية التي تعتمد المنهجية العلمية والتي تمكنتنا من رسم لوحة واقعية ومعبرة عن الواقع الصحي الذي يعيشه أطفال لبنان. كما أن القسم التحليلي من الكتاب يقدم دراسة معمقة للعوامل المحددة والمؤثرة على صحة الأطفال ونموهم، مما ساعد في إيجاد الأساس لصياغة الأهداف برؤية واقعية وتحديد الأولويات بطريقة علمية. هذه الدراسات شكلت الأساس للخطة الخمسية بأهدافها المعلنة وبرامجها العديدة، والتي صاغتها وزارة الصحة العامة ومنظمة اليونيسف، والتي تبدأ بتخفيض وفيات الأطفال إلى حدود ٣٠ بالألف وتعميم الرعاية الصحية الأولية لتكون بمتناول كل اللبنانيين وفي كل المناطق النائية والأقل نمواً بنوع خاص والقضاء على الشلل وكزاز الوليد والسيطرة على أمراض الخانوق والشاهوق وتخفيض وفيات الأطفال الناتجة عن الحصبة بنسبة ٩٥٪ والإصابة بها بنسبة ٩٠٪ والسيطرة على نقص اليود بنسبة ٥٠٪ وتخفيض نسبة المواليد الجدد ناقصي الوزن إلى دون ٩٪ وإيصال مياه الشفة سليمة إلى كل المواطنين.

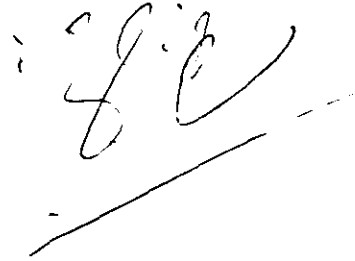
إن الدراسات المقدمة لم تكن بعيدة عن حاجة البرامج الصحية التي بدأت وزارة الصحة العامة ومنظمة اليونيسف بتنفيذها منذ سنوات، فشكلت بذلك وعلى امتداد الفترة الماضية مقياساً موضوعياً لتقييم البرامج بانجازاتها من جهة وثغراتها ونواقصها من

جهة ثانية، فلعبت في هذا المجال دور البوصلة التي تهدي لتعزيز النجاحات التي تحققت وادخال التعديلات الضرورية لسد النواقص والثغرات. ان العلاقة الجدلية بين البحث العلمي الميداني وتنفيذ البرامج هي العنصر الأكثر حيوية والمحدد للنجاح في صياغة وتحقيق الأهداف المنشودة.

ومن البحث إلى التنفيذ نصادف رجلاً يعمل بكل طاقاته، ليحول البرامج النظرية إلى ورشات عمل واضعاً الأسس المتينة لاستمرارية الرعاية الصحية الأولية وتطورها في لبنان: علي الزين، طبيب أطفالنا أي طبيب نصف شعبنا يعرض في هذا الكتاب منجزات منظمة هي في هذه الحقبة، نجاح لرجل.

وزير الصحة العامة

مروان حمادة



يسعدني أن أختتم مهمتي كممثل لمنظمة اليونيسف في لبنان بتقديم هذا الكتاب الذي يشكل بمحتوياته «التحليل والدراسات الميدانية عن صحة الأطفال» مساهمة مميزة لعمل منظمة اليونيسف والتي خطط لها وأشرف على تنفيذها قسم الصحة في مكتب اليونيسف وأعد تقاريرها بمشاركة أساتذة باحثين من الجامعة اللبنانية والجامعة الأميركية في بيروت وشارك بتنفيذها الميداني مساعدين من خريجي وطلاب كلية الصحة العامة في الجامعة الأميركية في بيروت وفروع كلية التمريض في الجامعة اللبنانية (الشمال) والجامعة اليسوعية ومدارس التمريض التابعة لمطراية الروم الأرثوذكس (عكار) ومستشفى الططري (بعلبك) ومؤسسات الإمام الصدر (صور) ومستشفى الساحل ومدرسة التمريض في الدكوانة والصليب الأحمر اللبناني (انطلياس) وجمعية تنظيم الأسرة ومديرية الشؤون الاجتماعية.

إن هذا العمل هو حصيلة أكثر من أربع سنوات من الدراسات الميدانية الوطنية التي تمكنتنا بفضلها في الدولة اللبنانية واليونيسف من وضع أول دراسة وطنية عن وضع الطفل في لبنان بعد الحرب والتي شكلت الأساس للمخطة الخمسية ١٩٩٢ - ١٩٩٦ التي تم الإتفاق عليها بين الدولة اللبنانية ومنظمة اليونيسف.

إن الإنخراط المباشر لمنظمة اليونيسف في إعداد المشاريع وتنفيذها ووجود فريق عمل في كافة المناطق زاد من المعرفة بالواقع الصحي للأطفال والتعرف على مشاكلهم من خلال التفاعل المباشر المستمر مع أجهزة الدولة المختلفة العاملة على الأرض وكذلك مع الجمعيات الأهلية والفعاليات والجامعات وفروعها في كافة المناطق.

إن منظمة اليونيسف تفتخر وهي تحتفل بمرور أربعين سنة على وجودها في لبنان بأنها

لم تقف الظروف المتردية الصحية والمشاركة يوماً واحداً طيلة فترة الحرب واستمرت بتقديم الخدمات في أسمى وقت الذي اضطرت فيه الكثير من المنظمات إلى إقفال مكاتبها بسبب الأوضاع ظمة لها الشرف بأن تكون الدولة اللبنانية قد كلفتها تنفيذ مشاريع في مجال التربية بالتعاون مع مجلس الإنماء والإعمار حيث قامت بتنفيذ المئات من حية والتربوية في لبنان بالإضافة إلى دورها في تأمين خدمات الطوارئ.

وضع الأطفال والتعرف على مشاكلهم وحاجاتهم هي مهمة شاقة ومشوقة به حتى الآن فلاحه في أرض بكر تتطلب الإستمرار بهذا الجهد آمليين أن سحة والشؤون الإجتماعية والجامعات ومراكز البحوث العلمية وغيرها من بية بشؤون البحث الميداني دورها في مهمة البحث لتحقيق هذه الغاية.

لا بد من كلمة تقدير لفريق اليونيسف في لبنان لقيامه بهذا العمل المهم .ة لتحسين أوضاع الأطفال في لبنان.

وتقدير خاصة مني شخصياً إلى الدكتور علي الزين الذي بفضل تصميمه ندودة على العطاء ودوره القيادي المميز في إدارة برامج الصحة والمياه تم اسة التي يسعدنا أن نضعها بين أيدي المهتمين بشؤون الطفل في لبنان.

و. أنطوني لاثام

ممثل منظمة اليونيسف في لبنان



**

شكر وتقدير

من الصعب توجيه الشكر بالأسماء لكل المؤسسات والأشخاص الذين ساهموا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في إنجاز هذا الكتاب، فأنا مدين لهم جميعاً في إنجاز هذا الكتاب ولكن لا بد من ذكر البعض.

أولاً، أود أن أشكر الدكتورة ليلي بشارت مديرة البرامج ومساعدتها الأنسة سناء قعواري في المكتب الإقليمي لليونيسف للشرق الأوسط وشمال أفريقيا والدكتورة باتريسيا دافيدو والدكتور روجير بيرسون من جامعة لندن للصحة والأمراض الإستوائية والدكتورة هدى رشاد من المركز القومي للتخطيط في جمهورية مصر العربية والدكتور راي لانغن من الجامعة الأميركية في القاهرة الذي أشرفوا على تدريبي على منهجية البحث المعتمدة في هذه الدراسات. شكر إلى الدكتور رالف هندرسون وكيم فارلي من المكتب الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية الذين ناقشوا وأقروا المنهجية وتشكيل إطار عينة المسح التي أعتمدها في الدراسة الوطنية الأولى.

شكر إلى الدكتورة مي الجردي والدكتورة ماري ديب على تعاونهم ومشاركتهم في الدراسات وإلى فريق نوعية المياه المشترك بين اليونيسف والجامعة الأميركية في بيروت، وكذلك إلى عميد كلية الصحة العامة في الجامعة اللبنانية ومدراء فروعها في المناطق وكلية التمريض في الجامعة اليسوعية ومدارس التمريض التابعة لمطرانية الروم الأرثوذكس (عكار) ومستشفى الططري (بعلبك) ومؤسسات الإمام الصدر (صور) ومستشفى الساحل ومدرسة التمريض في الدكوانة والصليب الأحمر اللبناني (فرع إنظلياس) وجمعية تنظيم الأسرة ومديرية الشؤون الإجتماعية.

كذلك أتقدم بالشكر الخاص والتقدير لمعالي الوزراء الدكتور عبد الله الراسي والدكتور جميل كبي، والأستاذ مروان حمادة للدعم والإهتمام الذي قدموه لتنفيذ الدراسات الميدانية، وكذلك إلى سعادة الدكتور ميشال ثابت والدكتور روبر سعادة المدراء السابقين لوزارة الصحة العامة. وتقديري أيضاً لمدير الوقاية الصحية في وزارة الصحة الدكتور إبراهيم الحاج وفريق العمل التابع للوزارة في المحافظات والأقضية.

أخيراً شكر خاص إلى زملائي في قسمي الصحة والتخطيط في اليونيسف الذين عملوا معي فريقاً متجانساً وفاعلاً فركبنا جميعاً قارب البحث الميداني الخشن بحماس كبير وإيمان عميق بأهمية هذه الأبحاث من أجل تخطيط وتنفيذ وتقييم وتقويم للبرامج.

شكر خاص إلى الأستاذ كمال الدين من قسم التخطيط على دوره المميز في تحديد العينة وإشرافه على إدخال المعلومات وإخراج النتائج والجداول وللآنسة أدال خضر التي بالإضافة إلى مساهمتها في فريق الأبحاث وضعت موهبتها وصبرها على معاونتي في متابعة تنسيق الدراسات، طباعتها وتنقيحها، كذلك شكري إلى الأستاذ عدنان دمياطي لمراجعة النصوص لغوياً والأستاذ ياسر نور الدين لإعداد الغلاف وإلى السيدة هادية حمور عفرة والآنسة ليلي دبوق على طباعة الكتاب.

الدكتور علي الزين

مدير البرامج الصحية في اليونيسف



تمهيد

كان عام ١٩٩٢ العام الأول لإطلاق برنامج تعاون بين الحكومة اللبنانية ومنظمة اليونيسف أعد ليمتد سحابة سنوات خمس تنتهي بنهاية ١٩٩٦، وقد تزامن هذا الإطلاق مع طي الصفحة الأخيرة من التقاتل الأهلي البشع الذي اعتبر وجهاً من وجوه الحرب اللبنانية الدامية التي عصفت بالبلد وأمعتت فيه دماراً كادت تقضي على بنيانه وأنزلت أفدح الخسائر بإنسانه، إذ أنها حصدت ما يقارب ١٧٠ ألف إنسان بينهم ٤٠ ألف طفل لم يبلغوا الحلم بعد، كما خلفت ثلاثة أضعاف هذا العدد من المعاقين الذين يحملون في أنفسهم وأجسامهم علامات شواهد على هول وبشاعة هذه الحرب التي أقتلعت ٧٥٠ ألف إنسان من مساكنهم فراحوا يبحثون عبثاً عن سقف يظللهم ويأوون إليه فضلاً عن أنها شتتت ٨٠٠ ألف إنسان توزعوا في زوايا الأرض الأربع هرباً من موت زؤام حام فوق رؤوسهم وجهدوا في البحث عن أمن وأمان ضيعا في الأرض الأم وراحوا يشقون بألم في ديار الغربة درب مستقبل بديل صرعته القذائف وإندثرت أشلاؤه بين الجثث والحطام والنار وبقايا رماد.

وما دام الربط قائماً بين الوضعين السياسي والاقتصادي في سرائها والضراء بحيث أنها ينعمان بعافية مشتركة ويضعفان أيضاً في أيام المحن، لذلك فإن خسارة الدخل القومي قدرت بحوالي ٤٠ مليار دولار أميركي وتراجع دخل الفرد إلى ثلث ما كان عليه قبل الحرب، وتدنت القوة الشرائية للعملة اللبنانية إلى ما يعادل جزءاً من ألف مما كانت عليه.

أما البنية التحتية فقد دمرتها الحرب تدميراً شبه كامل وتجلى ذلك في ما طأنا من أعمال عنف مباشرة أو بفعل ما حال بينها وبين صيانتها أو ما إستهدفها من تعديات، وكانت محطات مياه الشفة وشبكاتنا في طليعة هذه البنى التي نزلت بها أضرار بليغة نتج عنها إستحالة تأمين كمية المياه المخصصة للفرد إلا بنسبة نصف ما كان عليه الأمر عام ١٩٧٤ فضلاً عما أسيء إلى نوعيتها حيث وصلت نسبة تلوثها إلى ٦٦٪ وقد صاحب ذلك كله ترد في وضع البيشة ولم يصر إلى تصريف الفضلات والتخلص من النفايات بطرق سليمة.

ولو أدخلنا إلى الكومبيوتر بعض ثمار الحرب المرة التي ألمحنا إليها آنفاً وما شحنت به من معطيات، فمن الأرجح أنه سيرسم لنا لوحة قائمة للوضع شبيهة باللوحات التي رسمها فان غوغ.

ولو قبض لنا أن نقيم مقارنة بين نتائج الوضع الصعب الذي أوصلنا إليه الأحداث المشؤومة وما يحدث في بلدان أخرى تشهد إنقسامات وتفككاً للدولة دون أن يصحب ذلك إقتال أهلي كأوروبا الشرقية مثلاً، لوجدنا أن إفرزات ذلك في تلك البلدان أشد قساوة وحدة على صحة الإنسان ومعيشته مما شهدناه. والحق يقال أن الأوضاع المعيشية عموماً والصحية خصوصاً في لبنان لم تتراجع بذات الحدة التي تفرضها نتائج مثل هذه الحرب، وهذه حقيقة أجمع عليها المراقبون الذين عبروا أكثر من مرة عن دهشتهم بقدرة المجتمع اللبناني على التكيف والصمود والتعامل مع الواقع وقد تجلى ذلك في عدد من المظاهر أهمها:

أولاً: بروز التضامن الإجتماعي على كافة المستويات: العائلة، القرية، المنطقة، الدين، «فقد تقاربت الأسر في أحلك الأوقات بعضها البعض ووجدت ما بينها تعاطفاً قل أن شهدنا مثله في أي بلد» (إسكندر ١٩٩٣) وقيام القطاع الأهلي، في غياب وشلل معظم المؤسسات الرسمية، بتأمين التقديرات الصحية والإجتماعية والتربوية، فكان ذلك كله بمثابة صمام أمان إجتماعي وفر الحد الأدنى من مقومات صمود المجتمع اللبناني.

ثانياً: تعزيز دور المرأة في المجتمع وأبرز مؤشرات تزايد نسبة التعليم وخاصة العالي

منه في صفوفها، وإنخراطها في العمل المنتج ومشاركتها في العمل الأهلي التطوعي إذ بلغت نسبتها ٦٠٪ من الأعضاء العاملين في هذا القطاع وبذلك أثبتت المرأة وبجدارة أنها في صلب مقومات تعزيز صحة المجتمع وتنميته، الأمر الذي أدى إلى ردم واسع للهوة التي تفصل بين الذكور والإناث على طريق تحقيق المساواة المنشودة كما دلت على ذلك الدراسات التي أجريت عندنا كما في بلدان عديدة أخرى. من جهة أخرى لقد فقدت الكثير من الأسر الأب (قتل أو خطف) أو هاجر إلى الخارج لتأمين لقمة العيش لعائلته، وكان دور المرأة الأم دقيقاً وصعباً إذ أصبحت القيمة على شؤون العائلة في ظروف قاسية جداً فأثبتت قدرة عظيمة على التكيف وكان نجاحها يكبر بقدر ما كانت متعلمة ومؤهلة (Brayce 1986).

ثالثاً: ورغم الشلل الذي إصاب مؤسسات الدولة ومرافقها العامة وعجزها عن أداء المهام المناطة بها، إلا أنها لم توفر دعمها الواسع للقطاع الأهلي الذي سعى بنجاح إلى تولى هذه المهام في الميادين الصحية والإجتماعية والتربوية، وليس من قبيل المراعاة القول أن هذا النجاح مرده جزئياً إلى ما قدمته الدولة في هذا المجال. كما أن الأثرية الساحقة من المواطنين لم تدفع كلفة الكهرباء والماء للدولة، والضرائب لم تجب، وتدنت القيمة التأجيرية لتصبح رمزية بفعل التضخم كل ذلك ساهم إلى حد كبير في تأمين الإستمرارية للأسرة اللبنانية (إسكندر ١٩٩٣).

رابعاً: توسعت بنى الخدمات الصحية وحقت تقدماً ملحوظاً في ما تقدمه من خدمات ولا سيما في المناطق النائية، كذلك زاد عدد الأطباء وتوزعوا في كافة المناطق كما توسعت خدمات الرعاية الطبية الأولية وعمت أكثرية اللبنانيين بفضل جهود بناء ومثمرة بذلها القطاع الأهلي، ويبقى توسع نطاق الضمان الصحي وتحديد الإستشفاء على نفقة الدولة إنجازاً بارزاً ومشهداً خفف الكثير من أعباء الطبابة والإستشفاء.

خامساً: قدم المجتمع الدولي إلى لبنان أثناء محنته مساعدات كبيرة قيمة ومتنوعة كان للقطاع الأهلي منها نصيب وفير.

لهذه الأسباب وربما غيرها أيضاً إستطاع المجتمع اللبناني أن يخرج بقدر محدود نسبياً من الخسائر، فرغم تراجع الوضع الغذائي للمجتمع عموماً والأطفال خصوصاً إلا أنه لم تسجل حالات سوء تغذية حادة، ورغم تزايد نسبة تلوث المياه وتدهور وضع البيئة عموماً، فإن الفاشيات الناتجة عنها بقيت في إطارها المحدود.

كما أن وفيات الأطفال التي تعتبر مقياساً دقيقاً للوضع الصحي والاجتماعي قدرت عام ١٩٩٠ بـ ٣٥ لكل ألف طفل أي ما يزيد ب ٥٪ فقط عما كان عليه عام ١٩٧٤. من جهة ثانية، تمكن لبنان من أن يكون في عداد الدول التي حققت الهدف العالمي لتحسين الأطفال ضد الأمراض الخمسة، وتلقى لذلك ميداليتين من منظمتي الصحة العالمية واليونيسف. كما كان العام ١٩٩٢ ربما العام الأول في تاريخ لبنان الذي لم تسجل فيه أية حالة شلل للأطفال.

ويبقى سؤال كبير يطرحه الكثير من المراقبين: إذا كان الشعب اللبناني نجح في التكيف والصمود خلال السبع عشرة سنة الماضية في مواجهة نتائج الحرب المدمرة فهل سينجح في إعادة بناء وطن حر مزدهر تسود العدالة أبناءه؟ من جهتنا لقد حسمنا رأينا مسبقاً فالأهداف الطموحة للخطة الخمسية ليست على قياس الإمكانيات المتواضعة لليونيسف بل هي تعبير عن ثقة مطلقة بإمكانيات الشعب اللبناني. إن براعم الخير تزهر في أكثر من مكان وورش التغيير والبناء منطلقة وما تطمح إليه اليونيسف بعد أربعين عاماً على بدء نشاطاتها في لبنان هي أن تكون عنصراً مساعداً في عملية التغيير والبناء القائمة على قدم وساق وشاهدة على ما سيحقق من إنجازات مأمولة لغد مشرق وواعد لأطفال لبنان.

الدكتور علي الزين

مدير البرامج الصحية في اليونيسف



تحليل الوضع الصحي

للأطفال في لبنان

قبل إندلاع الحرب، كان لبنان على وشك وضع الأساس المقبول لعدد واسع من المؤشرات والإحصاءات الحيوية في ميادين الصحة والتعليم والإقتصاد والخدمات، الخ... فقد أنهت وزارة التصميم في عام ١٩٧١ أول دراسة وطنية عن القوى العاملة في لبنان مما سمح بالحصول، ولأول مرة، على معظم المعطيات والإحصاءات الأساسية. وقد سبقتها محاولات لنشر بعض المؤشرات الحيوية سنوياً. إلا أنه ومع إندلاع الحرب ألغيت وزارة التصميم وتوقفت الدراسات الوطنية ودفنت التجربة تحت ركام الحرب وغابت الإحصائيات الوطنية وإن وجدت فيما تقديرات لا تسندها وقائع أو تعميم لدراسات مجتزأة تمت في هذه المنطقة أو تلك.

في غياب الأساس السليم للتخطيط عمل الجميع بمن فيهم منظمة اليونيسف بإتجاه تلبية الحاجات الأساسية والطارئة أي تلقي البرامج والمهام من فعل القنابل والرصاص. وقد ظل هذا الوضع بالنسبة لليونيسف سائداً حتى عام ١٩٨٩ حيث تم تقييم شامل ودقيق لعمل المنظمة وخرجنا بقناعة أنه من الضروري وضع حد لهذا الأسلوب في العمل، على إلحاحه وحاجته، والبدء بوضع البرامج بالإستناد إلى حد أدنى من المعطيات الملموسة حتى تتمكن من وضع الأهداف بشكل واقعي ومن وضع الخطط التنفيذية وتقييم إدائها وأثرها. فتم تأسيس فريق عمل قادر على إستخدام طرق عملية موثوقة للبحث الميداني وذلك بإشراف المكتب الإقليمي لليونيسف وتمكناً خلال سنوات من الجهد المنتظم من بناء قاعدة من المعلومات الأساسية استخدمت في وضع خطة

خمسية هي الأولى لمنظمة اليونيسف وربما الأولى في لبنان منذ إندلاع الحرب أواسط السبعينات.

إن الإنخراط المباشر لمنظمة اليونيسف في إعداد المشاريع وتنفيذها ووجود فريق عمل في كافة المناطق زاد من معرفة الواقع الصحي للأطفال والتعرف على مشاكلهم من خلال التفاعل المباشر والمستمر مع أجهزة الدولة المختلفة العاملة على الأرض وكذلك مع الجمعيات الأهلية والفعاليات والجامعات وفروعها في كافة المناطق، لذلك فالأمانة العلمية والخلقية تفرض القول بأن ما تقدمه اليوم هو ثمرة طيبة من جهد تضافرت لإنجازه جهود المثات من العاملين في القطاع الصحي الرسمي والأهلي والجامعي.

كما تمكنا من الاستفادة من دراستين قيمتين أجرتهم الجامعة الأميركية في بيروت، الأولى هي بيروت ١٩٨٤ «الأطفال والحرب في لبنان» والثانية هي دراسة عن أوضاع الأطفال في لبنان عام ١٩٨٦، وتشكل هاتان الدراستان أهم ما أنتج في ميدان الصحة العامة خلال السنوات الخمس عشرة الماضية. كما تمكنا أيضاً من الاستفادة من الأبحاث التي أجرتها كليات الطب والصحة العامة في مختلف الجامعات.

بالرغم من كل هذا تبقى مهمة تحليل الواقع الصحي للأطفال مسألة شاقة ومشوقة في آن وما تقدمه اليوم هو حراثة في أرض بكر نأمل أن تحفز كل المهتمين والباحثين من أجل تعميق معارفنا بمشاكل الأطفال كمقدمة ضرورية لوضع البرامج وصياغة أهدافها بالشكل السليم والواقعي.

المعطيات حول أهم مشغرات صحة الأطفال

١ - وفيات الأطفال

لقد دأب الخبراء والباحثون على الاستدلال على الواقع الصحي للأطفال من خلال دراسة عدد من المؤشرات الصحية وفي مقدمتها مؤشر وفيات الأطفال الذي يعتبر من

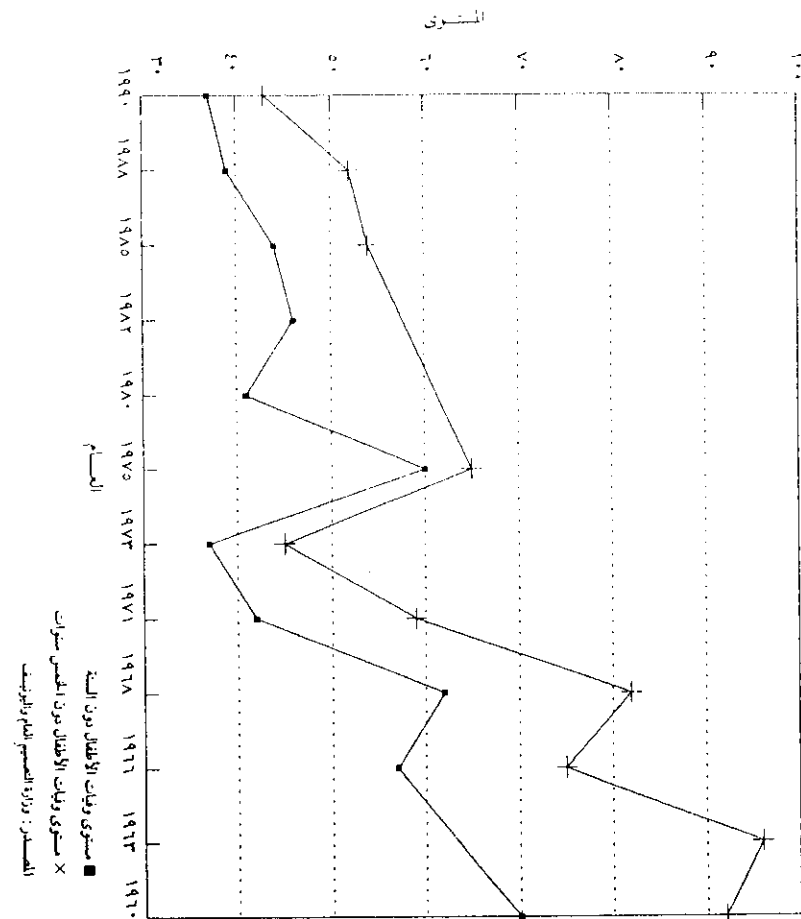
وجهة نظر منظمتي اليونيسف والصحة العالمية مؤشراً موثوقاً لصحة الأطفال ومشعراً حقيقياً للتنمية المجتمعية بشكل عام وذلك لعدة أسباب:

١ - إن مقياس وفيات الأطفال يعبر عن النتيجة النهائية لعملية التنمية وليس أجزاء منها كما هي الحال مع مؤشرات أخرى كمتوسط دخل الفرد والإلتحاق المدرسي ونسبة إستهلاك الفرد من الحراريات.

٢ - أن وفيات الأطفال محصلة ونتيجة لسلسلة من العوامل كالتغذية والمعرفة الصحية للأمهات وتوافر الخدمات الصحية، خصوصاً رعاية الأم والطفل، وإمكانية الحصول عليها، وكذلك توافر صحة البيئة ومياه الشفة السليمة والحصول عليها بكمية كافية.

قدرت الدراسة الوطنية حول بعض المؤشرات الأساسية لصحة الأطفال في لبنان التي أجريت عام ١٩٩٠ أن نسبة وفيات الأطفال دون السنة تبلغ ٣٥ بالالف، أما نسبة وفيات الأطفال دون الخمس سنوات فتبلغ ٤٣ بالالف. وتستند هذه النتائج إلى عينة ممثلة من جميع المناطق شملت ٩٥٨٢ امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج و٩٠٦٧ طفلاً دون الخمس سنوات.

إن معدلات وفيات الأطفال دون السنة أو دون الخمس سنوات التي أظهرتها الدراسة منخفضة ولا تزيد كثيراً عن مستواها قبل إندلاع الحرب (رسم بياني رقم ١) وهذا إنجاز يدعو إلى الإعجاب والتقدير خاصة في بلد لم يتمكن بعد من الخروج كلياً من حرب دامت أكثر من ١٧ عاماً وبالمقارنة مع بلدان أخرى في المنطقة تعاني من ظروف مشابهة وأحياناً أقل حدة. إلا أن هذا الإنجاز الوطني يخفي تبايناً واضحاً وشديداً بين المناطق. ففي مناطق البقاع والشمال التي يقيم فيها حوالي ربع سكان لبنان تشكل فيها الوفيات نسبة ٦٠٪ من مجموع وفيات الأطفال. من جهة ثانية أشارت دراسة الجامعة الأميركية عام ١٩٨٤ إلى أن نسبة وفيات الأطفال في الضاحية الجنوبية هي ثلاثة أضعاف مثلتها في العاصمة. ومن الملفت أن هذه النسب قريبة من تلك التي قدرتها الدكتورة جمال حرفوش (Harfouche 1966) وتلك التي توصلت إليها من قبل الدراسة المهمة التي

رسم بياني رقم ١
مستوى الوفيات في لبنان

قام بها باورز ومساعدوه (Powers et al., 1953) من كلية الصحة العامة في الجامعة الأميركية في بيروت، والتي أظهرت أن فرص البقاء على قيد الحياة للأطفال المولودين في جبل لبنان هي ٤, ٢ مرات أكثر من الأطفال المولودين في الجنوب والبقاع والشمال.

أما التباين في نسبة الوفيات حسب الجنس الذي كان بارزاً في الخمسينات (١٩٥٣)، حيث كانت مرتين أكثر عند الإناث منها عند الذكور خلال السنة الأولى من الحياة وهذا مشابه للوضع السائد في الكثير من البلدان النامية حيث شيوع الأنماط الاجتماعية والثقافية المنحازة ضد النساء والتي تعتبرهن «وزناً بلا حساب» كما يصفهن تقرير منظمة الأمم المتحدة للإمحاء فلم يجد أي تأكيد له في دراستنا (أنظر جدول رقم ١) التي أشارت على العكس إلى أن وفيات الأطفال الذكور هي أعلى بقليل من مثيلاتها عند الإناث. وهذا إنجاز إنساني كبير يمكن للبنان أن يفخر به إذ تعتبر الفوارق في فرص الحياة والتعليم بين الذكور والإناث أحد أهم مؤشرات التطور الحضاري لأي بلد.

يبقى أن نشير إلى حقيقة علمية ثابتة وهي أنه إذا ألغيت ممارسات التمييز ضد الإناث فإن وفيات الإناث عموماً ووفيات السنوات الخمس الأولى بالتحديد هي أقل منها بنسبة تصل إلى حدود ٢٠٪ بالمقارنة مع البنين كما تدل على ذلك المؤشرات في البلدان الصناعية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية ١٩٩٠).

جدول رقم ١: تقدير نسبة وفيات الأطفال حسب الجنس

فئات العمر	تقدير الوسيط parameters	٩١ بنت	٩١ بنت	٩٥ صبي	٩٥ صبي
١٩-١٥	٠,٠٤٨	٠,٠٥٢	٠,٠٤٣	٠,٠٦٦	٠,٠٥٦
٢٤-٢٠	٠,٠٤٢	٠,٠٤٥	٠,٠٣١	٠,٠٥٦	٠,٠٣٨
٢٩-٢٥	٠,٠٣٦	٠,٠٣٨	٠,٠٢٥	٠,٠٤٦	٠,٠٣٠
٣٤-٣٠	٠,٠٣٦	٠,٠٤٠	٠,٠٢٧	٠,٠٤٩	٠,٠٣٣
٣٩-٣٥	٠,٠٤١	٠,٠٥١	٠,٠٣٢	٠,٠٦٤	٠,٠٤٠
٤١-٤٠	٠,٠٥٤	٠,٠٥٣	٠,٠٣٢	٠,٠٦٨	٠,٠٤٠
٤٩-٤٥	٠,٠٦٢	٠,٠٦٥	٠,٠٤٤	٠,٠٨٥	٠,٠٥٩

وتظهر الدراسات أن نسبة كبيرة من وفيات الأطفال تحدث في فترة ما حول الولادة حيث تبين في دراسة أجريت في مستشفى الجامعة الأميركية عام ١٩٧٩ أن حوالي ٥٠٪ من الوفيات تحدث في الأسبوع الأول من الحياة و٦٠٪ منها تحدث في الشهر الأول. وقد جاءت نتائج الدراسة الوطنية التي أجريت في المنازل عام ١٩٩٠ متقاربة جداً مع نتائج هذه الدراسة. يعرض الجدول رقم ٢ مقارنة بين الدراستين لجهة نسبة وفيات الأطفال حسب العمر، حيث يلاحظ إتجاه تراجع نسبة الوفيات ابتداء من الشهر الأول في دراسة عام ١٩٩٠ بالمقارنة مع دراسة عام ١٩٧٩.

جدول رقم ٢: وفيات الأطفال حسب العمر

العمر	دراسة مستشفى الجامعة الأميركية ١٩٧٩ %	الدراسة الوطنية ١٩٩٠ %
الأربع وعشرون ساعة الأولى	١١,٦	١٩,٥
يوم - أسبوع	٣٧,٨	٢١,٢
المجموع	٤٩,٤	٤٠,٧
أسبوع - شهر	١٠,٦	٢٤,٨
المجموع	٦٠,٠	٦٥,٥
شهر - سنة	٢٤,٦	٢٢,١
المجموع	٨٤,٦	٨٧,٦
سنة - ٥ سنوات	١٥,٤	١٢,٤
المجموع العام	١٠٠,٠	١٠٠,٠

٢ - وزن الطفل عند الولادة

إن نسبة ولادات الوزن المنخفض مؤشر دقيق لصحة الأطفال وتعبير عن مستوى التقدم الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع بصورة عامة كما أنه أحد العوامل المؤدية لوفيات الأطفال. فوزن طفل دون ٢٥٠٠ غرام يعتبر تحدياً لبقاء الطفل ونموه. تقدر نسبة ولادات الوزن المنخفض بـ ٨,١٪ في بيروت الكبرى (الجامعة الأميركية في بيروت، ١٩٨٩)، وكان عطية قد قدرها (١٩٨٤) بـ ٨,٧٪ في دراسة عن وفيات الأطفال في مستشفى القديس جاورجيوس. أما دراسة الإرضاع من الثدي لمنظمة اليونيسف (١٩٩١) فقد قدرت النسبة الوطنية لولادات الوزن المنخفض بـ ٩,٥٪. إلا أنه من الأرجح أن تكون هذه النسبة غير معبرة بشكل دقيق عن الواقع لأنها مبنية على ما تقوله الأمهات وليس على سجلات المستشفى والولادات. ومن المفيد الإشارة إلى التفاوت في معدلات ولادات الوزن المنخفض بين المناطق إذ أن نسبة ولادات الوزن المنخفض في مناطق الأطراف في الشمال والبقاع والجنوب وضواحي بيروت الجنوبية هي ضعف النسبة في بيروت وجبل لبنان وهذا يعكس التفاوت الاقتصادي والاجتماعي بين المناطق.

٣ - التغذية

أ - الإرضاع من الثدي وتغذية الطفل في الشهور الأولى

أجرت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية واليونيسف دراستين حول الإرضاع من الثدي بين ١٩٩١ و ١٩٩٢: الأولى في المنازل والأخرى في مراكز خدمات الأمومة. وكانت النتائج التالية أهم ما تم التوصل إليه:

أولاً: تتقبل معظم الأمهات مبدأ الإرضاع من الثدي (٩٠٪) إلا أنه يجب التوقف عند أربع ملاحظات أساسية:

(١) إن فرص الإرضاع من الثدي ومدته تنخفض مع إرتفاع المستوى التعليمي للأم، إلا أنه يجب الإشارة إلى أن نسبة الإرضاع لا تتأثر أو تتأثر قليلاً بإلتحاق الأم في العمل خارج المنزل ربما لأن الأكثرية الساحقة من الأمهات العاملات هن من المتعلمات.

(٢) إن الأمهات اللواتي تلدن في المستشفى وتحصلن على الإرشادات حول الإرضاع من الأطباء ترضعن أقل من الأمهات الأخريات.

(٣) إن الإدخال المبكر للسوائل والأطعمة الصلبة وبدائل حليب الأم يضر من جهة بصحة المولود ومن جهة أخرى يؤثر على كمية إدرار الحليب.

(٤) إن الأمهات يجهلن تقنيات الإرضاع من الثدي ولا يحصلن على التشجيع والدعم اللازمين لمباشرة وإكمال الإرضاع لأن مبدأ الإرضاع غريزي وطبيعي ولكن عملية الإرضاع تحتاج إلى تقنيات يجب تعلمها.

ب - مرحلة الفطام

هي مرحلة مهمة جداً في نمو الطفل، فهي تعني الانتقال التدريجي من التغذية بالحليب فقط إلى تنوع الغذاء ليشمل الأغذية المعتادة إلى جانب الحليب. وهنا أيضاً تبرز مشاكل حقيقية لها علاقة بالإدخال المبكر للأطعمة، إذ أظهرت الدراسات أن إدخال الأطعمة الجامدة يتم قبل الشهر الرابع لحوالي ٦٠٪ من الأطفال في حين يجب أن يكون حليب الأم هو الغذاء الكامل للطفل حتى نهاية الشهر الرابع، ثم يتم إدخال الأطعمة المكتملة مع الإستمرار بالإرضاع من الثدي. وقد تبين بالمقابل أن عدداً من الأمهات يؤخرن إدخال الأطعمة مع الحليب في تغذية أطفالهن إلى ما بعد الشهر السادس كما تبين أن هناك عدم معرفة بأنواع الأطعمة وبطريقة إعدادها بالشكل الملائم مع عمر الطفل.

ج - الوضع الغذائي للأطفال بعد عمر الخمس سنوات

كشفت دراسات أجرتها منظمة الأغذية والزراعة والجامعة الأميركية في بيروت عامي ١٩٦٦ و ١٩٨١ أن الوضع الغذائي لطلاب المدارس الرسمية

والخاصة المجانية جيد عموماً إذ أن أقل من ١٠٪ من الأطفال المشمولين في العينة يعانون من سوء التغذية، كما أشارت إلى عدم وجود مشاكل تغذية باستثناء تسوس الأسنان وتضخم الغدة الدرقية أو الدراق (GOTER).

بيد أن هناك دراسات حديثة تشير إلى أنه بسبب الوضع الاقتصادي المتدهور يواجه العديد من العائلات مشاكل في تلبية حاجاتهم الغذائية حيث إرتفع متوسط مصروف العائلة الخاص بالغذاء من ٣٧٪ إلى ٦٧٪ من مجمل مدخول الأسرة الواحدة منذ إندلاع الحرب.

وقد كشفت دراسة بالعينة على ألفي طفل من المدارس الابتدائية في بيروت توقوف النمو عند الأطفال ذوي الحالة الاقتصادية الإجتماعية المتدنية في بيروت وضواحيها (El Baba ١٩٩٠).

أما بالنسبة لمشكلة الغدة الدرقية فتفيد الدراسات إلى أن المشكلة موجودة في المناطق الجبلية وسهل البقاع وفي المناطق الساحلية أيضاً حيث أظهرت دراسة (Cowan ١٩٦٦ et al.) أن الإصابات بتضخم الغدة الدرقية تبلغ ٣٥٪ من مجمل الأطفال الذين شملتهم العينة.

لذلك هناك حاجة ملحة للتقيام بدراسة وطنية للحالة الغذائية للأطفال في السنوات الخمس الأولى لأننا نعتقد أن هناك مجموعات من الأطفال خصوصاً في الضواحي الفقيرة من المدن والأرياف يعانون من مشاكل غذائية وكذلك دراسة نقص اليود عند الأولاد لوضع الإستراتيجية الملائمة للقضاء عليه.

٤ - الأمراض المعدية

إن المعطيات حول الأسباب المؤدية إلى وفيات الأطفال في لبنان ضئيلة جداً. يشير منلا وسويدان في دراسة أعدها عام ١٩٧٩ في مستشفى الجامعة الأميركية حول وفيات الأطفال في المستشفيات. الدراسات المتوفرة تشير إلى أن الأمراض المعدية تسبب ٣٠٪ من وفيات الرضع والأطفال. يعطينا الجدول رقم ٣ تفاصيل الأمراض المعدية التي

تسبب وفيات الأطفال، فيكشف أن الأحمخ التنفسية، الإلتانات المعوية وإلتهابات الكبد (Hepatitis) وإلتهاب السحايا (Meningitis) وإلتهاب الدماغ (Encephalitis) مسؤولة إلى حد بعيد عن وفيات الأطفال الناجمة عن الأمراض المعدية.

جدول رقم ٣: الأمراض المعدية التي تسبب وفيات الأطفال من عمر الشهر إلى ١٤ سنة.

نوع المرض المعدي	نسبة الوفيات التي تسببها الأمراض المعدية٪
إلتهاب الرئة pneumonia	٣٥
إلتهاب السحايا والدماغ meningo- encephalitis	٣٠
الإلتانات المعوية gastro- enteritis	١٦
إلتهابات الكبد hepatitis	٦
الأمراض الخمس التي يمكن التحصين ضدها	٦
التدرن tuberculosis	٢
الأمراض الأخرى المعدية	٥

تابع جدول رقم ٤ : أسباب الوفيات عند الأطفال.

٤,٦٢	٥	أمراض قلب
٣,٧٠	٤	إضطرابات في الأمعاء
١,٨٥	٢	سوء تغذية
٠,٩٢	١	فقر دم
٠,٩٢	١	إنتانات في الدم
٠,٩٢	١	إلتهاب السحايا والدماغ
٣٨,٠٠	٤١	غير محدد
١٠٠,٠٠	١٠٨	المجموع

أ - الأمراض التي يمكن التحصين ضدها

أشار منلا وسويدان في دراستهما عام ١٩٧٩ إلى أن الأمراض التي يمكن التلقيح ضدها تشكل ٦٪ من وفيات الأطفال التي تسببها الأمراض المعدية.

إنطلق برنامج التحصين الشامل عام ١٩٨٧، ويشارك حالياً في البرنامج ٧٠١

إن معطيات الدراسة الوطنية حول المؤشرات الأساسية لصحة الطفل في لبنان عام ١٩٩٠ تشير إلى أن الأمور لم تتطور على صعيد نوعية الأمراض بالرغم من أن بعضها قد تراجعت أهميته كسبب لوفيات الأطفال كالإسهالات والأمراض التي يتم التحصين ضدها.

جدول رقم ٤ : أسباب الوفيات عند الأطفال.

أسباب الوفيات	عدد الحالات	النسبة المئوية
أمراض الجهاز التنفسي	١٨	١٦,٦٦
الطفل خديج أو وزنه منخفض	٨	٧,٤٠
الحصبة	٧	٦,٤٨
الشلل	١	٠,٩٢
الشاهوق	١	٠,٩٢
الإسهالات (التجفاف)	٦	٥,٥٥
الحوادث	٧	٦,٤٨
فئة دم غير متجانسة	٥	٤,٦٢

مستوصفاً ومركزاً صحياً ثابتاً وبعض الفرق المتنقلة بالإضافة إلى القطاع الخاص الذي يحرص حوالي ٤٠٪ من الأطفال. وقد تم إستحداث مستودعات ومراكز لتوزيع اللقاحات في كل مكان، كما تم إنشاء نظام لسلسلة تبريد اللقاحات وتوزيعها مع مراقبتها وتقييمها. وبفضل ذلك تمكن لبنان من تحقيق الهدف العالمي لتلقيح الأطفال لعام ١٩٩٠. وقد كشفت دراسة ميدانية أجريت في آذار ١٩٩٢ النتائج التالية: ٨٥٪ من الأطفال دون السنة محصنين ضد الثلاثي والشلل و٨,٥٠٪ محصنين ضد الحصبة بينما هناك ٨٩,٢٪ من الأطفال بين ١٢ - ٢٣ شهراً محصنين ضد الثلاثي والشلل و٦٥,١٪ محصنين ضد الحصبة. إحدى النتائج الإيجابية لهذا البرنامج هو تراجع أمراض الشلل، الشاهوق، الخانوق، والكزاز إذ لأول مرة في لبنان لم يتم الإبلاغ عن أية حالة شلل هذا العام (١٩٩٢) ولتاريخه في حين لا تزال الحصبة سبباً مهماً من أسباب وفيات الأطفال نظراً للمستوى المتدني للتحصين ضدها.

لذلك يجب العمل على رفع مستوى التحصين ضدها وصولاً إلى نفس مستوى التحصين باللقاحات الأخرى للحد من وفيات الأطفال بسببها.

ب - أخماج الجهاز التنفسي

تشير دراسة منلا (١٩٧٩) أن الأخماج التنفسية (إلتهابات ذات الرئة) مسؤولة عن ٣٥٪ من وفيات الأطفال الناتجة عن الأمراض المعدية. من جهة أخرى، كشفت دراسة المنازل حول الأخماج التنفسية التي أجرتها منظمة اليونيسف (١٩٩٢) أن كل طفل دون الخمس سنوات يشكو من ١,٠٦ حادثة أخماج تنفسية في شهر آذار مما يعني ٧ إصابات مرضية تقريباً في السنة. ويشير الجدول رقم ٥ إلى الجهة المعالجة في هذه الحال:

جدول رقم ٥: الجهة المعالجة لأخماج الجهاز التنفسي.

الجهة المعالجة	النسبة المئوية
الأم	٣٠,٦
الصيدلي	١,٨
الطبيب (عيادة خاصة)	٤٥,٧
الطبيب (مستوصف)	١٩,٢
المستشفى	٢,٨
المجموع	١٠٠,٠

ج - التدرن

تعود آخر دراسة أجريت عن وضع التدرن في لبنان إلى العام ١٩٧٤ عندما قام خبير من منظمة الصحة العالمية بدراسة تقييمية أشار فيها إلى إزدياد عدد حالات التدرن المشخصة إبتداء من عام ١٩٧١ وخصوصاً عند الأولاد ما بين ٥ - ١٤ عاماً. أما دراسة

تابع جدول رقم ٦ : الإحصاءات المتوافرة حول التدرن.

السنة	المجموع	ذكور	إناث	١٤ - ٠ سنة	النسبة المئوية
١٩٧٢ ×	٤٠٠	٢٥٦	١٤٤	١٥٣	٣٨,٢
١٩٧٣ ×	٦٠٤	٣٨٧	٢١٧	٢٦٩	٤٤,٥
١٩٩١ ××	٥٢٧	٢٧٨	٢٤٩	٥٤	١٠,٢
١٩٩٢ ×	٣٦٢	١٩٤	١٦٨	١٠١	٢٧,٩

× المرجع : وزارة التصميم - مديرية الإحصاء المركزي

×× المرجع : البرنامج الوطني لمكافحة التدرن.

د - الأمراض المنتقلة بواسطة الأطعمة

تشكل الأمراض الناتجة عن الطعام خطراً يواجه الأطفال، فحالياً لا تطبق القوانين المتعلقة بالمواصفات المعتمدة للأطعمة سواء كانت محلية أو مستوردة. فالمختبر المركزي المسؤول عن تحليل الأطعمة لا يعمل بشكل مرض كذلك لا تخضع صناعة الأطعمة المحلية إلى رقابة كافية. كما أن الأطعمة المستوردة من الخارج لا تخضع أحياناً لمواصفات التصنيع التي تفرضها بلدان المنشأ لتسويقها فيها. وأخيراً تصل إلى الأسواق أطعمة إنتهت مدة صلاحيتها، ولا تزال الرقابة على السوق محدودة الفعالية.

هـ - الإسهالات الحادة عند الأطفال

تعتبر الإسهالات الحادة والمزمنة أحد أسباب الوفيات عند الأطفال. فقد قدرت دراسة منلا سنة ١٩٧٩ بأن الإسهالات مسؤولة عن ٦٪ من وفيات الأطفال. وقدرت الدراسة الوطنية حول المؤشرات الصحية (١٩٩٠) وفيات الأطفال الناتجة عن

منلا وسويدان (١٩٧٩) فتشير إلى أن التدرن مسؤول عن ٢٪ من الوفيات (من عمر الشهر إلى ١٤ سنة) الناتجة عن الأمراض المعدية. وبالرغم من نقص الدراسات الشاملة منذ ذلك التاريخ فإن العديد من الأخصائيين يعتقدون أن الوضع في أيامنا هذه أسوأ مما كان عند بدء الحرب الأهلية في العام ١٩٧٥. فقد تضافرت عوامل عدة منذ ذلك التاريخ تزيد من احتمالات الإصابة بالتدرن، فنتائج الحرب الإجتماعية والإقتصادية وتحركات النزوح السكاني وكثافة السكان المرتفعة وعدم إنتظام التشخيص والمعالجة ومراقبة المرضى للتأكد من الشفاء التام تشكل عوامل مؤدية إلى إرتفاع نسب حدوث التدرن. أن مراجعة الإحصاءات المتوافرة عن الأعوام ١٩٦٩ حتى ١٩٧٢ والعامين ١٩٩١ و١٩٩٢ (كما يظهر في الجدول رقم ٦) تشير إلى تراجع الفوارق بين الجنسين لجهة احتمالات الإصابة بالمرض وتراجع في نسبة الإصابة عند الأطفال (من الولادة حتى عمر ١٤ سنة). إلا أن عدم شمولية الإحصاءات يجعلنا غير مطمئنين إلى هذه الإستنتاجات لذلك لا بد من القيام بدراسة وطنية موثوقة لتحديد إنتشار المرض وضرورة إبلاغ الأطباء والمستشفيات عن الإصابات للحصول على معطيات أشمل وأدق مما يمكننا من وضع الخطة الملائمة لمكافحة المرض. يبقى أن نشير هنا إلى أنه ومنذ عام ١٩٩١ طرأ تحسن كبير على مكافحة المرض بفعل قيام برنامج وطني لمكافحة التدرن يؤمن التشخيص والعلاج الكامل ومجاناً والمراكز في متناول كل اللبنانيين.

جدول رقم ٦ : الإحصاءات المتوافرة حول التدرن.

السنة	المجموع	ذكور	إناث	١٤ - ٠ سنة	النسبة المئوية
١٩٦٩ ×	٣٧٤	٢٢٠	١٥٤	١٢٣	٣٢,٨
١٩٧٠ ×	٤٢٥	٢٥٤	١٧١	١٩٨	٤٦,٥
١٩٧١ ×	٣١٨	٢٠٨	١١٠	١٣٥	٤٢,٤

الإسهالات بـ ١,٣ بالألف أي ما يقارب ٣,٧٥٪ من وفيات الأطفال دون الخمس سنوات ومتوسط الإصابة بالإسهالات بـ ٣,٦ نوبات سنوياً أي ما يقارب المليون ونصف المليون نوبة إسهال سنوياً تصيب ٥٠٪ منها الأطفال دون السنة وتحدث ٦٠٪ منها خلال فصل الصيف (ما بين حزيران وأيلول). وقد كشفت الدراسات ومراكز الرصد عن فروقات بين المناطق حيث يصاب بالإسهالات بصورة خاصة الأطفال الذين يعيشون في الشمال والبقاع والجنوب.

ومنذ إطلاق البرنامج الوطني لمكافحة الإسهالات طرأ تحسن واضح خصوصاً التدبير السليم للحالات لجهة الإستمرار بالتغذية وزيادة السوائل ومعالجة التجفاف والوقاية منه بمحلول الإمهاء الفموي وترشيد إستعمال الأدوية خصوصاً تلك التي أثبتت علمياً عدم فعاليتها أو ضررها بصحة الأطفال.

و - التسمم والحوادث

يتسبب التسمم بنسبة ٣٪ من وفيات الأطفال دون الخمس سنوات. وإذا افترضنا أنه قليلاً ما يتسمم الأطفال دون السنة من العمر وأن ٩٠٪ من حالات التسمم تحدث عند الأطفال في السنوات الخمس الأولى (حداد وهديسون، ١٩٧٦) فبإمكاننا القول أن التسمم مسؤول عن قسم كبير من الوفيات.

جدول رقم ٧: تصنيف حوادث التسمم.

الأدوية	٪٤٥
الكاز	٪٣٨
مواد التنظيف	٪١٤
مبيدات الحشرات	٪٣

(حداد وهديسون، ١٩٧٦)

من جهة ثانية أشارت الدراسة الوطنية حول المؤشرات الأساسية لصحة الطفل (١٩٩٠) أن الحوادث مسؤولة عن ٤,٦٢٪ من وفيات الأطفال دون الخمس سنوات.

ز - الإعاقات بما فيها تلك الناتجة عن الحرب

إن وفيات الأطفال برغم دقتها في التعبير عن الوضع الصحي للأطفال إلا أنها في الواقع ليست سوى «قمة جبل الجليد» بالمقارنة مع ما يعانيه الأطفال. فمقابل كل طفل يموت هناك أعداد يقعون على قيد الحياة ولكنهم يحملون على أجسادهم وفي نفوسهم آثاراً تمنعهم من ممارسة حقهم في حياة سعيدة ومنتجة. إنهم الأطفال المعاقون.

تشير الدراسات المتوافرة إلى تباين واضح في تقدير عدد المعاقين فهم يمثلون نسبة ١٠,٨٪ (حسب دراسة وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية واليونيسف، ١٩٨١) و ٣,٣٨٪ من السكان (حسب دراسة كاريتاس، ١٩٨١). من جهة أخرى تقدر دراسة مصلحة الإنعاش الإجتماعي واليونيسف (١٩٨٢) نسبة المعاقين بسبب الحرب بـ ٦,٢٦ من مجموع عدد المعاقين. وأخيراً يشير بارودي في دراسته عام ١٩٨٤ إلى أن عدد المعاقين بسبب الحرب يبلغ ٦٠٠٠ معاقاً.

يشير الجدول رقم ٨ إلى توزيع العاهات حسب نوعها على فئات أعمار الأطفال.

جدول رقم ٨: توزيع الإعاقات حسب العمر

نوع الإعاقة	الفئات العمرية		
	٤ - ٥	٩ - ٥	١٤ - ١٠
التخلف العقلي	٢٥٧	١٧٣٤	٣٣٤٢
المجموع			٥٣٣٣

تابع الجدول رقم ٨

الإختلال العقلي	١٦٢	٤٩٧	٦٥٩
العمى	٢٤٧	٤١٣	٧٠٢
الطرش - البكم	٨٢٩	٨٧٠	١٩٠٥
انشلال	٢١٩١	٣٧٩٧	٦٥١٢
البتر	٨٠	٢٣٨	٣٦١
التشويه	٤٨٦	٥٨٥	١١٩٢
عدة عاهات	٦١٨	١٣٣٣	٢١٠٤
المجموع	٦٣٤٧	١١٠٧٥	١٨٧٦٨

يمكننا التعرف على توزيع الإعاقات حسب الجنس والسبب في دراسة الجامعة الأمريكية في بيروت في عام ١٩٨٤ كما هو مبين في الجدول رقم ٩.

جدول رقم ٩: توزيع الإعاقات حسب السبب والجنس.

نوع الإعاقة	صبي	بنت	المجموع
شدوذ خلقي	٢٠,٥	٢٠,٥	٢٠,٥
ناجمة عن الولادة	٧,٧	٢,٦	٦,٠
جروح وحوادث	٣٧,٢	١٠,٣	٢٨,٢
أمراض	٢٥,٦	٤٦,٢	٣٢,٥
غيرها	٥,١	١٧,٩	٩,٤
غير محدد	٣,٩	٢,٥	٣,٤

لذلك لا بد من وضع خطط تعمل على تخفيض وفيات الأطفال من جهة وتعمل في الوقت نفسه على الوقاية من الأمراض والإعاقات وتحسين نوعية الحياة التي يعيشها الأطفال المعاقون.

(١) العمر عند الزواج

هناك علاقة وثيقة بين الزواج في سن مبكر وإرتفاع نسبة وفيات الأطفال ما حول الولادة. فقد كشفت الدراسة الوطنية حول بعض المؤثرات الأساسية لصحة الطفل في لبنان عام ١٩٩٠ إلى أن المستوى الأعلى لوفيات الأطفال مرتبط بالأمهات الأصغر سناً (أقل من ١٩ عاماً) أو في سن متأخر (٣٥ سنة وما فوق) كما يتبين من الجدول رقم ١٠.

جدول رقم ١٠:

العلاقة بين نسبة وفيات الأطفال وعمر الأم.

فئات العمر	وفيات الأطفال دون السنة	وفيات الأطفال دون الخمس سنوات
١٩ - ١٥	٠,٠٤٨	٠,٠٦١
٢٤ - ٢٠	٠,٠٣٨	٠,٠٤٧
٢٩ - ٢٥	٠,٠٣١	٠,٠٣٨
٣٤ - ٣٠	٠,٠٣٤	٠,٠٤١
٣٩ - ٣٥	٠,٠٤٢	٠,٠٥٣

أهم العوامل المؤدية إلى وفيات الأطفال

الأسباب غير المباشرة والحاسمة

إن أهم العوامل غير المباشرة التي تؤثر على مستوى وفيات الأطفال والتي تمت دراستها هي:

- ١ - وضع الأم.
- ٢ - وضع البيئة عموماً ومشاكل الحصول على مياه الشفة السليمة والنظافة والصرف السليم للفضلات.
- ٣ - الحصول على الخدمات الصحية.

أ - وضع الأم

قد تكون حالة الأم الصحية ووضعها الاجتماعي - الثقافي - التعليمي ودورها في الإنتاج ودرجة تحررها أهم عامل في معادلة صحة الأطفال، بقائهم ونموهم. فقد أشارت عدة دراسات أجريت في لبنان وفي الخارج أن العوامل المتعلقة بحالة الأم كعمرها عند الزواج، ومستواها التعليمي، ووضعها الاجتماعي والاقتصادي، وحصولها على خدمات ما قبل الولادة، وأثناء الولادة، وبعد الولادة، وأسلوبها المتبع في الإرضاع، وحصولها على وسائل تنظيم الأسرة، وحجم العائلة، وحجم العمل المنزلي الذي تقوم به، ومعرفة العملية بموضوع صحة الطفل كلها عناصر تؤثر بشكل مباشر ودرامي على مستوى الوفيات عند الأطفال.

٤٠ - ٤٤	٠,٠٤٢	٠,٠٥٤
٤٥ - ٤٩	٠,٠٥٤	٠,٠٧٢

٣٠ - ٣٤	٨٥,٣	١٠,٣	٤,٤
٣٥ - ٣٩	٨٠,٦	١١,١	٨,٣
٤٠ - ٤٤	٨٧,٥	١٢,٥	-

كشفت الدراسة الوطنية التي أجرتها اليونيسف في عام ١٩٩١ حول ممارسات الإرضاع أن ١٠٪ من الأطفال المولودين في لبنان يبلغ عمر أمهاتهم ١٥ - ١٩ سنة. كما لفتت الدراسة النظر أيضاً إلى أن نسبة ولادات الوزن المنخفض تبلغ ٢٥٪ لفئة العمر هذه بينما هي بحدود ٦,٣٪ فقط لفئة العمر ٣٠ - ٣٤.

(٢) الزواج بين الأقارب

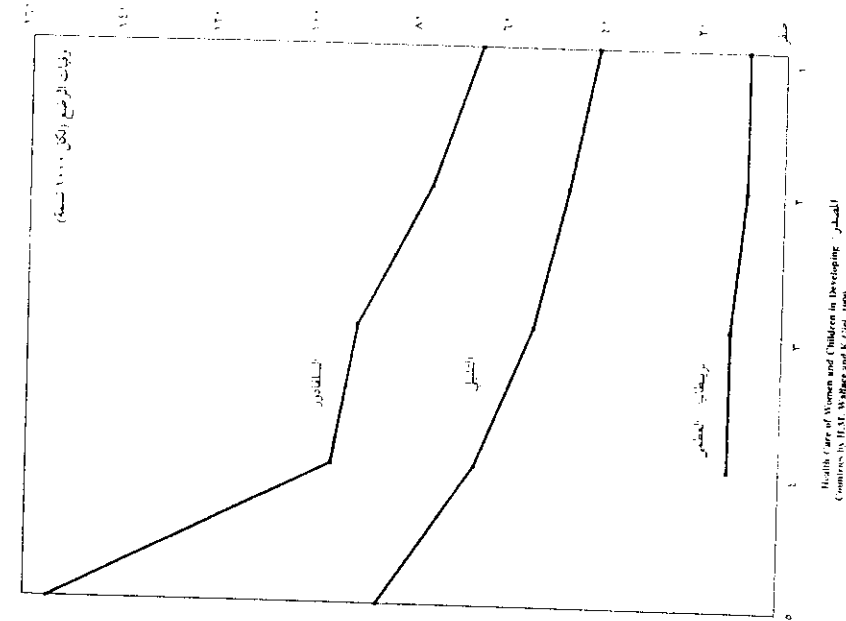
تشير الدلائل إلى أن الزواج بين الأقارب يبقى مشكلة بالغة الأهمية في لبنان. فدراسة حرفوش (١٩٦٥) تدل على أن نسبة الزواج بين الأقارب تبلغ ٢١٪ بينما قدر لوازيلييه (Loiselet) وآخرون هذه النسبة بـ ١٨٪ في دراسة أجريت في عام ١٩٧١. وتقدر دراسة حديثة حول الموضوع أن هذه النسبة تبلغ ٢٦٪.

وقد أدى هذا المستوى المرتفع للزواج بين الأقارب إلى حصول إصابات بعدد كبير من الأمراض الوراثية الشائعة والنادرة في لبنان بلغ مجموعها ١٦٤ مرضاً وراثياً مختلفاً وأكثر هذه الأمراض شيوعاً: التخلف العقلي والتلاسيميا وإرتفاع الكولسترول الوراثي وتضخم الغدة الدرقية وأمراض العين الوراثية، وتبلغ نسبة زواج القرى لذوي المتخلفين عقلياً ٤٢,٩٪ في الفئة العمرية ٦ - ١٠ سنة (١٩٨٦)، الجامعة الأميركية، وضع الأطفال) أما عن تأثير الزواج بين الأقارب على مستوى المراضة عند الأطفال فقد بينت دراسة غير منشورة للجامعة الأميركية في بيروت أن ١٧٪ من الحالات التي تدخل إلى مستشفى الجامعة الأميركية ذات علاقة بأمراض وراثية كما أن هناك جزءاً لا يستهان به من الوفيات ناتج عن عوامل وراثية (Mounla and Sweidan, 1979).

جدول رقم ١١:

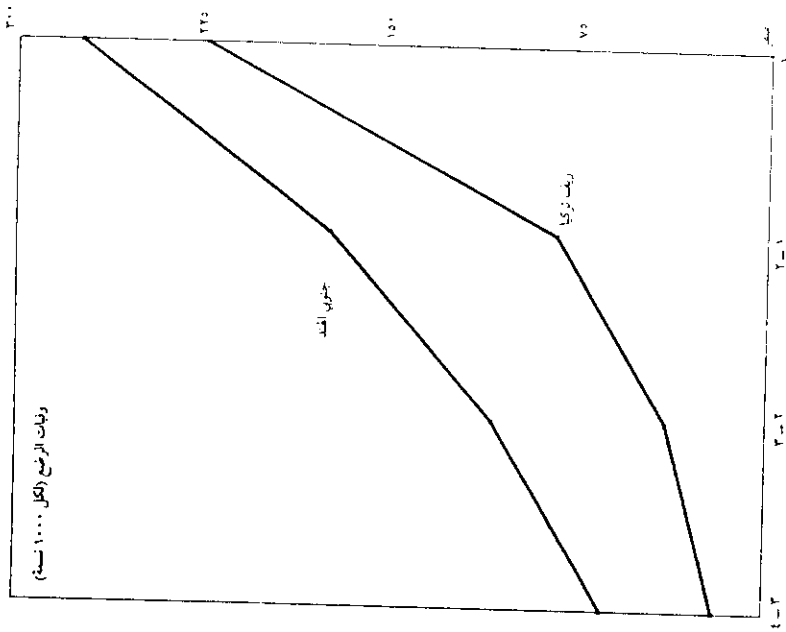
العلاقة بين عمر الأم ووزن الطفل عند الولادة.

فئات العمر	< ٢٥٠٠	> ٢٥٠٠	غير محدد
١٥ - ١٩	٧٥,٠	٢٥,٠	-
٢٠ - ٢٤	٩١,٦	٧,١	١,٣
٢٥ - ٢٩	٩٣,٨	٦,٣	-

رسم بياني رقم ٢
وفيات الرضع حسب عدد الولادات

المصدر: Health Care of Women and Children in Developing Countries by H.M. Wallace and K.Ott, 1963.

العلاقة بين وفيات الرضع والفترة الفاصلة بين الولادات



المصدر: Health Care of Women and Children in Developing Countries by H.M. Wallace and K.Ott, 1963.

إن معظم الأمراض الوراثية مزمنة سواء كانت تشوهات خلقية أو تخلف عقلي وتتطلب عناية طبية وإجتماعية للمصاب لفترة طويلة وغالباً لمدى الحياة وهذا يشكل عبئاً ثقيلاً على عائلات المرضى بصورة خاصة وعلى المؤسسات العامة والمجتمع بصورة عامة.

(٣) عدد الولادات

لقد أصبح حقيقة علمية ثابتة أن احتمالات الوفاة والإعاقة عند الأطفال تزداد مع تزايد عدد الولادات عند الأم وهناك إجماع على أنه بعد إنجاب أربعة أولاد تزداد احتمالات الوفاة والإعاقة بشكل ملحوظ كما يبرز ذلك الرسم البياني رقم ٢.

إن معدل الخصوبة في لبنان لا يزال مرتفعاً عند بعض الفئات وفي بعض المناطق، إلا أن الظروف التي أفرزتها الحرب (أزمة إقتصادية وإجتماعية وسكنية وهجرة الشباب) أدت على الأرجح إلى تراجع في معدل الخصوبة في المدن عموماً ولدى الفئات المتوسطة بشكل خاص.

(٤) مراقبة الحمل والولادة

أن حصول الأم على خدمات ما قبل الولادة هو أحد العوامل التي تؤثر على مستوى وفيات الأطفال، فكلما إرتفع عدد الزيارات إلى الطبيب خلال فترة الحمل إنخفضت نسبة وفيات الأطفال ما حول الولادة (Butler, 1963).

جدول رقم ١٢ : العلاقة بين عدد زيارات ما قبل الولادة ونسبة وفيات الأطفال .

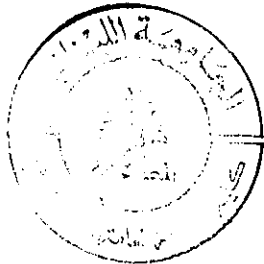
عدد الزيارات	نسبة وفيات الأطفال
دون أي زيارة	٥ أضعاف المتوسط
زيارة واحدة	٤ أضعاف المتوسط
زيارتان	٣ أضعاف المتوسط
ثلاث وأربع زيارات	٣ أضعاف المتوسط
خمس إلى تسع زيارات	المتوسط
عشر إلى أربع عشرة زيارة	دون المتوسط

كشفت دراسة الإرضاع من الثدي التي أجريت عام ١٩٩١ أن ٨٦,٩٪ من الحوامل إستشرن طبيباً أو قابلة مرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل كما يشير إلى ذلك الجدول رقم ١٣ .

جدول رقم ١٣ : زيارات قبل الولادة .
النسبة المئوية

الطبيب الإختصاصي	٨٣,٣
القابلة القانونية	٣,٦
لم يحدد	٠,٢
لا أحد	١٢,٩

كما أظهرت الدراسة أيضاً أن ٨١,٢٪ من الولادات على الصعيد الوطني تتم في المستشفى مع الإشارة إلى أن هذه النسبة تتفاوت وفق المناطق . فهي تبلغ ٦٠,٨٪ في البقاع و ٩٥,٧٪ في شرق بيروت وفي جبل لبنان . من جهة ثانية تبين أن الطبيب يشرف على ٨٠,٦٪ من الولادات على الصعيد الوطني مع تفاوت واضح بين المناطق حيث تقدر نسبة الولادات التي يشرف عليها الطبيب بـ ٥٥٪ في الشمال و ٦١٪ في البقاع .



جدول رقم ١٤ : مكان الولادة والجهة المشرفة عليها.

مكان الولادة	المعدل الوطني	غربي بيروت	شرقي بيروت	الشمال	الجبيل	البقاع	الجنوب
المستشفى	٨١,٢	٨٣,٨	٩٥,٧	٧٤,٢	٧٦,٧	٦٠,٨	٦٧,٦
العيادة الخاصة	٩,٧	٦,٢	١,٩	٢,٤	١١,٤	٣١,١	١٩,٥
المنزل	٩,١	١٠	٢,٤	٢٣,٤	١١,٩	٨,١	١٢,٩
الجهة المشرفة على الولادة							
الطبيب	٨٠,٦	٨١,٩	٩٣,٣	٥٥,٣	٧٧,٦	٦١,١	٦٥,٦
القابلة القانونية	١٥,٨	١٥,٢	٥,٢	٣٠,٣	١٨,٦	٣٢,٧	٣٠,١
الداية	٣,٦	٢,٩	١,٤	١٤,٤	٣,٨	٦,٣	٤,٣

إن تطوراً ملحوظاً طرأ خلال الخمس عشرة سنة الماضية لجهة مستوى الإشراف على الحمل والولادة مما كان له أثر إيجابي ملموس على مستوى وفيات الأطفال.

(٥) تنظيم الأسرة

لا تزال توجد في لبنان مشاكل ناجمة عن ولادة متقاربة (أقل من سنتين) أو ولادات

متعددة (أكثر من أربع) أو ولادات الأم في سن مبكر (دون ١٨ عاماً) أو متأخر (بعد ٣٥ عاماً). من جهة أخرى أظهرت الدراسات نسباً متفاوتة من الخصوبة. فقد بينت مثلاً دراسة كلية الصحة العامة في الجامعة الأميركية (١٩٨٧) أن معدل الخصوبة في بيروت الكبرى ٢,٤٥ ولادة لكل امرأة. أما جمعية تنظيم الأسرة في لبنان (١٩٨٦) فأشارت إلى نسب متفاوتة حسب المناطق حيث بلغ معدل الولادات لكل أم ٤,٩٩ في مناطق الجنوب الثانية و٣,٢٤ في بيروت. بينما دلت الدراسة الوطنية التي أجرتها وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية واليونسيف في عام ١٩٩٠ أن متوسط حجم الأسرة في لبنان يبلغ ٥,٥ أفراد.

بالرغم من عدم وجود سياسة وطنية شاملة حول تنظيم الأسرة في لبنان إلا أن عدة مؤسسات خاصة نشطت في نشر التوعية حول إستعمال وسائل منع الحمل وبخاصة جمعية تنظيم الأسرة في لبنان. لذا تعددت نتائج الدراسات حول إستعمال وسائل منع الحمل بين النساء: فتشير دراسة كلية الصحة العامة في الجامعة الأميركية (١٩٨٤) إلى أن ٦٠,٢٪ من النساء بين ١٥ - ٤٩ عاماً يستعملن وسائل منع الحمل بينما تشير دراسة أخرى أجريت قبل ذلك التاريخ في المناطق الريفية أن ٣٠٪ من النساء فقط يستعملن وسائل منع الحمل بينما هناك ٧٥٪ من النساء توافقن على منع الحمل و٧٠٪ أعربن عن رغبتهم في الحصول على مزيد من المعلومات.

يمكن القول بصورة عامة أن تنظيم الأسرة مقبول في لبنان، إلا أن معظم الخدمات تتركز في القطاع الخاص، بينما يبقى عدد كبير من النساء المنتميات إلى الفئات الإجتماعية الدنيا وفي المناطق الريفية والضواحي بحاجة إلى هذه الخدمات دون أن تتوافر لها.

(٦) الوضع التعليمي - الثقافي - الإجتماعي للأم

كشفت الدراسة الوطنية في عام ١٩٩٠ أن مستوى تعليم الإناث قد ارتفع خلال سنوات الحرب، وهذا أمر ملفت للنظر. فقد بينت الدراسة أن ٨٥٪ من النساء بين ١٥ - ٤٩ سنة متعلّمات، وبلغت أعلى نسبة تعليم عند النساء من ١٥ - ١٩ سنة (٩٤,٨٪) وأدنى نسبة عند النساء في فئة العمر ٤٥ - ٤٩ عاماً (٥٢,٦٪)، إلا أن هناك

دراسات أشارت إلى وجود فوارق في نسبة التعليم بين المناطق اللبنانية. فتشير مثلاً دراسة الإرضاع من الثدي التي أجريت في عام ١٩٩٠ إلى أن نسبة الأمية عند الأمهات المتزوجات (١٥ - ٤٩ سنة) في منطقة الشمال تبلغ ٣٥,٤٪ بينما هي ٢١٪ في الجنوب و ٢٠٪ في بيروت الكبرى. وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة لم تكشف عن فوارق بارزة في المستوى التعليمي بين الأمهات والآباء في سائر المناطق اللبنانية. وكانت أبرز نتائج الدراسة الوطنية في عام ١٩٩٠ العلاقة الوثيقة بين مستوى تعليم المرأة ووفيات الأطفال كما يشير الجدول رقم ١٥.

جدول رقم ١٥ : العلاقة بين مستوى تعليم الأم ووفيات الأطفال.

مستوى التعليم	وفيات الأطفال دون السنة	وفيات الأطفال دون الخمس سنوات
أمية	٦١,٥	٨٣,٥
إبتدائي / تكميلي	٣٤,٠	٤٢,٠
ثانوي / مهني	٢٥,٥	٣٠,٠
جامعي / دراسات عليا	٧,٥	٨

تشير الدراسة إلى أن الطفل المولود لأم أمية معرض ٨ مرات أكثر للوفاة قبل ميلاده الأول من الطفل المولود لأم جامعية. فأطفال الأمهات الأميات يتعرضون للموت مرتين أكثر من أطفال الأمهات اللواتي درسن في الصفوف الابتدائية مما يؤكد الأثر الدرامي لمستوى التعليم حتى ولو لبضع سنوات فقط على وفيات الأطفال.

من جهة أخرى أشارت دراسة الجامعة الأميركية في بيروت عن وجود علاقة وثيقة أيضاً بين مستوى تعليم الأم ووزن الطفل عند الولادة كما هو مبين في الجدول رقم ١٦.

جدول رقم ١٦ : العلاقة بين مستوى تعليم الأم ووزن الطفل عند الولادة.

الوزن عند الولادة	أمية		بعض الابتدائي		بعض الثانوي / المهني		أنهت الثانوي / المهني، الجامعي		أنهت مع / أو عليا	
	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد
ضعيف	١٤,٧	٧,٥	١٧	٩,٢	٥	٥,٤	٢	٥,٠		
عادي	٤٧,١	٨٣,٠	١٤٧	٧٩,٩	٧٩	٨٤,٩	٣٤	٨٥,٠		
بدين	١٤,٧	٩,٤	١٦	٨,٧	٧	٧,٥	٣	٧,٥		
غير محدد	٢٣,٥	٠,٠	٤	٢,٢	٣	٢,١	١	٢,٥		
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٨٤	١٠٠,٠	٩٣	١٠٠,٠	٤٠	١٠٠,٠		

المصدر : Beirut 1984: A population and health profile, AUB 1985.

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يمكننا الفصل بين عنصر التعليم، التربية والأوضاع الاجتماعية والمهنية للأهل وبالتالي فالتائج تعكس هذا الوضع ولا تعكس أثر عامل التعليم منفرداً.

فتعليم الأم يتعلق بعدة مؤشرات: فالتعليم يعني بشكل عام زواجاً في السن المناسب، وعداداً أقل من الأولاد ومستوى إجتماعي - إقتصادي أعلى وكذلك ثقافة صحية أفضل. هناك إجماع لدى الخبراء حول العلاقة الوثيقة بين إعداد الأم (تعليم وتربية) ومستقبل الأطفال (صحة وبقاء ونمو)، ولعل ما قاله الرصافي شعراً يعبر عن هذه الحقيقة:

الأم مدرسة إذا أعددتها أعددت شعباً طيب الأعراق.

كما تفيد الإشارة إلى ما قاله المدير العام السابق لمنظمة الصحة العالمية «إن أمماً متعلمة معدة إعداد جيداً بالمعارف حول صحتها وصحة طفلها قادرة على تفادي ثلثي الوفيات» (Mahler). إن تعليم المرأة مؤشر للتنمية الإقتصادية والإجتماعية لأي مجتمع، وفي هذا الإطار نشير إلى نتائج دراسات أجريت في ١١ قطراً في أميركا اللاتينية والتي أكدت أن أثر تعليم الأم على فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة أقوى من أثر مستوى دخل الأسرة المادي.

ولعل من المنيد التوقف بعض الشيء عند سر هذه العلاقة بين تعليم الأم ووفيات الأطفال في السنوات الخمس الأولى. تشير الدراسات إلى أن تعليم الأم يعزز من وضع المرأة وتصبح أقل ركوباً لأن تعزي كل شيء إلى القضاء والقدر وأكثر دراية بمبادئ علوم الصحة والأحوال والعادات الجديدة، فالأم «طبيب العائلة» وخط الدفاع الأول عن صحتها وحسب دراساتنا فإن الأم تقوم بمعالجة حوالي ٤٠٪ من الأمراض الأكثر شيوعاً عند الأطفال (الإسهالات، أخماج الجهاز التنفسي الحادة...). دون إستشارة الطبيب أو غيره من العاملين الصحيين معتمدة على معارفها التي تكونت من ثقافتها وتفاعلها مع محيطها بمن فيهم الأطباء والعاملين الصحيين.

كما أن تعليم الأم له تأثيره على طريقة تعاطيها مع الأحداث التي تجري من حولها، وفي هذا الإطار نود الإشارة إلى الدراسة التي أجرتها برايس (Brayce 1985) والتي أظهرت تأثير مستوى الأم التعليمي من خلال طريقة تعاطيها مع أحداث الحرب. فقد بينت الدراسة أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض تعاطين مع الأحداث

بطريقة أكثر عاطفية من الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي اللواتي أثبتن قدرة أكبر على فهم وحل المشاكل التي يواجهنها.

يبقى أن نوضح العلاقة المفترضة بين تعليم الأم وإعدادها، فتعليم الإناث في مناهج تقليدية كما في لبنان يمكن أن يؤدي إلى بعض السلبيات (التحول من الرضاعة الطبيعية إلى الزجاجية، التدخين، تعاطي الكحول، الخ...). لذلك لا بد من علاقة جدلية بين التعليم والتربية وضرورة إدخال تعديلات في مناهج التعليم ومتابعة ذلك عبر التوعية اللامنهجية (وسائل الأعلام المرئية والمسموعة والمقروءة) لتزويدهن بالمعلومات الضرورية لرعاية أسرهن وإلا فلن يكون للتعليم وحده ذلك الأثر الذي أسهبنا في إثباته.

كما أن ما ورد يعني أيضاً أن بإستطاعة الأمهات الأميات الحصول على المعارف المناسبة عبر برامج مخصصة لمن لتعويض بعض ما إفتقدنه ويساعدهن على تحسين صحة أطفالهن وتعزيز شروط بقائهم على قيد الحياة. من هنا أهمية برامج محو الأمية ذات المحتوى التربوي التثقيفي المرتبط بحقائق الحياة الملموسة والتي تساعد الأم في النهوض بوضع أسرتها عموماً وأطفالها بشكل خاص صحياً وإجتماعياً.

من ناحية أخرى، كشفت الدراسات العلاقة بين مستوى وفيات الأطفال وعمل الأمهات. فقد تبين أن الطفل المولود لأم تعمل ينعم بفرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة من الطفل المولود لأم لا تعمل كما هو مبين في الجدول رقم ١٧، وهذه النتائج ذات مغزى كبير إذ أنها تؤكد للأمهات اللبنانيات أن لعملهن تأثيراً إيجابياً على فرص بقاء ونمو أطفالهن بالإضافة إلى نتائج العمل الإيجابية اقتصادياً واجتماعياً على وضع الأم نفسها وعلى عائلتها عموماً. ويبقى أن نشير إلى الآثار السلبية للعمل المضني والإرهاق خلال فترة الحمل حيث قد تؤدي إلى خطر الولادة قبل الأوان (Papiernek, 1985) وهذا ما تشكوهه واقعاً العديد من النساء في الريف حيث الأم هي التي تدير شؤون المنزل وتربية الأطفال وهي التي تتابع العمل الزراعي وتأمين المياه.

جدول رقم ١٧ : تأثير عمل الأم على معدلات وفيات الأطفال

معدل وفيات الأطفال

معدل وفيات	معدل	الوضع العملي
معدل وفيات	معدل	الوضع العملي
الأطفال	الرضع	للأم

الأمهات اللواتي لا تعمل* ٣٥ ٤٣,٥

الأمهات التي تعمل** ٢٢,٥ ٢٦,٥

* معدل فئة الأم بين ٢٠ و٢٤ سنة وبين ٢٥ و٢٩ سنة.

** يشمل نوع العمل فئات ثلاث: تربية، صحة، وقطاعات أخرى.

ب - تأمين المياه النظيفة وإصحاح البيئة

يعود تاريخ المعرفة العلمية حول العلاقة بين المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي من جهة والأمراض من جهة ثانية إلى أواسط القرن الماضي. وكان لحدوث فاشيات الكوليرا في بريطانيا والتي أدت إلى حدوث مئات الألوف من الوفيات بين الأطفال والكبار في المدن الصناعية المزدهمة بالسكان أثراً كبيراً في إظهار هذه العلاقة. وكان جان

سنو (J. Snow) أول من ربط بين العدوى وتلوث مياه الشفة. وقد أجريت أبحاث كثيرة في مناطق عديدة من العالم أشارت إلى وجود علاقة وثيقة بين وضع المياه ومستوى وفيات وأمراض الأطفال. ويبين الرسم البياني رقم ٣ العلاقة بين إيصال المياه وتراجع وفيات الأطفال.

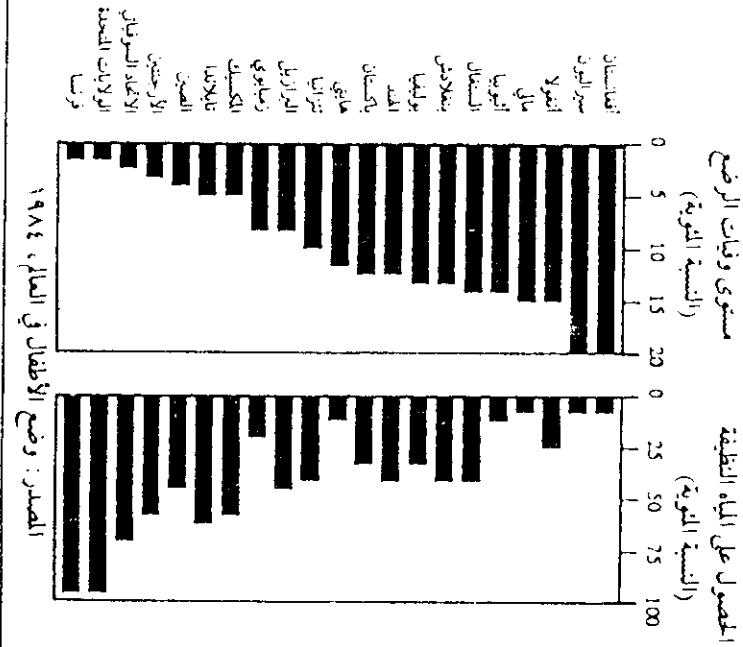
في لبنان ونتيجة الحرب في السنوات الماضية، تراجع وضع المياه من حيث الكمية والنوعية، فإنخفضت كمية المياه بنسبة ٦٠٪ عن مستواها في عام ١٩٧٥. وأصبح المواطن اللبناني يحصل حالياً على ما يقارب ٧٧,٥ ليتر مياه في اليوم. وتجدر الإشارة إلى أن الحصول على المياه غير متجانس على كل الأراضي اللبنانية، فتشير الدراسات إلى أن هناك حوالي ١٠٠ قرية في المناطق الأكثر حاجة والأقل نمواً محرومة كلياً من أي مصدر للمياه أو من شبكة تؤمن المياه للمنازل. كما يبدو أن الشمال والبقاع هما المنطقتان اللتان تفتقدان للمياه أكثر من غيرهما.

ليست الحال أفضل فيما يتعلق بنوعية المياه، حيث تشير الدراسة التي أجرتها دائرة علوم البيئة في الجامعة الأميركية واليونسف في ١٩٩٠-١٩٩١ في عينة شملت ٢٠٠ قرية وحي مديني مختارة عشوائياً إلى أن حوالي ٧٠٪ من المصادر المائية الطبيعية (كالبنايين والآبار والخزانات) المستخدمة كمصدر للمياه هي عرضة للتلوث الجرثومي.

كما أن هناك حوالي ٦٠٪ من مياه شبكات التوزيع معرضة للتلوث الجرثومي و يرتفع مستوى التلوث إلى ٧٥٪ في المصادر المائية الطبيعية بشكل حاد أثناء فصل الجفاف.

أما فيما يتعلق بتصريف المياه المبتذلة فالبوابع ذات القعر المفتوح هي الوسيلة الأكثر اعتماداً لتصريف المياه المبتذلة في لبنان كما يشير إلى ذلك الجدول التالي:

رسم بياني رقم ٣:
وفيات الأطفال ونسبة السكان التي تحصل على مياه شقفة
سليمة في بعض الدول، ١٩٨٢



جدول رقم ١٨: طرق تصريف المياه المبتذلة في لبنان.

الطريقة	النسبة المئوية
البوابع	٦٣,٨
شبيكات المجاري	٣٦,٢
المجموع	١٠٠,٠

تؤثر طريقة تصريف المياه المبتذلة على النوعية الجرثومية لمياه الشقفة، فيتبين بوضوح لدى مقارنة تقاطعية لنوعية المياه الجرثومية وطرق تصريف المياه المبتذلة أن المناطق التي تستخدم البوابع لتصريف المياه المبتذلة هي عرضة للتلوث الجرثومي حتى نسبة ٦٦,٧٪ في حين أن المناطق التي تستخدم شبكات المجاري لجمع وتصريف المياه المبتذلة تتعرض مصادر المياه فيها للتلوث بنسبة أدنى لا تتعدى ٢٧,٨٪ كما يشير إلى ذلك الجدول التالي:

جدول رقم ١٩: النوعية الجرثومية للمياه حسب طرق تصريف المياه المبتذلة.

طريقة التصريف	تطابق %	لا تطابق %
بوابع	٣٣,٣	٦٦,٧
شبيكات مجاري	٥٥,٦	٢٧,٨

أخيراً لا بد من الإشارة إلى أن النظافة العامة والشخصية هي العنصر المكمل لتأمين الحصول على المياه لضمان تراجع الأمراض المنقولة بواسطة المياه. فقد دلت دراسة أجريت على مجموعتين من الأولاد، المجموعة الأولى تغسل يديها بعد الخروج من المرحاض وقبل تناول الطعام والمجموعة الثانية تعيش في الظروف البيئية نفسها دون القيام بذلك إلى أن نسبة الإصابة بالإسهالات في المجموعة الأولى هي أقل ٢٥٪ منها في المجموعة الثانية.

ج - نظام الخدمات الصحية

يعتبر الحصول على الخدمات الصحية أحد العوامل المؤثرة في صحة المجتمع عموماً والأطفال خصوصاً، فالنظام الحالي للخدمات الصحية لا يجعلها بمتناول الفئات الأكثر حرماناً من الشعب اللبناني. ومن خصائصها يمكننا ذكر:

- هيمنة القطاع الخاص على النظام الطبي القائم وما يتبع ذلك من كلفة مرتفعة للخدمات المقدمة. إذ أن ٩٢٪ من أسرة المستشفيات العاملة حالياً وأكثر من ثلثي خدمات الرعاية الطبية الأولية تابعة للقطاع الخاص.

- تراجع حجم التقديمات الفعلية ونظام الضمان الإجتماعي وعدم شموله لفئات واسعة من الفلاحين - فقراء المدن - العاطلين عن العمل - المعاقين.

- التفاوت بين المناطق على صعيد الخدمات المتوافرة ونوعيتها.

- أثمان الأدوية الباهظة والتي تشكل بنداً رئيسياً في الفاتورة الصحية للعائلة والتي لم تنجح في جملها أشكال التدخلات المتتالية.

د - خدمات الرعاية الصحية الأولية

كان لبنان من بين الدول الأولى التي سعت إلى توفير الرعاية الصحية الأولية لسكانها. فقد قامت الدولة بعدة محاولات تصب في هذا الإطار ومن ضمنها محاولتان كانتا على درجة من الأهمية:

الأولى عبر إنشاء مراكز الخدمات الشاملة بإدارة مديرية الشؤون الاجتماعية (مصلحة الإنعاش الاجتماعي سابقاً) وذلك في السبعينات من خلال جهود مشتركة بين وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ومنظمة اليونيسف والوكالة الأميركية الدولية للتنمية. وقد شكلت هذه المحاولة تجربة رائدة لإدخال مفهوم الرعاية الصحية الأولية بالترابط مع اللامركزية الإدارية، التنمية الاجتماعية، ومشاركة المجتمع. فقد خطط البرنامج لإنشاء واحد وخمسين مركزاً في المناطق الأكثر حاجة (في الريف والمدينة) في البلاد لتوفير الخدمات الأساسية للسكان في مجالات الصحة والتربية والتنمية الاجتماعية الشاملة مشدداً على مفهومي المجتمع المحلي واللامركزية الإدارية نفذ منها خمسة عشر مركزاً قبل أن يتوقف البرنامج عام ١٩٨١ يعمل منها الآن ١٣ مركزاً. وهذه محاولة مميزة وجديرة بالدرس لتطويرها لأنها حاولت ربط العمل من أجل تحسين الصحة بعمل متكامل يجمع بين عناصر أساسية للصحة (الخدمات الطبية والاجتماعية) من جهة والتربية والتنمية التي تعني تنمية القدرات ووسائل الإنتاج المحلية من جهة ثانية. وهذا كان يشكل مفهوماً طبيعياً مطلع السبعينات، وعلى مثل هذه التجارب الناجحة بنت منظمتا الصحة العالمية واليونيسف وثيقة المآلات التاريخية والتي كان للبنان شرف المشاركة في صياغتها وإقرارها عام ١٩٧٨.

أما المحاولة الثانية فقد جاءت في الثمانينات بأصدار المرسوم الإشتراعي ٨٣/١٥٩ الذي يقضي بتقسيم البلاد إلى خمس عشرة منطقة صحية (لكل ٢٠٠ ألف شخص تقريباً) وإنشاء مراكز للرعاية الصحية الأولية (لكل ٣٠ ألف شخص تقريباً)، مستشفى عام لكل منطقة ومستشفى إقليمي لكل ثلاث مناطق. يدير الخدمات الصحية في كل منطقة مجلس صحي مؤلف من ممثلين للمجتمع المحلي والإدارات الرسمية المعنية بالصحة العامة. لم يكتب النجاح، لسوء الحظ، لإستكمال هاتين المحاولتين. خلال فترة ١٩٨٣ - ١٩٨٤ باشرت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية بالتعاون مع اليونيسف إنشاء مراكز الرعاية الصحية الأولية فأنشئ مركزان في النبطية وبنيت جبيل قبل أن تتوقف التجربة بفعل إستمرار الحرب وعوامل أخرى لا مجال للحديث عنها في سياق هذا البحث.

أما خدمات الرعاية الصحية الأولية فهي تتوافر عبر أعداد كبيرة نسبياً من المستوصفات هي الآن تتجاوز ٧٥٠ مستوصفاً تفتقد بأكثريتها إلى الكادر المهني وإدارياً والتجهيزات الضرورية وتقتصر خدماتها على بعض جوانب الطبابة العلاجية مع غياب شبه كامل للدقاية والتثقيف والتأهيل وخدمات الأمومة والطفولة وصحة البيئة وشبه غياب للتنسيق فيما بينها وتوزيعها لا يتطابق مع الإحتياجات لأنها لا تستند إلى مخطط وطني واحد. ثلث هذه المستوصفات تقريباً تابع للدولة (وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية، مصلحة الإنعاش الاجتماعي، الجيش، قوى الأمن الداخلي، البلديات) كما هو مبين في الرسم البياني رقم ٤. أما الثلثان فتابعان للجمعيات الأهلية التي كانت كثيرة النشاط خلال هذه الفترة وقامت بفتح عدد لا يستهان به من المستوصفات لتأمين الخدمات الصحية العلاجية إلى المواطنين في جميع أنحاء لبنان مساهمة بذلك في توسيع مجال الخدمات الصحية وتأمينها بعدها الأدنى لعدد غير قليل من المحتاجين في كافة المناطق. كما تجدر الإشارة إلى أنه يتوفر الآن حوالي مائة مركز صحي أهلي تقدم خدمات طبية شبه متكاملة بمواصفات مقبولة وجيدة.

كما أن بعض الجمعيات الأهلية ومنظمات دولية غير حكومية قد عملت في القطاع الصحي مثل إتحاد غوث الأولاد ومنظمة فرسان مالطا وأرض البشر (سويسرا) لها عدد من المراكز الصحية النموذجية، وبعضها يقوم بدعم البنية القائمة بالتجهيزات والأدوية وأبرزها الصابب الأحمر الدولي وأطباء العالم وأطباء بلا حدود وهيئة الإغاثة الكاثوليكية (الولايات المتحدة) وجمعية الشبان المسيحيين ومجلس كنائس الشرق الأوسط.

يمكن تصنيف المستوصفات عملياً ضمن ثلاث فئات: الأولى تشمل مستوصفات يتواجد فيها الطبيب لأيام محدودة من الأسبوع وحيث الخدمات محدودة بدورها وغير مستمرة، والثانية تشمل مستوصفات تفتح طوال الأسبوع ويوجد فيها أطباء صحة عامة وأطباء أطفال وعدد محدود من الأخصائيين، والثالثة تشمل مستوصفات توفر خدمات متعددة بما فيها العلاجية الوقائية. يبين الجدول رقم ٢٠ توزيع المستوصفات المستفيدة من برنامج الأدوية الأساسية لوزارة الصحة ومنظمة اليونيسف حسب فئاتها بالنسبة إلى المناطق.

جدول رقم ٢٠: توزيع المستوصفات حسب فئاتها في المناطق.

المحافظة	الفئة الأولى	الفئة الثانية	الفئة الثالثة	المجموع
الشمال	٦٧	٥٣	٣٧	١٥٧
البقاع	٤٣	٤٤	١٧	١٠٤
بيروت	٣٧	٣٥	٣٢	١٠٤
جبل لبنان	١١٢	٤٨	٣٨	١٩٨
الجنوب	١٠٥	٥١	٤٣	١٩٩
المجموع	٣٦٤	٢٣١	١٦٧	٧٦٢

ملاحظة: هذه المعلومات مستقاة من الإحصائيات الخاصة ببرنامج الأدوية الأساسية - تشرين الثاني ١٩٩٢.

لقد بات ملحاً اليوم إعادة تنظيم خدمات الرعاية الصحية الأولية على قاعدة التكامل بين القطاعين الرسمي والأهلي وإلغاء الإزدواجية لصالح خدمات جديدة يحتاجها المواطنون والمزيد من مشاركة المجتمع في التخطيط والإدارة والتمويل كسبيل وحيد لبناء خدمات رعائية قادرة على الإستمرار وتستحوذ على ثقة المجتمع في آن.

الفترة تقوم وزارة الصحة باعداد خطة جديدة لتنفيذ استراتيجية الرعاية الصحية الأولية بالتعاون مع القطاع الأهلي وبدعم من منظمتي الصحة العالمية واليونيسف.

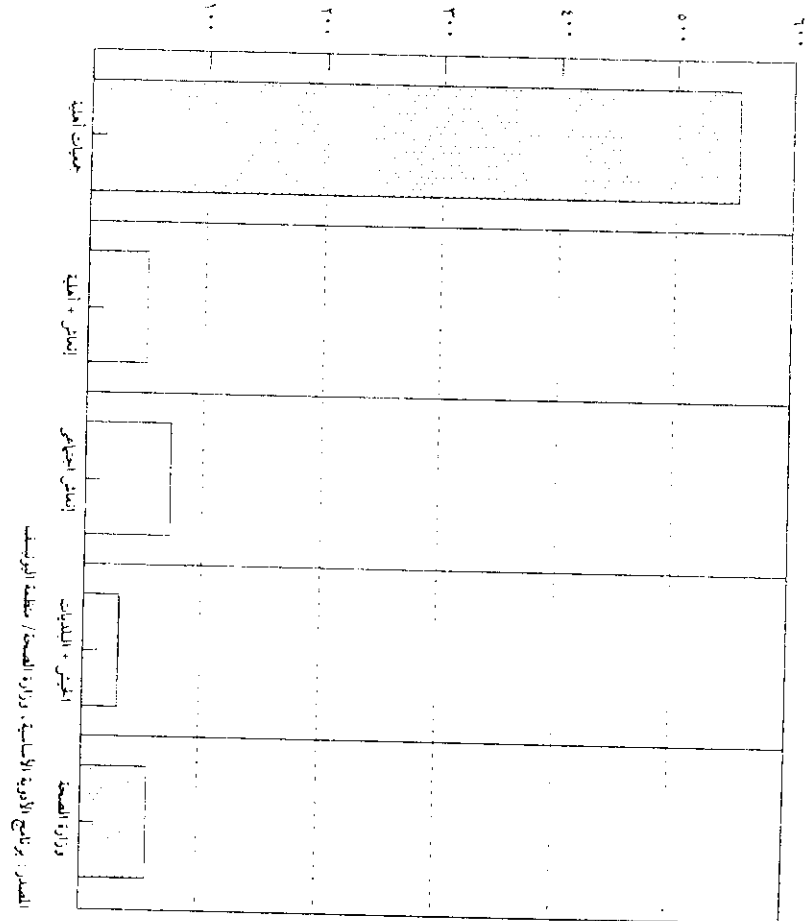
هـ - الإستشفاء

يلعب القطاع الخاص دوراً أساسياً في هذا المضمار. فالقطاع الخاص يعطي حالياً أكثر من ٩٠٪ من قطاع الإستشفاء في لبنان بينما كان يعطي ٧٥٪ في العام ١٩٧٥، ويبلغ عدد الأسرة في المستشفيات ١١٥٢١ سريراً منها ١٠٩١٦ سريراً في القطاع الخاص، ويبلغ عدد المستشفيات الخاصة ١٤٤ مستشفى منها ٣٧ مخصصة للأمراض المزمنة.

إن توزيع المستشفيات الجغرافي في كل المناطق كما يظهره الجدول رقم ٢١ يبين أن نسبة الأسرة/ السكان هي في بيروت ثلاثة أضعاف نسبتها في البقاع أو الشمال ويشير الجدول أيضاً إلى تغير في هذه الخدمات منذ ١٩٦١.

جدول رقم ٢١: مقارنة نسبة الأسرة/ السكان لعشر آلاف شخص خلال السنوات ١٩٦٤، ١٩٨١، ١٩٨٨، و١٩٩١ حسب المناطق.

المحافظة	١٩٦١	١٩٨١	١٩٨٨	١٩٩١
بيروت وضواحيها	٦٢	٤٩	٣١,٦	٥٥,٦
جبل لبنان	٥٠	٥٤	٣١,٦	٢١,٢
الجنوب	٢٠	٢٩,٤	٢٢,٧	٣١,٥
الشمال	٢٥	١٧,٤	١٢,٥	١٩,٥



البقاع	١٢	١٥,٩	١٢,٢	٢٥,٢
متوسط لبنان	٣٩,٧	٣٥,٥	٢٤,٣	٢٧,٩

المصدر: مجلة Ecochiffres 1988 وتقرير غير منشور لمنظمة الصحة العالمية.

و - الجسم الطبي

يشكل الجسم الطبي عاملاً مهماً لتأمين خدمات الصحة في البلدان النامية، إذ يعتبر الجسم الطبي الجسر الذي يوصل بين المعارف العلمية الحالية ومستحقها برغم أن الوقائع الملموسة توحي بأن بعض المهنيين لا يسهمون بما فيه الكفاية في إيجاد الحلول الناجمة للمشاكل الصحية التي يعانيها المجتمع، فيشجعون الإرضاع الإصطناعي ويستمررون بوصف الأدوية المضادة للإسهالات عوضاً عن شراب معالجة الإسهال، ويعارضون قيام العاملين الصحيين بتقليح الأطفال. لكن الحقيقة أيضاً هي إنخراط أعداد متزايدة من الأطباء وسائر أعضاء الجسم الطبي في ممارسات في اتجاهات أخرى، فيشرون بإستراتيجية الرعاية الصحية الأولية، والعديد من أساتذة كليات الطب يشاركون في تدريب الأطباء العاملين في المستوى الأولي ويفضلون شراب معالجة الإسهال والإرضاع من الثدي. كما يحاولون وبكل الوسائل المتاحة تحويل المستشفيات ودور التوليد إلى بيئة صديقة للأطفال ويرفضون ترويج الحليب الإصطناعي مقاومين إغراءات الشركات المنتجة. وهناك محاولة جديدة تجري الآن لإدخال تعديلات على مناهج تعليم الطب لربطها أكثر بحاجات المجتمع وإدخال المفاهيم الصحية التي أطلقتها منظمتا الصحة العالمية واليونيسف وأثبتت وقائع الحياة صحتها.

تدل سجلات نقابة الأطباء في لبنان في العام ١٩٨٨ أن هناك ٣٦٨٥ طبيباً مسجلين في لبنان ٦٦٪ منهم من الإختصاصيين. وفي العام ١٩٩٢ إرتفع هذا العدد إلى ما يقارب ٥٥٠٠ طبيب يعمل ما يقارب ألف طبيب منهم خارج لبنان.

جدول رقم ٢٢: توزيع الأطباء حسب الإختصاص - عام ١٩٩٣.

الإختصاص	عدد الأطباء (١٩٩٣)
أطفال	٣٦٢
نسائي وتوليد	٣٦٠
جراحة عامة	٣٠٨
قلب	١٧٦
تخدير وإنعاش	١٥٠
أنف، أذن، وحنجرة	١٣٨
جراحة العظم	١٢٥
جراحة المسالك البولية	١١٥
جهاز هضمي	١١٠
أمراض العين	١٠١
أمراض زهرية وجلدية	٩١

تابع جدول رقم ٢٢: توزيع الأطباء حسب الإختصاص - عام ١٩٩٣.

الإختصاص	عدد الأطباء (١٩٩٣)
التشخيص الشعاعي	٧٧
الأمراض الصدرية	٧٥
أمراض الغدد والصماء	٦٤
الطب الداخلي	٥٦
المخبرية السريرية	٤٢
الكلية	٤٠
الأمراض العصبية	٣٨
الطب العائلي	٣١
الأمراض العقلية والنفسية	٢٩
جراحة الدماغ	٢٤
أمراض الروماتيزم	٢٣

تابع جدول رقم ٢٢: توزيع الأطباء حسب الإختصاص - عام ١٩٩٣.

الإختصاص	عدد الأطباء (١٩٩٣)
جراحة الترميم	٢٢
الباثولوجيا	٢٠
أمراض الدم	١١
الحساسية	١٠
الأمراض المعدية	١٠
التورم الخبيث	٩
الطب الطبيعي	٥
جراحة فك ووجه	٤
الطب النووي	٤
الطب الشرعي	٢
أمراض البلاد الحارة	١

تابع جدول رقم ٢٢ توزيع الأطباء حسب الإختصاص - عام ١٩٩٣.

الإختصاص	عدد الأطباء (١٩٩٣)
أميويائي	١
المجموع	٢٦٣٤

المصدر: الأطباء في لبنان - دليل ١٩٩٣.
نقابة أطباء لبنان.

يقدر حالياً أن هناك طبيباً لكل ٦٥٠ شخص وتجدد الإشارة إلى أن توزيع الأطباء على المناطق يبين تفاوتاً. إضافة إلى ذلك فإنه رغم تزايد نسبة الأخصائيين والذين يصل عددهم اليوم إلى ما يفوق ٧٠٪ من عدد الأطباء الإجمالي هم من الأخصائيين إلا أن توزيعهم على الإختصاصات لا يتناسب مع إحتياجات السكان.

وفي إعتقادنا إن الجسم الطبي يعيش الآن في أزمة بنيوية أبرز ملامحها:
- عدد متزايد من الأطباء الأخصائيين يصعب عليهم إيجاد عمل يتلاءم مع إختصاصهم وبمردود يلبي طموحاتهم وتزايد كلفة التأسيس في المدن الكبرى وكل ذلك يدفع إلى إرتفاع كلفة الخدمات الطبية التي يتحملها في النهاية المجتمع.

- تلقي هؤلاء الأطباء علومهم في حوالي ٧٣ بلداً مختلفاً مما يوجد تباينات بارزة في طرق ونوعية الممارسة العملية للمهنة.

- عدم وجود نظام تدريب مستمر لهم.

من جهة أخرى، فلبنان يشكو من نقص حاد في حجم ونوعية الفئات الأخرى من أعضاء الجسم الطبي خصوصاً الجسم التمريضي من ممرضات ومساعدات ممرضات وقابلات

قانونيات. فبينما يوجد طبيب لكل ٦٥٠ شخص هناك ممرضة لكل ٢٥٠٠ شخص ومساعدة ممرضة لكل ٣٠٠٠ - ٤٠٠٠ شخص وقابلة قانونية ممارسة لكل ٦٧٥٠ شخصاً.

ز - التأمينات الطبية والاجتماعية

يوجد في لبنان شكلان للضمان الصحي: الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لموظفي القطاع الخاص وتعاونية موظفي الدولة للقطاع العام. أما الخدمات الطبية للعسكريين وعائلاتهم (الجيش، وقوى الأمن الداخلي، والأمن العام) فهي مؤمنة عبر تعاونيات ومؤسسات حكومية أخرى.

وتغطي جميع هذه المؤسسات حوالي ٤٠٪ من السكان في لبنان. وقد أشارت دراسة أجرتها مؤسسة البحوث والإستشارات في عام ١٩٨٤ إلى أن المضمونين يدفعون ٧٥٪ من الفاتورة الطبية. لذلك فإن العديد من المضمونين ينتسبون إلى شركات التأمين الخاصة لتغطية فاتورة الاستشفاء.

من جهة ثانية فإن الفئات الأكثر عوزاً في المناطق المدنية والريفية بمن فيهم العاطلين عن العمل، المعاقين، العمال المياومين والعمال الزراعيين والفلاحين والباعة المتجولين وغيرهم من الفقراء لا توجد لديها أية صيغة للضمان. والمساعدة الوحيدة التي يحصلون عليها هي عبر وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية التي تقوم بتغطية نفقات الإستشفاء لغير المضمونين عبر تعاقدها مع المستشفيات الخاصة لـ ١٥٤٩ سريراً. وهم يعانون كثيراً في سبيل الحصول على ما يحتاجونه من خدمات صحية خصوصاً عندما يتعلق الأمر بالأمراض المزمنة والعمليات الجراحية الكبرى وغرف العناية الفائقة.

ح - مشكلة الدواء

إن الأسعار المرتفعة للأدوية في لبنان تشكل عائقاً آخرأً يحول دون حصول الفئات الفقيرة على خدمات الرعاية الصحية الأولية. وفي دراسة أجراها الإتحاد العمالي العام في

لبنان تبين أن الدواء يشكل ٤٢٪ من مجموع النفقات الطبية وأن ٦٪ من دخل الفرد يستعمل لتغطية نفقات الدواء. وقد قدر الخبراء أنه يمكن توفير مبالغ كبيرة إذا تم إستعمال سياسة ترشيد إستعمال الدواء في لبنان. وتشير دراسة أجراها الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي أن ٦٠٪ من الوصفات الطبية غير مبررة. ودلت دراسات أخرى إلى أن شريحة واسعة من الشعب اللبناني تقوم بالإنفاق على أدوية غير نافعة بينما هناك فئات أخرى أكثر عوزاً في المدن أو في المناطق الريفية غير قادرة على دفع ثمن أدوية أساسية وتحتاجها.

يعود ثمن الأدوية المرتفع إلى إحتكار القطاع الخاص لسوق الأدوية والإعتماد شبه الكلي على الإستيراد وتراجع القيمة الشرائية لليرة اللبنانية مقابل العملات الأجنبية الأخرى. إضافة إلى ذلك فعدد الأدوية المرخص بها للإستعمال في لبنان هو ٥٤٧٢ دواء بينما عدد الأدوية الموجود في السوق يقارب الـ ٨٥٠ دواء.

قامت الدولة بمحاولات عدة للسيطرة على مشكلة الدواء وكانت تجربة الوزير السابق المرحوم الدكتور اميل البيطار في مطلع السبعينات أول محاولة جديدة لمعالجة مشكلة الدواء لجهة ضبط الأسعار، الأرباح، النوعية، والتشدد بتسجيل الأدوية الجديدة وإصدار دليل وطني للأدوية. ومن الملفت أن الحلول التي إقترحتها شكلت خلال عشرين عاماً وهي اليوم قاعدة إنطلاق لمعالجة هذه المشكلة الإجتماعية الحيوية. تبعتها محاولة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي عندما قام بإستيراد وبيع ٢٥٠ صنفاً من الأدوية الأكثر شيوعاً للمشمولين بخدمات الضمان الاجتماعي، وكانت هذه التجربة ناجحة ولكنها توقفت في العام ١٩٧٦ بسبب الحرب وقد أبتؤنف العمل بهذا البرنامج منذ عامين دون أن تحقق نجاحاً لأسباب لا مجال لتحليلها في هذا البحث. كما تم صدور مرسوم إشتراعي بتأسيس المكتب الوطني للدواء منذ أوائل الثمانينات وتعد وزارة الصحة الآن لتنفيذ المراسيم التطبيقية للمكتب مع إدخال تعديلات عليه تجعله مؤسسة مختلطة عبر إدخال شركاء أساسيين من خارج القطاع العام مما يعطيه حرية أكثر للتدخل في السوق وللمنافسة أيضاً وتوسيع دائرة المستفيدين من تقديماته. والأمال الكبار معقودة على هذا المشروع للحد من مشكلة الدواء وتوفره بالنوعية الجيدة والسعر المقبول لكل المواطنين.

الأولويات

التحديات التي تظهر واضحة من خلال تحليل المعطيات الخاصة بوضع صحة الأطفال في لبنان تشير إلى ضرورة الأخذ بالأولويات التالية:

- ١ - تعزيز دور المرأة التي هي المسؤولة الأولى عن صحة الأولاد.
- ٢ - تعزيز دور المؤسسات الحكومية.
- ٣ - العمل على إزالة الفوارق بين المناطق.
- ٤ - تقوية التعاون بين المؤسسات الحكومية والأهلية.
- ٥ - تنمية بنك وطني للمعلومات الأساسية (إحصاءات ومؤشرات صحية).

١ - تعزيز دور المرأة

تلعب الأم الدور الأساسي في النمو النفسي والإجتماعي والفكري والجسدي للطفل. فقد أشارت الدراسات إلى أهمية تزويد الأم بالمبادئ الأساسية، مما يزيد من فرص بقاء أولادها، ومن شأن ذلك أن يساعد أيضاً الأمهات على إمكانية الإستجابة إلى إحتياجات أولادها. فهذا إشتار للحاضر والمستقبل.

وبما أن أولاد اليوم هم رجال الغد وهم في الوقت عينه يشكلون وسيلة لإيصال المعلومات إلى الأهل، فمن الضروري أن نحرص على ألا يغادر أي طالب المدرسة دون الحصول على المعرفة الضرورية لبعض المبادئ الصحية الأساسية أهمها:

- مبادئ التغذية السليمة.

— أهمية الإرضاع من الثدي ومخاطر الإرضاع الصناعي وإحتياجات الطفل .

— فوائد تنظيم الأسرة وتعليم ضرورة المباشرة بين الولادات .

— ضرورة الحصول على مياه شفة غير ملوثة والصرف السليم للفضلات وكذلك النظافة الشخصية وتدارك الأمراض .

— أهمية التحصين ضد الأمراض .

— التدبير السليم للأمراض المألوفة وبخاصة الإسهالات والرشوحات والسعال ومعرفة متى يجب طلب المساعدة من الجسم الطبي .

— معلومات حول المشاكل البيئية ودور الأفراد والعائلات في حماية بيئتهم .

— مبدأ المساواة بين الفتيات والفتيان من حيث القدرات والإمكانات والحاجات والحقوق .

٢ — تنمية الطاقات الوطنية

أن الدور المحدود الذي تميزت به خدمات الدولة الصحية والاجتماعية خلال الحرب قد أدى إلى إحداث ثغرة كبيرة في إطار التوجهات العامة . من ناحية أخرى، أشارت دراسة المعطيات إلى أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه الدولة في كل الميادين التي تتعلق ببقاء الأطفال وتربيتهم وكذلك في حل مشاكل المياه والبيئة . لذلك تبرز أهمية مساعدة الدولة في جهودها الآيلة إلى صياغة سياسة وطنية موحدة مع تحديد الأهداف والإستراتيجيات التي يجب اعتمادها لتحقيق هذه الأهداف .

٣ — التوجه لمعالجة الفوارق بين المناطق

أشارت دراسة المعطيات إلى وجود فوارق بين المناطق اللبنانية على صعيد كل من المؤشرات الخاصة بوضع الطفل سواء كان ذلك في ميدان التربية (بلوغ المدرسة، توافر المؤسسة) أو الصحة (تباين الوفيات والحالات المرضية وبلوغ وتوافر خدمات الصحة والحصول على المياه وصرف الفضلات) .

وبشكل خاص نجد أن المناطق الريفية الواقعة على الأطراف في الشمال والجنوب تشكو من هذه الظروف الصعبة . إن منظمة اليونيسف ومن خلال برنامج العمل المشترك مع الدولة اللبنانية قد قامت بوضع برنامج وطني على صعيد لبنان ككل . إلا أنها ستلاحظ هذه المناطق ضمن أولوياتها وتركز على توفير الخدمات فيها وهذا يتماشى مع السياسة التي تعمل الدولة اللبنانية على تطبيقها .

٤ — تعزيز التعاون بين المؤسسات

أشارت دراسة المعطيات إلى الدور الكبير الذي لعبه القطاع الأهلي خلال الحرب وفي ظل غياب الدولة سواء على صعيد الخدمات الصحية أو على صعيد الخدمات الأساسية الأخرى، إلا أنه ولسوء الحظ هناك شبه غياب للتعاون بين هذه المؤسسات التي تكاثرت خلال الحرب، وبما أن هذه المؤسسات ستستمر في لعب دورها في مرحلة الإعمار فمن الضروري إيجاد الأطر اللازمة لتأمين التعاون بينها وفيما بينها وبين الدولة .

٥ — إنشاء قاعدة معلوماتية

تبين لنا خلال دراسة المعطيات أن الإحصاءات عن وضع الأطفال في لبنان قليلة جداً، إذ تنقصنا الدراسات الخاصة بوفيات وأمراض الأطفال ومشاكل التغذية والمعطيات الأخرى بما فيها المعطيات الديمغرافية الأساسية على الصعيد الوطني .

لذا فتنمية التعاون الوثيق بين مؤسسات الدولة (وزارة الصحة، والمجلس الوطني للبحوث العلمية) وكليات الطب والصحة العامة والعلوم الاجتماعية والمؤسسات الأهلية والمنظمات الدولية وبخاصة منظمات الأمم المتحدة (برنامج الأمم المتحدة للتنمية وصندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومنظمة الأغذية والزراعة الدولية) يجب أن يكون من الأولويات، إلا أن جهوداً كبيرة تبذل على صعيد الدولة والجامعات والمؤسسات الدولية

من أجل إنشاء هذه القاعدة ولعل توقيع الحكومة اللبنانية على وثيقة المسح الوطني حول صحة الأم والطفل مع المشروع العربي للتهوض بالطفولة بالإضافة إلى الدراسات الجاري تنفيذها من قبل العديد من الباحثين في الجامعات سيساعد على تزويد المخططين والباحثين وقادة المجتمع بالأساس الإحصائي المطلوب لصياغة الأهداف ووضع الخطط الوطنية للتهوض بصحة المجتمع عموماً والأطفال في شكل خاص.

خلاصة:

إن التعاطي مع هذه المشاكل الصحية التي يعانيها أطفال لبنان يتطلب برنامجاً قوياً ومنظماً للرعاية الصحية الأولية. إن تبني الرعاية الصحية الأولية كما حددها إعلان المآتة هو خيار حيوي جداً لحل مشاكل لبنان الصحية. فهي تشكل إستراتيجية شاملة ومادخلها لتأمين جميع الخدمات الوقائية والعلاجية. تعتمد هذه الإستراتيجية على إشراك المجتمع المحلي وذلك عبر إعطائهم دوراً قوياً وعاملاً مؤثراً لتعزيز الصحة في تطوير صحتهم ورعايتهم الاجتماعية. كما تعتمد أيضاً على التعاون بين سائر القطاعات المعنية بالصحة (الصحة والتربية والإقتصاد والزراعة والموارد المائية...) والتنسيق بين المؤسسات التي تعنى بالشؤون الصحية على صعيد القضاء فاللامركزية الإدارية وإشراك المجتمع في التنمية الصحية - الاجتماعية ودعم الإدارة المركزية وإشرافها في ظل التزام عملي وحازم بالعدالة الاجتماعية والوطنية الشاملة التي تعني إعطاء الأولوية للمناطق والفئات الأكثر حاجة في المجتمع هي حجر الزاوية ومعياري النجاح في البرامج الآيلة لتحسين صحة المجتمع.

ملحق - ١ -

عناصر الرعاية الصحية الأولية

إن الرعاية الصحية الأولية بحدها الأدنى تتضمن العناصر الثمانية التالية:

١ - التربية والتثقيف الصحي

إن العائلة والمجتمع المحلي يشكلان خط الدفاع الأول لأية خطة لتأمين الصحة للجميع وللأطفال بنوع خاص.

وفي عام ١٩٨٩ أصدرت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية واليونيسكو دليلاً أسمته «حقائق الحياة» يحتوي على المعارف الأساسية والحديثة عن صحة الطفل والأم التي يجب أن تصبح جزءاً من ثقافة كل أم وأب.

وسيكون التحدي الأول خلال التسعينات هو إيصال هذه الحقائق إلى كل بيت. وفي هذا المجال يقول مدير عام منظمة الصحة العالمية: «إن أمماً مثقفة بالمعارف الصحية الأساسية وتمارس عادات صحية سليمة في رعاية طفلها بإمكانها وقايتها من الوفاة في ثلثي الحالات».

٢ - رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة

لقد أصبحت لدينا حقائق علمية لم تعد موضع شك أبرزها:

أ - إن الولادات المتعددة (أكثر من ٤) والمتقاربة جداً (أقل من سنتين) لأمهات في

سن متأخر (٣٥ سنة وما فوق) أو في سن مبكر (أقل من ١٩ سنة) هي مسؤولة عن ٢٥٪ من وفيات المواليد والأمهات.

ب - إن مراقبة الأم الحامل والولادة بإشراف شخص مؤهل (طبيب أو قابلة مؤهلة) تخفف من المخاطر الناجمة عن الولادة على الأم والطفل معاً.

ج - إن تنظيم الأسرة يعني قبل كل شيء توفير المعلومات والإمكانية للزوجين للتحكم بموعد الإنجاب وعدد الأطفال والفاصل الزمني بين طفل وآخر.

٣ - الغذاء

إن توفير الغذاء الكافي للجميع هو بلا شك عنصر حاسم في تأمين إستمرار الحياة والصحة معاً. وفي الوقت نفسه علينا تسليح العائلات بالمعارف اللازمة لتحويل الغذاء المتوفر صحة غذائية.

إن الرضاعة من الثدي هي أهم ما يمكن أن تعطيه أم لوليدها لحماية صحته ووقايته من سوء التغذية.

٤ - المياه وإصحاح البيئة

إن حوالي نصف حالات المرض والوفاة بين الأطفال تنجم عن جراثيم تدخل إلى الفم بواسطة الطعام والشراب.

- لذلك يجب إيصال مياه نقية وبكمية كافية إلى كل الناس.

- ولكن ذلك لا يكفي بل يجب أن يرتبط بتصريف صحي وسليم للفضلات (النفايات الجامة والسائلة). تعميم المراحيض، الحفاظ على سلامة الغذاء، النظافة العامة والشخصية.

٥ - الوقاية من الأمراض السارية بالتلقيح

توجد خمسة أمراض سارية هي سبب رئيسي من أسباب الوفاة والإعاقة لدى الأطفال وهي: الشلل، الحصبة، الشاهوق، الخانوق، الكزاز، والدفتيريا التي تتوافرها لقاحات مضمونة الفعالية تحمي الأطفال من هذه الأمراض.

لذلك، فإن اعتماد برنامج للتلقيح الشامل هو أحد المهتمات الأساسية لبرامج الرعاية الصحية الأولية.

٦ - تنظيم برامج لكافة الأمراض المستوطنة والشائعة

إن أبرز الأمراض الشائعة في لبنان هي: السل، والإسهالات، وأمراض الجهاز التنفسي الحاد، الخ..

٧ - تأمين الخدمات الصحية الضرورية والمستمرة للجميع

يجب تأمين الخدمات الصحية الضرورية والمستمرة لجميع المواطنين وفي كل المناطق لمعالجة الأمراض الشائعة والحوادث.

٨ - تأمين الأدوية الأساسية لمعالجة الأمراض الأكثر شيوعاً

تأمين الأدوية الأساسية لتكون بمتناول الجميع بغض النظر عن إمكاناتهم المادية وأينما كانوا في الريف أو في المدينة على السواء.

في النهاية لا بد من التشديد على أنه رغم توافر الظروف الموضوعية وتحديد مفهوم الصحة بعناصرها الأساسية، لن تتأمن الصحة للجميع بشكل تلقائي والصحة في البلدان النامية لا تزال بعيدة جداً عن هذا الهدف.

فالصحة كالحرية لا تعطى بل تبنى وقد حددت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية إستراتيجية تقوم على أربع دعائم أساسية يجب توافرها وصولاً إلى الصحة للجميع وهي:

١ - توافر القناعة والإرادة لدى السلطة السياسية في كل بلد لتحسين الصحة حتى يتمكن كل المواطنين أن يعيشوا حياة منتجة إقتصادياً ومجزية إجتماعياً.

٢ - إعتد التكنيات الملائمة لوضع البلد تكون مقبولة إجتماعياً وميسورة إقتصادياً وليس اللهث لاستيراد تكنولوجيات معقدة ومكلفة وليس بمتدور الغالبية من الناس الاستفادة منها.

٣ - وضع خطة شاملة للتنمية فالصحة لا تصان فقط بالإجراءات الطبية وإنما بخطة شاملة تشمل القطاعات الرئيسية في المجتمع وفي مقدمها التعليم، الزراعة، الصناعة، الإسكان والإعلام.

٤ - أخيراً، وهو الأهم، مشاركة المجتمع وإنخراط الأفراد ضمن ورشة كبرى للعمل من أجل مستوى صحي أفضل وهذا هو المغزى العميق لشعار «الجميع من أجل الصحة للجميع» الذي تعمل اليونيسف لتحقيقه.

ملحق رقم - ٢ -

المشعرات الصحية الأساسية

السنة	النسبة	المشعر
١٩٩٠	٤٣ بالألف	١ - نسبة وفيات الأطفال دون الخمس سنوات
١٩٩٠	٣٥ بالألف	٢ - نسبة وفيات الأطفال دون السنة
	الإحصاءات غير متوفرة	٣ - نسبة وفيات الأمهات
١٩٩٢	٪٩٢	٤ - نسبة عدد السكان الحاصلين على مياه الشفة
١٩٩٢	٪٩٥	٥ - نسبة عدد السكان في المدن الحاصلين على مياه الشفة
١٩٩٢	٪٨٥	٦ - نسبة عدد السكان في الريف الحاصلين على مياه الشفة
١٩٧١	٪٥٥	٧ - النسبة المثوية لمستخدمي وسائل منع الحمل
١٩٩٠	٪٩٦	٨ - نسبة الولادات التي يشرف عليها كادر طبي مختص
١٩٩١	٪٩,٥	٩ - نسبة حديثي الولادة ذوي الوزن المنخفض
١٩٩٠	٪٧	١٠ - نسبة الإرضاع من الثدي فقط ٤ أشهر
		١١ - نسبة الإرضاع من الثدي ومن الرضاعة معاً لمدة ٦ - ٩ أشهر
١٩٩٠	٪٣٢	١٢ - الإرضاع من الثدي المستمر ١٢ - ١٥ شهراً
١٩٩٠	٪٢٧,٨	١٣ - عدد حالات الشلل الجديدة السنوية
١٩٩٢	صفر	١٤ - عدد حالات كزاز الوليد السنوية
١٩٩٢	٪٨٥	١٥ - نسبة الأطفال المحصنين ضد الثلاثي سنوياً
		١٦ - نسبة الأطفال الملقحين ضد الحصبة سنوياً قبل نهاية عامهم الأول
١٩٩٢	٪٥٠,٨	١٧ - نسبة الأطفال المحصنين ضد الشلل سنوياً
١٩٩٢	٪٨٥	

الدراسات الميدانية

المشعر	النسبة	السنة
١٨ - عدد حالات الإسهال المتكررة سنوياً لدى الأطفال دون الخمس سنوات	٣,٦ مرة	١٩٩٠
١٩ - عدد الوفيات السنوي الناجم عن الإسهالات لدى الأطفال دون الخمس سنوات	٧٥٠ حالة	١٩٩٠
٢٠ - عدد الولادات السنوي بالألف	٨٥	١٩٩٠
٢١ - نسبة مجموع السكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية	٩٥	١٩٩٢
٢٢ - نسبة سكان المدن الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية	٩٨	١٩٩٢
٢٣ - نسبة عدد السكان في الريف الذين يمكنهم الوصول إلى الخدمات الصحية	٨٥	١٩٩٢

فريق الدراسات

١ - الفريق المركزي المشرف على الدراسات :

الدكتور علي الزين	مدير البرامج الصحية - منظمة اليونيسف
الدكتور بشير عصمت	المدير التنفيذي للدراسات منسق برنامج التحصين الشامل / منظمة اليونيسف
الأستاذ كمال كمال الدين	أستاذ في كلية العلوم الاجتماعية - الجامعة اللبنانية
الآنسة ندى الأغر	منسق التقييم والمراقبة منظمة اليونيسف
الدكتورة منى الشعار	منسقة برنامج مكافحة الإسهالات الحادة منظمة اليونيسف
الآنسة أديل خضر	منسقة برنامج الأدوية الأساسية منظمة اليونيسف
	المساعدة الإدارية لمدير البرامج الصحية منظمة اليونيسف.

٢ - الفريق المشارك من قبل وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية

الدكتور إبراهيم الحاج	مدير الوقاية الصحية بالتكليف
الدكتور سليم دلال	مستشار وزير الصحة
الأستاذ جورج معلوف	منسق العلاقات بين وزارة الصحة والمنظمات الدولية

٣ - فريق التدريب

الدكتور علي الزين	مدير البرامج الصحية
الدكتور بشير عصمت	منظمة اليونيسف
الآنسة ندى الأغر	منسق برنامج التحصين الشامل
	منظمة اليونيسف
	منسقة برنامج مكافحة الإسهالات الحادة
	منظمة اليونيسف
الأستاذ كمال كمال الدين	منسق التقييم والمراقبة
	منظمة اليونيسف

٤ - فريق المشرفين :

الآنسة رينيه بولس	مدرسة التمريض - الشيخ طابا - عكار
الآنسة لوردي عوض	مدرسة التمريض - الشيخ طابا - عكار
الآنسة ماري تيريز صباغ	كلية التمريض - فرع الشمال (طرابلس)
	الجامعة اللبنانية
الآنسة مارتا فرنجية	كلية التمريض - فرع الشمال (طرابلس)
	الجامعة اللبنانية
الدكتور طارق قنواني	طبيب قضاء بعلبك / الهرمل
الآنسة هدى سعيد	مديرة مركز الخدمات الشاملة - بعلبك

الآنسة بسام أبو صعب	منسق فريق نوعية المياه
الآنسة خالد زهيرى	منظمة اليونيسف - الجامعة الأميركية في بيروت
الآنسة سمير سمحات	عضو من فريق نوعية المياه
الآنسة جمانة كالوت	منظمة اليونيسف - الجامعة الأميركية في بيروت
الآنسة دينا الخطيب	عضو من فريق نوعية المياه
الآنسة منى الرز	منظمة اليونيسف - الجامعة الأميركية في بيروت
الآنسة روى الأطرش	عضو من فريق نوعية المياه
	منظمة اليونيسف - الجامعة الأميركية في بيروت
	عضو من فريق نوعية المياه
	منظمة اليونيسف - الجامعة الأميركية في بيروت
	عضو من فريق نوعية المياه
	منظمة اليونيسف - الجامعة الأميركية في بيروت

الفريق اللوجستي المساعد

الآنسة حسن هاشم	مساعد في قسم التقييم والمراقبة
الآنسة خضر سليم	منظمة اليونيسف
الآنسة غادة كنعان	مساعد في قسم الصحة منظمة اليونيسف
الآنسة ليبي غاريوس	مسؤولة تنظيم الأسرة - بعلبك
الآنسة وليد عطالله	الصليب الأحمر اللبناني - زحلة
الآنسة حاتم دمشقي	مساعد لبرامج اليونيسف في منطقة البقاع
الآنسة أحمد رباح	مساعد لبرامج اليونيسف في منطقة بيروت
الآنسة بسام الدنا	مساعد لبرامج اليونيسف في منطقة الجنوب
	مساعد لبرامج اليونيسف في منطقة الشمال

- السيدة عادة قريان
- السيد عدنان كركي
- السيد عبد الحفيظ عجينة
- السيد ميلاد أبو صافي
- المحققين ٥

بالنسبة للمحققين تم التعامل مع مدارس التمريض الواقعة في نطاق كل منطقة وهي على الشكل التالي:

الشمال:

- مدرسة التمريض - الشيخ طابا (عكار) التابعة لمطارية الروم الأرثوذكس.
- كلية التمريض - فرع الشمال (طرابلس) الجامعة اللبنانية.

القباع:

- كلية التمريض - الجامعة اليسوعية - زحلة.
- مدرسة التمريض - بعلمك التابعة لمستشفى الططري.
- الإنعاش الإجتماعي - بعلمك
- جمعية تنظيم الأسرة - فرع بعلمك.

بيروت

- مدرسة الدكوانة الرسمية العالية للتمريض - الدكوانة - الجامعة اللبنانية.
- الصليب الأحمر اللبناني - إنطلياس.
- مدرسة الساحل للتمريض - الجامعة اللبنانية.

الجنوب:

- مدرسة التمريض (صور) مؤسسات الإمام الصدر.

الدراسة الوطنية حول بعض المؤشرات الأساسية لصحة الطفل في لبنان (*)

تشرين أول - تشرين ثاني ١٩٩٠

في إطار العمل المشترك بين وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وبإستشارة فنية من منظمة الصحة العالمية نفذت في الفترة الواقعة بين ١٥ تشرين الأول و ٣ تشرين الثاني ١٩٩٠ أول دراسة وطنية شاملة حول وفيات الأطفال ومستوى تحصينهم ضد الأمراض المشمولة بالبرنامج الوطني للتحصين وأمراض الإسهال التي تصيبهم.

غطت هذه الدراسة جميع المناطق اللبنانية وتم تنفيذها ميدانياً على ثلاث مراحل مدة كل منها خمسة أيام وسبق كل مرحلة تدريب للمشرفين والمحققين لمدة يومين.

نتائج هذه الدراسة توفر معلومات هامة لوزارتي الصحة والشؤون الإجتماعية، إذ لم تكن تتوفر سابقاً أية مشعرات وطنية صحية وبشكل خاص حول مستوى التحصين ووفيات الأطفال والإصابة بأمراض الإسهال. كما شكلت المعلومات تقييماً للجهود التي

(*) أعدت الدراسة الدكتور علي الزين بمساعدة الدكتور بشير عصمت والأستاذة ندى الأغر والأستاذة آدال خضر.

تم بذلها في مجال التحصين ومكافحة أمراض الإسهالات الحادة في لبنان، إذ بالرغم من الأوضاع الأمنية الصعبة استمر العمل في برنامج التحصين الشامل في لبنان منذ عام ١٩٨٧ وبذلت جهود مكثفة لتأمين التحصين لجميع الأطفال في لبنان والوصول إلى تحقيق الهدف العالمي المحدد بتحصين ٨٠٪ من الأطفال في عامهم الأول وذلك قبل نهاية ١٩٩٠. وبالإضافة إلى ذلك قامت الحكومة اللبنانية عام ١٩٨٩ بالتعاون مع منظمتي الصحة العالمية واليونيسف بإطلاق برنامج لمكافحة أمراض الإسهالات الحادة بحيث لم تكن هناك إحصاءات وطنية حول هذا المرض الذي يعتبر سبباً مهماً من أسباب مرض ووفيات الأطفال. لذلك سعت هذه الدراسة إلى تقدير نسبة الوفيات والأمراض الناتجة عن الإسهالات وطرق معالجتها بهدف دعم البرنامج المنطلق حديثاً وتطويره.

١ - أهداف الدراسة

تحددت للدراسة ثلاثة أهداف رئيسية:

١ - معرفة مستوى التحصين الوطني للأطفال بين ١٢ و ٢٣ شهراً ضد الأمراض الخمس القاتلة وقد تم التركيز بشكل خاص على التحصين ضد الحصبة لمعرفة العمر عند التلقيح وأسباب التأخير أو عدم التلقيح وكذلك مكان التلقيح لمعرفة نسبة الدور الذي يلعبه الطب الخاص في عملية التلقيح.

٢ - معرفة نسبة وفيات الرضع والأطفال حتى عمر الخمس سنوات.

٣ - معرفة نسبة أمراض الإسهالات والوفيات الناتجة عنها وطرق معالجة الأطفال المصابين دون الخمس سنوات، وقد تم الإهتمام بمعرفة جنس الطفل والتعرف على المستوى التعليمي وعمل الشخص المعني بأمر الطفل وعلاقة ذلك بالموشرات الصحية.

أما الأهداف الثانوية للدراسة فكانت:

١ - معرفة أسباب وفيات الرضع والأطفال حتى عمر الخمس سنوات.

٢ - الحصول على معلومات مهمة أولية عن وضع الام الاجتماعي لما لذلك من أثر مهم على صحة الأطفال.

٢ - المنهجية

لا يوجد في لبنان أي أساس لاختيار عينة وطنية لإجراء الدراسة، إذ لم يتم أي إحصاء سكاني فيه منذ العام ١٩٣٢، لذلك تم اعتماد لوائح التجمعات السكانية المتوفرة لدى منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) من خلال عملها الميداني في لبنان، وقد تمت مراجعة هذه اللوائح من قبل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية خلال إجتماعات عقدت في عمان. وقد أشار الدكتور هندرسون والدكتور كيم فارلي من منظمة الصحة العالمية - المكتب الرئيسي والدكتور تيري هيل والدكتورة ليلى بشارت من المكتب الإقليمي لمنظمة اليونيسف إلى وجود هذه الصعوبات ولكنهم وافقوا على الأسلوب الذي اعتمده مكتب اليونيسف في لبنان، حيث جرى الأخذ بتقدير حجم المنطقة السكاني بعين الاعتبار وليس عدد سكانها الفعلي وتجدر الإشارة إلى أنه تم إعطاء جميع المناطق نفس الفرصة للتواجد في العينة، كما تم إدخال جميع التجمعات السكنية الجديدة في العينة.

وقد تكونت العينة في الدراسة من ٢١٠ عناقيد مختارة عشوائياً بواسطة الكمبيوتر من جميع المناطق اللبنانية وقد تم استثناء المناطق التالية من أساس العينة: مناطق الجبهات العسكرية غير المأهولة، المناطق المدمرة في الريف والمدينة والمخيمات الفلسطينية التي تهتم منظمة الأونروا بأوضاعها الصحية.

وفي بيروت والمناطق المدنية حيث تتوافر خرائط للشوارع تم اختيار المنازل وفقاً للأصول المرعية، أما في المناطق الأخرى فقد تم التعامل معها وفقاً للأصول المتبعة من قبل منظمة الصحة العالمية للمناطق دون خرائط.

إن الدراسة ونتائجها تعبر عن لبنان ككل. وسوف تتم دراسات لاحقة للتعرف على الأوضاع الصحية في مناطق معينة.

أ - أداة الدراسة

تشكلت أداة البحث في هذه الدراسة من أربع إستمارات:

- ١ - إستمارة منزل وتشمل مؤشرات إضافية حول تعليم الإناث وعملهن (بين ١٥ و ٤٩ سنة).
 - ٢ - إستمارة لوفيات الأطفال للنساء المتزوجات أو المطلقات أو الأرمال.
 - ٣ - إستمارة الإسهال للأطفال دون الخمس سنوات.
 - ٤ - إستمارة التلقيح للأطفال بين ١٢ و ٢٣ شهراً. وتم التركيز فيها على مكان التلقيح، والتلقيح ضد الحصبة.
- واستمارتا الإسهال والتلقيح مقتبسستان مع بعض التعديل عن منظمة الصحة العالمية.

ب - حجم العينة

تم تحديد حجم العينة ككل وفق إحتساب تقدير معدل وفيات الأطفال الرضّع بـ ٤١ بالألف بالإستناد إلى دراسات قسم السكان التابع للأمم المتحدة وبناء عليه فقد قُدّر حجم العينة المطلوبة في الدراسة بـ ٨٦٠٠ امرأة بين ١٥ و ٤٩ سنة متزوجات (متزوجة أو أرملة أو مطلقة) و ٧٥٠٠ طفل تحت الخمس سنوات منهم ١٤٧٠ بين ١٢ و ٢٣ شهراً (٧ أولاد ضمن كل عنقود).

ج - تدريب فريق العمل

تم تدريب جميع المشرفين والمحققين لمدة يومين قبل كل مرحلة عمل ميداني وشمل التدريب المواضيع التالية:

- أهداف الدراسة.

- دراسة معمّقة للإستمارات الأربع.

- إرشادات للمحقق حول تصرفه في العمل الميداني.

- كنيّة تأمين العشوائية في العينة أي اختيار نقطة إنطلاق معينة والمتابعة بعدها حسب الأصول الموضوعية.
- المهات المنوطة بكل فريق.
- تمرين على الإستمارة بين المتدربين.
- تمرين ميداني في الأحياء القريبة من أماكن التدريب غير المشمولة بالدراسة.
- مراجعة الإستمارات المملوءة ومناقشة الملاحظات حولها مع المحققين. كما تم توزيع دليل على أعضاء الفريق يتضمن إرشادات للبحث.

د - العمل الميداني

إستمر العمل الميداني من ١٣ تشرين الأول حتى ٣ تشرين الثاني ضمناً وذلك على ثلاث مراحل*:

- المرحلة الأولى: الجنوب والضاحية الجنوبية لبيروت:

٦٣ عنقوداً، ٥ أيام، ٧ مشرفين، ٤ مساعدين، ٢٨ محققاً

- المرحلة الثانية: الشمال وجبل لبنان الشمالي والبقاع:

٧٢ عنقوداً، ٥ أيام، ٨ مشرفين، ٤ مساعدين، ٢٨ محققاً.

- المرحلة الثالثة: بيروت وجبل لبنان باستثناء الضاحية الجنوبية:

٧٥ عنقوداً، ٧ أيام، ٨ مشرفين، ٦ مساعدين، ٤٦ محققاً.

تجدر الإشارة إلى أن العدد المرتفع للمحققين يعود إلى أن كل مرحلة شملت مناطق بعيدة جغرافياً عن بعضها البعض ويصعب تغطيتها من قبل فريق واحد لأسباب أمنية، لذلك فإن الدراسة لم تنفذ من قبل فريق المحققين ذاته ولكن كان فريق التدريب

* إذ شاءت الصدفة أن يبدأ التدريب يوم السبت ١٣ تشرين الأول الذي عرف آخر يوم معارك في بيروت وكان من الممكن تأخير المسح لولا الإصرار الذي أبداه فريق العمل على عدم التردد والالتزام الصارم بالخطة الموضوعية للتنفيذ.

والإشراف واحداً في كل المناطق. وقد تمت مراجعة الإستمارات المملوءة من قبل المشرفين مباشرة بعد جمع المعلومات لتجنب العودة إلى المنطقة في حال كانت بعض الإستمارات غير مطابقة لشروط الدراسة. كما تم شرح الأخطاء وتنبه جميع المحققين إليها، وقد قام منسقو البرامج الصحية في المناطق ومساعدوهم بتسهيل تنقلات فرق البحث مع مراعاة عدم مشاركتهم مباشرة في التحقيق في مناطقهم بغية تحقيق أكبر قدر ممكن من الموضوعية. وفي كل المناطق كانت الإستمارات توضع في ملفات محتومة ويتم إرسالها مباشرة إلى المشرف المركزي على الدراسة مدير البرامج الصحية في اليونيسف للمراجعة الأخيرة، ثم كانت تسلم إلى قسم المعلوماتية في اليونيسف لإدخال المعلومات إلى الكمبيوتر.

هـ - عدد الحالات

تم في الدراسة جمع المعلومات من ١٤٨٧٢ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة ٩٥٨٢ منهن متزوجات أو سبق لهن الزواج (مطلقات، منفصلات، أو أرامل) كما شملت معلومات حول ٩٠٤٧ طفلاً تحت عمر الخمس سنوات بينهم ١٧٦٢ بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين.

و - إدخال المعلومات والتحليل

تم إدخال المعلومات إلى الكمبيوتر في مكتب اليونيسف في بيروت بواسطة برنامج (DBASE III) أما تحليل المعلومات فتم في عمان بإشراف المكتب الإقليمي لليونسف. وتم إعداد جميع الجداول وفقاً لبرنامج SPSS/PC+ والرسوم وفقاً لـ Harvard Graphics.

٣ - نتائج الدراسة

أولاً: على صعيد مستوى التحصين:

إن برنامج التحصين الشامل هو برنامج مشترك بين وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ومنظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والجمعيات الأهلية في لبنان.

إنطلق البرنامج في عام ١٩٨٧ عبر حملة وطنية شارك فيها عدد كبير من المؤسسات الحكومية والأهلية بالإضافة إلى عدد كبير من الجمعيات الكشفية والتربوية والشبابية وقد حققت هذه الحملة بعض النجاح في رفع مستوى التحصين لأطفال لبنان.

برغم حالة الحرب التي عرفتها بيروت الكبرى منذ آذار ١٩٨٩ والصعوبات التي واجهها البرنامج من حيث خزن وحفظ اللقاحات وتوزيعها في كل المناطق اللبنانية، فقد تمكنت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ومنظمة اليونيسف من تجاوز عقبات عديدة. وقد شمل ذلك إستحداث مستودع مركزي للقاحات و ٣٥ مركز حفظ للقاحات منتشرة في كافة المناطق تدير العمل فيها إدارات تشكلت من موظفين من وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ومن ممثلين من الجمعيات الأهلية ومنظمة اليونيسف. وهي تقوم بتزويد جميع المستوصفات والمراكز الصحية باللقاحات ووسائل حفظها وبكل مستلزمات التفليح ويتلقى منها المعلومات بانتظام عن الملقحين ضمن نظام وطني شامل ودقيق ويمكن.

يشارك في البرنامج في الوقت الحاضر ٥٦٠ مركزاً صحياً ثابتاً ثلثها تقريباً تابع للقطاع الرسمي والثلثان تديرهما الجمعيات الأهلية إضافة إلى ٣٠ فريق متنقل يغطي

المناطق الريفية النائية. وهذا مثال ملموس على الدور الحيوي الذي يلعبه القطاع الأهلي في تأمين خدمات الرعاية الصحية الأولية للمواطنين عموماً وللأطفال بشكل خاص. وأخيراً لا بد من الإشارة إلى دور القطاع الطبي الخاص في تحصين الأطفال.

إن رزمة التلقيح الوطنية المعتمدة في لبنان هي على الشكل التالي:

ثلاثي / شلل جرعة أولى	شهرين
ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثة أشهر
ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	أربعة أشهر
الحصبة	٩ أشهر
ثلاثي / شلل تذكير أول	١٨ شهر (بعد سنة من تاريخ الجرعة الثالثة)
ثلاثي / شلل تذكير ثاني	٤٢ شهر (بعد سنتين من تاريخ الجرعة التذكيرية الأولى)

ما يجب الإشارة إليه هو أن القطاع الطبي الخاص يعتمد عدة رزنامات للتلقيح حسب المدارس الطبية التي يعتمدها لكنها تتقارب عموماً من الرزمة الوطنية ما عدا التلقيح ضد الحصبة التي يعتمدها الطب الخاص في أكثرته على التلقيح في الشهر الخامس عشر بدلاً من الشهر التاسع.

١ - مستوى التغطية

أشارت نتائج الدراسة الوطنية إلى أن ٧٧,٨٪ من الأطفال دون السنة قد أخذوا ثلاث جرعات من الثلاثي والشلل، في حين تم تلقيح ٤٠,٧٪ من الأطفال ضد الحصبة قبل نهاية عامهم الأول كما يظهر في الجدول أدناه.

نسبة التحصين	ثلاثي / شلل جرعة أولى	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	حصبة
حسب البطاقة	٥١,٤٪	٤٩٪	٤٥,٥٪	١٥,٧٪
حسب قول الأم	٣٥,٢٪	٣٤٪	٣٢,٣٪	٢٥٪
المجموع	٨٦,٦٪	٨٣٪	٧٧,٨٪	٤٠,٧٪

٢ - الاحتفاظ ببطاقة التلقيح

إن الاحتفاظ ببطاقة التلقيح يعبر عن مستوى الوعي لدى الأم لأهمية تلقيح طفلها ومتابعته وفق رزمة محددة. إن نسبة وجود بطاقات التلقيح لدى الأطفال موضوع الدراسة هي ٥٣,٦٪ وهي نسبة متدنية. وفي حال عدم وجود البطاقة تم أخذ المعلومات من الأم حسب أصول معتمدة من قبل منظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وتجدر الإشارة إلى أن الذين يحتفظ الطبيب ببطاقاتهم عوملوا بنفس الطريقة.

٣ - مكان التلقيح

يستدل من هذه النتائج أن المراكز والمستوصفات العاملة في إطار البرنامج الوطني للتحصين تقاسم بالتساوي تقريباً عدد الأطفال الملقحين وإن كانت هذه النسبة ليست واحدة في كافة المناطق كما يظهر في الجدول التالي:

مكان التلقيح	ثلاثي / شلل جرعة أولى	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	حصة
القطاع العام والأهلي	%٤٥	%٤٧,٢	%٤٩,٨	%٥٢,٥
القطاع الخاص	%٥٥	%٥٢,٨	%٥٠,٢	%٤٧,٥

٤ - نسبة التسرب

إن الإنقطاع عن التلقيح مؤشر موثوق عن وعي الأم وتوفر المعلومات لديها عن ضرورة التلقيح وبرنامج التحصين، توفر أو إنعدام الحوافز لديها وكذلك المعوقات العملية كبعد مركز التلقيح، كثرة مشاغل الأم أو مرضها، مرض الطفل وغيرها من الأسباب التي تؤجل أو تمنع التلقيح. بلغت نسبة التسرب بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة من الثلاثي والشلل ٢, ١٠٪ بالنسبة للأطفال دون السنة و ٧٪ بالنسبة للأطفال بين الشهر الثاني عشر والشهر الثالث والعشرين.

٥ - دراسة الحصبة

تم خلال الدراسة سؤال كل أم لم يتلقح طفلها أو تأخرت في تلقيحه للحصبة عن أسباب ذلك وتظهر النتائج في الجدول التالي:

الأسباب وراء عدم التلقيح للحصبة أو التأخر في التلقيح:

الطفل أصيب بالحصبة	%٦,٦
معتقدات الأم	%٥,١

رأي الطبيب	%٢٥,٢
لا يمكن تحمل نفقاته	%٢,٧
غير متوفر	%٤
غير ذلك	%٤٢,٦
دون جواب	%١٣,٨

قبل مناقشة النتائج وصياغة التوصيات لا بد من تسجيل الملاحظات التالية:

أ - بما أنه تبين حسب نظام التسجيل أن جميع الأطفال الذين تلقحوا للشلل قد أعطوا في الوقت ذاته لقاح الثلاثي، فقد اعتبر أن الحالات الملقحة للشلل هي ذاتها الملقحة للثلاثي.

ب - إن النتائج تعبر عن لبنان ككل ولا تتركز حول منطقة معينة، كما سبق وأشرنا. لذلك يجب القيام بدراسات أخرى في المستقبل لتبين الخطوات العملية التي يجب إتباعها في مناطق محددة لتحسين مستوى تحصين الأطفال. إلا أنه يمكن إستعمال نتائج الدراسة ونتائج نظام التسجيل الذي إعتدناه كمشعرات لبرنامجنا كما إقترح خبير من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية خلال زيارته إلى لبنان.

ج - إن القطاع الطبي الخاص هو شريك أساسي في تلقيح الأطفال في لبنان. لذلك يجب العمل على إيجاد سبل للتنسيق بين القطاعين الأهلي والخاص في المستقبل.

تحليل النتائج

١ - رغم حالة الحرب التي سادت في لبنان أكثر من خمسة عشر عاماً فإن نتائج الدراسة تشير إلى أن مستوى التحصين قريب من هدف ٨٠٪ بالنسبة للثلاثي والشلل

إلا أن مستوى التلقيح ضد الحصبة ما زال دون الهدف. يجب الإشارة إلى أن جميع نتائج التلقيح تم تسجيلها سواء أخذت المعلومات من بطاقة التلقيح أو حسب قول الأم.

٢ - يستدل من النتائج أن ١٠٪ من الأطفال الذين يبدأون التلقيح ضد الشلل والثلاثي ينقطعون عن إستكمال الجرعات قبل نهاية العام الأول وهذه النتيجة تعتبر مقبولة في السنوات الأولى لإطلاق البرنامج ولكن من الصعب الوصول إلى مستوى عالٍ من التحصين دون معالجة أسباب التسرب لذلك بدأنا في عام ١٩٩٠ سياسة تهدف إلى خفض نسبة التسرب بالنسبة للثلاثي والشلل ويبدو أننا متوجهون نحو نتائج أفضل.

٣ - على صعيد اخصبة، يبدو أنها ما تزال سبباً مهماً في مرض الأطفال وأن الطبيب هو المصدر الرئيسي الذي ينصح بعدم التلقيح للحصبة قبل السنة من العمر وهذه مشكلة أشرنا إليها في مقدمة البحث.

التوصيات

إن نتائج الدراسة أشارت إلى تحسن ملموس في الآونة الأخيرة. أما هذه الفقرة فهي تركز على الخطوات العملية التي في اعتقادنا سوف تساعد لبنان على تحقيق الهدف العالمي لتحصين الأطفال لعام ١٩٩٠.

على الصعيد العام، يجب مناقشة هذه النتائج مع وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية ومع جميع الشركاء في البرنامج، خصوصاً الجمعيات الأهلية من أجل الإطلاع على النتائج وتحديد الحلول. كما يجب مناقشة الخطوات العملية الآيلة إلى تحسين مستوى التحصين في بعض المناطق مع الفرقاء المعنيين بذلك.

على الصعيد الخاص، يجب:

أولاً، تركيز الاهتمام على المناطق الريفية النائية وتلك التي لها مستوى تغطية منخفض. وكما سبق وأشرنا، فإن هذه الدراسة توفر لنا بعض المؤشرات بالنسبة للمناطق ذات التغطية الضعيفة.

ثانياً، توجيه الجهود نحو التلقيح للحصبة قبل السنة من العمر. ثالثاً، توجيه الجهود نحو مزيد من التعاون مع القطاع الطبي الخاص حول:

أ - مصدر موحد للقاحات يجب مراقبته بفعالية.

ب - توحيد نظام سلسلة التبريد.

ج - توحيد رزنامة التلقيح، خاصة فيما يتعلق بالحصبة.

د - نظام تسجيل مشترك، يمكننا من إجراء مقارنة بين نتائج الدراسات ونتائج نظام التسجيل.

وبالفعل لقد بدأت المناقشات بين وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية والجمعيات الطبية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف للتوصل إلى إتفاق بشأن هذه الأمور.

هـ - العمل على إنشاء نظام رصد للأمراض الخمسة الواردة في البرنامج كنقطة إنطلاق لنظام رصد وطني للأمراض المعدية.

ثانياً: على صعيد الإسهالات الحادة

برغم ندرة الدراسات الموثقة عن الإسهالات الحادة عند الأطفال فإنه من المتعارف عليه أن هذه الأمراض تشكل أحد أسباب الوفاة والمرض عندهم لذلك إنطلق البرنامج الوطني لمكافحة الإسهالات. ونتائج الدراسة اليوم توفر أساساً للمعلومات يسمح بتطوير البرنامج ودفعه إلى الأمام على طريق تحقيق أهدافه.

أ - مستوى الإصابة بالإسهالات

أشارت الدراسة إلى أن ١٣٧٥ طفلاً من أصل ٩٠٤٧ دون عمر الخمس سنوات أي ١٥,٢٪ أصيبوا بحالة إسهال خلال الأسبوعين اللذين سبقا الدراسة. يمكننا بشكل تقريبي إعتقاد معدل الإصابة خلال شهر تشرين الأول كمتوسط للمعدل السنوي لعدد حالات الإسهال عند كل طفل. ويتبين لنا على هذا الأساس إن معدل الإصابة للطفل

هو ٣,٦ حالة إسهال في السنة. أما معدل الوفيات خلال الإثني عشر شهراً الماضية فتم تقديره بـ ١٢ وفاة من أصل كل ألف طفل فوق الخمس سنوات. ولكن من المؤكد إن هذا الرقم أدنى من المستوى الواقعي كما تبين لدى استعمال الطريقة نفسها لتحديد مستوى الوفيات في جبوتي وجمهورية اليمن الشعبية خلال العام الماضي، وعند مقارنة النتائج بمعدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات حسب طريقة Brass.

ب - مستوى الوفيات الناتجة عن الإسهال

بلغ مستوى الوفيات الناتجة عن الإسهال ١,٣٪ خلال السنة الماضية، إلا أن حجم العينة أي ٩٠٤٧ طفل لا يكفي لتحديد دقيق لأسباب الوفيات الناتجة عن الإسهالات بين الأطفال دون الخمس سنوات وسوف يكون هناك حاجة لعينة أكبر في المستقبل للتحقق من نسبة الوفيات الناتجة عن الإسهالات.

ج - المعالجة وإستعمال الأملاح

تظهر الدراسة أن الأم والطبيب هما الشخصان المعنيان بشكل رئيسي بمعالجة الإسهال ويأتي دور الممرضة أو العامل الصحي ثانوياً وقد بينت الدراسة الجدول التالي:

الجهة المعالجة للإسهال	النسبة
الأم	٣٨٪
الأم ولكن بناء على إستشارة	١,١٪
أشخاص آخرين	٦,٥٪
الممرضة/العامل الصحي	٣,٥٪
الصيدلي	٤٥٪
الطبيب	٥,٩٪
المستشفى	

د - طرق المعالجة

١ - الإرضاع من الثدي، عند الإصابة بالإسهال:

تبين أن ٦٢٪ من الأمهات تتابع الإرضاع بنفس النمط عند إصابة الطفل بالإسهال، بينما ١١٪ منهن تخفض كمية الإرضاع و٢٧٪ توقف الإرضاع تماماً (كما هو مبين في الجدول اللاحق).

إستمرار	تخفيض	توقف
٦٢٪	١١٪	٢٧٪

الممرضة	الصيدلي	الأم	الطبيب	الإستمرار
٧٠,٨٪	٤٤,٥٪	٦٨٪	٥٨,٣٪	الإستمرار
٨,٣٣٪	١١٪	١٢,٤٪	١٠,٣٪	التخفيض
٢٠,٨٪	٤٤,٥٪	١٩,٦٪	٣١٪	التوقف
١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪	المجموع

يتبين أن الصيادلة والأطباء هما الجهتان التي توصيان أكثر بإيقاف الإرضاع الطبيعي عندما يصاب الطفل بالإسهال مع موقف يميز للممرضات في هذا المجال.

غذاء خاص	توقف	طبيعي	
%٧٧,٨	%٣,٤	%٨,١	نظام التغذية

٤ - استعمال الأملاح:

تشير الدراسة إلى أن ٢, ٤٥٪ من الأمهات تزدن من كمية السوائل المحضرة في المنزل للطفل المصاب بالإضافة إلى أن ٩, ٢٦٪ من الأطفال يعطى شراب معالجة التجفاف خلال نوبة الإسهال. كما تبين في الدراسة أن استعمال شراب معالجة التجفاف موصى به من قبل الجسم الطبي (الأطباء، الممرضين) وإستعماله قليل من قبل الأم عندما تعالج طفلها دون إستشارة مما يشير إلى عدم معرفتها بهذا الأمر.

النسبة المئوية	الجهة التي تصف استعمال شراب معالجة التجفاف
%٦٦,٧	المرضة
%٣٤,٥	الطبيب
%١٨,٢	الصيدلي
%١١,٩	الأم

٥ - استعمال الأدوية:

تبين أن ٥, ٦٠٪ من الأطفال المصابين بالإسهال يعطى أدوية سواء أكانت أدوية

٢ - الإرضاع بالزجاجة عند الإصابة بالإسهال:

تبين أن ١٨٪ من الأمهات تتابع الإرضاع بالزجاجة بالكمية والنمط نفسه بينما ١٨٪ تخفف كثافة الحليب و٦٤٪ توقف الإرضاع تماماً كما يتبين في الجدول التالي:

توقف	تخفيض	إستمرار
%٦٤	%١٢	%١٨

يبدو أن هناك إجماع بين الأطباء والأمهات والصيدلة والممرضات على إيقاف الإرضاع بالزجاجة عند إصابة الطفل بالإسهال كما هو مبين أدناه:

المرضة	الصيدلي	الأم	الطبيب	
%٨,٥	%٢٠	%١٩,٤	%١٨,٧	الإستمرار
%١٩,١	%١٥	%١٨,٦	%١٦,٨	التخفيف من كثافة الحليب
%٧٢,٣	%٦٥	%٦٢	%٦٤,٤	التوقف

٣ - نظام التغذية:

تبين أن ٨, ١٪ من الأمهات تتابع التغذية كالمعتاد بينما ٣, ٤٪ توقف التغذية المعتادة و٧٧, ٨٪ تعطي غذاء خاصاً في حين ٤٥, ٢٪ تعطي سوائل محضرة في المنزل لطفلها.

و - التوصيات

تشير الدراسة إلى أنه يتعلّق بالتدبير السليم للحالات هناك ضرورة إلى تزويد الأطباء وباقي أعضاء الجسم الطبي بالمعلومات الصحيحة حول طرق معالجة الإسهالات الحادة عن طريق تنظيم الندوات والحلقات الدراسية وإعداد نشرات الخاصة بهم. كما يجب العمل على تزويد المجتمع والأمهات بشكل خاص بالمعارف الأساسية حول العناصر الثلاثة الأساسية التي يتركز عليها دور الأم في معالجة الإسهالات وهي:

- ١ - الإستمرار في التغذية خصوصاً لجهة عدم إيقاف الرضاعة الطبيعية.
- ٢ - الإكثار من السوائل خلال نوبة الإسهال لتعويض الطفل ما خسره، وكذلك تعريفها على طريق إستعمال شراب معالجة التجفاف.
- ٣ - تعريفها بالأعراض التي توجب إستشارة الطبيب.

كما يجب التركيز على ترشيد إستعمال أدوية الإسهال عبر:

- ١ - العمل مع وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية على إصدار قرار يتعلق بتبني توصيات منظمة الصحة العالمية لجهة سحب أدوية الإسهال من السوق وإنخاذ الإجراءات اللازمة لضمان التطبيق العملي لهذا القرار.
- ٢ - تعزيز الإستعمال الرشيد للأدوية وذلك من خلال دورات تدريبية تهدف إلى إعادة تأهيل الجسم الطبي والصحي من خلال درس إمكانية إدخال هذا الموضوع في مناهج كليات الطب.
- ٢ - توعية الأمهات لخطورة إستعمال الأدوية لإيقاف الإسهال دون إستشارة الطبيب.

تقليدية ضد الإسهال أم مضادات البكتيريا والطفيليات، وهذه نسبة عالية. يبين الجدول التالي أن الجسم الطبي وبشكل خاص الصيدالة والأطباء يوصون بإستعمال الأدوية عند إصابة الطفل بالإسهال بشكل شبه روتيني.

- ٧٩,٥٪ من الحالات توصف لها أدوية من قبل الصيدالة.
- ٧٨,٤٪ من الحالات توصف لها أدوية من قبل الأطباء.
- ٥٨,٦٪ من الحالات توصف لها أدوية من قبل الممرضين.
- ٣٩,٢٪ من الحالات توصف لها أدوية من قبل الأمهات.

كما تبين أن هناك إستعمالاً للحقن الوريدي في ٤,٤٪ من الحالات وهذه نسبة مقبولة تتناسب مع العدد المنخفض لحالات التجفاف الشديد.

هـ - مناقشة

في حين يمكن إعتبار أن مستوى وفيات الأطفال الناتجة عن الإسهالات يتناسب مع مستوى وفيات الأطفال عموماً وبالمقارنة مع البلدان المجاورة، إلا أن نسبة الإصابة السنوية للطفل دون الخمس سنوات (٣,٦ نوبات) تعتبر مرتفعة، وقد يكون تدهور الوضع البيئي خصوصاً المياه لجهة كميتها ونوعيتها والغذاء وعدم الرقابة عليه إنتاجاً وإستيراداً وتسويقاً هو السبب الرئيسي لهذا الوضع.

كما أبرزت الدراسة أن الأم تلعب دوراً رئيسياً في معالجة الطفل المصاب بالإسهال، كما تبين أن الأم ليست في وضع سيء بالنسبة للمعلومات لجهة التغذية وزيادة السوائل وهما عاملان أساسيان في معالجة الإسهالات، في حين برزت نواقص حقيقية في مستوى معرفتها لجهة إستعمال شراب معالجة التجفاف.

أما الأطباء فهم يشكلون القطب الآخر المكمل لدور الأم في المعالجة لأنهم يعالجون أكثر من ٥٠٪ من نوبات الإسهال سواء في العيادة أو المستوصف أو المستشفى، إلا أنه تبرز مجموعة نواقص من خلال التوجيهات التي أعطوها للأمهات خصوصاً لجهة إيقاف الرضاعة الطبيعية والإفراط في إستعمال الأدوية.

ثالثاً: على صعيد وفيات الأطفال

أ - مستوى الوفيات

إن المعلومات التي توفرها الدراسة تمكننا من تقدير معدل الوفيات بطريقتين:

١ - الإستناد إلى عمر الأم (بناء على مجموعات من خمس سنوات).

٢ - مدة الزواج.

يبين الجدول التالي نسبة الوفيات وفقاً للطريقة غير المباشرة المستفاد فيها من عمر

الأم:

مستويات وفيات الأطفال (الذكور والإناث) إستناداً إلى فئة عمر الأم

التاريخ	وفيات الأطفال	وفيات الرضع	تقدير	العمر	فئة عمر الأم
١٩٨٩,٥	٠,٠٦٦	٠,٠٤٨	٠,٠٤٨	١	١٩ - ١٥
١٩٨٨,٣	٠,٠٤٧	٠,٠٣٨	٠,٠٤٢	٢	٢٤ - ٢٠
١٩٨٦,٦	٠,٠٣٨	٠,٠٣١	٠,٠٣٦	٣	٢٩ - ٢٥
١٩٨٤,٦	٠,٠٤١	٠,٠٣٤	٠,٠٣٦	٥	٣٤ - ٣٠
١٩٨٢,٤	٠,٠٥٣	٠,٠٤٢	٠,٠٤١	١٠	٣٩ - ٣٥
١٩٨٠,٠	٠,٠٥٤	٠,٠٤٢	٠,٠٥٤	١٥	٤٤ - ٤٠
١٩٧٧,١	٠,٠٧٢	٠,٠٥٤	٠,٠٦٢	٢٠	٤٩ - ٤٥

مستوى وفيات الأطفال (الذكور) إستناداً إلى فئة عمر الأم.

التاريخ	وفيات الأطفال	وفيات الرضع	تقدير	العمر	فئة عمر أم
١٩٨٩,٥	٠,٠٦٦	٠,٠٥٢	٠,٠٤٨	١	١٥ - ١٥
١٩٨٨,٢	٠,٠٥٦	٠,٠٤٥	٠,٠٤٢	٢	٢٠ - ٢٠
١٩٨٦,٥	٠,٠٤٦	٠,٠٣٨	٠,٠٣٦	٣	٢٥ - ٢٥
١٩٨٤,٥	٠,٠٤٩	٠,٠٤٠	٠,٠٣٦	٥	٣٠ - ٣٠
١٩٨٢,٣	٠,٠٦٤	٠,٠٥١	٠,٠٤١	١٠	٣٥ - ٣٥
١٩٧٩,٨	٠,٠٦٨	٠,٠٥٣	٠,٠٥٤	١٥	٤٠ - ٤٤
١٩٧٦,٩	٠,٠٨٥	٠,٠٦٥	٠,٠٦٢	٢٠	٤٥ - ٤٩

مستوى وفيات الأطفال (الإناث) إستناداً إلى فئة عمر الأم.

فئة عمر الأم	العمر	تقدير	وفيات الرضع	وفيات الأطفال	التاريخ
١٩-١٥	١	٠,٠٤٨	٠,٠٣٤	٠,٠٥٦	١٩٨٩.٥
٢٠-٢٤	٢	٠,٠٤٢	٠,٠٣١	٠,٠٣٨	١٩٨٨.٣
٢٥-٢٩	٣	٠,٠٣٦	٠,٠٢٥	٠,٠٣٠	١٩٨٦.٦
٣٠-٣٤	٥	٠,٠٣٦	٠,٠٢٧	٠,٠٣٣	١٩٨٤.٧
٣٥-٣٩	١٠	٠,٠٤١	٠,٠٣٢	٠,٠٤٠	١٩٨٢.٦
٤٠-٤٤	١٥	٠,٠٥٤	٠,٠٣٢	٠,٠٤٠	١٩٨٠.٢
٤٥-٤٩	٢٠	٠,٠٦٢	٠,٠٤٤	٠,٠٤٠	١٩٧٧.٢

يبين الجدول التالي تلخيصاً لنتائج معدل وفيات الأطفال بالاستناد إلى مدة الزواج.

مستوى وفيات الأطفال (للذكور والإناث معاً) إستناداً إلى مدة الزواج.

مدة الزواج	العمر	تقدير	وفيات الرضع	وفيات الأطفال	التاريخ
٠-٤	١	٠,٠٣٣٣١٧	٠,٠٣٠	٠,٠٣٧	١٩٨٨.٥
٥-٩	٢	٠,٠٣٣٠٥٩	٠,٠٢٩	٠,٠٣٥	١٩٨٦.٠
١٠-١٤	٣	٠,٠٣٩٤٨٢	٠,٠٣٢	٠,٠٣٩	١٩٨٣.٧
١٥-١٩	٥	٠,٠٥٦٧٥٤			
٢٠-٢٤	١٠	٠,٠٦٣٥٧٠			
٢٥-٢٩	١٥	٠,٠٨١٩٤٤			
٣٠-٣٤	٢٠	٠,٠٩٢٤٧٧			

إن التقدير لمعدل وفيات الأطفال إستناداً إلى فئة عمر الأم وإلى مدة الزواج يبين أن نسبة الوفيات حتى نهاية العام الأول هي ٣٥ بالألف، أما نسبة وفيات الأطفال دون الخمس سنوات فهي ٤٣ بالألف وهذه نسب تعود إلى فترة ثلاث سنوات قبل الدراسة وتوصلنا إليها بعد جمع معدل فئتي العمر ٢٠ إلى ٢٤ سنة و ٢٥ إلى ٢٩ سنة.

توزع وفيات الأطفال في السنة الأولى وحسب الجنس .

العمر	مجموع العدد	ذكور	إناث	النسبة المئوية
يوم واحد	٢٢	١٥	٧	
باقي أيام الأسبوع	٢٤	١٢	١٢	
الأسبوع الأول	٤٦	٢٧	١٩	٤٦
الأسابيع الثلاثة التالية	٢٨	١٥	١٣	
الشهر الأول	٧٤	٤٢	٣٢	٧٤
من شهر إلى سنة	٢٥	١٣	١٢	

يلاحظ أن وفيات الذكور أعلى من مثيلتها عند الإناث خلال السنة الأولى ثم تتقارب لتصبح عملياً متساوية وهذا يتماشى مع نتائج الأبحاث المماثلة التي أجريت في بلدان أخرى ومؤشر على دقة المعلومات .

ج - أسباب وفيات الأطفال .

إن التحليل العميق لأسباب وفيات الأطفال كما عكستها المعلمات الواردة في الدراسة تبين لنا التالي :

ب - توزع وفيات الأطفال حسب العمر والجنس .

تم تسجيل الأطفال دون الخمس سنوات الذين توفوا خلال العام الذي سبق تنفيذ الدراسة مع أسباب الوفاة حسب رأي الأم فكانت النتائج التالية :

توزع وفيات الأطفال في الخمس سنوات الأولى وحسب الجنس .

العمر	مجموع العدد	ذكور	إناث	النسبة المئوية
السنة الأولى	٩٩	٥٥	٤٤	٪٨٧
السنة الثانية	٨	٤	٤	٪١٣
السنة الثالثة	٢	١	١	
السنة الرابعة	١	-	١	
السنة الخامسة	٣	٣	-	
المجموع	١١٣	٦٣	٥٠	٪١٠٠

— في الشهر الأول: بينت الدراسة أن ٧٤٪ من وفيات الرضع (العام الأول) تحدث في الشهر الأول وأبرز أسبابها: التشنجات الخلقية (القلب، الجهاز الهضمي)، الولادات قبل الأوان (الخداج)، والوزن المنخفض عند الولادة، الصغيرة (عدم توافق الدم)، ومشاكل الولادة كأسباب رئيسية للوفاة. كما أنه من المفيد الإشارة إلى وفاتين بسبب صيبة العين والقرينة كما وردت على لسان الأم.

— أما في الفترة اللاحقة من السنة (شهر — ١٢ شهر) فتبرز الأمراض المعدية (إسهالات، أخماج الجهاز التنفسي، حصبة، إنتانات الدم، والسحايا...) والخداج (الولادة قبل الأوان) ومواليد الوزن المنخفض. كما سجلت حالة من صيبة العين في هذه الفئة العمرية حسب قول الأم.

— أما أسباب الوفاة في مرحلة السنة إلى خمس سنوات فأهمها الأمراض المعدية (الإسهالات، الجهاز التنفسي، الحصبة) والحوادث (النز، الغرق، الطرقات...).

د — مناقشة

في إطار معدلات وفيات الأطفال وأسبابها لا بد من ملاحظتين أساسيتين:

أولاً: إن النسبة العالية لوفيات الأطفال في فترة ما حول الولادة والشهر الأول من العمر (٧٤٪ من وفيات الرضع) تجعل من المستحيل تخفيضها بالإجراءات الروتينية البسيطة — القليلة الكلفة كالتلقيح وتوفير الأدوية الأساسية وأملاح معالجة الإسهال، فهي مرتبطة بشكل وثيق بالمستوى الاقتصادي الاجتماعي والحالة الغذائية والحد من الفوارق بين المناطق والفئات الاجتماعية والنظام الصحي السائد ومدى قدرة الناس على الوصول إليه ونوعية الخدمات التي يتلقونها ومدى شمولية الضمان الصحي الاجتماعي.

ثانياً: يستدل من أسباب وفيات الأطفال بعد الشهر الأول إن القسم الأكبر منها يمكن تلافيه ضمن إستراتيجية تعزيز خدمات الرعاية الصحية خصوصاً المتعلقة بالأم والولد.

و — التوصيات

في ضوء ما تقدم يمكن صياغة التوصيات على الشكل التالي:

- ١ — نشر التوعية الإجتماعية لتلافي الزواج الباكر (قبل سن ١٨ سنة) وكذلك الزواج بين الأقارب.
- ٢ — تأمين الرعاية الصحية للأم الحامل وتعزيز نظام الإحالة للحالات الخطرة للأم والطفل على السواء.
- ٣ — تحسين شروط الولادة خصوصاً التي تتم في المنزل من قبل الدايات أو في العيادات من قبل القابلات عبر تنظيم برنامج تدريبي خصوصاً للقابلات نظراً لدورهن الكبير في المناطق الريفية وتفاوت مستواهن.
- ٤ — ضمان حق الأم والطفل في حالة الخطر في تلقي العلاج المناسب بغض النظر عن إمكانياتها المادية.
- ٥ — مراكز متخصصة للعناية بالمواليد الجدد مع وسائل إسعاف مجهزة لنقل الأطفال إليها من كافة المناطق.
- ٦ — تحسين رعاية الطفل في السنوات الخمس الأولى من العمر خصوصاً السنة الأولى وذلك عبر:
 - تعزيز التغذية بالإرضاع الطبيعي والفظام السليم.
 - مراقبة النمو لكشف حالات سوء التغذية مبكراً.
 - الإستمرار بتأمين اللقاحات الأساسية للجميع.
 - تعزيز معارف الأمهات حول رعاية أطفالهن ووقايتهم من المرض والحوادث.
- ٧ — توسيع نظام الضمان الاجتماعي ليشمل الجميع بمساهمة الجميع كل حسب دخله.

الوضع الزواجي للإناث

أظهرت الدراسة أن هناك ٣٣,٥٪ من الإناث بين ١٥ و ٤٩ عاماً عازبات، و ٦٣,٩٪ متزوجات، و ١٪ مطلقات أو منفصلات، و ١,٦٪ أرامل، أما إذا أخذنا توزيع العينة على النساء اللواتي سبق لهن الزواج فنجد النتائج على الشكل التالي:

الوضع الزواجي	النسبة المئوية
متزوجة	٩٦,١٪
مطلقة	١,٢٪
أرملة	٢,٣٪
منفصلة	٠,٣٪
المجموع	٩٩,٩٪

يلاحظ أن نسبة اللواتي فقدن أزواجهن بسبب الحرب أو غيرها من الأسباب هن أكثر من المطلقات.

الوضع الزواجي للإناث حسب فئة عمر الأم

يوضح الجدول التالي الوضع الزواجي للإناث حسب الفئات العمرية ويلاحظ أن

رابعاً: على صعيد المعلومات الحيوية الإجتماعية حول الأم.

شملت عينة الدراسة ١٤٨٧٢ امرأة أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة موزعة على الفئات العمرية على الشكل التالي:

توزيع العينة حسب فئة عمر الأم.

فئة العمر	النسبة المئوية
١٥ - ١٩	١٩٪
٢٠ - ٢٤	٢٠٪
٢٥ - ٢٩	١٨,٣٪
٣٠ - ٣٤	١٤,٩٪
٣٥ - ٣٩	١١,٤٪
٤٠ - ٤٤	٨٪
٤٥ - ٤٩	٨,٣٪

نسبة المتزوجات أو من سبق لهن الزواج في الفئة العمرية الأولى (١٥ - ١٩) هي ١١٪ وهي نسبة مقبولة إذا ما قورنت بالوضع السائد في المنطقة العربية المحيطة.

فئة عمر الأم الوضع الزواجي	١٥ - ١٩	٢٠ - ٢٤	٢٥ - ٢٩	٣٠ - ٣٤	٣٥ - ٣٩	٤٠ - ٤٤	٤٥ - ٤٩
عزباء	٨٨.٩	٤٩.٨	٢٠.٩	١٠.٣	٦.٥	٣.٤	٣.١
متزوجة	١٠.٨	٤٩.١	٧٧.٢	٨٦.٤	٩٠	٩٠.٧	٨٩.٤
مطابقة	٠.١	٠.٦	٠.٨	١.٥	٠.٩	١.٤	١
أرملة	٠.١	٠.٢	٠.٨	١.٥	٢.٤	٤	٦.٣
منفصلة	-	٠.٢	٠.٣	٠.٣	٠.٢	٠.٥	٠.٢
المجموع	٩٩.٩	٩٩.٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

كما تشير الدراسة أيضاً إلى أن معظمهن قد تزوجن عند عمر ١٨ و ١٩ كما هو مبين في الجدول التالي:

العمر	النسبة المئوية
١٥	٢,٣٪
١٦	٨,٧٪
١٧	١٢,٧٪
١٨	٣١,٨٪
١٩	٤٤,٥٪
المجموع	١٠٠٪

المستوى التعليمي للإناث

إن النتائج التي تشير إليها الدراسة بشكل عام فيما يتعلق بالمستوى التعليمي للإناث تشير إلى أن الوضع ليس سلبياً كما يظهر في الجدول التالي:

المستوى التعليمي	النسبة المئوية
أمية	١٥٪

إبتدائي	٢٢,٤%
تكميلي	٢٦,٩%
ثانوي / مهني	٢٤,٥%
جامعي	١١,٣%
المجموع	١٠٠%

كما أن تحليل النتائج بشكل أعمق بين المستوى التعليمي وفترة عمر الأم يظهر أن الحرب التي سادت في لبنان لأكثر من خمس عشرة سنة لم تؤثر سلباً على نسبة التعليم بين النساء بل على العكس، إرتفعت نسبة التعليم في جميع المستويات حيث يتبين أن ٨٥% من النساء بين ١٥ و ٤٩ سنة هن متعلّقات و ١٥% أميات.

المستوى التعليمي للإناث حسب فئة العمر

فئة عمر الأم الوضع الزواجي	١٩ - ١٥	٢٠ - ٢٤	٢٥ - ٢٩	٣٠ - ٣٤	٣٥ - ٣٩	٤٠ - ٤٤	٤٥ - ٤٩
أمي	٥,٢	٦,٩	٩,٢	١٢,٧	٢٢,٨	٣٠,٨	٤٧,٤
إبتدائي	١٤,٩	١٨,٣	٢١,٥	٢٦,٦	٢٨,٣	٣٠,٢	٢٧,٧

تكميلي	٣٤,٥	٢٨,٨	٢٧,٤	٢٦,٧	٢٣,٨	٢٠,٥	١٤,٩
ثانوي / مهني	٤٠	٢٥,٨	٢٧	٢٠,٨	١٧	١٣,٧	٧,٥
جامعي	٥,٢	٢٠	١٤,٨	١٣,٣	٨,١	٤,٩	٢,٤
المجموع	٩٩,٨	٩٩,٨	٩٩,٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩,٩

كما أبرزت الدراسة أيضاً أن التحسن الذي طرأ على المستوى التعليمي لدى الإناث هو كمي ونوعي في الوقت ذاته حيث نلاحظ أنه عند مقارنة فئتي العمر ٢٥ - ٢٩ و ٤٥ - ٤٩ وهذه الأخيرة كانت في خانة الفئة الأولى عند بداية الحرب يتبين لنا أن نسبة الأمية تراجمت من ٤٧,٤% إلى ٩,٢% في حين طرأت تعديلات جوهرية أيضاً على مستوى تعليم المرأة حيث برز تراجع في نسبة التعليم الإبتدائي لصالح جميع المستويات الأخرى وخاصة المستوى الجامعي.

عوامل حاسمة

تؤثر على وفيات الأطفال

قد تكون حالة الأم من أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال، فالمستوى التعليمي للأم وعمرها عند الزواج وعملها كلها عوامل تؤثر على معدل وفيات الأطفال كما أظهرت نتائج الدراسة.

تأثير عمل الأم على معدلات وفيات الأطفال

يظهر الأثر الإيجابي لعمل الأم على معدل وفيات الأطفال في الجدول التالي:

معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال الوضع العملي للأم
٤٣,٥	٣٥	الأمهات اللواتي لا تعمل ×
٢٦,٥	٢٢,٥	الأمهات التي تعمل ××

× معدل فئة الأم بين ٢٠ و ٢٤ سنة وبين ٢٥ و ٢٩ سنة .
×× يشمل نوع العمل فئات ثلاث: تربية، صحة، وقطاعات أخرى.

التوصيات

رغم حجم العينة فإن النتائج لها مغزى كبير فهي تؤكد حقيقة وهي أن إرتفاع المستوى التعليمي للأم ودخولها مجال العمل والإنتاج يزيد من فرص الحياة والصحة لأبنائها كما أن إدخال المعارف الضرورية حول صحة الأم والطفل إلى المناهج التعليمية وإيجاد برامج توعية حولها في كل وسائل الإعلام المتاحة يمكن أن يفيد الأمهات خصوصاً الأميات أو اللواتي لديهن مستوى ابتدائي لتعويض ما إفتقدنه لتحسين أطفالهن ولتعزيز شروط بقائهم.

المستوى التعليمي للأم وأثره على وفيات الأطفال

إن التأثير الإيجابي لمستوى التعليم عند الأم على معدل وفيات الأطفال يظهر من خلال الجدول التالي:

المستوى التعليمي	معدل وفيات الرضع ×	معدل وفيات الأطفال ××
أمية	٦١,٥	٨٣,٥
إبتدائي / تكميلي	٣٤	٤٢
ثانوي / مهني	٢٥,٥	٣٠
جامعي	٧,٥	٨

× وفيات الأطفال دون السنة
×× وفيات الأطفال دون الخمس سنوات

وهذه نتائج مذهلة إذ أنها تظهر أن المستوى الأدنى من التعليم يترك أثراً واضحاً على معدل المولود لأم لديها مستوى تعليم ابتدائي، كما أن الطفل المولود لأم أمية معرض للوفاة خلال السنة الأولى من عمره ثماني مرات أكثر من الطفل المولود لأم تابعت دراستها الجامعية.

الرقم	المنطقة	المدينة أو البلدة أو المحلة	عدد العناقيد
١٢	كسروان	ساحة البلدية - جونبة	١
١٣	كسروان	ميروبا	١
١٤	بعيدا	احدث	١
١٥	بعيدا	الحدث	١
١٦	بعيدا	الحدث	١
١٧	بعيدا	الحازمية	١
١٨	بعيدا	فرن الشباك	١
١٩	بعيدا	فرن الشباك	١
٢٠	بعيدا	فرن الشباك	١
٢١	بعيدا	فرن الشباك	١
٢٢	بعيدا	حارة البطم	١
٢٣	بعيدا	كفرشيبا	١
٢٤	بعيدا	وادي شحور الأسفل	١

العينة

الرقم	المنطقة	المدينة أو البلدة أو المحلة	عدد العناقيد
١	جبيل	علمات الشالية	١
٢	جبيل	مدينة جبيل	١
٣	جبيل	قرطبا	١
٤	كسروان	عرمون	١
٥	كسروان	عمشريا	١
٦	كسروان	المعصرة	١
٧	كسروان	بقعتوتا	١
٨	كسروان	فاريا	١
٩	كسروان	غزير	١
١٠	كسروان	حارة صخر - جونبة	١
١١	كسروان	ساحل علما - جونبة	١

١	ضبية	المتن	٣٨
١	جل الديب	المتن	٣٩
١	رومية	المتن	٤٠
١	سن الفيل	المتن	٤١
١	سن الفيل	المتن	٤٢
١	سن الفيل	المتن	٤٣
١	بليبل	عاليه	٤٤
١	بيروت	بيروت	٤٥
١	بيروت	بيروت	٤٦
١	بيروت	بيروت	٤٧
١	بيروت	بيروت	٤٨
١	بيروت	بيروت	٤٩
١	بيروت	بيروت	٥٠

١	البوشرية	المتن	٢٥
١	الدكوانة	المتن	٢٦
١	الجديدة	المتن	٢٧
١	النقاش	المتن	٢٨
١	الزلقا	المتن	٢٩
١	انطلياس	المتن	٣٠
١	بعبدات	المتن	٣١
١	بيت شباب	المتن	٣٢
١	بحر صاف	المتن	٣٣
١	برج حمود	المتن	٣٤
١	برج حمود	المتن	٣٥
١	برج حمود	المتن	٣٦
١	برج حمود	المتن	٣٧

١	وادي خالد (المجدل)	عكار	٦٤
١	البدوي	طرابلس	٦٥
١	بحويتا	طرابلس	٦٦
١	المينا	طرابلس	٦٧
١	المينا	طرابلس	٦٨
١	المينا	طرابلس	٦٩
١	المية	طرابلس	٧٠
١	النبى يوشع	طرابلس	٧١
١	طرابلس	طرابلس	٧٢
١	طرابلس	طرابلس	٧٣
١	طرابلس	طرابلس	٧٤
١	طرابلس	طرابلس	٧٥
١	طرابلس	طرابلس	٧٦

١	عمار البيوت	عكار	٥١
١	البيرة	عكار	٥٢
١	القيبات	عكار	٥٣
١	بنين	عكار	٥٤
١	بطرماز	عكار	٥٥
١	حبرون	عكار	٥٦
١	كرم عصفور	عكار	٥٧
١	كفرتون	عكار	٥٨
١	مشحا	عكار	٥٩
١	مفراق عيديمون	عكار	٦٠
١	قلود الباقية	عكار	٦١
١	الرومية	عكار	٦٢
١	سهاقية	عكار	٦٣

٧٧	طرابلس	طرابلس	١
٧٨	البترون	البترون	١
٧٩	بشري	الإيمان	١
٨٠	بشري	حدث الجبة	١
٨١	بشري	طورزا	١
٨٢	زغرتا	عشاش	١
٨٣	زغرتا	زغرتا	١
٨٤	عاليه	عاليه	١
٨٥	عاليه	إغميد	١
٨٦	عاليه	الشويفات	١
٨٧	عاليه	بيصور	١
٨٨	عاليه	بتاتر	١
٨٩	عاليه	دير قويل	١

٩٠	عاليه	كفرمتى	١
٩١	المتن	عين السنديانة	١
٩٢	المتن	المروج	١
٩٣	المتن	مرجبا	١
٩٤	الشوف	الفريديس	١
٩٥	الشوف	بعقلين	١
٩٦	الشوف	وادي الست	١
٩٧	الشوف	برجا	١
٩٨	الشوف	شحيم	١
٩٩	المتن	الشبانية	١
١٠٠	المتن	حانا	١
١٠١	المتن	رأس المتن	١
١٠٢	بعلبك	النبي شيت	١

١	مدينة زحلة	زحلة	١١٦
١	مدينة زحلة	زحلة	١١٧
١	مدينة زحلة	زحلة	١١٨
١	الدورة	الهرمل	١١٩
١	بلدة الهرمل	الهرمل	١٢٠
١	الشربين الفوقا والتحتا	الهرمل	١٢١
١	يحتنيت	البقاع الغربي	١٢٢
١	سحمر	البقاع الغربي	١٢٣
١	سلطان يعقوب التحتا	البقاع الغربي	١٢٤
١	المحيثة	راشيا	١٢٥
١	كفرقوق	راشيا	١٢٦
١	راشيا	راشيا	١٢٧
١	عباسية	صور	١٢٨

١	مدينة بعلبك	بعلبك	١٠٣
١	مدينة بعلبك	بعلبك	١٠٤
١	مدينة بعلبك	بعلبك	١٠٥
١	بريتال	بعلبك	١٠٦
١	حربتا	بعلبك	١٠٧
١	إبعات	بعلبك	١٠٨
١	مقنة	بعلبك	١٠٩
١	نيحا	بعلبك	١١٠
١	طاريا	بعلبك	١١١
١	أبلح	زحلة	١١٢
١	الكرك	زحلة	١١٣
١	المعلقة	زحلة	١١٤
١	بر الياسن	زحلة	١١٥

١	مدينة صيدا	صيدا	١٤٣
١	حارة صيدا	صيدا	١٤٤
١	غازية وكرم العريش	صيدا	١٤٥
١	صفد البطيخ	تبين	١٤٦
١	تبين	تبين	١٤٧
١	جبشيت	النبطية	١٤٨
١	النبطية التحتا	النبطية	١٤٩
١	النبطية التحتا	النبطية	١٥٠
١	القصية	النبطية	١٥١
١	زوطر الشرقية	النبطية	١٥٢
١	عاريا	جزين	١٥٣
١	كفرحونة	جزين	١٥٤
١	حولا	مرجعون	١٥٥

١	بدياس	صور	١٢٩
١	البصر	صور	١٣٠
١	دبعال	صور	١٣١
١	معركة	صور	١٣٢
١	مالكية الساحل	صور	١٣٣
١	قانا	صور	١٣٤
١	الشعبية	صور	١٣٥
١	الشهاية	صور	١٣٦
١	مدينة صور	صور	١٣٧
١	مدينة صور	صور	١٣٨
١	بابلية	الزهراني	١٣٩
١	كوثرية السباد	الزهراني	١٤٠
١	مدينة صيدا	صيدا	١٤١

١	شاتيلا	الضاحية الجنوبية	١٧٠
١	حي فرحات	الضاحية الجنوبية	١٧١
١	الرويس	الضاحية الجنوبية	١٧٢
١	الرويس	الضاحية الجنوبية	١٧٣
١	الرويس	الضاحية الجنوبية	١٧٤
١	سقي الحدث	الضاحية الجنوبية	١٧٥
١	سقي الحدث	الضاحية الجنوبية	١٧٦
١	المنشية	الضاحية الجنوبية	١٧٧
١	المنشية	الضاحية الجنوبية	١٧٨
١	شارع عثمان	الضاحية الجنوبية	١٧٩
١	بعجور	الضاحية الجنوبية	١٨٠
١	بعجور	الضاحية الجنوبية	١٨١
١	دار البلدية	الضاحية الجنوبية	١٨٢
١	جامع العرب	الضاحية الجنوبية	١٨٣
١	مدرسة أحمد كزما	الضاحية الجنوبية	١٨٤

١	الخيام	مرجعيون	١٥٦
١	الطيبة	مرجعيون	١٥٧
١	عيترون	بنت جبيل	١٥٨
١	بنت جبيل	بنت جبيل	١٥٩
١	ميمس	حاصبيا	١٦٠
١	السنورة	الضاحية الجنوبية	١٦١
١	السنورة	الضاحية الجنوبية	١٦٢
١	السنورة	الضاحية الجنوبية	١٦٣
١	السنورة	الضاحية الجنوبية	١٦٤
١	شارع الإسعاف الشعبي	الضاحية الجنوبية	١٦٥
١	حي المقداد	الضاحية الجنوبية	١٦٦
١	حي درغام	الضاحية الجنوبية	١٦٧
١	شارع عباس الحاج	الضاحية الجنوبية	١٦٨
١	العريس	الضاحية الجنوبية	١٦٩

١	شارع الحدادين	بيروت	١٩٩
١	شارع حسن طيارة	بيروت	٢٠٠
١	دار الفتوى	بيروت	٢٠١
١	شارع جوستنيان	بيروت	٢٠٢
١	شارع المعاري	بيروت	٢٠٣
١	شارع مصطفى النقيب	بيروت	٢٠٤
١	الوردية	بيروت	٢٠٥
١	شارع بني أمية	بيروت	٢٠٦
١	شارع توفيق الهبري	بيروت	٢٠٧
١	شارع الطبري	بيروت	٢٠٨
١	شارع الطيش	بيروت	٢٠٩
١	شارع طارق بن زياد	بيروت	٢١٠

١	برج الراجنة - شارع ثانوية البنات	الضاحية الجنوبية	١٨٥
١	برج الراجنة - شارع ثانوية البنات	الضاحية الجنوبية	١٨٦
١	كنيسة المدورة	الضاحية الجنوبية	١٨٧
١	كنيسة المدورة	الضاحية الجنوبية	١٨٨
١	شارع الحجاج	الضاحية الجنوبية	١٨٩
١	طريق المطار	الضاحية الجنوبية	١٩٠
١	شارع بيت الأطفال	بيروت	١٩١
١	شارع عادل ارسلان	بيروت	١٩٢
١	شارع برنادوت	بيروت	١٩٣
١	شارع منصور	بيروت	١٩٤
١	شارع فرسان الهيكل	بيروت	١٩٥
١	فردان	بيروت	١٩٦
١	ميناء الحصن	بيروت	١٩٧
١	شارع جون نجيم	بيروت	١٩٨

الدراسة الوطنية حول

مستوى تحصين الأطفال (*)

شباط ١٩٩١

١ - أهداف الدراسة

إن هدف الدراسة هو معرفة المستوى الوطني لتحصين الأطفال ضد الأمراض الخمسة القاتلة، والوضع في لبنان جهة تحقيق الهدف العالمي لبرنامج التحصين الشامل لعام ١٩٩٠ وهو تحصين ٨٠٪ من أطفال العالم ضد الأمراض الخمسة الرئيسية القاتلة للأطفال. فقد جدد لبنان عام ١٩٨٩ إلزامه بتحقيق الهدف العالمي، رغم ظروف الحرب القاسية إيماناً منه بالطاقات العظيمة التي يجتريها الشعب اللبناني والدور المميز لآلاف من العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية سواء في القطاع العام أو في الجمعيات الأهلية وثقته بالأهيات اللبنانية اللواتي يتمتعن بمستوى متقدم من الوعي ويعملن المستحيل من أجل حماية أطفالهن.

(*) أعد الدراسة الدكتور علي الزين بمساعدة الدكتور بشير عصمت.

٢ - المنهجية

أ - إختيار العينة

تكونت العينة من ٦٠ عنقوداً مختارة عشوائياً من جميع المناطق اللبنانية ونتائجها تعكس الوضع في لبنان ككل.

ب - أداة الدراسة

تشكلت أداة البحث في هذه الدراسة من إستشارة التلقيح المقتبسة من منظمة الصحة العالمية.

ج - العمل الميداني

تم تدريب فريق العمل الميداني لمدة يوم واحد وفق الأسلوب المعتمد في الدراسة الوطنية عام ١٩٩٠.

إستمر العمل الميداني من ٤ إلى ٨ شباط.

تم إدخال المعلومات إلى الكمبيوتر في مكتب اليونيسف في بيروت بواسطة برنامج DBASE III. أما تحليل المعلومات فقد تم بإشراف المكتب الإقليمي لليونسف في عمان وذلك في مكتب اليونيسف في دمشق، وتم إعداد الجداول وفقاً لبرنامج SPSS/PC + والرسوم وفقاً لـ Harvard Graphics.

٣ - النتائج

شملت العينة ٤٧٠ طفلاً بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين ٥١.٩٪ منهم ذكور و ٤٨.١٪ إناث.

أي الذين تلقوا ثلاث جرعات ثلاثي وشلل بينها هناك ٣٩٪ فقط من الأطفال قد تلقوا ضد الحصبة قبل عيد ميلادهم الأول.

نسبة التحصين	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصبة
حسب البطاقة	٦٠,٢١٪	٥٧,٦٪	٥٤,٢٪	٢٢,٣٪
حسب قول الأم	٢٩,٨٪	٢٩,٤٪	٢٧,٤٪	١٧٪
المجموع	٩٠,٠١٪	٨٧٪	٨١,٦٪	٣٩,٣٪

أما مستوى التحصين الوطني للأطفال بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين فهو ٨٦,٣٪ أي الذين تلقوا ثلاث جرعات ثلاثي وشلل بينها هناك ٥٩,٣٪ منهم قد تلقوا ضد الحصبة.

د - مستوى التحصين حسب الجنس

أظهرت النتائج عدم وجود فوارق تذكر في مستوى التحصين عند الذكور والإناث كما هو مبين في الجدول أدناه:

الجنس	الشلل والثلاثي	الحصبة
الذكور	٤٩,١٪	٥٠,٨٪
الإناث	٥٠,٩٪	٤٩,٢٪

أ - الإحتفاظ ببطاقة التلقيح

تبين أن ٦٢,٨٪ من الأطفال لديهم بطاقات تلقيح بينما يحتفظ الطبيب بالبطاقة في ٥,٣٪ من الحالات و٣١,٩٪ من الأطفال اعتبروا محصنين بحسب قول الأم حسب أصول معتمدة من قبل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.

تشير هذه النتائج إلى تحسن ملموس حيث بلغت نسبة الأطفال الذين لديهم بطاقات تلقيح في دراسة تشرين الثاني ١٩٩٠ ٥٣,٦٪ فقط.

ب - مكان التلقيح

مكان التلقيح	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصبة
القطاع العام والأهلي	٥٠,٣٪	٥٢,٦٪	٥٢,١٪	٥٤,٣٪
القطاع الخاص	٤٩,٧٪	٤٧,٤٪	٤٧,٩٪	٤٥,٧٪

هذه النتائج قريبة جداً من تلك التي أشارت إليها الدراسة الوطنية في تشرين الثاني ١٩٩٠.

ج - مستوى التحصين

أظهرت الدراسة أن مستوى التحصين الوطني للأطفال دون السنة هو ٨١,٦٦٪

هـ - نسبة التسرب

بلغت نسبة التسرب بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة للثلاثي والشلل ٣, ٩٪ بالنسبة للأطفال دون السنة و ٢, ٦٪ للأطفال بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين وهي تشير إلى تحسن طفيف بالمقارنة مع نتائج عام ١٩٩٠ كما هو مبين في الجدول التالي:

نسبة التسرب	١٩٩٠	١٩٩١
دون السنة	١٠, ٢٪	٩, ٣٪
١٢ - ٢٣ شهر	٧٪	٦, ٢٪

إذا ما قارنا نتائج هذه الدراسة مع تلك التي حصلنا عليها في دراسة تشرين الثاني ١٩٩٠، نجد أن هناك تحسناً على جميع المستويات، سواء كان مستوى التحصين للثلاثي أو الشلل أو نسبة التحصين ضد الحصبة للأطفال بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين. إلا أن مستوى تحصين الأطفال دون السنة ضد الحصبة يبقى منخفضاً وفي الواقع أدنى من المستوى الذي تبين في الدراسة السابقة.

٤ - التوصيات

بالرغم من وضع الحرب السائد فقد تمكن لبنان من تحقيق الهدف العالمي بالنسبة للتحصين الشامل للأطفال لعام ١٩٩٠، أي تحصين ٨٠٪ من الأطفال. تشير النتائج إلى أنه يمكن للبنان أن يبدأ بتنفيذ برنامج وطني للقضاء على الشلل والسيطرة التامة على الأمراض الأربعة الأخرى كما لا بد من تركيز الجهود على رفع مستوى التحصين ضد الحصبة التي هي الآن القاتل شبه الوحيد بين الأمراض الخمسة لأطفال لبنان.

العينة

الرقم	المنطقة	المدينة أو البلدة أو المحلة	عدد العناقيد
١	بعيدا	الحدث وتوابعها	١
٢	بعيدا	بعيدا	١
٣	بعيدا	فرن الشباك	١
٤	بعيدا	الغبيري	٢
٥	بعيدا	المريجة والليلكي	٢
٦	بعيدا	الشيخ	٢
٧	بعيدا	برج البراجنة	٢
٨	بعيدا	حارة حريك	٢
٩	المتن	صاليها	١
١٠	عاليه	عين كسور	١
١١	الشوف	برجا	١

١	طرابلس المينا	طرابلس	٢٦
١	القلمون	طرابلس	٢٧
٢	طرابلس	طرابلس	٢٨
١	عينتورين	زغرتا	٢٩
١	بيت شلالا	البترون	٣٠
١	الحيد	عكار	٣١
١	الشيخ طابا	عكار	٣٢
١	رحبة	عكار	٣٣
١	صيدا	صيدا	٣٤
١	كفرتبنيت	النبطية	٣٥
١	النبطية التحتا	النبطية	٣٦
١	صور	صور	٣٧
١	بنت جبيل	بنت جبيل	٣٨
١	الخيّام	مرجعيون	٣٩

١	بسابا	الشوف	١٢
١	دير القمر	الشوف	١٣
١	فيترون	كسروان	١٤
١	جديدة غزير	كسروان	١٥
١	جونية وتوابعها	كسروان	١٦
١	مزرعة كفرذبيان	كسروان	١٧
١	العاقورة	جبيل	١٨
١	حصرايل	جبيل	١٩
١	الدكوانة	المتن	٢٠
١	برج حمود	المتن	٢١
١	سن الفيل	المتن	٢٢
١	مجدل ترشيش	المتن	٢٣
١	وطى المروج	المتن	٢٤
١	زرعون	المتن	٢٥

الدراسة الوطنية لأنماط الإرضاع من الثدي في لبنان (*)

من البديهي عند التخطيط لبرنامج للنهوض بصحة الأطفال أن تفرد فسحة واسعة لدراسة الوضع الغذائي للأطفال، فالإرضاع الطبيعي يعتبر بالنسبة لمنظمة اليونيسف العنصر الأساسي في استراتيجيتها ذات العناصر السبعة (مراقبة النمو، ومعالجة الإسهالات بواسطة شراب الأملاح، والرضاعة الطبيعية، والتلقيح، وتنظيم الأسرة، والتغذية، والتعليم). تتوخى الدراسة الحالية إيجاد بعض المعطيات الأساسية لأنماط الإرضاع والفظام خلال أخطر مرحلة في حياة الطفل ألا وهي الأربع وعشرون شهراً الأولى من حياته، وأهميتها أنها أول دراسة وطنية في هذا المجال.

فحتى تاريخه لم تتم دراسة ممارسات الإرضاع والفظام عند الرضع اللبنانيين بشكل واف، إذ أن معظم الدراسات المتوافرة كانت إما على صعيد مناطق معينة: كبيروت مثلاً (أرمينيان، زريق، ١٩٨٤)، أو جنوب لبنان (زريق، ١٩٨٣) أو عن العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية وأنماط الإرضاع والفظام (حرفوش، ١٩٦٥).

الأهداف:

تحددت للدراسة خمسة أهداف رئيسية وهي معرفة ما يلي:

- ١ - أنماط الإرضاع من الثدي.
- ٢ - العلاقة بين أنماط الإرضاع من الثدي والظروف الاقتصادية والاجتماعية.

(*) أعدت الدراسة الدكتورة ماري ديب من كلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت بمساعدة السيد جان جيور.

٤٠	حاصبيا	شعبا	١
٤١	زحلة	المعلقة	١
٤٢	بعلبك	القاع	١
٤٣	بعلبك	بعلبك	١
٤٤	بعلبك	طاريا	١
٤٥	البقاع الغربي	السوري	١
٤٦	بيروت	بيروت (غ)	٦
٤٧	بيروت	بيروت (ش)	٢
	مجموع عدد العناقيد		٦٠

تم اختيار فريق الباحثين محلياً من محافظات الشمال والجنوب والبقاع أما المناطق الأخرى فقد تم تغطيتها من قبل فريق من معاهد التمريض وأخصائيين إجتماعيين سبق أن شاركوا في دراسات تعتمد نفس المنهجية .

إدخال المعلومات والتحليل

تم إدخال المعلومات إلى الكومبيوتر في مكتب اليونسف في بيروت برنامج DBase III + أما تحليلها فتم في كلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت وفقاً لبرنامج SPSS/PC .

النتائج

١ - خصائص عينة الدراسة

العدد	متوسط العمر	متوسط الذكور إلى الإناث
١٢٥٧	٥,٨ شهراً	١,٣
٩٠٥	٤ سنوات	١,٠٨
٥٦٩	٧ سنوات	١,١١

جدول رقم ١ : خصائص العينة

- ٣ - ممارسات الإرضاع من الثدي أو الرضاعة الإصطناعية في المستشفيات ودور التوليد .
- ٤ - ممارسات الفطام .
- ٥ - آراء الأمهات حول الأسباب التي تدفعهن لإيقاف الرضاعة من الثدي .

المنهجية :

قام بتخطيط وتنفيذ الدراسة لجنة من اليونسف برئاسة مدير البرامج الصحية الدكتور علي الزين وعضوية الدكتور بشير عصمت والأنسة ندى الأغر والسيد كمال كمال الدين .

تم تحديد حجم العينة بـ ١٢٦٠ طفلاً تتراوح أعمارهم بين يوم ١٢ شهر وقد تم توزيعها بالتساوي على ست مجموعات كل منها ٢١٠ أطفال توزعت كل واحدة منها على ٣٠ عنقوداً، كل عنقود يحتوي على سبعة أطفال .

وقد تم جمع المعلومات التفصيلية حول آخر ثلاثة أولاد أنجبتهم الأم بإجراء مقابلات مباشرة معها . كان لكل أم طفل واحد على الأقل تم تصنيفه كطفل «مرجع» في هذه الدراسة (حجم العينة ١٢٤٧ طفلاً) . تبين أن المتوسط العمري للطفل «المرجع» حوالي ٨,٥ أشهر مع نسبة ١,٠٣ للذكور على الإناث (جدول رقم ١)، وبلغ المتوسط العمري للنساء المتزوجات في العينة حوالي ٦,٢ عاماً .

لإعتبرات عملية فقط، لم يتم إحترام حدود المحافظات إلا في الشمال والبقاع والجنوب . أما المناطق الأخرى، فقد توزعت إلى ثلاث مجموعات هي مناطق بيروت والضاحية الجنوبية والمنطقة الشمالية الشرقية لبيروت وجبل لبنان والمنطقة الشرقية الجنوبية لجبل لبنان .

تم إعداد الإستشارة في كانون الثاني ١٩٩٠ وهي مبنية على دراسات محلية وعلى دراسة صحة الأم والطفل في الدول العربية، ثم تم إختبارها من قبل ثلاث محققات مع خمس وعشرين أمماً من الفئة المستهدفة وتم إدخال التعديلات اللازمة عليها .

الوزن عند الولادة، هي بالتالي أقل بكثير من المستوى الفعلي لأن الكثير من الأطفال ذوي الوزن المنخفض يتوفون خلال الأسابيع الأولى من العمر. وتختلف هذه البيانات حسب المناطق حيث أن أعلى نسبة منها في غرب بيروت والشمال والجنوب بالنسبة إلى شرق بيروت وجنوب لبنان (شكل ٥).

ويتعلق وزن المواليد المنخفض عادة بعمر الأم (جدول ٣)، فقد سجلت أعلى نسبة من المواليد ذوي الوزن المنخفض عند الولادة من بين الأطفال الذين شملتهم الدراسة لأمهات صغيرات سنن (١٥ - ١٨ سنة).

جدول رقم ٣: نسبة توزع الوزن عند الولادة حسب عمر الأم للأطفال «المرجع»

الوزن الولادة	مجموع أطفال الدراسة	١٥ - ١٩	٢٠ - ٢٤	٢٥ - ٢٩	٣٠ - ٣٤	٣٥ +
العدد	(١٢٠١)	(٦١)	(٣١٨)	(٤١١)	(٢٧٦)	(١٤١)
< ٣,٥ كلف	٩٣,٣	٩٠,٢	٩١,٥	٩٣,٧	٩٥,٧	٩٢,٩
> ٣,٥ كلف	٦,٧	٩,٨	٨,٥	٦,٣	٤,٣	٧,١
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

٣ - أنماط التغذية

أ - نظام المولود الغذائي خلال الساعات الأولى والأيام الأولى بعد الولادة قد يؤثر على مدة ومباشرة الإرضاع من الثدي. ويبدو أن التقليد السائد في لبنان يقضي باعطاء

من كان يرعاها خلال فترة ما قبل الحمل. على كل حال وعلى الأقل خلال فترة الوضع تسنح الفرصة للمشرف وإن بعد فوات الأوان لإقناع الأمهات بالإرضاع من الثدي ولإعضاء الأمهات اللواتي يرغبن في ذلك النصح والدعم إلى أن تباشر الرضاعة.

ب - مكان الولادة والمشرف عليها

معظم ولادات عينة الدراسة قد تمت في المستشفى (٨١,٢٪) تليها الولادات في العيادات الخاصة (٩,٧٪) وفي المنزل (٩,١٪). ويدل توزع الولادات حسب المناطق على إن معظم ولادات شرق بيروت قد تمت في المستشفى (٩٦٪)، وسجلت أعلى نسبة للولادات في العيادات الخاصة في منطقة البقاع بينما كانت أعلى نسبة للولادات في المنزل في الشمال. (شكل ٤).

وكان المشرف على الولادة طبيياً في معظم الحالات (٨٠,٦٪) أو قابلة قانونية (١٥,٨٪) أو الداية (٣,٦٪) من العينة فقط.

ج - المشاكل أثناء الولادة

أما الأمور الأخرى التي تمت ملاحظتها فهي هل كانت الولادة طبيعية أم بعملية قيصرية، وهل حصلت الولادة بعد إتمام أشهر الحمل التسعة أو قبل ذلك. كما تم جمع المعلومات عن وزن المولود عند الولادة (حدد الوزن المنخفض بوزن المولود دون ٢٥٠٠ غ).

تشكل العمليات القيصرية ١٠٪ من الولادات. وسجلت أعلى نسبة حسب المناطق في شرق بيروت (١٤,٨٪) ويتوافق هذا الأمر مع نسبة الولادات في المستشفى. ويشكل الأطفال المولودون قبل الأوان ٢,٥٪ من مجموع العينة مع أعلى نسبة منها في الشمال. كما أن ٦,٧٪ من المولودين الأحياء، وبقوا كذلك عند القيام بالبحث، كانوا منخفضي

المولود سكر ويانسون خلال الساعات الأولى بعد الولادة. ويوجد تباين فيما يخص بهذا التقليد بين المناطق حيث يقل إنتشاره في شرق بيروت ويكثر في البقاع، كما يعطى الحليب المصنع خلال الساعات الأولى إلى ٢٩,٥٪ من الرضع في شرق بيروت في حين يعطى إلى ١٩,٦٪ في غرب بيروت وحوالي ٢٪ في البقاع (شكل ٦).

وقد تم إرضاع ٣٩٪ من مواليد المستشفيات والعيادات الخاصة حصراً من الثدي مع تباين واضح بين المناطق يتراوح بين ٢٧٪ في بيروت و٢٦,٤٪ في الشمال (جدول رقم ٤).

جدول رقم ٤: توزع أطفال «المرجع» المولودين في المستشفيات والعيادات الخاصة حسب الغذاء المعطى لهم خلال الساعات الأولى وحسب المناطق

الغذاء المعطى في المستشفى/العيادة	مجموع الأطفال	غرب بيروت	شرق بيروت	الشمال	الجيل	البقاع	الجنوب
العدد X	(٨٥٧)	(١٥٩)	(٢٠٤)	(١٣٣)	(١٤٩)	(١٠٤)	(١٠٨)
حليب طبيعي فقط	٣٩,٤	٢٧,٠	٢٧,٠	٦٢,٤	٤٣,٠	٥٦,٧	٣١,٥
حليب طبيعي وحليب بودرة	٣٤,٠	٣٤,٤	٤٣,٦	١٩,٥	٣١,٥	١٩,٢	٣٧,٠
حليب بودرة فقط	٢٥,٧	٢٩,٦	٢٩,٤	١٨,٠	٢٢,٨	٢٤,٠	٢٧,٨
سكر وماء	٠,٩	-	-	-	٢,٧	-	٣,٧
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

X العدد المتوقع ١١١٤ لكن تنقص البيانات بالنسبة إلى الحالات الباقية (٢٥٧).

يوضح الشكل ٧ نوع الغذاء الذي أعطي للطفل خلال الساعات الأولى حسب مكان الولادة. تتشابه أنماط تغذية الأطفال المولودين في العيادات الخاصة والمنزل بينما تختلف هذه الأنماط بالنسبة إلى الأطفال المولودين في المستشفيات. ويعتمد السكر واليانسون مرتين أكثر في ولادات العيادات الخاصة والمنزل عنه في المستشفيات. كما سجل إعطاء الحليب المصنع في ولادات المستشفى فقط.

سجلت مباشرة الإرضاع من الثدي تقريباً في سائر لبنان في دراسات بروثرو وحرفوش، حيث ظهر أن ٤٠٪ قد أنهاوا مرحلة الرضاعة من الثدي بينما ١٠٪ لم يسبق لهم أن أرضعوا من الثدي، والباقيون لا يزالون يرضعون من الثدي. وقد سجلت أدنى نسبة في الشمال والجنوب للأطفال الذي لم يسبق لهم أن أرضعوا من الثدي بينما تتواجد أعلى نسبة من عدم الرضاعة من الثدي في شرق بيروت (٢٠٪) (الشكل ٨)، وكان متوسط مدة الإرضاع من الثدي حوالي ٩ أشهر وهذا يوافق ما سبق تسجيله في دراسات أخرى (Harfouche, Zurayk, ١٩٨٣).

ب - يعتبر حليب الثدي مرضياً بصورة مميزة كالغذاء الوحيد للرضع خلال الأربعة أشهر الأولى من الحياة، لكن هذا الوضع يتغير عندما يبلغ الرضيع شهره الخامس حيث لا يعد يكفيه حليب الثدي ويصبح من الضروري إضافة أطعمة أخرى مع الإستمرار في الإرضاع من الثدي.

وتقتصر فترة الإرضاع من الثدي للأطفال المولودين في المستشفى مقارنة مع الذين ولدوا في العيادات الخاصة أو المنزل (جدول رقم ٥).

جدول رقم ٦: نسبة توزع أنماط الإرضاع من الثدي حسب المناطق للنساء اللواتي ولدن في المستشفى أو في العيادة الخاصة أو في المنزل لأطفال «المرجع».

إدخال حليب غير حليب الأم (٤ أشهر)	غرب بيروت	شرق بيروت	الشمال	الجبل	البقاع	الجنوب
المستشفى	٨٨,٦	٨٨,٢	٨٤,٤	٩٠,٢	٩٢,٥	٨٧,٨
العيادة الخاصة	٨٥,٧	١٠٠,٠	١٠٠,٠	٨٣,٣	٨١,٠	٨٨,٩
المنزل	٧٥,٠	١٠٠,٠	٨٨,٢	٨٨,٩	٧٥,٠	٦٦,٢

إدخال حليب غير حليب الأم (> ٤ أشهر)	غرب بيروت	شرق بيروت	الشمال	الجبل	البقاع	الجنوب
المستشفى	٦٠,٢	٦٦,٠	٥١,٦	٥٧,٨	٦٣,٠	٥٨,٥
العيادة الخاصة	٣٨,٥	٧٥,٠	٤٠,٠	٥٨,٣	٦٤,٦	٧٥,٦
المنزل	٤٧,٦	٦٠,٠	٥٧,١	٥٦,٠	٧٠,٦	٥٩,٣

جدول رقم ٥: توزع الأطفال «المرجع» الذين فطموا خلال فترة الدراسة حسب مكان الولادة.

مدة الإرضاع من الثدي	المستشفى	العيادة الخاصة	المنزل
العدد	(٤٠٧)	(٥٣)	(٣٩)
أقل من شهر	١٩,٧	١١,٣	١٠,٣
شهر إلى ٢ شهر	٧٥,٠	٤٣,٤	٣٥,٩
٤ أشهر - ٦ أشهر	١٧,٢	٢٢,٦	٢٨,٢
٧ أشهر - ١٢ شهراً	٦,١	٢٢,٦	٢٥,٦
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

يصف الجدول رقم ٦ التباينات حسب المناطق ومكان الولادة للأطفال الذين أعطوا حليباً غير حليب الأم وأطعمة صلبة قبل شهرهم الرابع. لم تلاحظ فروقات مهمة حسب المناطق أو مكان الولادة إلا في غرب بيروت حيث تختلف نسبة الأطفال الذين أعطوا أطعمة صلبة في شهرهم الرابع حسب مكان الولادة.

كما تم أيضاً جمع المعلومات التفصيلية حول الأطعمة الإضافية المعطاة إلى الطفل وعند أي عمر.

ج - أعطي الماء المحل بالسكر/ اليانسون إلى حوالي ٥٣٪ من كل أطفال العينة خلال الساعات الأولى. وتجدر الإشارة إلى أن الانماط متشابهة في كل المناطق مع نسبة منخفضة في شرق بيروت.

كما أعطي الماء إلى حوالي ٨٤٪ من الأطفال المولودين في الشمال منذ الولادة مقارنة بـ ٧٤٪ في شرق بيروت (الشكل ٩).

د - متى تم إدخال الحليب الاصطناعي والأطعمة الصلبة حسب المنطقة فقد سجلت أعلى نسبة من الإرضاع الاصطناعي منذ الولادة في بيروت وجنوب لبنان (شكل ١٠ وشكل ١١).

يبدو أنه قد تم إدخال الأطعمة الصلبة مبكراً لمعظم الأطفال قبل الشهر الرابع بينما ٣٪ فقط من الأطفال ممن بلغوا الشهر السادس من العمر لم يعطوا أطعمة صلبة.

٤ - أسباب عدم الإرضاع من الثدي

لقد تم الإستفسار من الأمهات اللواتي لم يسبق لهن الإرضاع من الثدي عن سبب عدم الإرضاع. فأفادت إن السبب الرئيسي يعود إلى مشاكل في الحليب. وفي شرق بيروت حيث توجد أعلى نسبة من عدم الإرضاع من الثدي أفادت ٦١٪ من الأمهات أن مشاكل الحليب تشكل السبب الرئيسي لعدم الإرضاع تليها مشاكل خاصة بالطفل ثم مشاكل خاصة بالأم (شكل ١٢).

تجدر الإشارة إلى أن الأسباب التي سجلتها النساء اللواتي أوقفن الإرضاع هي الأسباب نفسها التي أعطتها النساء اللواتي لم يرضعن إطلاقاً. وشكلت مشاكل الحليب الأكثر إنتشاراً لإيقاف الإرضاع من الثدي (شكل ١٣)، يبدو أن هذا الأمر يمثل «تعليل الأم التكويني والفيزيولوجي للحامل النهائي لسائر الضغوطات الاجتماعية والثقافية

المؤدية إلى تداخل نفسي مع تدني واردات فعل للبرولاكتين Let-Down and Prolactin Reflexes (إدراج الحليب)» (Jellife, ١٩٨٤).

يعطي الجدول رقم ٧ أسباب قرار إيقاف الرضاع من الثدي لثاني وثالث ولد بعد الطفل «المرجع» وهنا يظهر النمط نفسه الذي اتبع بالنسبة إلى الطفل «المرجع».

جدول رقم ٧: نسبة توزع أسباب إيقاف الإرضاع من الثدي للطفلين اللذين يليان أطفال «المرجع».

الأسباب	الطفل الذي يلي المرجع	الطفل الثاني الذي يليه
العدد	(٧٩٧)	(٤٤٨)
مشاكل الحليب	٤٩,٨	٥٢,٠
مشاكل خاصة بالأم	٨,٣	٨,٢
مشاكل خاصة بالطفل	٩,٤	٩,٤
قرار من الأم	٨,٨	٧,٤
كفى/ كبر الطفل	١٥,٩	١٥,٦
أسباب أخرى	٧,٨	٧,٤
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠

تابع الجدول رقم ٨

الفوائد المذكورة	العدد	%
مغذ	٥٨٧	٤٧,٣
يحصن الطفل ضد الأمراض	٣٤٣	٢٨,١
حليب نقي	٨٩	٧,٣
مقو للأسنان	١٦	١,٣
فوائد أخرى	٤٤	٣,٦
رد مبهم	١٣٤	١١,٠
لا تعلم	١٨	١,٥
المجموع	١٢٢٢	١٠٠,٠

٧٤,٢% من الأمهات يعتقدن أن الإرضاع من الثدي يلائم الأم. أما بين النساء اللواتي يعتقدن إن الإرضاع من الثدي غير ملائم هن فقد كان السبب الرئيسي أنه يضعف صحة الأم (جدول رقم ٩).

٥ - إدراك الأم لتأثير الإرضاع من الثدي

تم سؤال نساء الدراسة عما إذا كان الإرضاع من الثدي ملائماً أو غير ملائم لرضيعهن وهن وطلب منهن تفسير ذلك. تعتقد معظم النساء (٩٨,٥%) إن الإرضاع من الثدي ملائم للطفل. أما أسباب ذلك فهي: «حليب الأم مغذ» (٤٧%) و«يحصن الطفل ضد الأمراض» (٢٨,١%) (جدول رقم ٨). ولم يشرن إلا لماماً للعلاقة العاطفية بين الأم والرضيع والناحية الاقتصادية للإرضاع كإحدى فوائد الإرضاع من الثدي للطفل.

جدول رقم ٨: نسبة توزع الأمهات اللواتي يعتقدن أن الإرضاع من الثدي مفيد للطفل.

الإرضاع من الثدي مفيد		لا	
نعم	لا	نعم	لا
العدد	%	العدد	%
١٢٢٢	٩٨,٦٠	١٧	١,٤٠

١٤,٧	١١٥	أسباب أخرى
١٨,٨	١٤٧	رد مبهم
٧,٧	٦٠	لا تعلم

لماذا الإرضاع من الثدي غير مفيد	العدد	%
يضعف الأم	٢٢٠	٨٠,٦
يغير شكل الثدي	١٨	٦,٦
يعتمد على غذاء الأم	١٠	٣,٧
أسباب أخرى	٩	٣,٣
رد مبهم	١٤	٥,١
لا تعلم	٢	٠,٧

لقد أشارت زريق إلى هذا الأمر حيث أن نسبة كبيرة من النساء بغض النظر عن مستواهن التعليمي، يعتقدن أن الإرضاع من الثدي مضر بصحة الأم. فكانت الردود إن الإرضاع من الثدي يفيد الأم إذا كانت صحتها جيدة.

جدول رقم ٩: نسبة توزع الأمهات اللواتي يعتقدن أن الإرضاع من الثدي يفيدهن.

الإرضاع من الثدي مفيد	نعم	لا
	٧٨٣	٢٧٣
	٧٤,٢	٢٥,٨

لماذا الإرضاع من الثدي مفيد	العدد	%
رباط عاطفي	١٨٥	٢٣,٦
يحمي من سرطان الثدي	١٠٠	١٢,٨
يعتمد على غذاء الأم	٧٤	٩,٥
يستغرق وقتاً أقل	٤٩	٦,٣
إقتصادي	٢٩	٣,٧
يحمي من سرطان الرحم	٢٣	٢,٩
يوقف العادة الشهرية	١	٠,١

٢٢,٨	٣٢,٦	٢٧,٨	١٢ شهراً فما فوق
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع

عمر الأم					مدة الإرضاع
+ ٣٥	٣٤-٣٠	٢٩-٢٥	٢٤-٢٠	١٩-١٥	من الثدي بالأشهر
١٢٢	٢٢٣	٢٨٩	١٥٨	١٠	العدد
٤,٩	١٢,٦	٨,٠	٧,٠	١٠,٠	أقل من شهر واحد
٢٧,٠	٢٤,٢	٢٦,٠	٢٨,٥	١٠,٠	شهر واحد - ٣ أشهر
١٥,٦	١٥,٧	١٣,٨	١٧,٧	٢٠,٠	٤ أشهر - ٦ أشهر
٢٨,٧	٢٣,٢	١٩,٧	٢٢,٨	٢٠,٠	٧ أشهر - ١٢ شهراً
٢٨,٧	٢٤,٢	٣٢,٥	٢٤,١	٣٠,٠	١٣ شهراً فما فوق
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع

٦ - مؤشرات أنماط الإرضاع من الثدي

تم اعتماد الطفل الثاني بعد الطفل «المرجع» كوحدة تحليل في هذه المرحلة حيث حصلنا على معلومات عن إتمام مرحلة الإرضاع من الثدي بالنسبة إلى هذا الطفل. تم تصنيف مدة الإرضاع من الثدي في خمس فئات كما يظهر في الجدول رقم ١٠ لجدولة متقاطعة لمؤشرات ديمغرافية واجتماعية واقتصادية مختارة.

الجدول رقم ١٠: نسبة توزع إتمام مرحلة الإرضاع من الثدي حسب المؤشرات الديمغرافية للطفل الذي يلي الطفل «المرجع».

الجنس		مجموع السكان	مدة الإرضاع من الثدي (بالأشهر)
إناث	ذكور		
٣٨٦	٤١٧	٨٠٥	العدد
٩,٦	٧,٧	٨,٦	أقل من شهر واحد
٢٨,٠	٢٤,٥	٢٦,١	شهر واحد - ٣ أشهر
٢٣,١	١٤,٤	١٥,٥	٤ أشهر - ٦ أشهر
٢٣,١	٢٠,٩	٢٢,٠	٧ أشهر - ١٢ شهراً

أ - جنس الطفل

يشير الجدول رقم ١٠ أنه يتم إرضاع الذكور من الثدي لفترة أطول (فوق السنة) من إرضاع الإناث. وهذه العلاقة ذات دلالة إحصائية.

ب - عمر الأم

يبدو أن عمر الأم ذو صلة بإطالة مدة الإرضاع من الثدي لفترات الأعمار (٢٥ - ٢٩) و ٣٥ سنة فيما فوق مقارنة بفترات الأعمار (٢٠ - ٢٤) و (٣٠ - ٣٤). يجب التنبيه هنا إلى أن عمر الأم هو عمرها بالنسبة إلى تاريخ الدراسة وليس عمرها عندما ولد الطفل.

ج - المستوى التعليمي ومهنة الأم والأب

لقد تم تسجيل تعليم الأم (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨١) كعنصر مؤثر على مدة الإرضاع من الثدي. تظهر هذه الدراسة إلى أن الأمهات المتعلقات (متوسط وما فوق) قد يرضعن أطفالهن لمدة أقصر من الأمهات الأقل علماً (تجهل القراءة والكتابة أو مستوى ابتدائي) (جدول رقم ١١)، كما يختلف نمط مدة الإرضاع إذا ما كان الأب يعمل أو لا يعمل. أما الأمهات اللواتي يعملن خارج المنزل فإنهن يرضعن أطفالهن لمدة أطول من اللواتي يعملن في المنزل فقط. وهذا الأمر لم يكن متوقعاً على الإطلاق (جدول رقم ١٣).

جدول رقم ١١: نسبة توزع إتمام مدة الإرضاع من الثدي حسب تعليم الأم للأطفال الذين ولدوا بعد الطفل «المرجع».

مدة الإرضاع من الثدي	مجموع الأطفال	أمية	إبتدائي	متوسط	ثانوي وما فوق
أقل من شهر واحد	٨,٦	٨,٥	٨,٧	٧,٠	١٠,٤
شهر واحد - ٣ أشهر	٢٦,١	٢٢,٧	٢١,٢	٣٠,٨	٣٠,١
٤ أشهر - ٦ أشهر	١٥,٥	١١,٩	١٧,٤	١٥,٤	١٦,٨
٧ أشهر - ١٢ شهراً	٢٢,٠	٢١,٠	٢٢,٠	٢٢,٤	٢٢,٥
١٣ شهراً وما فوق	٢٧,٨	٣٥,٨	٣٠,٧	٢٤,٣	٢٠,٢
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
العدد	٨,٥	١٧٦	٢٤١	٢١٤	١٧٣

جدول رقم ١٣ : توزيع إتمام مدة الإرضاع من الثدي
حسب مهن الأم والأب .

الأب		الأم		مدة الإرضاع من الثدي	العدد
يعمل حالياً	لا يعمل	تعمل خارج المنزل	تعمل في المنزل		
٧٦٩	٣٥	٥٦	٧٤٦		
٨,٧	٥,٧	١٠,٧	٨,٤	أقل من شهر واحد	
٢٥,٧	٣١,٤	٢٦,٨	٢٥,٩	شهر واحد - ٣ أشهر	
١٥,٥	١٧,١	١٤,٣	١٥,٧	٤ أشهر - ٦ أشهر	
٢٢,٢	١٧,١	١٢,٥	٢٢,٧	٧ أشهر - ١٢ شهراً	
٢٧,٨	٢٨,٦	٣٥,٧	٢٧,٣	١٣ شهراً وما فوق	
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع	

د - مدة الإرضاع من الثدي والمحددات البنوية

تتضمن المؤشرات البنوية للإرضاع من الثدي : طبيعة الولادة، الوزن عند الولادة، مكان الولادة والمشرف عليها.

جدول رقم ١٢ : نسبة توزيع إتمام مدة الإرضاع حسب تعليم الأب
تعليم الأب (العدد = ٧٩٨).

مدة الإرضاع من الثدي	أمي	إبتدائي	متوسط	ثانوي وما فوق	العدد
	١٥٢	٢٧٤	١٨٠	١٩٢	
أقل من شهر واحد	٧,٩	٤,٤	١٢,٢	١١,٥	
شهر واحد - ٣ أشهر	١٦,٤	٢٦,٦	٣٣,٩	٢٦,٠	
٤ أشهر - ٦ أشهر	١٠,٥	١٥,٣	١٣,٩	٢٠,٨	
٧ أشهر - ١٢ شهراً	٢٧,٦	٢١,٥	١٨,٩	٢٠,٨	
١٣ شهراً وما فوق	٣٧,٥	٣٢,١	٢١,١	٢٠,٨	
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	

المشرف على الولادة			مدة الإرضاع من الثدي
داية	قابلة قانونية	طبيب	
٦٧	١٦٩	٥٦٧	العدد
٦,٠	٥,٣	٩,٩	أقل من شهر واحد
٢٢,٤	١٦,٦	٣٩,٥	شهر واحد - ٣ أشهر
١١,٩	١٧,٢	١٥,٥	٤ أشهر - ٦ أشهر
٢٣,٩	٢٥,٤	٢٠,٨	٧ أشهر - ١٢ شهراً
٣٥,٨	٣٥,٥	٢٤,٣	١٣ شهراً وما فوق
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع

يشير الجدولان ١٤ و ١٥ إلى أن الأطفال المولودين في المستشفى وتحت إشراف الطبيب قد أرضعوا لمدة أقصر من الأطفال المولودين في العيادة الخاصة أو في المنزل.

جدول رقم ١٤ : نسبة توزع الأطفال الذين أتموا فترة الإرضاع من الثدي حسب مكان الولادة والمشرف عليها.

مكان الولادة (العدد - ٨٠٥)				مدة الإرضاع من الثدي
المنزل	العيادة الخاصة	المستشفى	مجموع الأطفال	
١٢٧	١٠٩	٥٦٩	٨٠٥	العدد
٥,٥	٤,٦	١٠,٠	٨,٦	أقل من شهر واحد
١٨,١	١٩,٣	٢٩,٢	٢٦,١	شهر واحد - ٣ أشهر
١٥,٠	١٤,٧	١٥,٨	١٥,٥	٤ أشهر - ٦ أشهر
٢٦,٨	١٨,٣	٢١,٦	٢٢,٠	٧ أشهر - ١٢ شهراً
٣٤,٦	٤٣,١	٢٣,٤	٢٧,٨	١٣ شهراً وما فوق
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع

جدول رقم ١٥ : توزع الأطفال الذين أتموا مدة الإرضاع من الثدي حسب نوع الولادة.

مدة الحمل (٨٠٥)		طبيعة الولادة (٨٥)		
> ٩ أشهر	٩ أشهر	قيصرية	طبيعية	مدة الإرضاع من الثدي
١٣	٧٩٢	٥٨	٧٤٧	العدد
٧,٧	٨,٦	٦,٩	٨,٧	أقل من شهر واحد
٤٦,٢	٢٥,٨	٣٤,٥	٢٥,٤	شهر واحد - ٣ أشهر
١٥,٤	١٥,٥	٢٠,٧	١٥,١	٤ أشهر - ٦ أشهر
١٥,٤	٢٢,١	١٩,٠	٢٢,٢	٧ أشهر - ١٢ شهراً
١٥,٤	٢٨,٠	١٩,٠	٢٨,٥	١٣ شهراً وما فوق
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع

يتبين عادة من المراجع أن الأطفال المولودين بواسطة عملية قيصرية أو قبل الأوان أو ذوي الوزن المنخفض عند الولادة قد لا يرضعون من حليب أمهاتهم كالأطفال المولودين بصورة طبيعية.

لا يبدو أن نوع الولادة أو مدة الحمل أو وزن الطفل عند الولادة لها أي تأثير على مدة الإرضاع من الثدي. وتجدر الإشارة إلى أن عدد الأطفال الذين لم يولدوا ولادة طبيعية ضئيل جداً. كما أن المعلومات المتوافرة هي التي ذكرتها الأم والتي لم يتم تدقيتها في سجلات المستشفى لتأكيدهما.

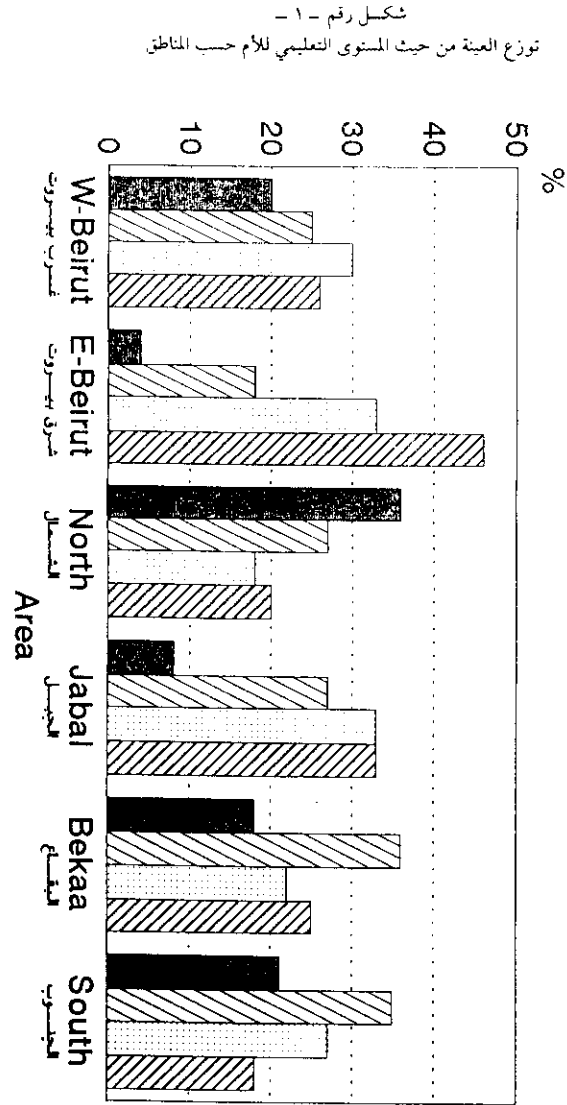
التوصيات

- ١ - مواقف الأم من الإرضاع من الثدي والعوامل المحفزة:
 - تشير الدلائل إلى أن موقف الأم من الإرضاع من الثدي عامل مؤثر في عملية الإرضاع.
 - يقترح أن تبدأ التربية الصحية في مرحلة ما قبل الولادة وأن تركز على الدوافع الأساسية لتكون فعالة في مساعدة الأمهات على تهيئة موقف إيجابي من الإرضاع من الثدي.
 - يجب أن تركز حملات الإرضاع من الثدي على وجهة نظر المرأة من الإرضاع من الثدي بنسبة التركيز نفسها التي تضيها على الطفل.
- ٢ - نسبة إتمام مدة الإرضاع من الثدي كانت أكثر ارتفاعاً بالنسبة إلى الأطفال الذكور منها للإناث. ويتوافق هذا الأمر مع النظرة الثقافية لمعطي المعلومات التي تظهر تفضيل الذكور لأسباب إجتماعية.
- ٣ - تحتاج مشاكل الفطام المبكر إلى تحليل إضافي من قبل العمال الصحيين. كما ينبغي إجراء دراسات أكثر تعمقاً لإدراك الأم للإرضاع من الثدي والأسباب المعلنة لإيقاف الإرضاع أو عدم مباشرته أساساً.

٤ - تحسين نظام الرعاية الصحية للأم سيؤثر بطريقة غير مباشرة على إمكانية الأم من الإرضاع من الثدي. نذكر على سبيل المثال:

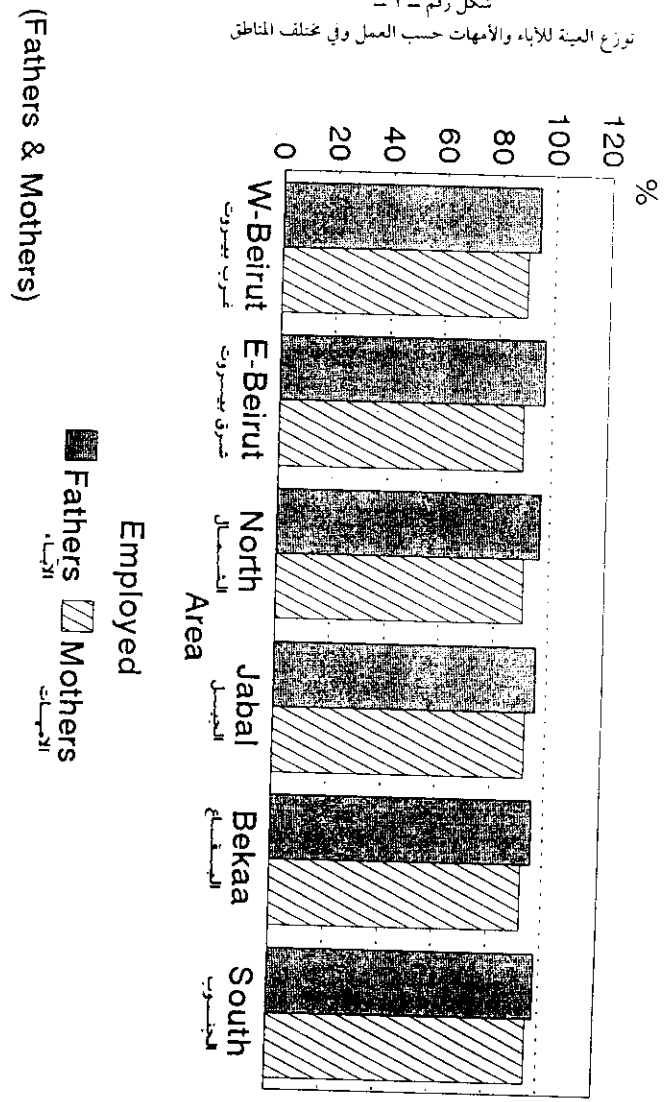
- أ - تحسين التغذية.
- ب - خفض الإجهاد الفيزيولوجي.
- ج - تأمين موانع حمل لفترة ما بعد الولادة لا تمنع إدرار الحليب.

Distribution of Mother's Education By Area



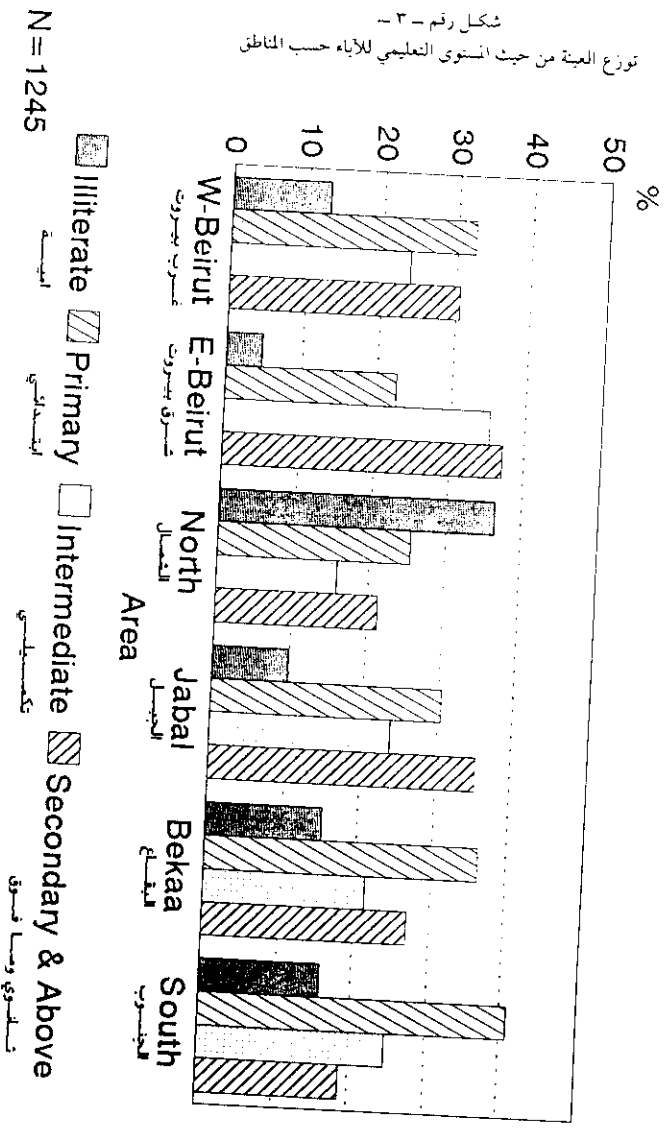
Distribution of Employment Status by Area

شكل رقم ٢ -
توزيع العينة للأباء والأمهات حسب العمل وفي مختلف المناطق



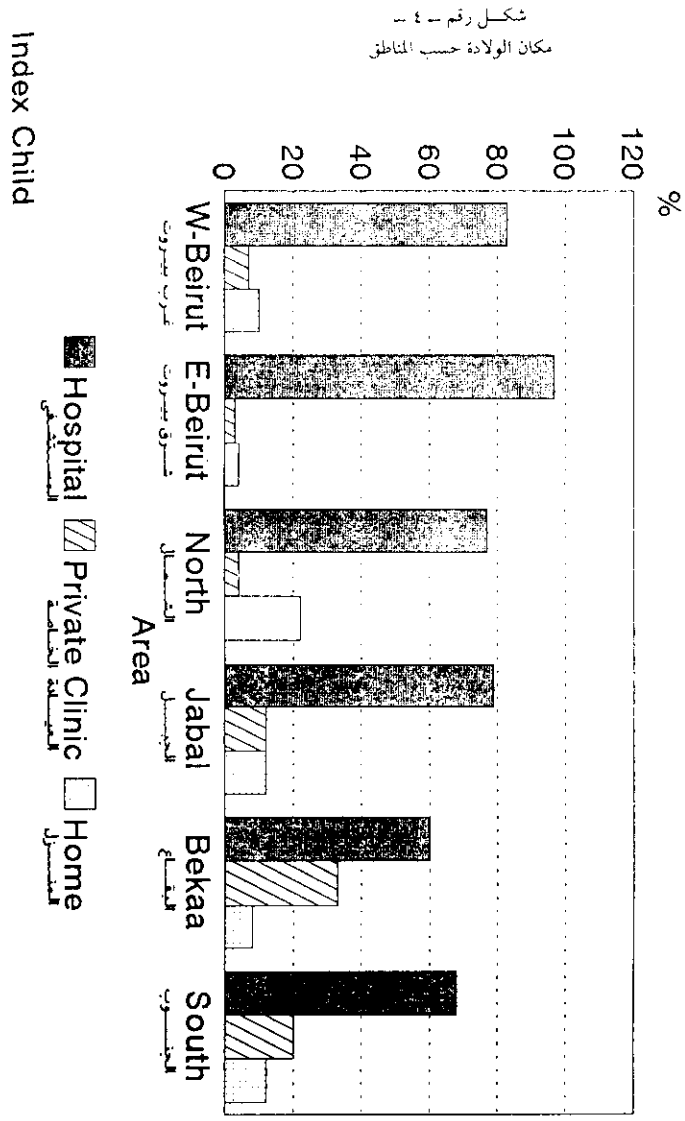
Distribution of Fathers Education by Area

شكل رقم ٣ -
توزيع العينة من حيث المستوى التعليمي للأباء حسب المناطق

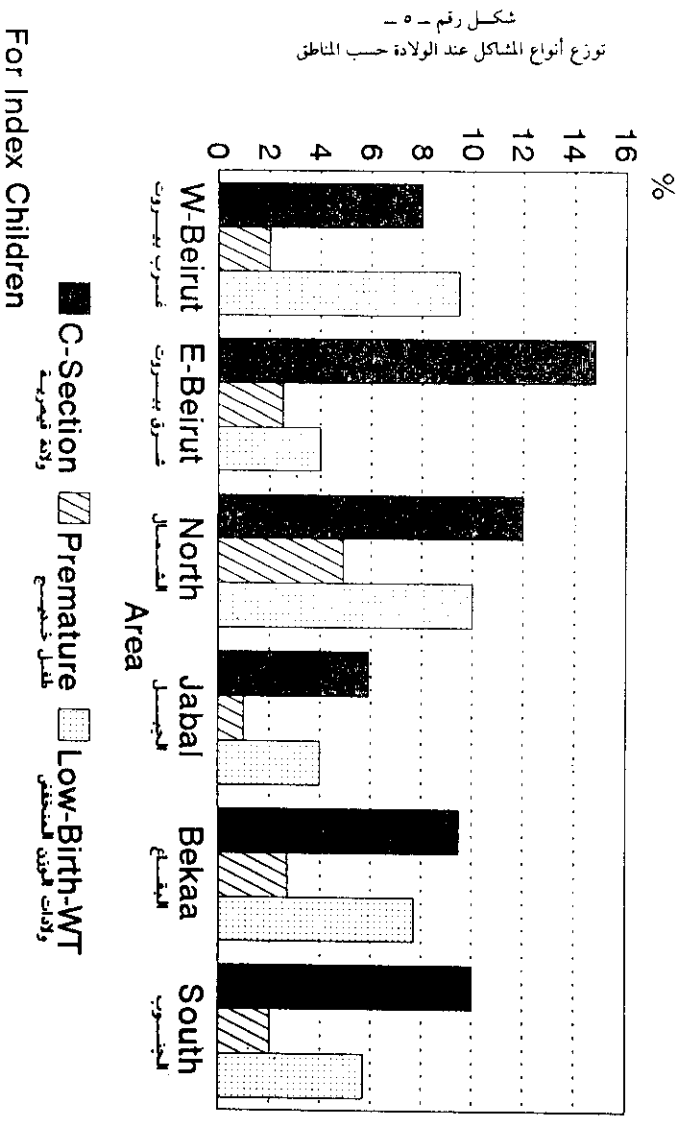


N = 1245

Distribution of Place of Delivery By Area



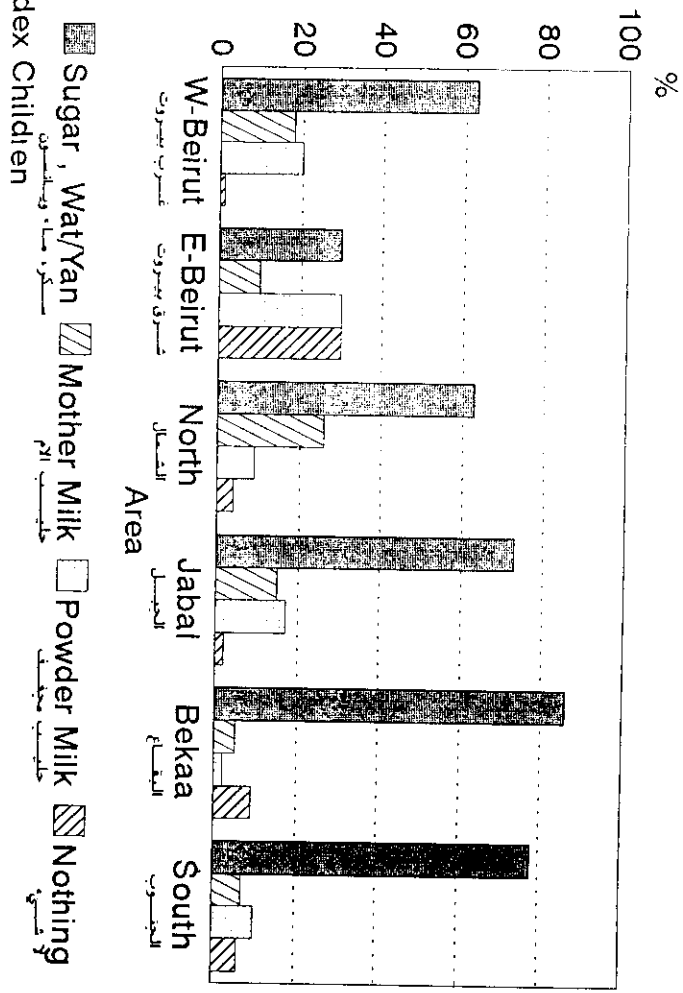
Complications of Delivery By Area



For Index Children

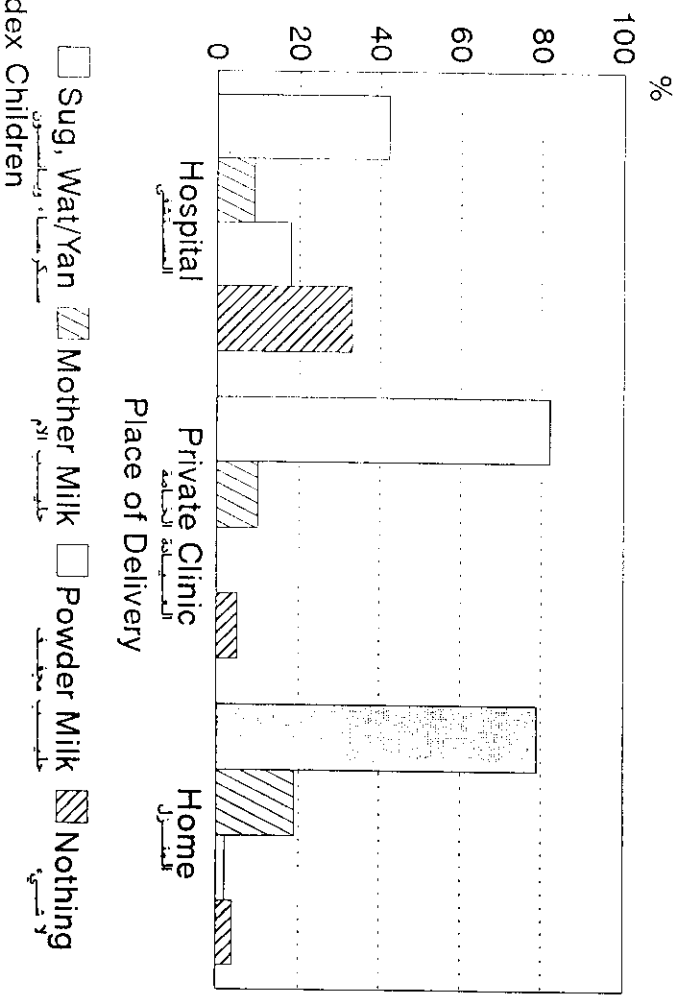
Food Given During 1st Hours By Area

شكل رقم - ٦ -
نظام المولود الغذائي خلال الساعات الأولى بعد الولادة حسب المناطق

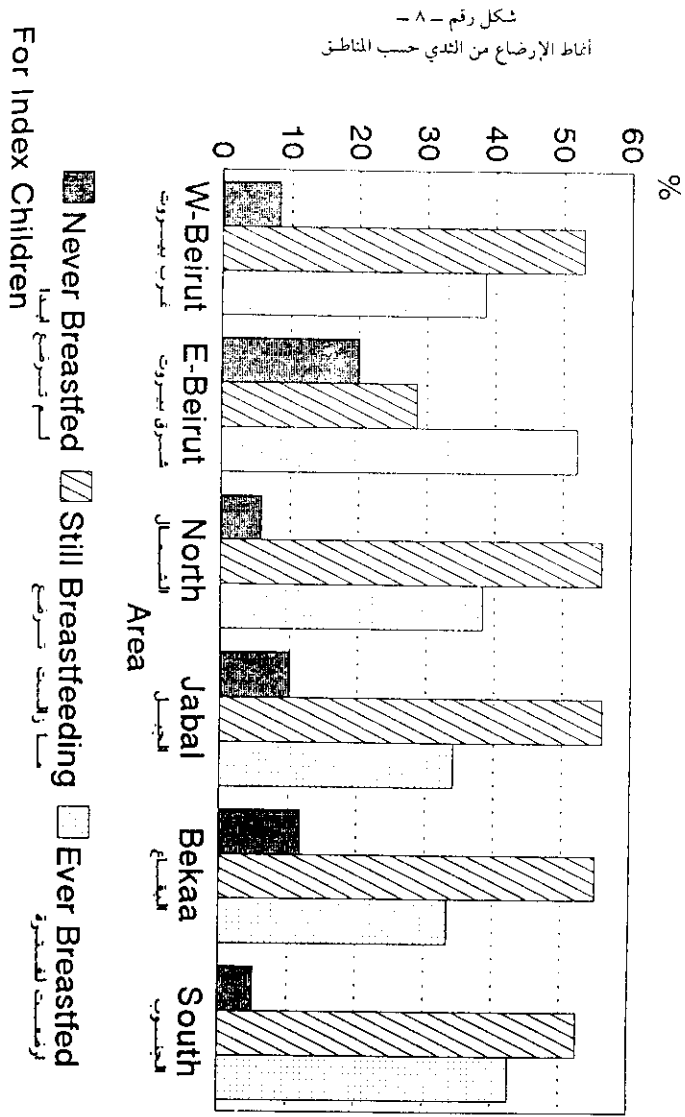


Food Given During 1st Hours By Place of Delivery

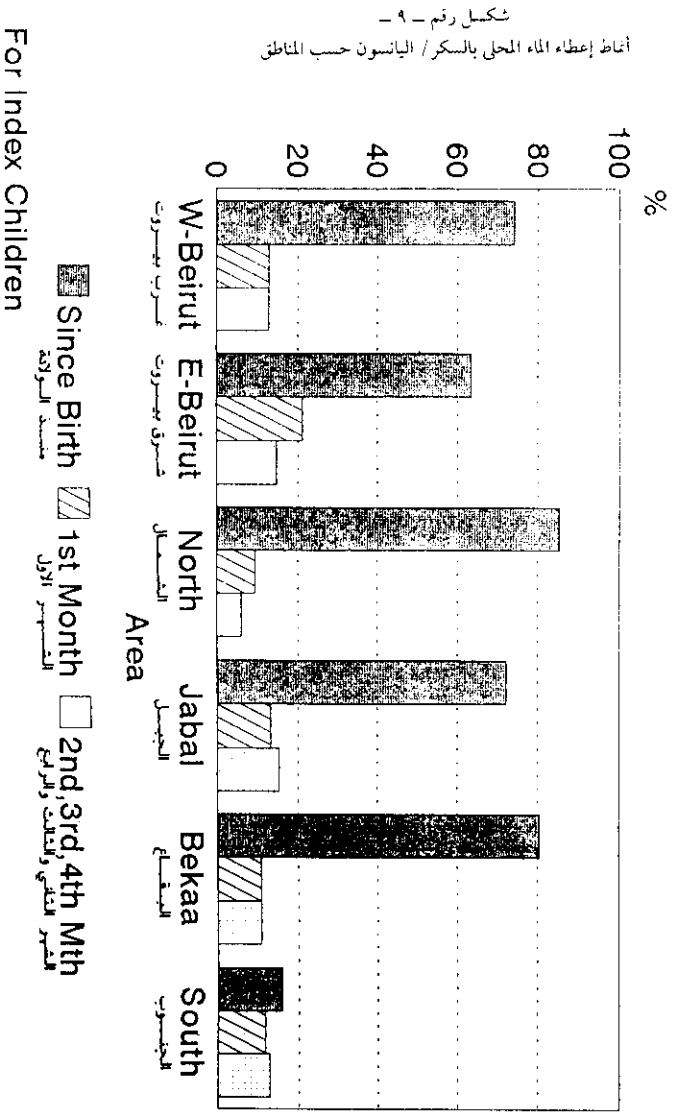
شكل رقم - ٧ -
نوع الغذاء الذي يعطى لنظفل خلال الساعات الأولى حسب مكان الولادة



Distribution of Feeding Patterns By Area

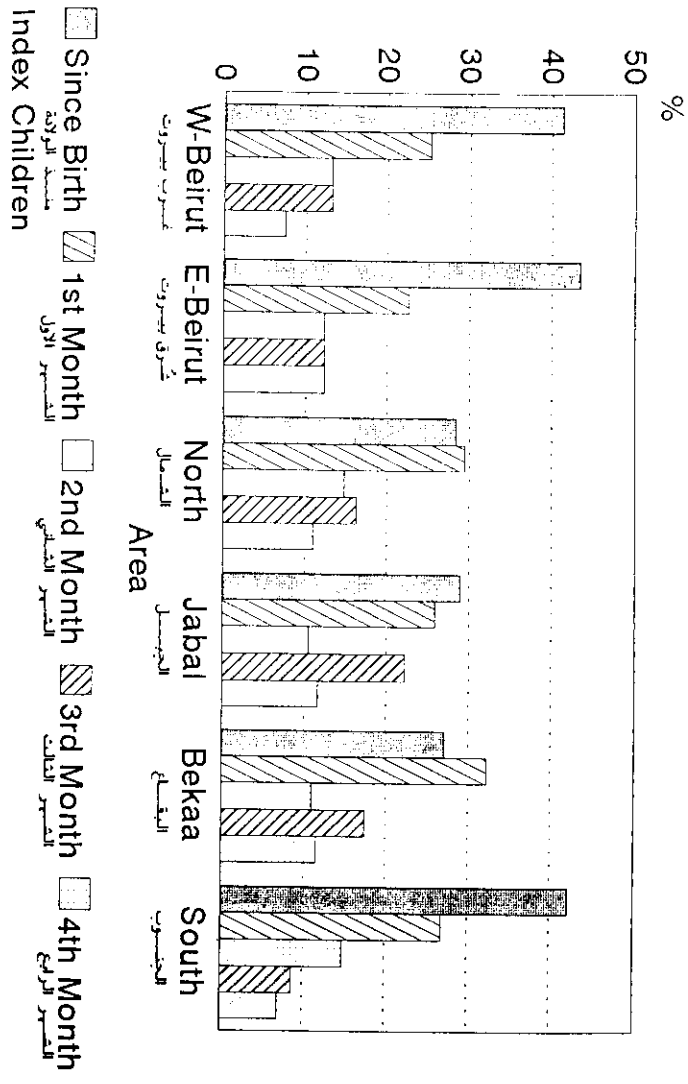


Time of Introduction of Sug, Wat/Yan By Area



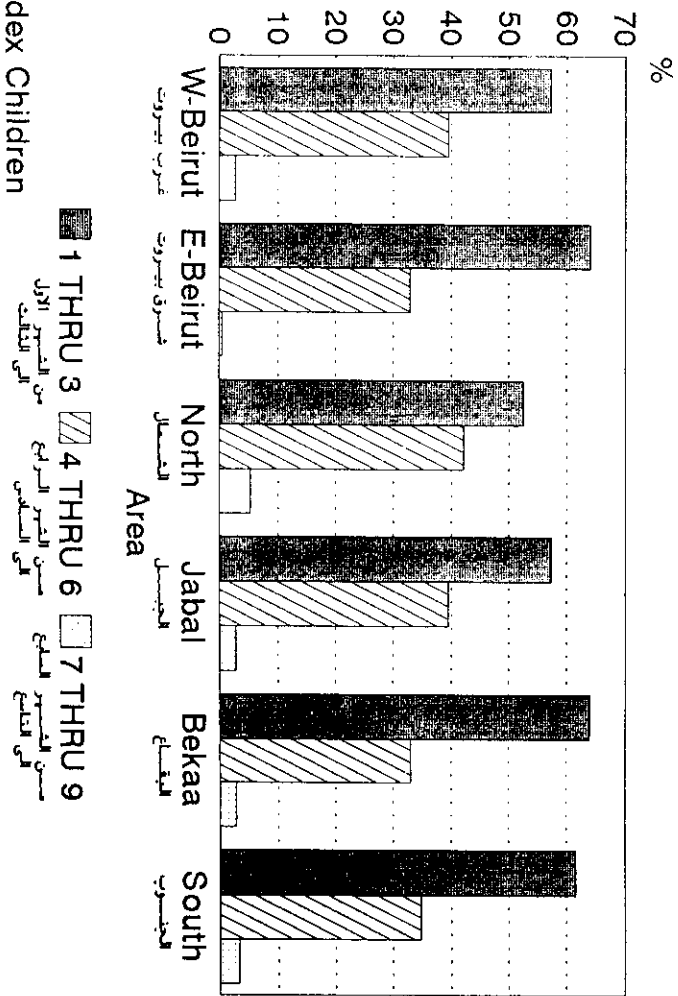
Time of Introduction of Powder Milk By Area

شكل رقم - ١٠ -
أنماط إدخال الحليب الإصطناعي حسب المنطقة



Time of Introduction of Solid Food By Area

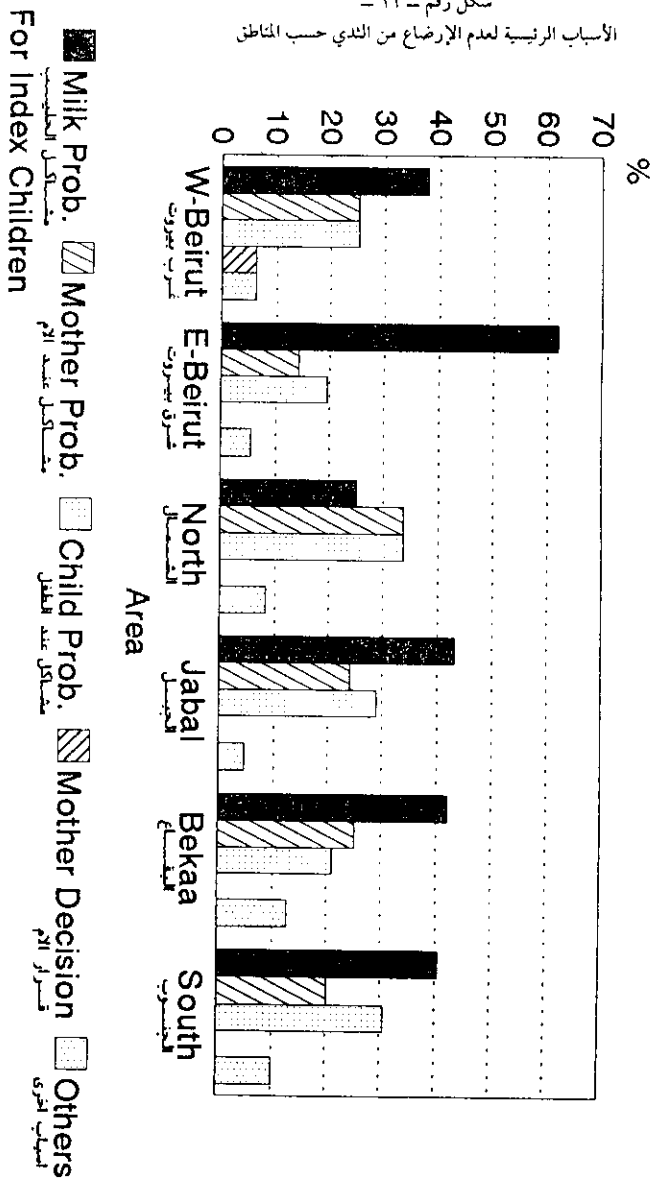
شكل رقم - ١١ -
أنماط إدخال الأطعمة الصلبة حسب المنطقة



For Index Children

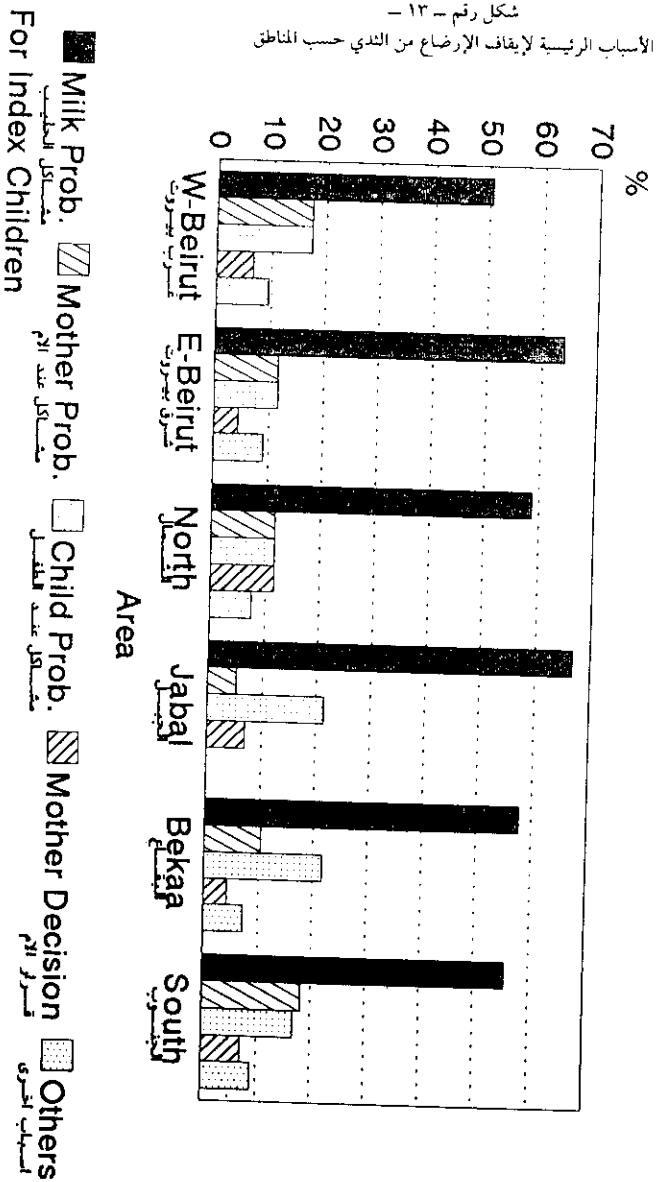
Reasons for Never Breastfeeding By Area

شكل رقم - ١٢ -
الأسباب الرئيسية لعدم الإرضاع من الثدي حسب المناطق



Reasons for Stopping Breastfeeding By Area

شكل رقم - ١٣ -
الأسباب الرئيسية لإيقاف الإرضاع من الثدي حسب المناطق



دراسة وطنية شاملة حول نوعية

مياه الشفة في لبنان (*)

١٩٩٠ - ١٩٩١

إن المياه هي أساس حياة الإنسان وبقائه، وما الحضارة إلا نوع من الحوار بين الإنسان والماء. ولقد إستقرت المجتمعات البشرية الأولى على ضفاف الأنهر والبحيرات وشواطئ البحار حيث ازدهرت الأنشطة الزراعية بالإضافة إلى كثير من الأنشطة الصناعية.

يحتاج الإنسان كحد أدنى إلى نصف غالون من المياه في اليوم للبقاء تحت أقصى الظروف وغالونين في اليوم لضمان حياة صحية من دون أية رفاهية وثلاثين غالون لتوفير حياة مرفهة ومريحة.

فاليوم، تكمن الخاصية المميزة للدول المتقدمة في قدرتها على تأمين مياه شرب موثوقة ووافرة لمجتمعاتها الريفية والمدينة على حد سواء. وتعتبر المعالجة الصحية للمياه، للأغراض المنزلية والإقتصادية مسؤولية أساسية من مسؤوليات الإدارة الإجتماعية والحكومية.

وقد أعد عقد الأمم المتحدة من أجل المياه (١٩٨١ - ١٩٩٠) بهدف التعاون بغية

(*) أعدت التقرير الدكتورة مي الجردى بمساعدة الأستاذ بسام أبي صعب والأستاذ خالد زهيري والأستاذ طارق قصار والأستاذة جمانة كالوت والأستاذة منى الرز والأستاذة دينا الخطيب.

تأمين تزويد كل شعوب العالم بمياه نظيفة، كما أعد من أجل تعزيز الصحة الوقائية مع الإعداد لتأمين المياه النظيفة لكل شعوب العالم بحلول العام ١٩٩٠ مما يعني توفير هذه العناصر لأكثر من ٦٥٠ ألف شخص في اليوم لمدة عشر سنوات.

وكان تنظيم العقد العالمي لتأمين مياه الشفة والصحة الوقائية لسنوات ١٩٨١ - ١٩٩٠ النتيجة الأساسية لمؤتمر الأمم المتحدة حول المياه الذي عقد في ماندر بلاتا في الأرجنتين في آذار ١٩٧٧. وبالرغم من أن هذا العقد لم يحقق الأهداف الموضوعية بتأمين المياه والصحة الوقائية لكل الشعوب. إلا إنه كان ناجحاً في خلق اليقظة والاهتمام بهذا القطاع وتنمية إستراتيجيات ونماذج فاعلة لتعزيزه وترسيخه.

إن التفاوت في تأمين الخدمات الصحية والمياه بين المناطق المدنية والريفية وإنخراط المرأة الفاعل والمجدي في إدارة برنامج المياه والصحة الوقائية، والوسائل الفاعلة في تسريع تأمين هذه الخدمات بصورة مستمرة هي مواضيع هامة وملحة لمرحلة التسعينات. فالإستراتيجية الواجب إتباعها في هذه المرحلة يجب أن تركز على التدبير والإدارة بالاعتماد على المراقبة المتكررة والمنظمة على الصعيدين الوطني والدولي.

إن أكثر من نصف سكان دول العالم الثالث لا يستطيعون تأمين مياه سليمة وصحية، وثلاثة من أصل كل أربعة لا يملكون تسهيلات مقبولة لتصريف المياه المبتذلة وأن تأثير هذه الممارسات الجماعية غير السليمة على الصحة لا يمكن تقديره.

فتقديرات منظمة الصحة العالمية تشير إلى أنه بين ١٠ - ٢٥ مليون وفاة في السنة و٨٠٪ من الحالات المرضية في العالم هي نتيجة النقص في المياه النظيفة والصحة الوقائية.

وفي لبنان تم توجيه عدد من الأنشطة الحكومية والخاصة والمعدة وفقاً لخطط سابقة، من أجل تقييم المصادر الوطنية للمياه، إلا أنه نظراً للعدد المحدود للباحثين والمؤسسات المشاركة فعلياً في هذه الأنشطة، افتقرت المعطيات التي تم تجميعها إلى التغطية والتصنيف بشكل رئيسي. وقد زاد من حدة هذا النقص، عجز الأجهزة التي تحفظ السجلات، خصوصاً على المستوى الحكومي.

إلا أن دائرة الصحة البيئية في الجامعة الأميركية قامت بأبحاث هي الأوسع والأشمل في مجال تقييم نوعية مصادر المياه الطبيعية وذلك أثناء الفترات التالية ١٩٦٧ - ١٩٧١ و ١٩٧٠ - ١٩٧٤ و صيف ١٩٨٣ .

وهكذا توجب القيام بدراسة شاملة ومواكبة حول نوعية مياه الشفة وتحديد مصادر التلوث تهدف إلى التطبيق الأولي للإجراءات الوقائية والضابطة .

ففي العام ١٩٨٨ شددت مجموعات المعاينة الخارجية التي تعمل ضمن برنامج ضبط الأمراض الزحارية التابع لمنظمة الصحة العالمية على أهمية تأمين مصادر مياه موثوقة ومناسبة، إذ يعتقد بأن الإسهال مسؤول عن وفاة خمسة ملايين طفل سنوياً ويساهم مع سوء التغذية بموت ملايين عديدة أخرى . وعلى الرغم من أهمية معالجة كل إصابة، إلا أن إلقاء الضوء على إجراءات تم إختيارها بغية تخفيض النسبة المرضية الزحارية، إرتدى طابع الأهمية القصوى، إذ أنه من بين خمسة عشر إجراء درستها منظمة الصحة العالمية بهدف تعزيز الوقاية من الأمراض الزحارية، تم تحديد سبعة منها لكونها الأشد فعالية وقابلة للتطبيق في معظم الدول وتشمل إحداها إستعمال المياه النظيفة .

أولاً : أهداف البحث

١ - الأهداف المرحلية

- تقدير النوعية الفيزيائية والكيميائية والجرثومية لمصادر مياه الشفة في لبنان .
- تحديد المصادر الممكنة للتلوث وممرات تسرب الملوثات .
- تحديد النقاط الممكنة للتدخل لمنع وتقليل ممرات التلوث والتحكم بها .

٢ - الأهداف البعيدة المدى

- إنشاء معطيات أساسية للمراقبة والمسح المستمرين في المستقبل .
- وضع دليل متكامل لتطبيق الإجراءات الوقائية والضابطة .

ثانياً : المنهجية

١ - مدى الإستقصاء

أ - المنطقة المستهدفة :

سعت الدراسة إلى تقييم النوعية الفيزيائية والكيميائية والجرثومية لمصادر مياه الشفة في كافة أنحاء لبنان . وقد تمت المراقبة وفقاً لمرحلتين وذلك لضبط تأثير التغيرات الفصلية التي تطرأ على نوعية المياه . فلقد امتدت المرحلة الأولى من شهر شباط ولغاية شهر نيسان لعامي ١٩٩٠ - ١٩٩١ لتعكس ظروف الفصل الممطر . أما المرحلة الثانية فأمتدت من شهر آب لغاية شهر تشرين الأول لعامي ١٩٩٠ - ١٩٩١ لتعكس ظروف الفصل الجاف .

ب - وحدة المعاينة

لقد تم تصنيف وحدة المعاينة وفقاً لكثافة السكان. ففي المناطق الريفية حددت القرية بكثافة سكانية تتراوح بين ١٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠ نسمة. أما المناطق المدنية، فتم تحديد القطاع فيها بكثافة سكانية تفوق ١٠٠٠٠٠ نسمة.

ج - حجم العينة

إن اختيار ٢٠٠ وحدة معاينة بصورة عشوائية وكحد أدنى، يعتبر كافياً للإشارة وبصورة شاملة إلى نوعية كل المياه الآتية من مصادر مياه الشفة في لبنان.

وبالإضافة إلى هذه المجموعة من وحدات المعاينة، شملت الدراسة مراكز الأفضية (على الرغم من أن الكثافة السكانية لبعض هذه المناطق تقل عن ١٠٠٠٠ نسمة). ولقد شملت أيضاً المصادر الرئيسية لمصالح المياه (ملحق ١).

د - إظهار المعاينة

في غياب إحصاء رسمي حديث للسكان أو الإسكان يوفر إطاراً لمعاينة السكان (أحدث إحصاء رسمي للسكان يعود إلى عام ١٩٣٢) كان لا بد من إستعمال معلومات حديثة تعتمد إحصاء عام ١٩٧٣ وذلك بغية تحديد كثافة السكان في المحافظة. إلا أن هذه المنطقة الإدارية لم تستعمل كأطار معاينة مرجعي بل تم تبني معاينة أكثر شمولية وواقعية تقوم على المناطق الإدارية والسياسية ذات النفوذ المحلي وهكذا تم تحديد ست مناطق رئيسية (ملحق ١).

١ - بيروت الكبرى.

٢ - البقاع.

٣ - الجبل.

٤ - الشمال.

٥ - الجنوب (باستثناء الشريط الحدودي).

٦ - الشريط الحدودي.

وتم تصنيف المدن والقرى الموجودة داخل المناطق المذكورة وفقاً لثلاث مجموعات رئيسية تقوم على كثافة سكانية مقدرة.

١ - مناطق تفوق كثافتها السكانية ١٠٠٠٠ نسمة.

٢ - مناطق تتراوح كثافتها السكانية بين ١٠٠٠ و ١٠٠٠٠ نسمة.

٣ - مناطق لا تتجاوز كثافتها السكانية ١٠٠٠ نسمة.

ويتطابق عدد وحدات المعاينة المنتقاة مع الكثافة السكانية مباشرة وذلك إذا أخذنا بعين الإعتبار أن عدد السكان المرجعي يقدر بـ ٣, ١٨٨, ٢٩٢ وهكذا:

١ - تقطن ٢, ٠٨٤, ٧٨١ نسمة في مناطق تفوق كثافتها ١٠٠٠٠ نسمة (٣, ٦٤, ٣) بالمئة من مجموع السكان (ملحق ٢).

٢ - تقطن ٩٧٢, ٠١٧ نسمة في مناطق تتراوح كثافتها بين ١٠٠٠ و ١٠, ٠٠٠ نسمة (٥, ٣٠) بالمئة من مجموع السكان (ملحق ٣).

٣ - تقطن ١٦٧, ٤٦٤ نسمة في مناطق لا تتجاوز كثافتها ١٠٠٠ نسمة (٣, ٥) بالمئة من مجموع السكان (ملحق ٤).

٢ - تجميع المعطيات

تم وضع إستمارات الإستفتاء لجمع معلومات ديمغرافية أساسية ترتبط بوحدات المعاينة المنتقاة عشوائياً، وتصلح وحدة المعاينة لكل المصادر الممكنة والتي حددت كمياه للشفة، بالإضافة إلى أنه تم جمع المعطيات المرتبطة بالوسائط الأساسية التالية:

- مصادر مياه الشفة (الموقع، النوعية، المعطيات الهيدروجيولوجية...).

- تدبير المياه البتذلة (الطريقة، المشاكل...).

- تدبير النفايات الصلبة (الطريقة، الشكل...).

- معطيات القاطنين في المنزل (المعطيات الديمغرافية، إستعمال المياه،

التعقيم...).

ثالثاً: النتائج والتفسيرات

١ - خصائص مصادر مياه الشفة

لقد تم تحديد مصادر المياه المستخدمة كمصدر لمياه الشرب. فالجدول رقم - ١ - يبين أن المصادر لمياه الشفة هي مصادر بلدية مرتبطة بمصالح مائية مختلفة وتأمين من الينابيع والآبار.

جدول رقم ١ : أنواع مصادر مياه الشفة

الفصل	مياه الضخ	ينابيع	آبار	أنهر	خزانات	غير محدود
المطر	٦١,٩	١٧,١	١١,٠	١,١	٥,٣	٣,٩
الجاف	٥٣,٦	١٦,٦	١٢,٢	٠,٨	١٠,١	٦,٤

هناك أيضاً الينابيع والآبار الخاصة والخزانات الضحلة المستعملة لتجميع مياه الأمطار تشكل نظاماً أساسياً مساعد خصوصاً أثناء الفصل الجاف حيث يزداد الطلب على المياه.

أما فيما يتعلق بأنواع الأراضي المحيطة بمصادر المياه المشار إليها فهي مبنية في

الجدول - ٢ - .

٣ - جمع العينات

تم جمع عينات عشوائية من كل مصدر مستخدم كمياه شفة كما تم إختيار ربان المنازل عشوائياً وذلك ضمن وحدة المعاينة، وتم تحديد وسائط فيزيائية تشمل درجة الحرارة، واللون، الكودرة، والناقلية. كما تم تحديد وسائط كيميائية تشمل الأس الهيدروجيني والحموضة والقلوية والأكسجين المذاب والأمونيا والنترت والنترات والكلوريد والعسرة والكلية والكبريتات والحديد والفسفات. كما تم فحص النوعية الجرثومية التي تقوم على ثلاثة مؤشرات رئيسية ألا وهي الجراثيم القولونية الشكل والجراثيم المعوية من جنس E.Coli والمكورات السبحية من جنس Streptococcus faecalis وقد أنجزت التحاليل الفيزيائية والكيميائية والجرثومية غير المستقرة في موقع جمع المعطيات. أما الوسائط الفيزيائية والكيميائية الأكثر إستقراراً كالموصلة والعسرة الكلية والكلوريد والكبريتات فسجلت خلال ٢٤ ساعة من زمن الجمع.

٤ - التحليل المخبري

وتم التعامل مع الوسائط الفيزيائية والكيميائية المشار إليها والعائدة لعينات المياه التي تم جمعها وفقاً لطرق معيارية، وذلك بإستعمال مختبر مياه نقال (عدة هندسية مباشرة القراءة DREL/2000).

تم تحديد التقييم الجرثومي لعينات المياه التي تم جمعها وفقاً لطرق معيارية لكل الجراثيم القولونية الشكل والجراثيم المعوية من جنس E. coli والمكورات السبحية من جنس Streptococcus faecalis وذلك بإستخدام محضن صحي (مختبر مياه نقال).

٥ - تحليل المعطيات

حللت المعطيات على الحاسوب بالإستعانة ببرنامج إحصائي للمسح العلمي.

Statistical package for scientific surveys (SPSS PC+

جدول رقم ٢: أنواع الأراضي المحيطة بمصادر المياه

المنطقة	أ - زراعية	ب - استعمال حيواني	ج - سكني	د - زراعي + سكني	هـ - صناعي	أ + ب + ج	غير معن (مسترد)	غير محدود
بيروت	٠,٨	-	١٤,٠	٣,٦	٠,٨	-	٥,٦	٧٥,٢
نجيل	٤,١	-	١٦,٠	١٣,٦	٠,٥	٠,٥	٤,٨	٥٩,٦
الجنوب	٢١,٩	-	٤٦,٩	٢٥,٠	-	-	٦,١	-
نشرين	٧,٨	-	٥١,٠	١٥,٧	-	-	١٣,٧	١١,٨
نبقاع	١٥,٠	-	٥١,٧	٦,٧	-	-	١٠,٠	١٦,٦
الشريط	٢٢,٧	٤,٥	٤٠,٩	٢٢,٧	-	-	٤,٥	٤,٥
لبنان	١٢,٠	٠,٨	٣٦,٦	١٤,٥	٠,٢	٠,١	٧,٤	٣٣,٥

الجدول - ٣ - يشير إلى أن النواقص الأساسية للمياه مرتبطة بعدم توفرها في الوحدات السكنية، بالإضافة إلى الصيانة غير اللائقة وتقبل نوعيتها الفيزيائية كالطعم واللون والكدورة.

جدول رقم ٣: الأنواع الأساسية لعلل مياه الشفة.

أ - أنابيب متضررة أو متآكلة	١٦,٤ %
ب - نقص في المياه	١٢,١ %
أ + ب	٢١,٦ %
كدورة تلون وتملح	١٩,٨ %
لا مشاكل	٢٦,٧ %
غير محدد	٣,٤ %

بعد إستقصائها تبين بأن هذه المشاكل ترتبط بالتالي:

- أ - أسباب عدم توفر المياه للمستهلك.
- ب - وضعيّة أنشطة الصيانة والتصلّيح.
- ج - أنواع أساسية في أنظمة معالجة المياه.

الجدول - ٤ - يبين أسباب عدم توفر المياه للمستهلك والتي تتأرجح بين النقص في كميات المياه البلدية المتوفرة في الوحدات السكنية وإزدياد الكثافة السكانية المترافقة مع مشكلة نمو المواقع السكنية الحديثة. وتزداد المشكلة تأزماً مع إستخدام نظام التقنين بحيث توزع المياه بشكل متقطع وتتضخم هذه المشكلة أكثر بنظام تقنين الكهرباء.

والتدبير والصيانة غير اللائقين في نظام التوزيع مما يؤدي إلى خسائر هائلة قد تصل إلى ٦٠ بالمئة من المياه المضخة في شبكة التوزيع. أما فيما يتعلق بوضعية أنشطة الصيانة والتصليح فتعتبر عامة غير كافية كما يظهر جليا في الجدول - ٥ - .

جدول رقم ٤ : أسباب عدم توفر مياه الشفة للمستهلك

الأسباب	الأهمية %
أ - نقص في المياه المتوفرة	٥٢,٥
ب - يتابع جافة	٦,٠
ج - إزداد سكاني	٢,٦
د - تقنين كهرباء	٨,٦
هـ - أنابيب متلفة	٤,٣
ج + د + هـ	٢٣,٣

جدول رقم ٥ : وضعية الصيانة والتصليح في شبكات المياه في لبنان

غير مناسب	فعال	ناقص	غير محدد	لبنان
١,٧	٤٠,٥	٥٣,٤٠	٤,٣	

إن إستقصاء نوعية مياه الشفة من ناحية الطرق المعتمدة في معالجتها أثبت كما بين الجدول - ٦ - بأن ٩٦,٣٪ منها لا يخضع لأية معالجة فيزيائية، كيميائية، أو جرثومية. المعالجة بالكلور تمارس بأدن مستوى (٣٪). هذه الحقائق تؤكد أهمية المراقبة المستمرة لمصادر مياه الشفة لتحديد أي تقلب هام في نوعيتها الفيزيائية والكيميائية والجرثومية.

جدول رقم ٦ : أنواع طرق معالجة مياه الشفة

الكلور	الترسيب	تقطير بفحم الخطب والكالسيوم	تخثير Coagulation	الترشيح والتقطير	لا معالجة
٢,٩٪	٠,١٪	٠,٢٪	٠,١٪	٠,٢٪	٩٦,٣٪

٢ - النوعية الفيزيائية والكيميائية لمياه الشفة

لا بد من التأكيد على أن عينة عشوائية واحدة مأخوذة في الفصل المطر فقط أو الفصل الجاف لا تؤمن معطيات التغيير الطارئ على النوعية، ويتبين ذلك من العوامل الرئيسية التالية:

- التغيير السنوي في كمية الأمطار.

- التغييرات الفصلية، وقد تم تجاوز هذا العامل بإنجاز المسح على مرحلتين الفصل المطر والفصل الجاف.

- حوادث التلوث الدورية.

إلا أن المعطيات التي تم تجميعها هي معطيات رئيسية هامة قد تساعد في وضع خطط لأنشطة مستقبلية. وينجم عن التحليل الإحصائي للمعطيات، والمبين في

جدول رقم ٧: الخصائص الفيزيائية لمصادر مياه الشفة حسب المناطق (القيمة الوسطى لـ ١٤٢٠ عينات) أثناء الفصولين الممطر والجاف في لبنان:

١٩٩٠ - ١٩٩١

المناطق	المصادر	درجة الحرارة C°		اللون TCU		الكدورة FTU		الموصلية $\mu\text{mohs/cm}$	
		جاف	مطر	جاف	مطر	جاف	مطر	جاف	مطر
بيروت	الينابيع	٢٢,٥	٢٧,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٩٥٣	١١٢٠
	الآبار	١٨,١	٢١,٨	٢,٨	٥,٨	٠,٥	١,٠	١٥٩٤	١٩٨١
	الخرانات	٢٠,٠	٢٣,٩	٠,٠	٣,٠	٠,٠	٠,٠	٧٦٥	٨٦٦
	الشبكة	١٨,٢	٢٥,٥	٣,٤	٣,٢	٠,٥	٠,٥	٧٨٢	١٠٠٩
الجبيل	الينابيع	١٥,٥	١٧,٨	٧,٠	٢,٠	٠,٧	٠,٣	٤٤٦	٥١٧
	الآبار	٢٠,٦	٢٢,٩	٧,٠	١,٠	٠,٣	٠,٢	٦٦٠	٨٣٥
	الخرانات	١٥,٢	١٩,٢	٣,٠	٢,٠	١,٥	٠,٢	٣٩٨	٤٥٠
	الشبكة	١٧,٥	٢٣,٤	٥,٠	١,٠	١,١	٠,٢	٤٤١	٥٧٢
البقاع	الينابيع	١٣,٥	١٦,٧	٥,٠	٣,٠	١ >	صفر	٣٤٧	٤٧٦
	الآبار	١٠,٩	-	٥,٠	٣٣,٠	١,٠	١٧,٠	٥٧٨	٧٩١
	الخرانات	١٣,٦	-	١٢,٠	٠	٠,٢,٠		٢٥٨	٣٦٤
	الشبكة	١٤,٣	٢٠,٤	٦,٠	٥,٠	٢,٠	١ >	٣١٨	٣٩١
الشمال	الينابيع	١١,٩	١٥,٤	١,٠	٥,٠	١ >	١ >	٢٧٨	٣٩١

الجدول ٧ و ٨ و ٩ و ١٠ الخلاصة التالية المرتبطة بالوسائط الفيزيائية، الكيميائية والمنتجة:

- إن مصادر المياه الطبيعية تتراوح بين متوسطة إلى مرتفعة التمعدين. وتدل مسؤوليات الناقل على ذلك بوضوح إذ تتراوح بين ٤٨٠ - ٨٠٠ ميكروسيمنس في الستيمتر الواحد عند ٢٥ درجة مئوية للحرارة.

- يرتفع مستوى التمعدين كثيراً في الفصل الجاف لتتراوح بين ٥٠٠ و ٩٥٠ ميكروسيمنس في الستيمتر الواحد عند نفس درجة الحرارة المثوية. ويرتبط ذلك بشكل أساسي بمعدلات التبخر المرتفعة لا سيما في الآبار الضحلة والينابيع والتي تشكل مصادر أساسية لمياه الشفة، إضافة إلى إزداد نسبة الملوحة للمياه الجوفية في المناطق الساحلية.

- تعكس الخواص الفيزيائية الكلية للمياه كالحرارة واللون والكدورة صورة التقبل حسب معايير منظمة الصحة العالمية. أما فيما يتعلق بالمحتوى الكلي للتمعدين فمستوى تقبلها هامشي، وتؤدي المستويات المرتفعة للتمعدين إلى تأثيرات سلبية في الجهاز الهضمي.

- أما بالنسبة للوسائط الكيميائية المبينة كالكلوريد والكبريتات والفوسفات فهي حسب معايير دليل منظمة الصحة العالمية.

جدول رقم ٨: النوعية الكيميائية لمصادر مياه الشفة في لبنان حسب المناطق
القيمة الوسطى لـ ١٤٢٠ عينة أثناء الفصليين الممطر
والجاف في لبنان ١٩٩٠ - ١٩٩١.

المصدر	القلوية mg/l as Ca CO3		العسرة الكلية mg/l as Ca CO2		الكلوريد mg/l		النترات mg/l as NO3 - N		الكبريتات		الفوسفات		الحديد
	جاف	مطر	جاف	مطر	جاف	مطر	جاف	مطر	جاف	مطر	جاف	مطر	
بيروت	٢٣٠	٢٣٠	٣٤٠	١٧٥	٢١٥	١٧٥	٠,٩٠	٠,٩٠	٢٨	٢٨	٠,١٠	٠,١٠	صفر
البيابيع	٢٣٠	٢٣٠	٣٧٦	٤٨	٣٦٠	٤٨	١,٣٠	١,٧٠	٤٤	٥٣	٠,١٤	٠,٠٨	صفر
الأبار	٣١٢	٢٧٨	٤٥٥	٣٧٦	٤٨	٣٧٦	١,٣٠	١,٧٠	٤٤	٥٣	٠,١٤	٠,٠٨	صفر
الخرزانات	٢٦٧	٢٦٧	٣٨٥	٦٦	٦٧	٦٦	١,٣٠	٢,٠٠	٢٢	١٨	٠,١٤	٠,٠٦	صفر
الشبكة	٢٢٣	٢٢٦	٣١١	٩٦	١٤٢	٩٦	١,٤٠	١,٤٠	٢٤	٢٠	٠,١٥	٠,٢١	صفر
الجبيل	٥٢٠	٢١٢	٢٥٩	٢٢	٢٨	٢٢	١,٢٠	١,٢٠	١٤	١٠	٠,٢٥	٠,٢٥	صفر
البيابيع	٥٢٠	٢١٢	٢٥٩	٢٢	٢٨	٢٢	١,٢٠	١,٢٠	١٤	١٠	٠,٢٥	٠,٢٥	صفر
الأبار	٢٥١	٢٦٥	٣٣٧	٣١٨	٥٦	٥٦	١,٥٠	١,٤٠	٤٢	٣٧	٠,١٨	٠,١٠	صفر
الخرزانات	٤٣٢	٢٠١	٢٣٤	٢٠١	٢٨	٢٠	١,٧٠	٠,٧٠	١٠	٩	٠,١٩	٠,١٠	صفر
الشبكة	٥١٥	٢٠١	٢٥٩	٢٠١	٢٨	٢٠	١,٧٠	٠,٧٠	١٠	٩	٠,١٩	٠,١٠	صفر
البيابيع	٤٢١	٢٣٨	٢٤٦	٢٤٦	٢١	١٧	٠,٧٨	٣,١٧	٦	٧	٠,١٢	٠,١٤	صفر
الأبار	٤٧٩	٣٧٢	١٩٩	٢٥٨	٦٨	٥٣	٢,٠٤	٣,٢٤	٩	١١	٠,٠٧	٠,٤٩	صفر
الخرزانات	٢٣٩	٢٠٥	١٧٨	١٩٥	١٥	١١٠	٠,٩٠	٢,٦٢	٤	٨	٠,١٦	٠,٠٩	صفر
الشبكة	٣٨٠	٢٠٧	١٩٠	٢١٣	١٦	١٦	٠,٩٨	٣,٧٦	٤	٤	٠,٢٦	٠,٢٨	صفر

٦٠٦	١٧٨	٠	٠	٥,٠	٠	٢٢,٥	١٠,١	الأبار	
٣٥٩	٢٧١	١ >	٥,٠	٤,٠	٨,٠	٢٠,٥	١٤,٦	الخرزانات	
٤٧٣	٣٤٥	١ >	٢,٠	٥,٠	٦,٠	٢٢,٧	١٧,٧	الشبكة	
٤٦٢	٣٤٣	١ >	٠	٠	٠	١٩,٠	١٦,٨	البيابيع	الجنوب
٥٩٥	٢١٠	٠	١,٠	٠	٣,٠	٢٢,٦	٨,٣	الأبار	
٤٨٦	٢٩٠	١ >	١ >	١,٠	٠	٢٣,٠	١١,٤	الخرزانات	
٥٦٨	٣٨٨	١ >	١,٠	٢,٠	٣,٠	٢٥,٣	١٩,٥	الشبكة	
٦٧٣	٤٧٤	١ >	١,٠	٤,٠	٧,٠	-	١٦,٤	البيابيع	الشريط الحدودي
٧٧٠	٥٩٨	١ >	١ >	٣,٠	٦,٠	-	١٩,٨	الأبار	
٣٦١	٢٤٥	١ >	٢,٠	٤,٠	٣,٠	-	١٤,٤	الخرزانات	
٤٥٨	٢٩٣	١	١	٥,٠	٢,٠	-	١٩,٩	الشبكة	

الجدول ٩ : خلاصة الخصائص الفيزيائية لمصادر مياه الشفة في لبنان (القيمة الوسطى ل ١٤٢٠ عينة) أثناء الفصلين الممطر والجاف في لبنان ١٩٩٠ - ١٩٩١ .

المناطق	المصادر	درجة الحرارة C		اللون TCU		الكدورة FTU		الموصلية $\mu\text{mols/cm}$	
		جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر
لبنان	الينابيع	١٤.٩	١٧.٠	٤	٢	٠.٧	٠.٥	٤.٣	٥.٧
	الآبار	١٨.٤	٢٢.٦	٥	٨	٠.٩	٣.٥	٨٣٢	٩٤٢
	الخزانات	١٦.٦	٢٠.٢	٥	٣	١.٩	٠.٥	٨٤٣	٦٣٦
	الشبكة	١٧.٩	٢٣.٩	٤	٣	١.٢	٠.٥	٤٤٦	٦٠٢
	كل								

الجدول ١٠ : خلاصة النوعية الكيميائية لمصادر مياه الشفة في لبنان (القيمة الوسطى ل ١٤٢٠ عينة) أثناء الفصلين الممطر والجاف في لبنان ١٩٩٠ - ١٩٩١ .

المناطق	المصادر	القلوية العسرة mg/l as CaCo3		العسرة الكلية mg/l as CaCo3		الكلوريد mg/l		النترات mg/l as NO3-N		الكربونات mg/l		الفوسفات mg/l		الحديد mg/l	
		جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر	جاف	ممطر
لبنان	الينابيع	٢٣٠	٢٦٩	٢٥٤	٢٤	٢٨	٢٤	١.٥	١.٥	١.٨	١.٠	٠.١٩	٠.٢٣	صفر	صفر
	الآبار	٣١٢	٣١٧	٣٢٥	٩٢	١١١	٩٢	١.٩	١.٦	٢٨	٢٨	٠.٢١	٠.١٢	صفر	صفر
	الخزانات	٢٦٧	٢٦٢	٢٧٣	٥٠	٦٦	٥٠	١.٠	١.٥	١٤	١٣	٠.١٩	٠.١٢	صفر	صفر
	الشبكة	٢٢٣	٢٥١	٢٦٢	٤٢	٥٩	٤٢	٤.٦	١.٥	١٢	١١	٠.١٧	٠.١٤	صفر	صفر
	كل														

تشيريل تشيبيج	١٨٥	٢٠١	٢١٢	٢٤٨	٢٤	١٨	٠.٢٣	٠.٢٣	٨	٥	٠.١٢	٠.١٣	صفر	٠.١
لأبار	١٣٨	٢١٠	٨٣	٣٧٠	١٥	٤٢	٠.٢٤	٣.٥٧	٢	٢٦	٠.٠٤	٠.١٨	٠.٠٣	صفر
خزانات	١٥٦	٢٠٩	١٩٠	٢٠٦	١٨	١٣	٠.٤٣	٢.١٦	٩	٤	٠.١٢	٠.٠٧	٠.٠١٧	صفر
الشبكة	٣٢٨	٢١٥	٢٢٧	٢٥٧	٢٦	٢٦	٠.٩٤	٢.٤٧	١٣	٨	٠.١٨	٠.١٢	٠.٠٢٢	صفر
حوب الينابيع	٢٤٠	٢١٧	٢٣٠	٢٥٠	٣٠	٣٠	٠.٥١	١.٧٧	٢	٧	٠.٢٨	٠.١١	صفر	صفر
الآبار	١٨٥	٢٨٩	١٢٦	٢٩١	١٥	٤٤	٠.٤٦	١.٣٠	١٥	٦	٠.٠٥	٠.١١	صفر	صفر
الخزانات	١٧٣	٢٢٨	٢٦٥	٢٥٣	٣١	٣٠	٠.٨٥	١.١٤	١٢	٦	٠.١٢	٠.١٤	٠.٠٠٧	صفر
الشبكة	٤٠٢	٢٧٦	٢٢٦	٢٧٤	٣٧	٤٩	٣.٥٣	١.٣٦	٦	٨	٠.٢٨	٠.١١	٠.٠١٠	صفر
تشيريل الينابيع	٢٧١	٢٩٢	٢٨٢	٢٨٨	٢١	٣٥	٢.١٦	١.٢٦	٢٠	١٤	٠.٢٣	٠.٢٨	٠.١٣٦	صفر
الآبار	٣٤٠	٢٣٨	٢٣٨	٣٢٠	٨٦	٩٠	٢.٥٥	٠.٧٠	٢٢	٧	٠.٣١	٠.١٤	صفر	صفر
الخزانات	١٨٥	١٨٥	٢٢٨	٢١٦	١٢	١٥	١.٠٩	٠.٩٥	١٦	٦	٠.٢٠	٠.١١	٠.١١٠	صفر
الشبكة	٢١٦	٢٢٦	٢٧٧	٢٤٥	١٧	٢٤	٣.٤٤	١.١٢	١٨	٧	٠.١٨	٠.١٤	٠.٠١٨	٠.٠٠٢

... إن عسرة المياه ترتبط بنسبة كربونات الكالسيوم إلى حد كبير، وكربونات المنغنيزيوم إلى حد أدنى بالإضافة إلى الفارق الهامشي بين المستويات الكلية للقلوية ومستوى عسرة المياه يشير إلى عسرة غير كربونية ناجمة عن تداخل المياه المبتذلة في المناطق الجبلية وتداخل مياه البحر في المناطق الساحلية. إن استخدام مصادر مياه الآبار الساحلية بالتزامن مع تناقص كميات المياه المترشحة في السنوات الأربع الأخيرة أدى إلى هذا التغيير النوعي.

... إن خضوع المميزات الفيزيائية، الكيميائية الكلية لمعايير منظمة الصحة العالمية، لا يلغي الحاجة لمراقبة المياه بشكل مستمر طالما أن المياه معرضة للتلوث الجرثومي وتداخل مياه البحر، ومن هنا تلقي هذه العوامل الضوء على أهمية النشاط المقترح.

... تتعرض النوعية البكتريولوجية لأفنية تلوث مختلفة أهمها طرق تصريف المياه المبتذلة كما سيبين المقطع التالي. ويلقي هذا العامل المقرون بطلب المياه المتراد تدريجياً وبالتبدلات المناخية التي تعكس كمية الأمطار التي هطلت، الضوء على أهمية التغييرات التي تطرأ على الوسائط الفيزيائية والكيميائية لاسيما اللون والكدورة والأمونيا والنترت والنترات والكبريتات والفوسفات والكلوريد.

... ونظراً للوضع الحالي وما يحمله من معالجة غير كافية للمياه المبتذلة، يرافقه احتمال نمو القطاع الصناعي. لا بد، الآن ومستقبلاً، من مراقبة لا تقتصر على العناصر الكبيرة macro الرئيسية والمشار إليها، إنما البدء بالتأكيد على أهمية المكونات الشحيحة العضوية منها وغير العضوية والتي تترافق مع هكذا أنشطة.

... حالياً تصرف المياه المبتذلة مباشرة في البوابع، ولكن هذا لا ينفي الحاجة إلى خزانات صحية مبنية ومصممة لتتجاوب مع أفضل الشروط الصحية، ويكشف الجدول - ١١ - بوضوح أن البوابع cesspools هي الأماكن الأساسية لتصريف المياه المبتذلة في لبنان.

جدول رقم ١١ : طرق صرف المياه المبتذلة في لبنان

الطريقة	النسب المئوية
البوابع	٦٣,٨
شبهات المجاريير	٣٦,٢
المجموع	١٠٠

إن هذه المياه المبتذلة والمصرفة على هذا النحو أصبحت وتصبح جزءاً من بيئتنا الطبيعية. ونظراً لكون التشكلات في لبنان صخرية بمعظمها وتتسم بالتشقق والتفلق فيمكن للمياه المبتذلة أن تلوث المياه الجوفية والسطحية على حد سواء، إضافة إلى استعمالها أحياناً لأغراض الري كما يظهر في الجدول رقم - ١٢ - .

جدول رقم ١٢ : أماكن التصريف النهائي للمياه المبتذلة

مكان التصريف	النسب المئوية
مياه سطحية	٥٩
أماكن أرضية	٤١
المجموع	١٠٠

تسبب هكذا نشاطات مشاكل أساسية، فتدبير وتصريف المياه المبتذلة في لبنان هو بنفس أهمية تأمين مياه شفة موثوقة، لأنها العامل الأساسي الذي يؤدي إلى تغيير نوعية الأخيرة. فالجدول - ١٣ - يبين أنواع مختلفة من المشاكل كما عبرت عنها مختلف التجمعات السكنية.

جدول رقم ١٣ : مشاكل مرتبطة بتصريف المياه المتبدلة

الأهمية
(بالنسبة المئوية)

المشاكل	الأهمية (بالنسبة المئوية)
مجارير مكشوفة	٢٥
البواليع الفائضة	٣٦,٢
لا شكاوى	٣١,٨
غير محدد	٧
المجموع	١٠٠

إن التدبير الإعتباطي للنفايات الصلبة بالتصريف المكشوف هو عامل إضافي هام يعزز من قابلية التغيير في المميزات الفزيائية والكيميائية خاصة عندما يتعلق الأمر بالاستيراد السري للنفايات الصناعية إلى البلدان النامية. حالياً يتم تدبير النفايات الصلبة جمعاً ونقلًا وتصريفًا بصورة غير ملائمة وتشير الدراسات أن ٢٧٪ من النفايات يتم جمعها وتصريفها بشكل إفرادي جدول - ١٤ - .

جدول رقم ١٤ : طرق جمع النفايات الصلبة

الكمية (بالنسبة المئوية)

طرق الجمع	الكمية (بالنسبة المئوية)
جمع منظم	٧٢,٤
جمع أفراد	٢٦,٧
غير محدد	٠,٩
المجموع	١٠٠

إن الجمع Curb collection هو الطريقة الأكثر إنتشاراً بينا الجمع بالحاويات يتراوح بين البراميل المعدنية المكشوفة إلى البراميل المغلقة والمصنوعة من البلاستيك المقوى. وفيما

يتعلق بمكان التصريف النهائي تبين المعطيات أن التصريف المكشوف هو الطريقة الأكثر إنتشاراً بحيث يشكل حوالي ٨٩٪ من جميع أشكال التصريف (جدول - ١٥) .

جدول رقم ١٥ : طرق تصريف النفايات الصلبة

الطريقة القيمة (بالنسبة المئوية)

الطريقة	القيمة (بالنسبة المئوية)
تصريف مكشوف	٨٨,٨
تصريف في الأنهر	٧,٨
غير محدد	٣,٤
المجموع	١٠٠

٢ - النوعية الجرثومية للمياه

إعتياداً على قيم دليل منظمة الصحة العالمية للنوعية الجرثومية والتي يشار إليها كمرجع للتأكد من أن مصادر مياه الشفة خالية من الجراثيم من الممكن الإستشهاد بما يلي:

أ - مصادر المياه غير المنقولة بالأنابيب ويكمن الهدف في تخفيض عدد الجراثيم القولونية الشكل إلى ما دون ١٠ في ١٠٠ مليلتر، والتأكد من غياب الجراثيم البرازية القولونية الشكل، ويجب ألا يتكرر ظهور تلك الجراثيم القولونية الشكل.

١٠٠,٠	٠,٠	٦٦,٧	٣٣,٣	الخزانات	
٧٢,١	٢٧,٩	٥٤,١	٤٥,٩	الشبكة	
٦٢,٥	٣٧,٥	٧٠,٨	٢٩,٢	الينابيع	الشمال
٦٦,٧	٣٣,٣	٢٥,٠	٧٥,٠	الآبار	
٦٢,٥	٣٧,٥	٦٥,٢	٣٤,٨	الخزانات	
٧٢,٢	٢٧,٨	٦٧,١	٣٢,٩	الشبكة	
٥٢,٦	٤٧,٤	٦٦,٧	٣٣,٣	الينابيع	الجنوب
٤٤,٤	٥٥,٦	٤٠,٠	٦٠,٠	الآبار	
٤١,٧	٥٨,٣	٣١,٦	٦٨,٤	الخزانات	
٥٢,٦	٤٧,٤	٦٦,٧	٣٣,٣	الشبكة	
٨١,٨	١٨,٢	٥٤,٥	٤٥,٥	الينابيع	الشريط
٢٥,٠	٧٥,٠	٥٠,٠	٥٠,٠	الآبار	الحدودي
٥٨,٣	٤١,٧	٣٣,٣	٦٦,٧	الخزانات	
٦٠,٠	٤٠,٠	٣٣,٣	٦٦,٧	الشبكة	

جدول رقم ١٦ : خلاصة النسب المئوية للتوعية الجرثومية لمصادر مياه الشفة في لبنان
القيمة الوسطى لـ ١٤٢٠ عينة أثناء فصلي الجفاف والمطر ١٩٩٠ -
١٩٩١

		مطر		جاف	
المناطق	المصادر	تطابق %	لا تطابق %	تطابق %	لا تطابق %
بيروت	الينابيع	١٠٠,٠	٠,٠	١٠٠,٠	٠,٠
	الآبار	٥٧,١	٤٢,٩	٣٣,٣	٦٦,٧
	الخزانات	٥٠,٠	٥٠,٠	١٠٠,٠	٠,٠
	الشبكة	٥٨,٩	١٤,١	٨٧,٣	١٢,٧
الجبيل	الينابيع	٣٦,٠	٦٤,٠	١٧,٦	٨٢,٤
	الآبار	١٦,٧	٨٣,٣	٥٣,٣	٤٦,٧
	الخزانات	٦٠,٨	٣٩,٢	٦٦,٧	٣٣,٣
	الشبكة	٥٢,٩	٤٧,١	٦٦,٧	٣٣,٤
البقاع	الينابيع	٤٥,٠	٥٥,٠	١٢,٥	٨٧,٥
	الآبار	٢٨,٦	٧١,٤	٤٢,٩	٥٧,١

جدول رقم ١٧ : خلاصة النسب المئوية للتوعية الجرثومية لمصادر مياه الشفة في لبنان
القيمة الوسطى لـ ١٤٢٠ عينة أثناء فصلي الجفاف والمطر ١٩٩٠ -

١٩٩١

المناطق	المصادر	مطر		جاف	
		تطابق %	لا تطابق %	تطابق %	لا تطابق %
كل لبنان	الينابيع	٣٣,٠	٦٧,٠	٢٧,٨	٧٢,٢
	الآبار	٣٦,٧	٦٣,٣	٥٠,٠	٥٠,٠
	الخزانات	٥٠,٧	٤٩,٣	٢٧,٣	٧٢,٣
	الشبكة	٣٢,٦	٦٠,٢	٤٠,٥	٥٩,٥

ب - المياه في نظام التوزيع : يجب أن يتم الكشف عن وجود جراثيم برازية قولونية الشكل في أي عينة مياه يبلغ حجمها ١٠٠ مليلتر ويجب أن يتعدى عدد العضويات قولونية الشكل ٣ عضويات في عينة من ١٠٠ مليلتر، شرط أن يشار إلى هذه النتيجة في عيني مياه متعاقبتين . بالإضافة إلى أنه لا يجب الكشف عن وجود أية جرثومة قولونية الشكل في ٩٥% من العينات التي تخضع لفحوص روتينية طوال السنة .

يشير التحليل الإحصائي للمعطيات الواردة في الجداول ١٦ و ١٧ إلى النقاط

الرئيسية التالية :

- حوالي ٧٠ بالمئة من المصادر المائية الطبيعية (كاليابيع والآبار والخزانات) والمستخدمه كمصدر لمياه الشفة هي عرضة للتلوث الجرثومي .

- ٦٠ بالمئة من مياه شبكات التوزيع معرضة لتلوث الجرثومي .

- إن مستويات التلوث مرتفعة بشكل حاد بدءاً من فصل الجاف حتى حدود ٧٥% من المصادر المائية الطبيعية .

- إن التعرض للتلوث الجرثومي ليس محصوراً بمنطقة جغرافية متقاه، إنما هو ظاهرة عامة لكل مناطق الدراسة ومقارنة تقاطعية لسرعية المياه الجرثومية حسب طرق تصريف المياه المتبدلة، تشير إلى أن المناطق التي تستخدم البواليع لتصريف المياه المتبدلة هي عرضة للتلوث الجرثومي حتى نسبة ٦٦,٧% في حين أن المناطق التي تستخدم شبكات المجاري لجمع وتصريف المياه المتبدلة فتعرض مصادر المياه فيها للتلوث بنسبة أدنى لا تزيد عن ٢٧,٨% جدول رقم ١٨ -

جدول رقم ١٨ : النوعية الجرثومية لطرق تصريف المياه المتبدلة

طريقة التصريف	تطابق %	لا تطابق %
بواليع	٣٣,٣	٦٦,٧
شبكات مجاري	٥٥,٦	٤٤,٤

من ناحية أخرى، إن المقارنة التقاطعية نوعية المياه الجرثومية حسب طرق تصريف النفايات الصلبة تشير إلى ترابط التلوث الجرثومي لمصادر مياه الشفة مع طريقة التصريف المكشوف على عكس التصريف في الأنهر والذي يعرض هذه المصادر للتلوث بنسبة أقل . ويفسر هذا ببساطة كون المياه الجوفية تشكل المصدر الأهم لمياه الشفة في لبنان .

جدول رقم ١٩: النوعية الجرثومية لطرق تصريف النفايات الصلبة

طريقة التصريف	النوعية	الجرثومية
	تطابق٪	لا تطابق٪
التصريف المكشوف	٤٠	٥٢,٢
التصريف في الأنهر	٧٧,٨	٢٢,٢

— إن الخزانات كمصادر للمياه عندها إمكانية أكبر للتلوث الجرثومي.

— إن المياه المضخة في شبكات التوزيع هي عرضة لعوامل تلوث إضافية مما ينعكس بقوة على نوعيتها.

من الضروري الإشارة إلى أن كل العينات التي لا تستجيب لمستويات الدليل المتعلق بالقولونيات الشكل خضعت للفحص مرة أخرى ضمن مهلة ثلاثة أيام للتأكيد على وضعها التلوثي. بالإضافة إلى أن عينة واحدة منتقاة عشوائياً أعيد فحصها لتأكيد وجود الجراثيم المعوية من جنس *Streptococcus faecalis*

بعد هذا الإستعراض للتلوث الجرثومي لمصادر مياه الشفة في لبنان إضافة إلى واقع من عمليات المعالجة من أي نوع غير موجودة جدول — ٥ — ويشار إلى هذا بوضوح من خلال غياب أي عمليات تعقيم مجدبة للمياه. كل هذا يؤدي إلى الإستنتاجات التالية:

١ — إن مصادر المياه الجوفية من الينابيع والآبار والتي تشكل المصادر الأساسية لمياه الشفة تستغل بإفراط وإن مناطق التغذية للينابيع غير مصانة أو مضبوطة بخطوات بيئية وتشريعية ملائمة.

٢ — إن الينابيع تتعرض للتلوث لانعدام الحماية اللائقة لمناطق التغذية والقنوات الجوفية وهي ناجمة عن عدة مصادر، كالنشاطات الزراعية والمخلفات الحيوانية وتحلل النباتات.

٣ — إن كل مصادر مياه الآبار حتى إرتفاع ١٤٥٠ متر عن سطح البحر هي عرضة لتلوث محتمل للأسباب التالية:

أ — يفرض النقص في المياه والحاصل بصورة رئيسية في الفصل الجاف التوزيع المتقطع للمياه، وتؤدي هذه الممارسة إلى خلق ضغط سنني يتسبب بسقط المواد الملوثة التي تصحح جزءاً من المياه المتدفقة بعد إستئناف توزيعها.

ب — إن شبكات التوزيع الموجودة هي قديمة ومتآكلة بنسبة مرتفعة مما يؤدي إلى خسائر كبيرة في المياه بالإضافة إلى رشح المواد الملوثة.

ج — إن إصلاح شبكات توزيع المياه وصيانتها هما شبه معدودتين أو محدودتين بنسبة عالية للحالات الطارئة.

٤ — لا توجد رقابة مستمرة على المصادر الطبيعية للمياه ومياه شبكات التوزيع. ووفقاً للدليل منظمة الصحة العالمية يجب أن يتم فحص مياه الشرب بصورة متكررة ومنتظمة ويخضع تكراراً لمعاينة لنوع مصدر المياه ونوعيتها وإحتالات تعرضها للتلوث بالإضافة إلى عدد السكان الذين تروهم. وهكذا يوصي بالترددات الدنيا التالية للمعاينة:

عدد السكان الذين تروهم	العدد الأدنى للعينات في الشهر الواحد
أقل من ٥٠٠٠	عينة واحدة
٥٠٠٠ — ١٠٠,٠٠٠	عينة لكل ٥٠٠٠ شخص
أكثر من ١٠٠,٠٠٠	عينة لكل ١٠,٠٠٠ شخص

٥ - التعاطي مع الحالات الطارئة:

أ - تقارير عن أوبئة.

ب - مستويات كدورة عالية.

ج - لا توافق متكرر مع الدليل الجرثومي بالنسبة لمصادر المعالجة.

د - إكتشاف أي تغيير بيئي هام قد يؤثر سلباً على نوعية مياه الشرب.

٦ - إن عمليات معالجة المياه حتى التعقيم البسيط بالكلورة تفتقر إلى أي قيمة فعلية. ويعود ذلك أساساً إلى عمليات لم توضع خططها بالشكل المناسب، وغياب الكلور والإفتقار إلى غاز الكلور المطهر أو مسحوق مضر، وأخيراً وجود جرع لا تكفي لمتطلبات المياه المتزايدة ولا تحافظ على مستويات الكلور الحر المتبقي التي يجب أن تتراوح بين ٠,٢ - ٠,٤ ميليغرام/لتر.

الخلاصة:

انطلاقاً من نتيجة المسح الوطني للمياه الذي تم ما بين عامي ١٩٩٠ و١٩٩١، كان لا بد من إثارة المواضيع الحاسمة التالية:

١ - تطوير خطة وطنية رئيسية للمياه تعين مصادر المياه الطبيعية الموجودة والكامنة، كما تحدد الحاجات لأنواع مختلفة من الإستعمال (المنزلي، الزراعي، الصناعي، الترفيهي) الحالي والمستقبلي وتحول دون الإستثمار غير المضبوط لمصادر المياه الطبيعية.

٢ - حماية مصادر مياه الينابيع الطبيعية، ومناطق التجمع والأقنية تحت السطحية، ويجب أن يتعزز ذلك بصياغة مراسيم إستراتيجية تتناول هذه النقطة الرئيسية وتنفذها.

٣ - حماية مصادر مياه الآبار من التلوث البرازي من خلال معالجة صحيحة للمياه المتدلة بالإضافة إلى أنه يجب ضبط مغامرات المجتمعات الصغيرة المتعاونة مع منظمات محلية أو دولية. هذا إذا إستحال نبذها.

٤ - تعزيز إستعمال المياه السطحية للحفاظ على توازن بيئي وتخفيف الطلب على موارد المياه الجوفية. ويتم حالياً إستغلال هذا المورد بنسبة مرتفعة وذلك لكل أنواع التصريف للنفايات الصلبة والسائلة مما يجعلها ظاهرياً غير صالحة.

٥ - تعبئة مصالحي المياه لإقامة إطار لشبكة مركزية تضبط مصادر المياه التي تم إستغلالها بإفراط في السنوات الـ ١٠ والـ ١٥ الأخيرة نظراً لغياب التخطيط، والتغيير الديمغرافي والعجز عن فرض القوانين والأنظمة.

٦ - إقامة وحدات مختبر محيطية ومختبر مرجعي مركزي من أجل رقابة مستمرة لموارد المياه الطبيعية، لا سيما تلك المستعملة لأغراض منزلية.

٧ - مباشرة دراسات بحثية تعمل على تطوير خطط إستدلالية لمعالجة المياه المتذلة. وقد تستعمل كنهاذج أولية عند التطبيق ويجب أن يكون التركيز الرئيسي على تقنية بسيطة للتطبيق.

٨ - إلقاء الضوء على مشكلة معالجة النفايات الصلبة التي باتت تشكل عبئاً له دلالاته بالنسبة للتلوث.

٩ - إدخال تدابير ضبط بيئية وتحديثها من خلال تشريع ملائم.

١٠ - مباشرة برامج تربية تتناول الصحة البيئية في مستويات إجتماعية مختلفة كمحاولة لتحسين نوعية موارد مياها الوطنية وحمايتها في خطوة أولى، تليها حماية البيئة اللبنانية ككل والحفاظ عليها.

*** **

ملحق ١ : مراكز الأفضية التي شملتها مراقبة النوعية

- ١ - الجبل : بعقلين
 ٢ - المنطقة الشرقية : بعيدا، البترون
 ٣ - الشمال : سير الضنية، إهدن، أميون، حلبا
 ٤ - الشريط الحدودي : جزين، بنت جبيل
 ٥ - الجنوب : (شملت العينة كل مراكز الأفضية).
 ٦ - البقاع : جب جنين، صغين، راشيا.

مصادر المياه الرئيسية لمصالح المياه في لبنان

الرقم	المياه	مصادر المياه
	السلطة	الينابيع
١	جبل	حجوب، اذه، كوراهوا
٢	المتن	العسل، جمعينا، منبوخ
٣	صور	رأس العين قليلة، عيتيت، بافليه، باريش، دبعال، بدياس، بازوريه، شريجا، البرج الشمالي، طير دبا، برغلبة، برج رخال، معشوق، عباسية، حلوسية، شحور
٤	القيبات	المقبيلة، غويا، حواشي، قبيات، دير حانين مشتا حود، مشتا حسن، شدرا، السهلة، المونسة، القنيية، مراح الخروب، البساتين، قبيات، أكروم، كفتون

ملحق ٢ : مناطق تفوق كثافتها السكانية ١٠٠٠٠٠٠ نسمة

١ - بيروت الكبرى

أ - الضاحية الجنوبية: برج البراجنة، الغبيرى، حارة حريك، الشياح،
المرجعية، اليلياكي.

ب - بيروت الغربية: الجامعة، جنبلاط، الصنوبر، الحمراء، رأس
بيروت، منارة، قريطم، عين التينة، ميناء الحصن، سرحال،
البسطة التحتا، الظريف، الصنائع، تلة الخياط، مار الياس،
وطى المصيطبة، الأونسكو.

ج - بيروت الشرقية: أشرفية، أوتيل ديو، مار متر، كورنيش النهر،
الحكمة خضر، مار نقولا.

٢ - المنطقة الشرقية: فرن الشباك، الحدث، الحازمية، انطلياس،
سن القيل، بيت شباب، برج حمود، الدكوانة، الجديدة، جبيل، جونبة.

٣ - الجبل: عاليه، الشويفات، برجا، دير القمر، شحيم.

٤ - الشمال: مينا طرابلس، المنية، طرابلس، زغرنا، بشري،
القيبات.

٥ - الجنوب: صيدا، النبطية، صور، معركة.

٦ - الشريط الحدودي: الخيام، مرجعيون، حاصبيا، شبعاء.

٧ - البقاع: زحلة، النبي شيت، بعلبك، الهرمل، البقاع الغربي.

٥	الباروك	القاع، الريان الباروك، عين الجوزة، عين خزائل، صفيات، كفرا، معاصر الشوف، مرستي
٦	جبل عامل	شبعاء، الطاسة
٧	زحلة	بردوني، الحلبية، الزويتيني، جديتا، سكاف، المريجات، قب الياس، ماسة، جنظا، بجفوقا، عانة
٨	شمسين	شمسين
٩	البيرون	رغوة، دلة والغواري، حوم
١٠	طرابلس	القبة، القصر المائي، السلفتانية، الخزان الكبير، أبو سمرا، ساحة سعدون، الولي
١١	صيدا	محطة المياه الرئيسية الدوار، عين الحلوة
١٢	تبع الطاسة	طاسة، غربنا الفوقا، الزرقا والغواري
١٣	كسروان	العسل، المضيف، افقا، جمعيتا كوان فير

ملحق ٣: مناطق تتراوح كثافتها السكانية بين ١٠٠ و ١٠,٠٠٠ نسمة

- ١ - الجليل: بعلمشمية، بيصور، بحمدون، بتاتر، كفرمتى، مجد لبعنا، خربية، عينطورة، شاناي، بتلون، فريديس.
- ٢ - المنطقة الشرقية: وادي شحرور الفوقا، عينطورة، غباله، غزير، ميروبا، قليعات، منصف، قرطبا، بسكنتا، بكفيا.
- ٣ - الشمال: البترول، النبي يوشع، وادي خالد، كفرعقة، كوسبا، سمار جبيل، بينين، فنيديق.
- ٤ - الشريط الحدودي: كفرحونا، قيتولة، علما الشعب ولبونة، عين إبل، دبين، ماري.
- ٥ - الجنوب: عبرا، عدلون والساحل، الغسانية، عين قانا، حومين التحتا، كفرصير، يحمر الشقيف، دير كيفا، دبعال، معروب، مجدلزون، الشهابية، حاريص، شقرا، ياطر.
- ٦ - البقاع: خلوات الكفير، كفرزبد، سعدنايل، بودي، الحدث، حام، نبع الدمدموم، طاريا، تمنين التحتا، زغريرن التحتا والفوقا، عميق، غزة، كفريا، تل ذنوب.

ملحق ٤: مناطق لا تتجاوز كثافتها السكانية ١٠٠٠ نسمة

- ١ - الجليل: بدغان، عين قنية
- ٢ - المنطقة الشرقية: البقيعة، مزرعة أسبد
- ٣ - البقاع: بطشي، العمائر
- ٤ - الجنوب: العاقبية، مزرعة تروين
- ٥ - الشريط الحدودي: فريديس، صريرة

دراسة حول مستوى تحصين الأطفال في المناطق ذات التغطية المنخفضة^(*)

كانون الأول ١٩٩١

قامت منظمة اليونيسف بالتعاون مع وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية بدراسة حول نسبة التغطية باللقاحات للأطفال في منطقتين هما بعلبك/ الهرمل في البقاع وعكار/ طرابلس في الشمال وذلك في الفترة الممتدة بين ١ و ٧ كانون أول ١٩٩١ .

تشمل مناطق بعلبك/ الهرمل وعكار/ طرابلس نحو ٢٠٪ من سكان لبنان وتضم أكثر من ٥٠٠ قرية وتبلغ نسبة التغطية باللقاحات للأطفال فيها دون ٨٠٪ فهناك ٢٧١ قرية و ٦٨ مركز تلقيح في منطقة عكار/ طرابلس، بينما هناك ٢٠٠ قرية و ٢٤ مركز تلقيح في منطقة بعلبك/ الهرمل . وتشير دراسة الوضع في هذه المناطق إلى أن بنية الخدمات الصحية فيها ضعيفة والمؤشرات الاقتصادية الاجتماعية متدنية . إضافة إلى ذلك، فإن ثلاثاً من حالات الشلل الأربعة التي سجلت في لبنان عام ١٩٩١ هي من هذه المناطق . لذلك، كان هناك ضرورة لإجراء هذه الدراسة كإحدى الوسائل المستعملة لتحسين معارفنا عن أوضاع هذه المناطق وتسمح لنا بوضع الخطط للنهوض بالوضع الصحي فيها .

(*) أعدت الدراسة الدكتور علي الزين بمساعدة الدكتور بشير عصمت .

أهداف الدراسة

إن أبرز أهداف الدراسة هي :

- أولاً، معرفة مستوى تحصين الأطفال بين الشهر الثاني عشر والشهر الثالث والعشرين ضد الأمراض الخمسة المشمولة في برنامج التحصين الوطني .
- ثانياً، تقدير نسبة مساهمة القطاع الطبي الخاص في تحصين الأطفال .
- ثالثاً، التركيز على الأسباب التي تكمن وراء التلقيح المتأخر أو عدم التلقيح ضد الحصبة .

أما الهدف الثانوي فكان الحصول على معلومات حول مكان الولادة والمشرف عليها .

المنهجية

أ - اختيار العينة

تكونت العينة من ثلاث دراسات تضم كل منها ٣٠ عنقوداً مختارة عشوائياً من كل المنطقتين : عكار/ طرابلس (الشمال) وبعلبك/ الهرمل (البقاع) .

ب - أداة الدراسة

تشكلت أداة الدراسة من استمارة التلقيح المعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية معدلة بما يتناسب مع الخصوصيات المحلية بالإضافة إلى دراسة حول المعرفة والموقف والممارسة من التلقيح ضد الحصبة (Measles KAP Study) . كما تم توسيع الاستمارة لتشمل معلومات عن الولادات والمكان الذي تمت فيه والجهة المشرفة عليها .

ج - تدريب فريق العمل

تم تدريب جميع المشرفين والمحققين لمدة يوم واحد قبل كل مرحلة من العمل الميداني وفقاً للأسلوب الذي اعتمد في الدراسة الوطنية عام ١٩٩٠. امتد العمل الميداني خلال الفترة الممتدة بين ١ و ٧ كانون أول ١٩٩١ وقد نفذ على مرحلتين:

المرحلة الأولى: عكار/ طرابلس: ٣٠ عنقوداً، يومين، ٩ مشرفين، ٤٠ محققاً.
المرحلة الثانية: بعلبك/ الهرمل: ٣٠ عنقوداً، ثلاثة أيام، ٧ مشرفين، ٢٤ محققاً.

النتائج

١ - مستوى التحصين

أولاً: منطقة بعلبك الهرمل

شملت العينة ٢٣٠ طفلاً منهم ٥٦,٥٪ ذكور و ٥٣,٥٪ إناث.

أ - مستوى التغطية

نسبة التحصين	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصة
حسب بطاقة التلقيح	٥٧٪	٥٣,٩٪	٤٦,٥٪	٢٦,١٪
حسب إفادة الأم	١٧,٤٪	١٣,٥٪	٩,٦٪	٧,٨٪

المجموع للأطفال دون السنة	٧٤,٤٪	٦٧,٤٪	٥٦,١٪	٣٣,٩٪
الأطفال بين شهر ١٢ و ٢٣	٧٩,١٪	٧١,٣٪	٦٠,٩٪	٥٠٪

ب - مكان التلقيح

يتم تلقيح حوالي ثلاثة أرباع الأطفال لدى القطاع العام والأهلي بينما يتم تلقيح أقل من الثلث لدى القطاع الخاص.

مكان التلقيح	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصة
القطاع العام والأهلي المراكز الثابتة	٦٣,٢٪	٦٦,٥٪	٦٨,٦٪	٦٤,٣٪
الفرق المتنقلة	٢٢,٥٪	٢٢٪	٢٢,١٪	٢٠,٩٪
القطاع الخاص	١٣,٧٪	١١٪	٧,٩٪	١١,٣٪
غير مذكور	٠,٥٪	٠,٦٪	١,٤٪	٣,٥٪

ج - الإحتفاظ ببطاقة التلقيح

إن نسبة وجود بطاقات التلقيح لدى الأطفال المدروسين هي ٧٨.٠٠٪، بينما هناك ٩٨، ٢١٪ اعتبروا ملقحين بحسب إفادة الأم وقد وضع ضمن هذه الفئة الأخيرة جميع الأطفال الذين يحتفظ الطبيب ببطاقتهم.

د - نسبة التسرب

بلغت نسبة التسرب بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة من الثلاثي والشلل ٢٤، ٦٪ بالنسبة للأطفال دون السنة.

هـ - دراسة الحصبة

تم خلال الدراسة سؤال كل أم لم يتلقح طفلها أو تأخرت في تلقيحه عن أسباب ذلك وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

أسباب عدم التلقيح أو التلقيح المتأخر ضد الحصبة

عدم توفر المعلومات	عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح	الإهمال	مجموع عدم وجود الحوافز	بعد مكان التلقيح	الطفل مريض لم يحضر	نصيحة الطبيب	مجموع العوائق	الطفل أصيب بالحصبة	دون سبب أو أسباب أخرى
٧،٧٪	٧،١٪	١٤،٣٪	٢١،٤٪	٧،٧٪	٣٢،٧٪	١٣،٥٪	٥٣،٩٪	٢،٦٪	٨،٧٪

يبدو أن وجود العوائق هو السبب الرئيسي وراء عدم التلقيح ضد الحصبة، وبالتحديد فإن مرض الطفل وإهمال الأم هما السببان الرئيسيان وراء عدم التلقيح.

أسباب التلقيح المتأخر ضد الحصبة

عدم توفر المعلومات	عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح	الإهمال	مجموع عدم وجود الحوافز	بعد مكان التلقيح	الطفل مريض لم يحضر	نصيحة الطبيب	مجموع العوائق	الطفل أصيب بالحصبة	دون سبب أو أسباب أخرى
٦،٩٪	٥،٤٪	٥،٤٪	٥،٤٪	٢،٧٪	٣٥٪	٣٢،٤٪	٧٠،١٪	٢،٧٪	٢،٧٪

يشير هذا الجدول إلى أن العوائق هي السبب الرئيسي وراء تأخر تلقيح الطفل، كما أن عدم معرفة رزنامة التلقيح يبدو سبباً مهماً أيضاً في تأخر التلقيح.

أسباب عدم التلقيح ضد الحصبة

عدم توفر المعلومات	عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح	الإهمال	مجموع عدم وجود الحوافز	بعد مكان التلقيح	الطفل مريض لم يحضر	نصيحة الطبيب	مجموع العوائق	الطفل أصيب بالحصبة	دون سبب أو أسباب أخرى
٤،٣٪	١٠،٣٪	٢٦،٧٪	٣٧٪	٨،٦٪	٣١٪	٩،٥٪	٤٩،١٪	٢،٥٪	٦،١٪

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة
للأطفال الذين لم يلقحوا للحصبة
بسبب عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%٢٧, ٢٧	%٣٦, ٣٦	%٤٥, ٤٥

تشير هذه النتائج إلى أن عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح هو السبب المشترك وراء
عدم التلقيح للحصبة والثلاثي والشلل على حد سواء، ويبدو هذا السبب أكثر بروزاً
بالنسبة للحصبة.

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة للأطفال
الذين لم يلقحوا للحصبة بسبب مرض الطفل

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%٣٣, ٣٣	%٥٨, ٣٣	%٧٧, ٧٨

إن مرض الطفل هو السبب الرئيسي لعدم التلقيح بالنسبة للشلل والثلاثي والحصبة
على حد سواء.

إن مرض الطفل يبدو العائق الأساسي وراء عدم التلقيح ضد الحصبة بالإضافة إلى
إهمال الأم وعدم الإيمان بالتلقيح، أي أن العوائق هي السبب الرئيسي لعدم التلقيح.

من أجل التدقيق بعمق في أسباب التأخير في التلقيح ضد الحصبة، تمت مقارنة
وضع الأطفال الذين لم يلقحوا ضد الحصبة من حيث تلقيحهم للشلل والثلاثي مقابل
كل من الأسباب وراء عدم التلقيح.

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة للأطفال

الذين لم يلقحوا للحصبة بسبب عدم توفر المعلومات

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%٦٠	%٨٠	%٨٠

يشير هذا الجدول إلى أن عدم توفر المعلومات ينطبق فقط على التلقيح ضد الحصبة
بما أن الوضع التحصيني للأطفال من حيث الثلاثي والشلل يبدو قريباً من المعدل.

المجموع للأطفال دون السنة	%٧٥,٤	%٦٣,٩	%٥٧,٤	%٣٥,٧
الأطفال من ١٢ إلى ٢٣ شهراً	%٧٩,١	%٦٩,٩	%٦٣,٩	%٥٢,١

ب - مكان التلقيح

يتم تلقيح أكثر من نصف الأطفال لدى المراكز العاملة في إطار البرنامج الوطني بينما يتم تلقيح أقل من الثلث لدى القطاع الخاص. كما يظهر أن الفرق المتنقلة تلعب دوراً مهماً حيث تقوم بتلقيح ١٢,١% من الأطفال للثلاثي والشلل و ١ و ١٤% منهم للحصبة.

مكان التلقيح	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصبة
القطاع العام والأهلي المراكز الثابتة	%٤٥,٩	%٤٨,٥	%٤٩,٧	%٥٠
الفرق المتنقلة	%١٣,٤	%١٠,٥	%١٢,١	%١٤,١
القطاع الخاص	%٣٧,٦	%٣٨,٦	%٣٦,٩	%٢٦,٦
غير مذكور	%٣,١	%٢,٣	%١,٣	%٩,٤

الوضع التحصيني للثلاثي والشلل بالنسبة للأطفال
الذين لم يلقحوا للحصبة بسبب الإهمال

ثلاثي / شلل جرعة أولى	%٣٢,٢
ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	%٦,٥

إن الإهمال هو السبب الكامن وراء عدم التلقيح بالنسبة لجميع الأمراض.

ثانياً، منطقة طرابلس / عكار

شملت العينة ٢٤٤ طفلاً منهم ٥٣,٧% ذكور و ٤٦,٣% إناث.

أ - مستوى التغطية

نسبة التحصين	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصبة
حسب بطاقة التلقيح	%٦٢,٣	%٥٤,٥	%٤٨,٤	%٢٨,٧
حسب إفادة الأم	%١٣,١	%٩,٤	%٩	%٧

ج - الاحتفاظ ببطاقة التلقيح

إن نسبة وجود بطاقات التلقيح لدى الأطفال موضوع الدراسة هي ٨٣,٤٪، بينما هناك ١٦,٥٨٪ اعتبروا ملقحين بحسب قول الأم وقد وضع ضمن هذه الفئة الأخيرة جميع الأطفال الذين يحتفظ الطبيب ببطاقتهم.

د - نسبة التسرب

بلغت نسبة التسرب بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة من الثلاثي والشلل ٢٣,٩٪ بالنسبة للأطفال دون السنة.

هـ - دراسة الحصبة

تم خلال الدراسة سؤال كل أم لم يتلقح طفلها أو تأخرت في تلقيحه عن الأسباب التي دفعتها لذلك وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

أسباب عدم التلقيح أو التلقيح المتأخر ضد الحصبة

عدم توفر المعلومات	عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح	الإهمال	مجموع عدم وجود الحوافز	بعد مكان التلقيح	الطفل مريض لم يحضر	نصيحة الطبيب	مجموع العوائق	الطفل أصيب بالحصبة	دون سبب
٣,٦٪	١٩,٣٪	١٠,٦٪	٢٩,٩٪	١,٨٪	٣٠,٧٪	٦٪	٣٨,٥٪	٣٪	١٢,٩٪

يبدو أن وجود العوائق هو السبب الرئيسي وراء عدم التلقيح ضد الحصبة، وبالتحديد مرض الطفل. من ناحية أخرى يبدو أن عدم وجود الحوافز هو سبب مهم آخر خاصة عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح.

أسباب التلقيح المتأخر ضد الحصبة

عدم توفر المعلومات	عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح	الإهمال	مجموع عدم وجود الحوافز	بعد مكان التلقيح	الطفل مريض لم يحضر	نصيحة الطبيب	مجموع العوائق	الطفل أصيب بالحصبة	دون سبب
٧,٥٪	١٠٪	١٠٪	١٠٪	١٠٪	٤٧,٥٪	١٧,٥٪	٧٥٪	٢,٥٪	٥٪

يشير هذا الجدول إلى أن الأمهات اللواتي لا يعتقدن بجدوى التلقيح لا يلقحن أطفالهن حتى بعد عمر السنة. أما السبب الرئيسي وراء التأخر في التلقيح فهو مرض الطفل ثم نصيحة الطبيب. إن العوائق بصورة عامة هي السبب الرئيسي وراء التأخر في التلقيح.

أسباب عدم التلقيح ضد الحصبة

عدم توفر المعلومات	عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح	الإهمال	مجموع عدم وجود الحوافز	بعد مكان التلقيح	الطفل مريض لم يحضر	نصيحة الطبيب	مجموع العوائق	الطفل أصيب بالحصبة	دون سبب
٥٪	٢٥٪	١٩٪	٣٦٪	٣٧,٨٪	٢٩٪	٢,٥٪	٣٨,٣٪	٣,٤٪	٨,٤٪

إن مرض الطفل وعدم الإيمان بجدوى التلقيح والإهمال هي الأسباب الرئيسية الكامنة وراء عدم التلقيح ضد الحصبة.

من أجل التدقيق بعمق في أسباب التأخر عن التلقيح ضد الحصبة، تمت مقارنة وضع الأطفال الذين لم يلقحوا ضد الحصبة من حيث تلقيحهم للثلاثي والشلل مقابل كل من الأسباب وراء عدم التلقيح.

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة للأطفال
الذين لم يلقحوا للحصبة بسبب مرض الطفل

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%٥١,٤٣	%٧١,٤٣	%٨٢,٨٦

إن مرض الطفل هو عائق أساسي لعدم تلقيح الأطفال ضد جميع الأمراض عامة،
إلا أن ذلك ينطبق بشكل خاص على التلقيح ضد الحصبة.

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة للأطفال
الذين لم يلقحوا للحصبة بسبب الإهمال.

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%١٣	%٣٢

إن الإهمال يبدو السبب الأساسي وراء عدم التلقيح بالنسبة لجميع الأمراض.

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة للأطفال
الذين لم يلقحوا للحصبة بسبب عدم توفر المعلومات.

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%٧٥	%٧٥	%١٠٠

يشير هذا الجدول إلى أن عدم توفر المعلومات كسبب لعدم التلقيح ينطبق فقط
بالنسبة للتلقيح ضد الحصبة.

الوضع التحصيني للشلل والثلاثي بالنسبة للأطفال
الذين لم يلقحوا للحصبة
بسبب عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح

ثلاثي / شلل جرعة ثالثة	ثلاثي / شلل جرعة ثانية	ثلاثي / شلل جرعة أولى
%٦,٠٦	%١٢,١٢	%٢٧,٢٧

إن عدم اعتقاد الأم بجدوى التلقيح ينطبق كسبب لعدم التلقيح بالنسبة لجميع
الأمراض، إلا أنه ينطبق بشكل خاص على الحصبة.

تحليل النتائج

هناك قواسم مشتركة بين مناطق بعلبك/ الهرمل وعكار/ طرابلس تمكنتنا من إعطاء الملاحظات التالية حول وضع التحصين:

أولاً؛ بالنسبة لمستويات التحصين للثلاثي والشلل: يتبين أن مناطق بعلبك/ الهرمل وعكار/ طرابلس هي الوحيدة التي لم يصل فيها مستوى التحصين إلى ٨٠٪ والمسافة التي تفصلها عن الهدف المطلوب لا تزال بعيدة نسبياً وتحتاج إلى أشكال مختلفة من التدخل لتحقيق النجاح المطلوب.

ثانياً؛ بالنسبة لمشكلة التسرب: يتضح من النتائج أن نسبة التسرب في مناطق بعلبك/ الهرمل ٢٤.٦٪ ومناطق عكار/ طرابلس ٢٣.٩٪ تتجاوز مرتين ونصف متوسط نسبة التسرب على الصعيد الوطني، وهذا يعبر عن مشكلة حقيقية لا بد من دراسة أسبابها من أجل صياغة أشكال التدخل المناسبة لمواجهتها، حيث يتبين لنا أن حل هذه المشكلة يمكننا من أن نقرب بمستوى التحصين في هذه المناطق من نسبة ٨٠٪ إذ أن نسبة الملقحين بجرعة أولى من لقاحات الشلل/ الثلاثي تقارب ٨٠٪.

ثالثاً؛ مساهمة الشركاء في البرنامج: يستنتج أن الطب الخاص يلعب دوراً محدوداً في تحصين الأطفال في هذه المناطق بالمقارنة مع المناطق الأخرى أو مع المتوسط العام لمساهمة الطب الخاص، إلا أن هذا متوقع نظراً لقلّة الأطباء العاملين في القطاع الخاص في هذه المناطق ونظراً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي السائد فيها.

أما مقارنة دور هؤلاء الشركاء في مختلف الجرعات فيتبين لنا أنه في حين يحافظ القطاع الخاص على مساهمة مستقرة نسبياً في كل الجرعات فإن مساهمة المراكز الثابتة

والفرق المتنقلة قد تغيرت حيث يتبين لنا أن قسماً كبيراً من الأطفال الذين يبدأون بالتلقيح (الجرعة الأولى) في الفرق المتنقلة يتحولون إلى المراكز الصحية الثابتة وهذا يشير إلى أن الفرق المتنقلة تلعب دوراً أساسياً في المناطق النائية حيث صعوبة التنقل والمسافات البعيدة نسبياً بين التجمعات السكنية وقلّة المراكز الصحية الثابتة يمكن أن تشكل عائقاً ضد تلقيح الأطفال. لذلك علينا العمل باتجاه الإستفادة من هذه الفرق التي تلعب دور التوعية الجماهيرية عبر دخولها إلى المنازل والتعاطي مع الأمهات، كما أنه يترتب علينا من ناحية أخرى العمل على تعزيز دور المراكز الصحية الثابتة لجهة تحمسين أداؤها وتوسيع نشاطاتها.

رابعاً؛ التلقيح ضد الحصبة: إن التلقيح ضد الحصبة لا يزال مشكلة في لبنان حيث مستوى التحصين ضدها متدن، إلا أن مستوى التحصين ضد الحصبة في هذه المناطق أدنى من المتوسط العام بالنسبة للبنان. أما الأسباب وراء عدم التلقيح أو التلقيح المتأخر للحصبة فيبدو أنها متشابهة بين هذه المناطق، إلا أن عدم إعتقاد الأم بجدوى التلقيح يبدو السبب الأبرز في منطقة بعلبك/ الهرمل بينما وجود عوائق وخاصة نصيحة الطبيب هي السبب الأبرز في منطقة عكار/ طرابلس وتجدر الإشارة إلى أن عدم إعتقاد الأم بجدوى التلقيح يمكن أن يكون على علاقة بتطور مفهوم العدوى لدى عامة الناس، حيث تعتبر الحصبة بالنسبة لهم مرضاً لا يمكن الإفلات منه وقد يكون السبب وراء ذلك كونه لا يمكن الوقاية منه.

إن تحليل النتائج يمكننا من إعطاء التوصيات التالية:

أ - هناك ضرورة لوضع خطة جديدة تمكنتنا من الوصول إلى مستوى تغطية بالتحصين للأطفال ضد الأمراض الخمسة القاتلة بنسبة ٨٠٪ في هذه المناطق. إن أحد عناصر هذه الخطة هو دعم وتقوية المراكز الصحية الثابتة وتغيير في نمط عمل الفرق المتنقلة، حيث يجب إشراكهم في خطة تلقيح من منزل إلى منزل لفترة ثلاثة أشهر كل عام في المناطق التي لا تتواجد فيها المراكز الصحية الثابتة.

ب - العمل على تقوية التعبئة الإجتماعية، مع التركيز على الإتصال الشخصي

كأحد عناصرها من أجل رفع مستوى الوعي لدى الأمهات حول ضرورة التلقيح وتوضيح مخاطر عدم التلقيح.

ج - الإتصال بالقطاع الطبي الخاص من أجل التأكيد على إتباع الرزنامة الموحدة للتلقيح.

د - ضرورة إجراء دراسة حول المعرفة والمواقف والممارسات بالنسبة للتسرب بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة من الثلاثي والشلل.

٢ - مكان الولادة والمشرّف عليها

أولاً: منطقة بعلبك/الهامل

حوالي نصف الولادات تجري في المستشفيات بينما هناك أكثر من الثلث في العيادات الصغيرة. كما أن نصف الولادات يشرف عليها طبيب وهناك نسبة مرتفعة ٤٤,٨٪ تشرف عليها القابلات القانونيات كما يظهر في الجداول التالية:

مكان الولادة

المستشفى	٤٩,١٪
العيادة الصغيرة	٣٩,١٪
المنزل	١١,٧٪

المشرّف على الولادة

الطبيب	٤٨,٣٪
القابلة القانونية	٤٤,٨٪
الداية	٧٪

ثانياً: منطقة طرابلس/عكار

ثلثا الولادات تجري في المستشفيات والثلث في المنازل مع ملاحظة دور هامشي للعيادات الصغيرة. كما أن ثلث الولادات يشرف عليها طبيب وثلث آخر تشرف عليها قابلات قانونيات ونسبة مرتفعة ٢٤,٢٪ تشرف عليها الدايات، كما يظهر في الجداول التالية:

مكان الولادة

المستشفى	٦٦٪
العيادة الصغيرة	٣,٣٪
المنزل	٣٠,٧٪

المشرّف على الولادة

الطبيب	٣٨,٩٪
القابلة القانونية	٣٦,٩٪
الداية	٢٤,٢٪

التوصيات

يتبين أن القابلات القانونيات والدايات يلعبن دوراً مهماً في مناطق بعلبك/الهامل وطرابلس/عكار إذ يشرفن على نسبة كبيرة من الولادات. لذلك لا بد من إعداد دورات تنشيطية للقابلات والإشراف على عملهن وتحسين نظام الإحالة. من ناحية أخرى يجب الاهتمام بالدايات وإعداد الدورات التدريبية الضرورية لهن بانتظام.

١	حرار - قبعيت	عكار
١	كفر ملكي - قبيات	عكار
١	مجدلا	عكار
١	مينا طرابلس	طرابلس
١	مينا طرابلس	طرابلس
١	مينا طرابلس	طرابلس
١	مينا طرابلس	طرابلس
١	مشمش	عكار
١	المنية	طرابلس
١	النبي يوشع	طرابلس
١	قبولا - تقرت	عكار
١	سعدين - دارين	عكار
١	الساقية	عكار
١	طاشي - فنيق	عكار
١	طرابلس	طرابلس

العينة

الشمال

عدد العناقيد	القرية	القضاء
١	عكار العتيقة	عكار
١	عزقة	طرابلس
١	العوينات	عكار
١	القببات	عكار
١	السويسة - بيت الحاج	عكار
١	بينو - العيون	عكار
١	بحنين	طرابلس
١	بقرزلا - زوق ال	عكار
١	دير دلوم - زوق	عكار
١	حاقور	عكار

١	الكثير	بعلبك
١	اللبنوة	بعلبك
١	النبي شيت	بعلبك
١	النبي شيت	بعلبك
١	الرام	بعلبك
١	اليمونة	بعلبك
١	بعلبك	بعلبك
١	بعلبك	بعلبك
١	بعلبك	بعلبك
١	بعلبك	بعلبك
١	بعلبك	بعلبك
١	بعلبك	بعلبك
١	بدنايل، الشحيمية	بعلبك
١	بريتال	بعلبك
١	دوريس	بعلبك
١	حي بيت جعفر	الهرمل

١	طرابلس	طرابلس
١	طرابلس	طرابلس
١	طرابلس	طرابلس
١	طرابلس	طرابلس
١	طرابلس	طرابلس
١	طرابلس	طرابلس
١	طرابلس	طرابلس

بعلبك / الهرمل

عدد العناقيد	القرية	القضاء
١	عين برداي	بعلبك
١	عرسال	بعلبك
١	العقبة	الهرمل
١	العقيدية	بعلبك
١	الهرمل	الهرمل
١	الهرمل	الهرمل

الدراسة الوطنية حول مستوى تحصين الأطفال (*) آذار ١٩٩٢

تشكل الأمراض التي يمكن التلقيح ضدها أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في لبنان ويظهر ذلك من الإحصاءات التالية:

في منتصف السبعينات سجل ما بين مئة ومئتين حالة شلل أطفال مع ظهور وباء موسمي بين ١٩٧٩ و١٩٨٣. وفي ١٩٧٩ أجريت دراسة في مستشفى الجامعة الأميركية عن الوفيات في المستشفى أظهرت أن ٣٠٪ من وفيات الأطفال سببها الإصابة بأخماج منها ٦٪ ناجمة عن أمراض يمكن التلقيح ضدها. في عام ١٩٩٠ أظهرت الدراسة الوطنية حول بعض المؤشرات الأساسية حول صحة الأطفال في لبنان أن الأمراض التي يمكن التحصين ضدها خاصة الحصبة هي السبب الرئيسي لوفيات الأطفال خصوصاً في المناطق الضعيفة ويعود ذلك على الأرجح إلى أمرين: محدودية الوعي لدى الأهل وسنوات الحرب الأهلية الطويلة.

قبل عام ١٩٨٧ لم يكن في لبنان برنامج للتلقيح فقد كان التلقيح يتم بشكل روتيني في العيادات الخاصة. وكانت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية تقوم بحملات متفرقة وغير مبرمجة للقضاء على الأوبئة المستجدة. في سنة ١٩٨٧ بدأ العمل ببرنامج التحصين

(*) أعد الدراسة الدكتور علي الزين بمساعدة الدكتورة منى الشاعر.

١	حرتعلا	بعلبك
١	جتنا	بعلبك
١	مزرعة السويدان	بعلبك
١	قصرنبا	بعلبك
١	سر عين التحتا	بعلبك
١	شمسطار، السلوقية	بعلبك
١	تمنين الفوقا	بعلبك
١	وادي الرطل	الهرمل

الشامل بالتعاون مع وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية واليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والجمعيات الأهلية ضد الأمراض الخمسة: الشلل، الشاهوق، الخانوق، الكزاز، والحصبة. وقد إنطلق البرنامج عبر حملة وطنية كبرى شارك فيها آلاف العاملين في القطاع الصحي الحكومي والأهلي مدعومين بأعداد كبيرة من المنظمات الشبائية والكشفية والتربوية وقد حققت هذه الحملة نجاحاً في رفع مستوى تحصين الأطفال في لبنان.

مع مطلع عام ١٩٨٩، واجه البرنامج تحديات الإستمرار مع تصاعد أعمال العنف التي عطلت الحياة حوالي سبعة أشهر في مناطق يقيم فيها حوالي ٦٠٪ من السكان فوقف العمل في المطار أدى إلى عدم إنتظام وصول اللقاح والانتقطاع شبه المستمر في التيار الكهربائي عرض اللقاحات للتلف وأصبح من الصعب الوصول إلى مستودع اللقاحات المركزي. كما أقل عدد كبير من المستوصفات ومراكز التلقيح خلال تلك الفترة وبالتالي لم يتمكن الأطفال وأهاليهم من الوصول إلى مراكز التلقيح.

لتذليل هذه العقبات اتخذت الإجراءات الكفيلة بإنتظام وصول اللقاح عبر مطار دمشق الدولي. كما تم إستحداث مستودع مركزي جديد آمن توفرت فيه الطاقة الكهربائية على مدى ٢٤ ساعة. فاستمر بالتالي تزويد كافة المناطق اللبنانية باللقاحات اللازمة لها. ورغم هذه الظروف فقد تم عام ١٩٨٩ إعطاء ٢٠٥,٠٠٠ جرعة من لقاح الشلل و ٢٠٥,٠٠٠ جرعة من لقاح الثلاثي و ٣٢,٠٠٠ جرعة من لقاح الحصبة.

أما في عام ١٩٩٠ ورغم الصعوبات الناجمة عن إستمرار الحرب في بعض المناطق فقد تم التخطيط للإنتقال بالبرنامج من التلقيح إلى التحصين وصولاً إلى تحصين ٨٠٪ من الأطفال دون عامهم الأول وكذلك التركيز على تفعيل التحصين في المناطق ذات التغطية الضعيفة. وبغية الوصول إلى الهدف المحدد ولتعويض عدم إنتظام أو إنعدام تلقيح أعداد كبيرة من الأطفال عام ١٩٨٩، تمّ عام ١٩٩٠ تنظيم الأيام الوطنية للتحصين في الأسبوع الأول من أشهر نيسان، أيار، وحزيران. ومنذ ذلك الوقت أصبحت الأيام الوطنية للتحصين إستراتيجية مكتملة للبرنامج حيث أنها تساهم في تحقيق

أهداف التحصين كما يرتفع خلالها عدد المستوصفات التي تقدم خدمات التلقيح بالإضافة إلى الفرق المتنقلة التي تغطي المناطق النائية التي تفتقر إلى بنية صحية ولو جزئية.

وقد إعتمد البرنامج منذ بدايته إستراتيجية تقوم على:

١ - تشجيع اللامركزية من خلال إنشاء ٤٢ مركزاً في كافة المناطق اللبنانية لحفظ وتوزيع اللقاحات مزودة بالتجهيزات الضرورية بما في ذلك شبكة من البرادات التي تعمل على الغاز والكهرباء والطاقة الشمسية. وتشرف على هذه المراكز إدارات محلية مشتركة برئاسة طبيب القضاء ومشاركة اليونيسف والجمعيات الأهلية إلى جانب إدارة مسؤولة عن البرنامج مركزياً.

٢ - تقوية البنية الصحية الثابتة التي تؤمن خدمات التلقيح بحيث تمكن البرنامج خلال فترة قصيرة من إعتماد مستوصفات ثابتة تلقح بانتظام يومياً، أو أسبوعياً، أو شهرياً وذلك إضافة إلى حملات التلقيح.

٣ - تغطية المناطق النائية في سائر أنحاء البلاد عبر ١٢ فريقاً متنقلاً تتركز نشاطاتهم في المناطق ذات البنية الصحية الضعيفة من حيث العدد ونوعية الخدمات المتوفرة. وبنتيجة دراسة المناطق ذات التغطية الضعيفة عام ١٩٩١ تمّ إعتماد إستراتيجية التلقيح من بيت إلى بيت حيث تبين أنها ضرورية لخلق الوعي لدى الأهل حول أهمية التلقيح عبر الإتصال المباشر بهم.

١ - أهداف الدراسة

أن أبرز أهداف الدراسة هي:

أولاً: معرفة مستوى تحصين الأطفال في لبنان ضد الأمراض الخمسة القاتلة لعام

Harvard DBASE III وتم إعداد الجداول وفقاً لبرنامج SPSS PC + والرسوم وفقاً لـ Harvard Graphics.

٣ - النتائج

أ - الإحتفاظ ببطاقة التلقيح

أشارت الدراسة إلى أن ١, ٧٦٪ من الأطفال المحصنين لديهم بطاقة تلقيح. أما القسم المتبقي أي ٩, ٢٣٪ فقد اعتبروا محصنين حسب كلام الأم وحسب أصول معتمدة من قبل منظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية. وتجدر الإشارة إلى أن الذين يحتفظ الطبيب ببطاقاتهم اعتبروا محصنين حسب كلام الأم.

إن الإحتفاظ ببطاقة التلقيح هو أحد المشعرات المعتمدة لقياس مدى إهتمام الأم بمتابعة تلقيح طفلها ضد الأمراض إستناداً إلى رزنامة محددة. إن مقارنة مستوى الإحتفاظ ببطاقة التلقيح خلال السنوات الثلاث الأخيرة بين لنا تحسناً ملموساً على هذا الصعيد، مما يشير إلى الدور الفعال الذي يلعبه البرنامج لجهة خلق الوعي عند الأم حول أهمية متابعة التلقيح.

نسبة التحصين	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢
حسب البطاقة	٥٣,٦٪	٦٢,٨٪	٧٦,١٪
حسب قول الأم	٤٦,٤٪	٣٧,٢٪	٢٣,٩٪

١٩٩١ ورصد مدى التحسن الذي طرأ على مستوى التحصين ضد الحصبة التي تشكل إحدى أبرز ثغرات البرنامج.

ثانياً: معرفة نسبة مساهمة القطاع الطبي الخاص في تحصين الأطفال.

٢ - المنهجية

أ - إختيار العينة

تكونت عينة الدراسة من إطار واحد شمل ٦٠ عنقوداً مختارة عشوائياً من جميع المناطق اللبنانية وتائجها تعبر عن لبنان ككل.

ب - أداة الدراسة

تشكلت أداة الدراسة من إستارة التلقيح المقتبسة عن منظمة الصحة العالمية مع بعض التعديل.

ج - العمل الميداني

تم تدريب جميع المشرفين والمحققين وفق الأسلوب المتبع في الدراسة الوطنية عام ١٩٩٠.

إستمر العمل الميداني من ٢٣ إلى ٣٠ آذار ١٩٩٢ وبلغ عدد المشرفين ١٨ وعدد المحققين ٨.

د - إدخال المعلومات والتحليل

تم إدخال المعلومات إلى الكمبيوتر في مكتب اليونيسف في بيروت بواسطة برنامج

١٩٩٢		١٩٩١		١٩٩٠		مكان التلقيح
ثلاثي/شلل	حصة	ثلاثي/شلل	حصة	ثلاثي/شلل	حصة	
%٥٨,٩	%٥٩,٦	%٥٤,٣	%٥٢,١	%٥٢,٥	%٤٩,٨	القطاع العام والأهلي
%٤١,١	%٤٠,٤	%٤٥,٧	%٤٧,٩	%٤٧,٥	%٥٠,٢	القطاع الخاص

ج - مستوى التحصين

أظهرت الدراسة أن مستوى التحصين الوطني للأطفال دون السنة هو ٨٥٪ أي الذين تلقوا ثلاث جرعات ثلاثي وشلل بينها هناك ٥٠,٨٪ من الأطفال قد تلقوا ضد الحصبة قبل عيد ميلادهم الأول.

حصة	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة أولى	نسبة التحصين
%٣٥	%٦٤,٢	%٦٩,٣	%٧١,١	حسب البطاقة
%١٥,٨	%٢٠,٨	%٢٢	%٢٢,٦	حسب قول الأم
%٥٠,٨	%٨٥	%٩١,٣	%٩٣,٧	المجموع

ب - مكان التلقيح

حصة	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة أولى	مكان التلقيح
%٥٦,٥	%٥٥,٦	%٥٥,٨	%٥٥,٦	المستوصفات والمراكز الرسمية والأهلية
%٣,١	%٣,٣	%٣,٨	%٣,٨	الفرق المتنقلة
%٤٠,٤	%٤١,١	%٤٠,٤	%٤٠,٦	القطاع الخاص

يقوم القطاع العام والأهلي بتلقيح ٥٨,٩٪ من الأطفال دون السنة للثلاثي والشلل و ٥٩,٦٪ للحصبة بينما يقوم القطاع الخاص بتلقيح ٤١,١٪ منهم للثلاثي والشلل و ٤٠,٤٪ للحصبة، وعند مقارنة نتائج الدراسات خلال السنوات الماضية نجد أن هناك تحسناً في مساهمة القطاع العام والأهلي حيث إرتفع من ٤٩,٨٪ إلى ٥٩,٦٪.

نسبة التحصين	ثلاثي وشلل جرعة أولى	ثلاثي وشلل جرعة ثانية	ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	حصة
الأطفال من ١٢ إلى ٢٣ شهراً	٩٤,٧	٩٢,٧	٨٩,٢	٦٥,١

إذا قارنا نتائج هذه الدراسة بالنتائج التي حصلنا عليها في دراسة شباط ١٩٩١ يتبين أنها متقاربة جداً باستثناء تحسن مقبول طرأ على مستوى التحصين للثلاثي وشلل وتحسن آخر بنسبة ٢٥٪ بالنسبة للتلقيح ضد الحصبة.

من ناحية أخرى، أظهرت نتائج نظام التسجيل عام ١٩٩١ أن نسبة الأطفال الذين يلقحون في المستوصفات والمراكز الصحية العاملة ضمن برنامج الوطني للتحصين تبلغ ٤٨,٧٥٪ بالنسبة للثلاثي وشلل و ٣٤,٣٢٪ بالنسبة للحصبة (من مجموع عدد الأطفال surviving في عمر الـ ١٢ شهراً والمقدر عددهم ٨٢٠٢٥). فإذا اعتمدنا النسب الواردة في الدراسة والتي تشير إلى أن نسبة الأطفال الذين يلقحون في القطاع الخاص تبلغ ٤١,١٪ بالنسبة للثلاثي وشلل و ٤٠٪ بالنسبة للحصبة.

يتبين لنا أن نظام التسجيل يشير إلى أن ٨٤٪ من الأطفال قد تلقوا ثلاث جرعات ثلاثي وشلل و ٥٥٪ منهم قد تلقوا ضد الحصبة، وهذه نتائج قريبة جداً من تلك التي حصلنا عليها عبر الدراسة، مما يشير إلى أهمية وضرورة نظام التسجيل كأداة منطوقة وتقييم بالنسبة لبرنامج التحصين على الصعيد الوطني وعلى صعيد المناطق على حد سواء.

يستدل من خلال مقارنة النتائج في السنتين الماضيتين أنه تم إحراز تقدم واضح في رفع مستوى التحصين للشلل والثلاثي بينما طرأ تحسن مقبول على وضع الحصبة خلال ١٩٩١ دون أن يعني ذلك أنه وصل إلى المستوى المطلوب.

نسبة التحصين	١٩٩٢	١٩٩١	١٩٩٠
ثلاثي وشلل جرعة أولى	٩٣,٧	٩٠,١	٨٦,٦
ثلاثي وشلل جرعة ثانية	٩١,٧	٨٧	٨٣
ثلاثي وشلل جرعة ثالثة	٨٥	٨١,٦	٧٧,٨
حصبة	٥٠,٨	٣٩,٣	٤٠,٧

أما مستوى التحصين الوطني للأطفال بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين فهو ٨٩,٢٪ أي الذين تلقوا ثلاث جرعات ثلاثي وشلل بينها هناك ٦٥,١٪ منهم قد تلقوا ضد الحصبة.

د - نسبة التسرب

بلغت نسبة التسرب بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة للشلل ٣, ٩٪، بالنسبة للأطفال دون السنة و٨, ٥٪ للأطفال بين الشهر الثاني عشر والثالث والعشرين وهي تقريباً ذات النتائج التي حصلنا عليها في دراسة شباط ١٩٩١.

إن مقارنة نسب التسرب خلال السنوات الماضية تبين أنه طرأ تحسن طفيف على نسبة التسرب دون السنة خلال السنتين الماضيتين إلا أنه في اعتقادنا أنه لن نلمس التحسن المطلوب إلا إذا نجحنا في مواجهة مشكلة التسرب في مناطق البقاع والشمال.

نسبة التسرب	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢
دون السنة	١٠, ٢٪	٩, ٣٪	٩, ٣٪
١٢ - ٢٣ شهراً	٧٪	٦, ٢٪	٥, ٨٪

يواصل البرنامج تحسين أدائه بشكل منتظم ويمكننا اليوم بعد إنتظام عمل البرنامج وضع الخطط الكفيلة بتحقيق أهداف البرنامج وهي :

- ١ - القضاء على مرض الشلل .
 - ٢ - السيطرة على أمراض الكزاز والشاهوق والخانوق .
 - ٣ - تخفيض نسبة الوفاة من الحصبة بنسبة ٩٥٪ والإصابة بها بنسبة ٩٠٪ كما كانت عليه قبل إنطلاق البرنامج .
- الوصول إلى هذه الأهداف لن يتحقق: إلا برفع مستوى التحصين ضد الشلل -

الثلاثي إلى ٩٠٪ وهذا يتم عندما نتمكن من السيطرة على ظاهرة التسرب أي بجعل المنقطعين عن الجرعة الثالثة قبل نهاية العام الأول لا يتجاوزون ٥٪ على أبعد تقدير .

- رفع مستوى التحصين ضد الحصبة إلى ٨٠٪ قبل نهاية العام الأول ولا بأس إذا ارتفع مستوى التحصين بعد ١٢ و٢٣ شهراً إلى ٩٠٪ .

- التأكيد من جديد على ضرورة بناء نظام وطني لرصد الأمراض المعدية خصوصاً تلك التي يشملها البرنامج .

١	إنطلياس	المتن	١٣
١	برج حمود - النبعة	المتن	١٤
١	رومية	المتن	١٥
١	وادي الكرم	المتن	١٦
١	بيت الفقس	طرابلس	١٧
١	طرابلس المينا	طرابلس	١٨
١	طرابلس - النجمة	طرابلس	١٩
١	طرابلس	طرابلس	٢٠
١	كفرحاتا	زغرتا	٢١
١	بطرام	الكورة	٢٢
١	عين طنطا	عكار	٢٣
١	برقايل	عكار	٢٤
١	حرار	عكار	٢٥
١	قبولا - بينو	عكار	٢٦
١	كفرملكي	صيدا	٢٧

العينة

الرقم	المنطقة	المدينة أو البلدة أو المحلة	عدد العناقيد
١	بعيدا	الحدث وتوابعها	١
٢	بعيدا	عين الرمانة	١
٣	بعيدا	فرن الشباك	١
٤	المتن	راس الحرف	١
٥	عاليه	بخشتيه	١
٦	الشوف	جون	١
٧	الشوف	بعقلين	١
٨	كسروان	عرمون	١
٩	كسروان	غزير	١
١٠	كسروان	ريفون	١
١١	جيبيل	إهمج	١
١٢	جيبيل	يانوح	١

١	الصويري	البقاع الغربي	٤٣
١	شارع ابراهيم عبد العال	بيروت	٤٤
١	شارع خالدني	بيروت	٤٥
١	راس النبع	بيروت	٤٦
١	مار الياس	بيروت	٤٧
١	عين البيضا	بيروت	٤٨
١	شارع جبل العرب	بيروت	٤٩
١	شارع فرسان الهيكل	بيروت	٥٠
١	شارع فليكس	بيروت	٥١
١	شارع سعيد عقل	بيروت	٥٢
١	الغبيري	بعيدا	٥٣
١	الغبيري	بعيدا	٥٤
١	المرجعة	بعيدا	٥٥
١	الشيخ - شارع الحسينية	بعيدا	٥٦
١	الشيخ - شارع الحجاج	بعيدا	٥٧

١	صيدا	صيدا	٢٨
١	المروانية	زهراي	٢٩
١	عبه	النبطية	٣٠
١	النبطية التحتا	النبطية	٣١
١	بازيش	صور	٣٢
١	قانا	صور	٣٣
١	صريفنا	صور	٣٤
١	عيطرون	بنت جبيل	٣٥
١	رب الثلاثين	مرجعون	٣٦
١	بر الياس	زحلة	٣٧
١	زحلة وتوابعها	زحلة	٣٨
١	النبي عثمان	بعلبك	٣٩
١	بعلبك	بعلبك	٤٠
١	راس بعلبك	بعلبك	٤١
١	المنصوري	الهرمل	٤٢

١	برج البراجنة	بعيدا	٥٨
١	برج البراجنة	بعيدا	٥٩
١	حارة حريك	بعيدا	٦٠

دراسة ميدانية حول بعض المعطيات
الصحية - الاجتماعية - والتربوية
في مناطق بعلبك - الهرمل - عكار
قضاء طرابلس (*)

كانون الأول ١٩٩٠ وكانون الثاني ١٩٩١

إن هدف التنمية الأساسي هو منفعة الناس. أرقام الدخل القومي، التي يعبر عنها بالنتائج القومي العام والنتائج المحلي العام، والتي يستفاد منها في مواضيع شتى، لا تكشف مكونات الدخل أو تعرف عن المستفيدين الحقيقيين، فمعدلات الدخل الفردي تخفي في معظم الأحيان الحرمان الإنساني المنتشر.

إن الحكم على السياسة الاجتماعية المعتمدة وإنجازات التنمية يكون من خلال معرفة مدى إلزامها وتعميمها «الخير البشري». والمعيار الذي يحدده «الخير البشري» يتضمن فيما يتضمنه الحق في الحياة والتعليم والدخل والصحة وصحة الأطفال والغذاء والتغذية والماء وصحة البيئة. فهذه هي المفاهيم الأساسية للإنماء الإنساني. فالكثير من البلدان النامية قد حققت تقدماً بشرياً ظاهراً ولكن قياس معدلاته غالباً ما يخفي لا مساواة حقيقية بين البلدان وداخل كل بلد بين المناطق وبين الفئات الاجتماعية المختلفة.

إن تحسين الوضع الاجتماعي والاقتصادي في لبنان الظاهر من خلال الأرقام المرتفعة نسبياً للنتائج القومي العام والنتائج المحلي العام عشية حرب ١٩٧٥ كان يخفي تبايناً حقيقياً بين المناطق. وهذا التفاوت لا نجده بين المناطق الريفية والمدنية فحسب بل نجده أيضاً بين المناطق المدنية وضواحيها. فأحزمة البؤس تتواجد في محيط مدينتي بيروت وطرابلس. وفي عام ١٩٥٣ وجد باورز وآخرون في دراسة أجروها في الجامعة الأميركية في بيروت أن الطفل الذي يولد في جبل لبنان لديه ٤, ٢ فرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة من الطفل المولود في البقاع أو في الجنوب أو في الشمال. أما بعثة أرفد، التي

(*) أعد الدراسة الدكتور علي الزين والدكتورة مي الجردى والأستاذة أداخ خضر والسيد بسام أبي صعب.

أجرت في مطلع الستينيات مسحاً شاملاً للوضع الاجتماعي والإقتصادي في لبنان، فقد أشارت بوضوح إلى التفاوت بين المناطق وناشدت الحكومة اللبنانية معالجة هذا التفاوت بصورة عاجلة.

فمناطق بعلبك/الهرمل، طرابلس/ عكار برغم أنها كانت الأقل تائراً مباشرة بالحرب فإنها لم تحظ بأولوية المساعدات الرسمية والدولية ولم تجذب القطاع الأهلي فبقيت مهملة. أما مناطق أخرى في بيروت وجبل لبنان والجنوب عانت الكثير من مصائب الحرب أدخلتها دائرة الضوء فجذبت المساعدات الرسمية - الدولية والأهلية. وقد أفرزت تحديات جعلت الناس أكثر تضامناً وقدرة على التعبير عن إحتياجاتهم وعززت من إرادتهم وإنخراطهم الفردي والجماعي في مواجهة مشاكلهم فكانت الحرب بهذا المعنى «كالنار التي تصهر وتفولد الحديد». وقد أظهرت دراسة للجامعة الأميركية في بيروت عام ١٩٨٤ أن وفيات الأطفال في ضاحية بيروت الجنوبية هي ثلاث أضعاف مثلها في العاصمة. كما أشارت دراسات المسح الوطنية حول مستوى التحصين والإسهالات الحادة لدى الأطفال دون الخمس سنوات ونسبة وفيات الأطفال التي أجرتها وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ومنظمة اليونيسف عام ١٩٩٠ إلى وجود تفاوت جغرافي مهم في نسبة الوفيات.

ففي مناطق البقاع والشمال التي تضم ربع أطفال لبنان توجد نسبة ٦٠٪ من وفيات الأطفال دون الخمس سنوات.

وفي كانون الأول ١٩٩٠، أجرت منظمة اليونيسف مسحاً ميدانياً للوضع تصور عام للخدمات الأساسية المتوفرة في هذه المناطق. وقد شكل هذا المسح خطوة تمهيدية مهمة نحو وضع الإستراتيجيات المناسبة لبرنامج منظمة اليونيسف للتعاون للسنوات ١٩٩٢ - ١٩٩٦.

الأهداف

كان الهدف الأساسي من إجراء البحث هو الحصول على معلومات مباشرة من المجتمع إنطلاقاً من المؤشرات التالية الخاصة بالصحة والبيئة:

- ١ - كيفية الحصول على مياه الشفة.
- ٢ - كيفية التخلص من الفضلات.
- ٣ - كيفية الحصول على الخدمات الصحية.
- ٤ - كيفية الحصول على التعليم الابتدائي.

كما ساعد البحث أيضاً على معرفة الشركاء المحتملين في ميادين الصحة والماء والتعليم.

كيفية إجراء البحث

١ - العينة

قام بوضع خطة البحث كل من مديرية البرامج الصحية في اليونيسف ودائرة صحة البيئة في الجامعة الأميركية في بيروت وشمل ٣٨٣ قرية موزعة بين مناطق عكار وطرابلس وبعلمك والهرمل، ولكنه لم يشمل مدن طرابلس وحلبا والقيبات وبعلمك والهرمل. وقد تم إجراء المسح في شهري كانون الأول ١٩٩٠ وكانون الثاني ١٩٩١.

٢ - إستارة البحث

أعدت إستارة تمت تعبئتها لكل قرية حسب المعايير التالية:

- أ - الواقع الديمغرافي
- ب - مصادر المياه
- ج - خدمات صحة البيئة
- د - التخلص من الفضلات
- هـ - الوضع الصحي بما فيه البنية التحتية والجسم الطبي
- و - وضع التعليم الابتدائي

ز - وجود مؤسسات إجتماعية
ح - وضع الطرقات

٣ - فريق العمل

شكل فريق العمل بالتنسيق بين لجنة مشتركة من اليونيسف ودائرة صحة البيئة في الجامعة الأميركية في بيروت وتحت إشراف منسق حائز شهادة ماجستير في الصحة العامة. وقد جمعت المعلومات من قبل فريق من حملة شهادة بكالوريوس في صحة البيئة سبق له أن شارك في دراسات مسح لقسم الصحة في منظمة اليونيسف.

٤ - جمع المعلومات

تمت تعبئة الإستمارة من خلال مقابلات أجريت مع ذوي النفوذ في القرى وكذلك مع الأشخاص الذين تتوفر لديهم المعلومات المطلوبة وتم تدقيق هذه المعلومات من قبل أشخاص متعددين كالمختار ومدير المدرسة ورئيس البلدية ومثلي اللجان المحلية.

لم يعتمد فقط على المعلومات المستقاة من المقابلات وغالباً ما تمت مراقبة مباشرة وزيارة للأماكن للتأكد من صحة المعلومات التي جمعت وللحصول على تفاصيل إضافية. وقد تم تجميع كل نوع منها من البيانات العائدة لها كالاتي:

أ - البيانات الديمغرافية: تم الحصول عليها أساساً من الذين أجريت معهم المقابلات فلم يجر تعداد للمنازل بطريقة نظرية حيث أن المسح لم يكن ديمغرافياً بحتاً. وقد إستخدم المسح كأداة لوضع مشاريع التنمية لهذه المناطق وليس بهدف دراسة أكاديمية.

ب - أما البيانات حول مصادر المياه ونوعية الماء فقد تم الحصول عليها من خلال زيارات إلى هذه المصادر وجمع عينات منها لفحصها.

ج - أما فيما يتعلق بالبيانات الخاصة بالتخلص من مياه المجاريير والفضلات فقد تم الحصول عليها من الذين أجريت معهم المقابلات وفي بعض الأحيان من خلال المراقبة.

د - أخذت البيانات حول وضع الصحة والتعليم الابتدائي من الذين أجريت معهم المقابلات. كما تمت زيارة المستوصفات لمعرفة عدد العاملين في الصحة المتواجدين فيها ونوع الخدمات المقدمة وبرنامج من المعلومات التي أعطيت من قبل الذين أجريت معهم المقابلات.
وقد قام مكتب اليونيسف في بيروت بتأمين جميع مستلزمات الدراسة.

٥ - إدخال المعلومات وتحليلها

تم إدخال المعلومات وتحليلها في مكتب منظمة اليونيسف في بيروت باستخدام برامج SPSS و Dbase.

النتائج

١- الوضع الديمغرافي

إن المساحة الجغرافية للمنطقة تعتبر واسعة بالمقارنة مع عدد السكان المتواجد في رحابها. فعدد القرى والتجمعات السكانية كالتالي:

بعلبك	١١٩
الهرمل	٣٤
ريف طرابلس	٣٧
عكار	١٩٣

يظهر الواقع الديمغرافي للقرى في مناطق بعلبك والهرمل وعكار وريف طرابلس أنها تحوي عدداً ضئيلاً من المنازل كما يتبين في الجدول رقم ١.

٢ - وضع الطرقات

إن وجود طرق رئيسية تربط بين القرى والبلدات في منطقة ما يعتبر مؤشراً للتنمية في هذه المنطقة إذ أنه يسهل عملية التواصل بين المناطق، في حين يعتبر وجود طرق داخلية معبدة داخل القرى والبلدات مؤشراً لوجود مجتمع محلي فاعل قادر على السير في عملية التنمية المحلية. وقد تبين من خلال الدراسة أن وضع الطرقات في المناطق المعنية هو سيء سواء كانت الطرقات الرئيسية أو الطرقات الداخلية وخاصة بالنسبة لهذه الأخيرة. ونشير هنا إلى أن وضع الطرقات في هذه المناطق هو الأسوأ في لبنان ومؤشر على مدى حاجتها لمثل هذه الخدمات.

المنطقة	الطرقات الرئيسية	الطرقات الداخلية
معبدة	غير معبدة	غير معبدة
عكار	٦٦	٣٤
طرابلس	٦٦,٧	٣٣,٣
بعلبك	٨٢,٤	١٧,٦
الهرمل	٧٩,٤	٢٠,٦
	١٢,٦	٨٧,٤
	٣٨,٩	٦١,١
	٩,٢	٩٠,٨
	٥,٩	٩٤,١

جدول رقم ١: نسبة القرى إلى عدد منازلها

عدد المنازل	بعلبك %	الهرمل %	طرابلس %	عكار %
أقل من ٥٠ منزل	٣٥,٣	٤٧,١	٢١,٦	٣٢,٦
٥٠ إلى ١٠٠ منزل	١٩,٣	٢٣,٥	١٨,٩	٢٣,٨
١٠٠ إلى ٢٠٠ منزل	١٥,١	١١,٨	٢١,٦	٢٢,٣
أكثر من ٢٠٠ منزل	٣٠,٣	١٧,٦	٣٧,٨	٢١,٢

أما معدل عدد المنازل حسب القرى في كل هذه المناطق فهو كما يلي.

جدول رقم ٢: معدل عدد المنازل في كل قرية

القضاء	معدل عدد المنازل
بعلبك	٢٨٢,٥
الهرمل	١١٧,٢
طرابلس	٤١٢,٠
عكار	١٨٦,٣

جدول رقم ٤ : النوعية الجرثومية للمياه في مناطق الدراسة

المصدر	نسبة عدم التوافق مع دلائل منظمة الصحة العالمية		نسبة التوافق مع دلائل منظمة الصحة العالمية		القضاء
	فصل الصيف	فصل الشتاء	فصل الصيف	فصل الشتاء	
طرابلس	٧٠	٧٧,٨	٣٠	٢٢,٢	
الينابيع	—	—	—	—	
الآبار	—	١٠٠	—	صفر	
الخزانات	—	١٠٠	—	صفر	
الشبكة	٥٤,٥	٦٣,٩	٤٥,٥	٣٦,١	
عكار	٦٦,٧	١٠٠	٣٣,٣	صفر	
الينابيع	٦٦,٧	١٠٠	٣٣,٣	صفر	
الآبار	١٠٠	—	صفر	—	
الخزانات	صفر	صفر	١٠٠	١٠٠	
الشبكة	١٠٠	٦٦,٧	صفر	٣٣,٣	
بعلبك	١٠٠	٢٨,٦	صفر	٧١,٤	
الينابيع	١٠٠	٢٨,٦	صفر	٧١,٤	
الآبار	٥٧,١	٨٣,٣	٤٢,٩	١٦,٧	
الخزانات	—	٥٠	—	٥٠	
الشبكة	٨٧,٩	٦٦,٧	١٢,١	٣٣,٣	
الهرمل	صفر	صفر	١٠٠	١٠٠	
الينابيع	صفر	صفر	١٠٠	١٠٠	
الآبار	—	—	—	—	
الخزانات	١٠٠	١٠٠	صفر	صفر	
الشبكة	٤٤,٤	٥٥,٦	٥٥,٦	٤٤,٤	

٣ - وضع المياه والبيئة

إن الظروف البيئية في هذه المناطق دون المستويات المتعارف عليها، إذ أن ٢٢٪ من القرى تفتقر إلى مصادر موثوقة من مياه الشفة و ٤٠٪ منها لا تحصل عليها بواسطة شبكات بل تعتمد في ذلك على الجداول المحلية وآبار تجميع مياه المطر.

جدول رقم ٣ : توزيع القرى حسب نوع مصدر المياه المتواجد.

القضاء	لا يوجد مصدر مياه %	لا مياه عبر أنابيب %
بعلبك	٤١	٣٨
الهرمل	٣٨	٤٤
طرابلس	٣٥	٢٢
عكار	٦	٤٤

من جهة أخرى فإن نوعية المياه من الناحية الجرثومية، حيثما وجدت، هي دون المستويات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية حيث يترك مصدر المياه غالباً دون حماية ولا يعنى به بصورة جيدة لضمان نوعية المياه.

أما فيما يتعلق بالتخلص من المياه المبتذلة ففي ٢٪ من القرى فقط توجد شبكة مجاري بينما ٣٧٪ من القرى تتخلص من المياه الآسنة عبر قنوات مفتوحة وحفر. أما ٦١٪ من القرى فتتخلص من هذه المياه في العراء.

جدول رقم ٥: توزيع القرى حسب كيفية التخلص من المياه الآسنة.

القضاء	شبكة مجاري %	قنوات مفتوحة وحفر. %	في العراء %
بعلبك	٢	٥٤	٤٤
الهرمل	—	٩	٩١
طرابلس	٨	٤٣	٤٩
عكار	٢	٣١	٦٧

والملفت في هذه القرى يكمن في تخلصها العشوائي من الفضلات الصلبة والنفايات على قارعة الطريق وحول المنازل. ففي ٩٤٪ من القرى التي غطاها المسح يتم التخلص من الفضلات على صعيد فردي دون تدخل أي وحدات تنظيمية أو وكالات لتنسيق النشاطات.

جدول رقم ٦: توزيع القرى حسب طريقة التخلص من الفضلات.

القضاء	لجنة خاصة %	صعيد فردي %
بعلبك	٨	٩٢
الهرمل	—	١٠٠
طرابلس	٨	٩٢
عكار	٦	٩٤

٤ - الوضع الصحي

إن تقييم خدمات الصحة في هذه المناطق يكشف أن ٧٩٪ من القرى لا تتمتع بأية بنية طبية كمستوصف أو مستشفى. وتجدر الإشارة إلى أن القطاع العام محدود الدور فيها لتأمين لزوجها من خدمات الصحة.

تتواجد المستوصفات في هذه المنطقة كما يلي:

جدول رقم ٨: فئات الموظفين المتواجدين في القرى

القضاء	الدايات %	القبالات %	المرضات %	الأطباء %
بعلبك	٥,٩	١١,٨	٢٤,٣	٢١,٨
الهرمل	٢,٩	—	٢,٩	٢,٩
طرابلس	٢٤,٣	٥,٧	٣٢,٤	٢٩,٧
عكار	١٣,٥	٥,٧	١٤,٥	١٥,٥

٥ - الوضع التعليمي

لا يتمتع القطاع التعليمي في هذه المناطق بوضع أفضل من القطاعات الأخرى. فهناك ٢٧٪ من القرى تنقصها المدارس. ومعظم المدارس حكومية وتقدم لطلابها التعليم الابتدائي فقط. إضافة إلى ذلك فإن مباني المدارس والتجهيزات في وضع سيء، ويعوزها الكادر التعليمي والأدوات التعليمية.

جدول رقم ٧: نسبة القرى التي تتمتع ببنية للصحة

القضاء	نسبة القرى التي يوجد فيها مستوصفات	نسبة القرى التي لا يوجد فيها مستوصفات
بعلبك	٢٧,٧	٧٢,٣
الهرمل	٢,٩	٩٧,١
طرابلس	٢١,٦	٧٨,٤
عكار	٢٠,٧	٧٩,٣

إن خدمات الرعاية الصحية الأولية تؤمنها مستوصفات تشرف المؤسسات الأهلية على قسم كبير منها. وبالرغم من عدد المستوصفات المرتفع فإن محدودية الخدمات المتوافرة ونوعيتها المتدنية غير كافية في معظم الأحيان إذ أن الطبيب يزورها بضع ساعات كل أسبوع فقط وخدماتها العلاجية بمعظمها ذات طابع مؤقت.

أما المستشفيات الحكومية والموجودة في المدن التي لم تشملها الدراسة فهي غير موجودة في عكار وريف طرابلس والمستشفى الموجود في الهرمل يعمل كمستوصف. أما المستشفى الموجود في بعلبك فهو يحتاج إلى إعادة تأهيل وتجهيز وتفعيل ليصبح قادراً على القيام بالدور المعول عليه في المنطقة.

وبالإضافة إلى البنية الصحية المحدودة والتي أظهرتها النتائج أعلاه فالعاملون في الصحة المتواجدون في هذه المناطق قليلو العدد والخبرة والكفاءة. ويوضح الجدول رقم ٨ مختلف فئات العاملين في الصحة ونسبهم في قرى كل منطقة.

جدول رقم ٩: نسبة القرى التي يوجد فيها مدارس

الوضع	بعلبك	الهرمل	طرابلس	عكار
	%	%	%	%
لا مدارس	٢٤,٤	٢٩,٤	٥,٤	٣٣,٢
يوجد مدارس	٧٥,٦	٧٠,٦	٩٤,٦	٦٦,٨

جدول رقم ١٠: توزيع المدارس في القطاعين العام والخاص

نوع المدرسة	بعلبك	الهرمل	طرابلس	عكار
	%	%	%	%
عامة	٧١,٩	٩٥,٢	٧٤,٣	٨٧,١
خاصة	٢٨,١	٤,٨	٢٥,٧	١٩,٥

جدول رقم ١١: توزيع المدارس حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	بعلبك		الهرمل		طرابلس		عكار	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%
ابتدائي	٥٦	٤٣,٤	١٣	٧٦,٥	٣٧	٥٢,١	٩٤	٥٨,٠
متوسط	٦٧	٤٤,١	٤	٢٣,٥	٢٨	٣٩,٤	٥٩	٣٦,٤
ثانوي	١٧	١١,٢	-	-	٣	٤,٢	٧	٤,٣
حضانة	٢	١,٣	-	-	٣	٤,٢	٢	١,٢

٦ - الوضع الاجتماعي

إن وجود المؤسسات الاجتماعية المحلية سواء كانت الرسمية منها كالبليات أو غير الرسمية كاللجان أو الأندية الثقافية يشكل عنصراً أساسياً في تنظيم عملية التنمية. وفي ظل غياب البليات أو محدودية عملها، إن وجدت، تبقى اللجان المحلية والأندية الثقافية هي العنصر الأهم في التنمية المحلية. وقد تبين من خلال الدراسة أن المناطق المدروسة تفتقر إلى مثل هذه الجمعيات مما يشكل عائقاً لعملية التنمية. لذلك يجب العمل على إحياء وتنظيم عمل البليات وتشجيع كل أشكال التنظيم المدني في هذه المناطق كمقدمة لأية خطة تنمية تحتاجها.

المنطقة	لجنة محلية		نادي ثقافي أو رياضي	
	نعم	لا	نعم	لا
عكار	٢٤,٢	٧٥,٨	١٣,٧	٨٦,٣
طرابلس	٢٢,٢	٧٧,٨	٣٣,٣	٦٦,٧
بعلبك	١٧,٦	٨٢,٤	١٣,٤	٨٦,٦
الهرمل	٥,٩	٩٤,١	—	١٠٠

هناك عدد من الأسباب يمكنها أن تفسر الوضع المتردي لهذه المناطق فيما يتعلق بالخدمات المتوفرة على المستويات التي تمت دراستها، أهمها:

أولاً: البنية الحكومية الهزيلة المتواجدة في هذه المناطق التي كانت ولا تزال مناطق ريفية نائية مما أبعد عنها استثمار رؤوس الأموال المناسبة لإنشاء بنية أساسية.

ثانياً: أنها لم تستقطب المؤسسات الأهلية لتعمل فيها لعدم وجود ظروف طارئة تشكل تحدياً كتلك التي تواجدت في بيروت وضواحيها، وفي الجنوب وفي جبل لبنان. وقد استأثرت كل هذه المناطق بمساعدات وطنية وخارجية كبيرة خلال الحرب الأهلية.

ثالثاً: تشكل البنى الاجتماعية القائمة في هذه المناطق عائقاً ينبغي أن تتخطاه أية جهة تقرر تنفيذ مشاريع إنمائية فيها.

إن هذه الصورة القاسية لواقع الخدمات التعليمية - الصحية - البيئية لهذه المناطق بالإضافة إلى خصوصيات المنطقة الديمغرافية (مساحتها واسعة نسبياً، تبعثر السكان، ضعف البنية التحتية، طرقات ووسائل نقل، اتصال، كهرباء، مياه، محدودية وجود الدولة إدارياً وإمناً) كل ذلك يجعل هذه المناطق تحتاج إلى خطة إنمائية شاملة أهم محاورها التصدي لتحسين البنية التحتية مروراً بالتصدي لمشاكل الإنتاج والتسويق الزراعي وتنمية الخدمات الصحية والتربوية والبيئية وصولاً إلى تفعيل الحضور الإداري الإنمائي للدولة وتشجيع أشكال العمل الجماعي المدني وعلى كل المستويات.

دراسة واقع الإرضاع من الثدي

في المستشفيات ودور التوليد (*)

كانون الأول ١٩٩١ - أيار ١٩٩٢

من المفارقات التي أصبحت اليوم موثوقة علمياً في أدبيات الإرضاع من الثدي أن النساء اللواتي يعتمدن على المؤسسات الطبية للحصول على معلومات حول تغذية الأطفال لا يرضعن أطفالهن بشكل فعال. وغالباً ما يمكن التنبؤ بأنه في حال عدم حصول تغييرات جذرية في الممارسات الشائعة في المستشفيات التي تعتمد أنماط الطب الغربي فإن ذلك سيزيد من تراجع الإرضاع الطبيعي، فالمستشفيات هي المثال الأعلى للعناية الطبية في العصر الحالي والممارسات التي تحصل فيها يتم تبادلها بين المجتمعات وتنتقل من حضارة إلى أخرى.

إن أكثر هذه الممارسات والتقاليد تشكلت خلال القرن الثامن عشر من قبل الجسم الطبي والكنيسة في بلدان أوروبا. ففي القرن الثامن عشر بدأت الولادات والرضاعة الطبيعية تأخذ طابعاً طبياً Medicalisation جزئياً بسبب ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الذين يتغذون من المرضعات wet nurse أو يولدون في البيئات الفقيرة. فتم بالتوافق مع التفكير السائد في ذلك العصر وضع أنظمة صارمة تتعلق بالرضاعة الطبيعية فكانت

(*) أعد الدراسة الدكتور علي الزين بمساعدة السيدة إيمان الزين والأسرة ندى الأغر والأسرة لمى شرارة.

تعطى الرضعة الأولى للمولود بعد إثنتي عشر ساعة أو أكثر من الولادة وكان يعطى قبلها ماء وسكر ويتم التقييد بجدول زمني صارم للرضاعة.

إضافة إلى ذلك فقد منعت الكنيسة في فرنسا بشكل قاطع أن تبقى الأم مع مولودها في السرير نفسه خاصة بين المرضعات والأمهات الممتنيات إلى الطبقات الفقيرة لأنه قد يؤدي إلى إختناق المولود. وفي القرن التاسع عشر أصبح الانفصال بين الأم ومولودها الظاهرة المتبعة في كل مكان بموافقة الكنيسة والمهن الطبية خصوصاً مع تزايد إنتقال الأحمال من الأم إلى الطفل.

وهكذا عندما أصبحت الولادات تتم أكثر فأكثر في المستشفيات إنتقلت الأنظمة المتعلقة بالتزام أوقات معينة للرضاعة وفصل الأم عن مولودها من المنزل إلى المستشفيات. إن أهم الأسباب التي تبرر إنشاء الحضانات هي الاهتمام بوفيات الأمهات والأطفال، والالتزام بنمط إجتماعي معين، والخوف من العدوى، وحاجة الأم للراحة بعد الولادة ولم تكن هذه الأسباب متعلقة إطلاقاً براحة موظفي دور التوليد أو العاملين في المستشفى. وقد أعطت الأبحاث الطبية خصوصاً على مدى العقدين الماضيين الإجابة القاطعة على الخطأ العلمي لهذه التقاليد الطبية واستناداً إليه بدأت المستشفيات في أوروبا وأميركا تغير من عاداتها وكليات الطب في مناهجها. في عام ١٩٨٩ أصدرت منظمتا الصحة العالمية واليونسف وثيقة علمية حول «عشر خطوات لتشجيع الإرضاع الطبيعي» في المستشفيات ودور التوليد وهناك اليوم ٩٧ دولة تنفذ برامج لتشجيع وحماية الإرضاع الطبيعي.

يلعب أطباء التوليد في المستشفيات ودور التوليد في لبنان دوراً أساسياً في تراجع نسبة الإرضاع الطبيعي. هذا ما أثبتته دراسة ميدانية بالعينة العشوائية قامت بها اليونسف سنة ١٩٩٠ لدرس أنماط الإرضاع والفظام خلال الإثني عشر شهراً الأولى من حياة الطفل إذ أفادت الدراسة بأن الأطفال المولودين في المستشفى قد وضعوا لمدة أقصر من الأطفال المولودين في العيادة الخاصة أو في المنزل.

تبين أن التقليد السائد في لبنان يقضي بالتأخر مباشرة الإرضاع من الثدي حيث

يعطى المولود ماء وسكر/ ويانسون خلال هذه الفترة وما يفوق ٢٥٪ يعطون حليب من الرّجاجة.

من هنا كان قرار اللجنة الوطنية لتشجيع الإرضاع الطبيعي بإجراء دراسة معمقة لمعرفة ممارسات تغذية الأطفال خلال فترة الأيام القليلة التي تلي الولادة بهدف وضع خطة عملية لتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية.

١ - أهداف الدراسة

تم تحديد ثلاثة أهداف رئيسية للدراسة تصب في إطار وضع مخطط وطني لتعزيز الرضاعة الطبيعية باعتبارها الحجر الأساسي في برنامج حماية الأطفال وسلامة نهم. هذه الأهداف هي:

- أ - التعرف على وضع خدمات الأمومة، المستشفيات، ودور وعيادات التوليد لجهة سياستها وممارساتها تجاه الرضاعة الطبيعية.
- ب - التعرف على آراء أطباء الأطفال والتوليد والقابلات ومسؤولي التمريض حول الممارسات المتبعة بخصوص الرضاعة الطبيعية في مرافق الأمومة التي يعملون فيها.
- ج - معرفة آراء ومعلومات الأمهات خلال إقامتهن في المستشفى حول أهمية الإرضاع المبكر.

٢ - الطريقة المتبعة

تشكلت الدراسة من مسح شامل لجميع مرافق خدمات الولادة (المستشفيات ودور وعيادات التوليد) العاملة على الأراضي اللبنانية بالاعتماد على اللوائح المتوافرة لدى وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية وجمعية تنظيم الأسرة في لبنان ومنظمة اليونيسف.

في المستشفى تمت المقابلة مع طبيب الأطفال وطبيب التوليد (أحياناً مع قابلة) ومع مسؤولة التمريض الموجودين وقت إجراء المقابلة. أما الأمهات فقد تم أخذ ٥٠٪ من الأمهات المولدرات ولادة طبيعية و٥٠٪ من الأمهات اللواتي أجريت لهن عملية قيصرية المقيمات في المستشفى وقت إجراء المقابلة. بالنسبة لدور التوليد تمت المقابلة مع طبيب التوليد المسؤول أو القابلة المسؤولة عن الدار.

٣ - أداة الدراسة

تم اعتماد خمس إستمارات للوصول إلى الأهداف المرجوة من الدراسة:

- أ - إستمارة موجهة إلى طبيب أطفال يعمل في المستشفى.
 - ب - إستمارة موجهة إلى طبيب توليد يعمل في المستشفى.
 - ج - إستمارة موجهة إلى مسؤولة التمريض في قسم الأطفال.
 - د - إستمارة موجهة إلى الأم لمعرفة رأيها بالإرضاع المبكر.
- هـ - إستمارة خاصة بأطباء التوليد والقابلات العاملين في العيادات ودور التوليد الصغيرة.

٤ - تنفيذ الدراسة

تم جمع المعلومات في المرحلة الممتدة من كانون الأول ١٩٩١ حتى منتصف آذار ١٩٩٢. وقد شملت الدراسة محافظات بيروت والجنوب وجبل لبنان والشمال. ونظراً للعواصف الثلجية التي قطعت الطرقات في محافظة البقاع فقد تم إجراء الدراسة فيها في الفترة الممتدة من نيسان حتى أيار ١٩٩٢.

قامت محققات من قبل اليونيسف وجمعية تنظيم الأسرة في لبنان وكلية التمريض التابعة للجامعة اللبنانية، الصليب الأحمر (طرابلس) بجمع المعلومات.

البقاع	١٩	٤٣
الجنوب	٣٠	٢٩
المجموع	١٣٥	١٣٣

جدول رقم ٢ - توزيع أطباء التوليد والأطفال ورؤساء الأقسام والأمهات المستجوبين حسب المحافظات.

المقابلون المحافظة	أطباء التوليد		أطباء الأطفال		أقسام التمريض		الأمهات	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%
بيروت	٢٥	١٨,٨	٢١	١٦,٨	٢٥	١٨,٥	٣٨	٢٨,٣
الشمال	٢٢	١٦,٥	١٩	١٥,٢	٢٠	١٤,٨	٢٢	١٦,٥
جبل لبنان	٣٨	٢٨,٦	٣٧	٢٩,٢	٤٢	٣١,١	٤٥	٣٧,٦
البقاع	١٨	١٣,٥	١٨	١٤,٤	١٨	١٣,٣	١٥	٩,٢
الجنوب	٣٠	٢٢,٦	٣٠	٢٤,٠	٣٠	٢٢,٢	٤٣	٣٢,٤
المجموع	١٣٣	١٠٠,٠	١٢٥	١٠٠,٠	١٣٥	١٠٠,٠	١٦٣	١٠٠,٠

٥ - عملية تحليل المعلومات

تم إدخال المعلومات إلى الكمبيوتر في مكتب اليونيسف في بيروت بواسطة برنامج Dbase III. أما تحليل المعلومات وإعداد الجداول فقد تم وفقاً لبرنامج SPSS PC + وتم إخراج الرسوم البيانية وفقاً لـ Harvard Graphics.

٦ - النتائج

يبين الجدول رقم ١ - عدد المستشفيات ودور التوليد التي شملتها الدراسة وقد شملت ١٣٥ مستشفى و١٣٣ عيادة توليد. أما الجدول رقم ٢ - فيتضمن توزيع أطباء التوليد والأطفال ورؤساء الأقسام والأمهات الذين تمت مقابلتهم وعددهم ١٣٣ طبيباً نسائياً و١٢٥ طبيب أطفال و١٣٥ رئيسة قسم تمريض و١١١ أمماً ولادتها طبيعية و٥٢ أمماً ولادتها قيصرية.

جدول رقم ١ - عدد المستشفيات ودور التوليد التي شملتها الدراسة.

المحافظة	مستشفيات	عيادات التوليد
بيروت	٢٤	٢
الشمال	٢٣	١٥
جبل لبنان	٣٩	٤٤

أ - إستعمال المهدئات خلال الولادة

جدول رقم - ٤ - نسبة إستعمال المهدئات خلال الولادة

المستشفى %	العيادة الخاصة %	
٧٤,٠	٦٨	نعم (أحياناً)
٢٦,٠	٣٢	كلا

تشير الدراسة إلى أن أكثر النساء تتعرض للمهدئات خلال فترة إقامتهن في المستشفيات في حين هن أقل تعرضاً للمهدئات في عيادات التوليد.

كما بينت الدراسة علاقة وثيقة و $P = 0,003$ significant بين مستوى إستعمال المهدئات في المستشفيات وتوزعها على المحافظات كما يظهر في الجدول رقم - ٥ - .

جدول رقم - ٥ - توزيع نسبة إستعمال المهدئات على المحافظات.

المهدئات المحافظة	نعم/أحياناً	كلا
بيروت	٩٦,٠	٤,٠

جدول رقم - ٣ - توزيع العيادات الصغيرة حسب المحافظات

المحافظة	عدد العيادات
بيروت	٢
الشمال	١٥
جبل لبنان	٤٤
البقاع	٤٣
الجنوب	٢٩
المجموع	١٣٣

تتعرض الأمهات خلال الإقامة في المستشفى أو دار التوليد إلى عدة ممارسات تحول دون بداية ناجحة للرضاعة الطبيعية وهي :

أ - إستعمال المهدئات قبل وأثناء الولادة.

ب - فصل المولود عن أمه.

ج - موعد إرضاع المولود.

د - إعطاء السوائل للمولود خلال إقامته في مرفق الولادة بانتظار إدرار الحليب.

هـ - بعض الممارسات الأخرى التي تعيق بمجملها بداية ناجحة للرضاعة الطبيعية.

جدول رقم ٦ - مكان إقامة المولود بعد ولادته .

المكان	المستشفى	العيادة الخاصة
مع الأم	٩,٧	٩٠,٣
في غرفة حديثي الولادة	٨٣,٠	١٧,٠

ج - متى يعطى الطفل لأمه للرضاعة بعد الولادة؟

١ - الولادة الطبيعية: نادراً ما يعطى المولود للإرضاع الطبيعي خلال الساعات الأربع الأولى (أنظر جدول رقم ٧) ويعود ذلك كما يفيد طبيب الأطفال «إلى حالة الطفل إذ يجب فحص قدرته على البلع أولاً وإخراج ما قد بلعه من السائل الأمنيوني ولأن الأم في أكثر الأحيان تكون متعبة أو ليس لديها حليب كاف للإرضاع!!»

جدول رقم ٧ - موعد إعطاء المولود للرضاعة بعد ولادة طبيعية .

الموعد	العيادة الخاصة	المستشفى
خلال الأربع ساعات الأولى	٪٣٨,٢	٪١٨,٤

جبل لبنان	٨١,٦	١٨,٤
الجنوب	٧١,٤	٢٨,٦
الشمال	٦٨,٢	٣١,٨
البقاع	٣٨,٩	٦١,١

إذ يلاحظ تناسقاً بين مستوى إستعمال المهدئات ودرجة تطور البنية الإستشفائية، ففي العاصمة تعطى المهدئات والمسكنات بشكل روتيني لكل النساء تقريباً لتنقص تدريجياً مع الإبتعاد عن العاصمة لتكون الأدنى في البقاع حيث البنية الإستشفائية هي حديثة العهد وأقل نمواً من باقي المناطق.

ب - المساكنة (Rooming in)

أين يوضع الوليد بعد الولادة؟

بينت الدراسة التالي:

في المستشفيات: يتم فصل الطفل عن أمه (أنظر الجدول رقم ٦ -). بيد أن المساكنة، وهي الإجراء الطبيعي، تسود في العيادات الصغيرة بشكل عام وفي الولادات المنزلية بشكل خاص.

من ٤ - ٨ ساعات	%٣٥,٩	%٤٨,٨
من ٨ - ٢٤ ساعة	%١٧,٦	%٢٥,٦
أكثر من ٢٤ ساعة	%٨,٤	%٧,٢

٢ - الولادة القيصرية: لم تختلف الآراء بين مسؤولة قسم التمريض وبين طبيب الأطفال على الموعد الذي يتم فيه إعطاء المولود للرضاعة بعد ولادة قيصرية (أنظر جدول رقم ٨) وهو غالباً بين ٢٤ و٤٨ ساعة. وتؤثر هذه العادة سلباً على نجاح الرضاعة الطبيعية إذ تتأثر عملية إدرار الحليب كلياً بتأخر الطفل في بدء الرضاعة.

جدول رقم ٨ - موعد إعطاء المولود للرضاعة بعد ولادة قيصرية.

الموعد	مسؤولة قسم التمريض	طبيب الأطفال
خلال ٢٤ ساعة	%١٧,٢	%١٧,٢
بين ٢٤ - ٤٨ ساعة	%٦٨,٩	%٧٠,٧
أكثر من ٤٨ ساعة	%١٣,٩	%١٢,١

٣ - العناية الخاصة: بالنسبة للمولود الذي يحتاج إلى عناية خاصة ٥٠٪ من مسؤولات قسم التمريض أفدن أن الطفل يعطى حليب مجفف بينما ٧,٢٪ أفدن أنه يعطى الحليب المسحوب من الأم. بينما ٣٨,٧٪ من أطباء الأطفال قالوا أن الحليب يسحب من الأم ويمكننا إعتبار ما أفادت به مسؤولة التمريض الأقرب إلى الواقع.

د - أما بالنسبة إلى السوائل التي تعطى للمولود قبل بدء الإرضاع فقد تبين أن إعطاء الماء أو الماء والسكر هو الأكثر رواجاً: ٧٩,٧٪ في العيادات و٩٢٪ في المستشفيات، أما الحليب المجفف فيعطى في بعض المستشفيات كوجبة ثانية قبل حليب الأم.

تعطى هذه السوائل بالزجاجة في ٧٥,٥٪ من الحالات. تبين أن العامل الرئيسي لإعطاء هذه السوائل في العيادات هو ضرورة تغذية الطفل - ٦٦,٣٪ - في حين مرافقة حالة الطفل وراحة الأم هي العامل الأساسي في المستشفى - ٦٢,٥٪ -.

هـ - بعض الممارسات التي تعيق البداية الناجحة للرضاعة الطبيعية:

بينت الدراسة أن متوسط الإقامة في المستشفى هو ٤٨ ساعة في ٧٩,٧٪ من الحالات. وتعتبر هذه الفترة وما يصحبها من ممارسات مفتاح النجاح في الرضاعة. من هذه الممارسات نذكر:

١ - يؤتى بالمولود إلى أمه لإرضاعه وفق مواعيد معينة وليس حسب الطلب (أنظر جدول رقم ٩). وهذه نتيجة مباشرة لفصل المولود عن أمه. فقد تبين أن معظم الأطباء (نسائي وأطفال وقابلات) لا يؤمنون بأهمية الإرضاع حسب الطلب حيث ٧١,٦٪ من أطباء التوليد في العيادات الخاصة و٦٧,٧٪ من أطباء الأطفال في المستشفيات ينصحون الأم بالإرضاع وفق مواعيد محددة.

جدول رقم - ٩ - عدد المرات التي يؤتي بها المولود للإرضاع خلال ٢٤ ساعة .

عدد المرات	المستشفيات %
٣ - ٤ مرات	٢٩,٢
٥ مرات	١٩,٢
٦ مرات أو أكثر	٤٨,٥
لا يعطى لأمه	٣,١
المجموع	١٠٠,٠

يستدل من هذا الجدول أن حوالي ٥٠٪ من الأطفال يعطون لأمهاتهم أقل من خمس مرات يومياً وبعضهم لا يعطى أبداً كما أن أكثر المستشفيات لا تعطي الأطفال لأمهاتهم ليلاً، من جهة ثانية أشارت الدراسة إلى أن أكثرية المستشفيات (٧٩,٢٪) تتلقى عينات من بدائل الحليب وإن هذه العينات توزع على الأمهات إما مجاناً أو ببديل (٧٨,٨٪).

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن معظم أطباء النساء قد أفادوا أنهم يقومون بتوعية الأم حول أهمية الرضاعة الطبيعية وأهمية الغذاء والعناية بالحلمة قبل وبعد الولادة. وبالرغم من ذلك يلاحظ أن الأطباء قليلاً ما يكرسون الوقت اللازم لتوعية الأم وإرشادها.

تحليل النتائج

١ - تفتقر المستشفيات إلى سياسة واضحة حول تشجيع الإرضاع الطبيعي. فقد أجاب معظم أطباء التوليد والأطفال أن الأطباء يشجعون الرضاعة الطبيعية ولكن ليس لإدارة المستشفى أية سياسة مكتوبة واضحة حول هذا الموضوع.

٢ - لم تتلق معظم الممرضات أي تدريب فعلي في المستشفيات حول أهمية الرضاعة وكيفية إجابة الأم حول المشاكل التي يمكن أن تعترضها. أما المعلومات المتوافرة لديهن فمصدرها الجامعات حيث درسن وهي على كل حال محدودة لا تؤهل الممرضة للقيام بالتوعية.

٣ - أما فيما يخص إستعمال المهدئات قبل وأثناء الولادة فقد أجريت عالمياً دراسات على أدوية Diazepam Pethidine أو Barbiturates ومشتقات المورفين فتبين أنها تؤثر على الوضع الفيزيولوجي للمولود. كما أشارت أيضاً إلى أن المخدرات (البنج) تؤثر على الجهاز العصبي مما يؤدي إلى تغيرات في تصرفات المولود. فهذه الأدوية تمر بسرعة عبر الثدي لأن الثدي في الساعات الأولى له مميزات مشابهة للمشيمة Placenta. كما تؤثر هذه الأدوية على ردادات فعل الوليد في ما يتعلق بتواتر النوم واليقظة والانتباه للإرشادات الضوئية والسمعية وقدرته على الرضاعة خلال فترة ٢٤ ساعة بعد الولادة. لذلك وجب حصر إستعمال الأدوية بالضرورة الطبية وشرح السلبيات المحتملة للأم قبل إعطائها مثل هذه الأدوية.

٤ - تعتبر المساكنة أحد المدخل الرئيسية لتغيير ممارسات خدمات الأمومة وعاملاً مهماً لرفع مستوى الرضاعة الطبيعية.

إن القرار الذي اتخذ في بعض البلدان المتطورة والنامية لإدخال مفهوم المساكنة يترك

أثراً إيجابياً على مستوى الإرضاع الطبيعي وهناك سكان رئيسيان وراء ذلك وهما:

أولاً: إن وجود المولود قرب الأم يخفف الجهد المطلوب منها للذهاب عند الطفل وإرضاعه حين تريد ذلك.

ثانياً: إن وجود الأم والمولود في الغرفة نفسها من شأنه أن يشجع الإرضاع عند الطلب.

المساكنة تعلم الأم كيف ومتى تستجيب لحاجات طفلها وهذا يعزز ثقة الأم بقدراتها على العناية بطفلها خاصة إذا كان المولود مولودها البكر. فتتكون لديها فكرة عملية وليست نظرية فقط عن العناية بطفلها خاصة إذا كان انطاقم الطبي مؤهلاً ومشجعاً لذلك. على صعيد آخر فقد أثبتت الدراسات أن العدوى، وهي هاجس أطباء الأطفال، تقل لدى الأطفال في نظام المساكنة منها لدى الأطفال المقيمين في الحضانه. كما تشجع المساكنة الرضاعة عند الطلب. لذا تعتبر المساكنة خطوة الأساسية من أجل تعزيز صحة الطفل ودور الأم في رعايته في آن معاً.

٥ - من المفيد معرفة أنه كلما أرضع الطفل باكراً كلما كان إدرار الحليب أسرع في الأيام التالية:

٦ - أما بالنسبة لإعطاء السوائل للمولود بانتظار إدرار الحليب فقد بينت الدراسة أنه يتم تأخير الإرضاع الطبيعي لأسباب غير مقنعة، وقد أعطت إجابات الأطباء على الأسئلة الواردة في الاستشارة إنطباعاً عن وجود نقص كبير واضح في معلوماتهم حول آلية إنتاج وإدرار الحليب وحاجات الطفل في أيامه الأولى.

٧ - النشرات التثقيفية والتوعية المقدمة لأمهات: معظم المستشفيات ٦٨,٢٪ تفتقر إلى منشورات تعليمية لتوزيعها على الأمهات حول موضوع الرضاعة حيث تتوفر مثل هذه المنشورات فهي إما مقدمة أو مطبوعة من قبل شركات الحليب وتركز على كيفية تحضير الزجاجات أكثر من تركيزها على أهمية الرضاعة الطبيعية.

٨ - كما تبين أن الترويج لبدائل الحليب وإعطاء الأمهات علبه حليب عند الخروج من المستشفى أمر شبه روتيني، كما أن المعلومات التي تعطي للأم (إن وجدت) غير كافية وتخلق تشويشاً لديهن إذ تعطي المعلومات عن الرضاعة الطبيعية والاصطناعية في النشرة نفسها وهذه طريقة إبتدعتها شركات الحليب لتقدمها مجاناً إلى المستشفيات والجسم الطبي لتوزيعها على الأمهات لأنها تعرف سلفاً أنها ستأتي بالنفع عليها.

التوصيات الصادرة عن الحلقة الدراسية حول ممارسات الإرضاع الطبيعي في المستشفيات ودور التوليد في ٣ أيار ١٩٩٢.

١ - في مرافق الولادة

أ - أن تتبنى مرافق الولادة سياسة مكتوبة للرضاعة الطبيعية تبلغ بصورة روتينية لجميع العاملين في هذه المرافق.

ب - الحد من إعطاء المهدئات والمسكنات وجعل الولادة طبيعية ما أمكن، وفي حال إستعمال الأدوية إعلام الأم بتأثيراتها على بداية الإرضاع.

ج - أن تهيبء المساكنة داخل مرافق الولادة (أي إبقاء الأمهات والمولود معاً لمدة ٢٤ ساعة يومياً) في الغرفة نفسها ما أمكن.

د - أن تساعد الأمهات على البدء بالرضاعة الطبيعية خلال ساعة من الولادة وأن لا يقدم للمولود حديثي الولادة أي سوائل غير حليب الأم ما لم يتعين غير ذلك لأسباب طبية.

هـ - أن تشجع الرضاعة الطبيعية عند الطلب.

و - أن يبين للأمهات كيفية الإرضاع، وكيفية المحافظة على الإدرار حتى ولو إفتقرن عن أطفالهن الرضع.

ز - أن لا تقدم عينات من بدائل الحليب عند خروج الأم من مرفق الولادة.

ح - أن ترافق شهادات الولادة التي تعطى في المستشفيات ودور التوليد بحيث لا تحتوي على دعاية لبدايل الحليب.

٢ - التدريب والتأهيل

أ - تدريب جميع العاملين بالرعاية الصحية (مستشفيات، مراكز، دور توليد) على المهارات اللازمة لتشجيع الإرضاع من الثدي.

ب - تزويد الأطباء وسائر أعضاء الجسم الطبي بما يستجد من معلومات حول خصائص وتقنيات الإرضاع من الثدي.

ج - تزويد المجلة الطبية بسلسلة مقالات حول هذا الموضوع.

٣ - المؤسسات التعليمية

أ - إدخال مفاهيم الإرضاع الطبيعي في مناهج التعليم للمراحل المتوسطة والثانوية والمهنية.

٢ - تعزيز المادة حول مفاهيم وتقنية الإرضاع في المناهج التعليمية في كليات الطب ومعاهد إعداد الجسم الطبي المساعد.

٤ - توعية الأمهات

أ - تعريف الخوامل بمزايا الرضاعة الطبيعية وبتدابير مباشرتها مع إعدادهن للولادة الطبيعية دون الحاجة لأي مهدئات.

ب - توعية الأمهات المولدرات والبكرات خاصة لجهة عدم إعطاء سائل غير حليب الأم خلال الـ ٤ - ٦ أشهر الأولى إذ أن حليبها يحتوي على الغذاء والماء الكافيين لتغذية الطفل.

٥ - جماعات الدعم

أ - تبنى إنشاء جماعات لدعم الرضاعة الطبيعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية التي ستحول إليها الأمهات بعد خروجهن من المستشفى أو العيادة.

ب - التأكيد على دور المؤسسات الأهلية والدينية والاجتماعية والثقافية في تشجيع الإرضاع من الثدي.

ج - المطالبة بإنشاء دور حضانة في كل مؤسسة تضم أكثر من ٤٠ سيدة لتسهيل ممارسة الإرضاع من الثدي.

د - توعية الآباء المستمرة بدورهم الفعال في دعم وتشجيع زوجاتهم على الإرضاع من الثدي.

٦ - دور التشريع

أ - تطبيق المرسوم الإشتراعي رقم ١١٠ الصادر في ١٦ أيلول سنة ١٩٨٣ الذي

ينظم تسويق بدائل الحليب ويحدد المواد الاعلامية والتثقيفية المكتوبة أو المسموعة أو المرئية المتعلقة بتغذية الأطفال والموجهة للنساء الحوامل ولأمهات الرضع وصغار الأطفال.

ب - إجازة أمومة للمرأة العاملة لمدة ثلاثة أشهر بعد الولادة.

٧ - دور الإعلام

إنطلاقاً من تعاضم دور وسائل الإعلام السمعية والمرئية والمقروءة ووصولها إلى الأكثرية الساحقة من المواطنين تنبع أهمية تبني هذه الوسائل لسياسة واضحة لتشجيع وحماية الإرضاع من الثدي وبالتالي ضرورة تعزيز مراقبتها الذاتية على تطبيق بنود المرسوم الإشتراعي رقم ١١٠ بالإضافة إلى مشاركة الإعلام الفعالة في نقل المعلومات حول الإرضاع من الثدي وتقنيته.

المراجع

المراجع العربية:

- وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية ومنظمة اليونيسف. الدراسة الوطنية حول بعض المؤشرات الأساسية لصحة الطفل في لبنان، ١٩٩٠.
- الجامعة الأميركية في بيروت ومنظمة اليونيسف. الدراسة الوطنية لأنماط الإرضاع من الثدي في لبنان، ١٩٩١.
- منظمة اليونيسف. دراسة واقع الإرضاع من الثدي في المستشفيات ودور التوليد، كانون الأول ١٩٩١ - أيار ١٩٩٢.
- وزارة الصحة والشؤون الإجتماعية ومنظمة اليونيسف. دراسة أحماج الجهاز التنفسي، ١٩٩٢.
- نقابة أطباء لبنان - بيروت. الأطباء في لبنان - دليل ١٩٩٣.
- الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية والجامعة الأميركية في بيروت وبرنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية. الأطفال والحرب في لبنان - المحنة والمعاناة. بيروت. منشورات الجامعة الأميركية في بيروت، ١٩٨٦.
- د. مروة، عدنان ود. قرنفل، نبيل، الرعاية الصحية في لبنان (ثلاثة أجزاء). الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ١٩٨٥.
- النجدة الشعبية اللبنانية. الأوضاع الصحية في لبنان. بيروت: مؤسسة البحوث والاستشارات ١٩٨٤.

- Puffer, R. R. and Serrano, C. V. **Patterns of mortality in children, U.S.A.** Pan American Health Organization - Regional office of the World Health Organization, 1973.
- Suidan, J.S., Munla, N.A., and Hajj, S.N. **Perinatal Mortality at The American University Medical Center: A Three Year Preview.** Lebanese Medical Journal 33: 31-38, 1983.
- **The Middle East and North Africa 1992.** England: Europa Publications Limited, 1991.
- United Nations Development Programme: **Human Development Report**, 1990.
- UNICEF: **The State of The World's Children. An Annual Publication 1981-1993**, England: Oxford University Press.
- Wallace, H. M. and Giri, K. **Health Care of Women and Children in Developing Countries, California:** Third Party Publishing Company, 1990.
- World Health Organization: **The Works of WHO in The Eastern Mediterranean Region: Annual Report of The Regional Director.** Alexandria: Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1991.
- Zurayk: H. C. and Armenian, H. K. **Beirut 1984: A Population and Health Profile.** Beirut: Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, 1985.

المراجع الأجنبية

- American University of Beirut and UNICEF. **The national survey on characteristics of potable water sources in Lebanon**, (1992).
- Atiyeh, F. Aramouni, E. and Menassa, J. **A Statistic Trial of The Birth Pathology in A Department of Gynecology.** Beirut, Saint Georges Hospital, 1984.
- Brayce, Jennifer, W. **Cries of Children in Lebanon.** UNICEF, MENA Region, 1986.
- Cowan, J.W., Kassab, G., Silahian, A. and Shadarevian, S. **Iodine Intake and Excretion in Three Different Areas of Lebanon.** Lebanese Medical Journal 19: 213-223, 1966.
- Ecochiffres, 1989. Beirut, Lebanon 1989.
- El Baba N., Hamadeh, S. and Adra, N. **Nutritional Status of Lebanese School Children From Different Socioeconomic Backgrounds.** Ecology of Food and Nutrition 25: 1-10, 1990.
- Haddad, N. and Hudson, W. **Accidental Poisoning in Children.** Lebanese Medical Journal 28: 447-455, 1975.
- Harfouche, J.K. **Social Structure of Low Income Families in Lebanon.** Beirut - Khayat Press, 1965.
- Khlat, M et al. **Perception of Consanguineous Marriages and Their Genetic Effects Among a Sample of Couples From Beirut.** American Journal of Medical Genetics 25: 299-306, 1986.
- Khouy, M.J. and Mounla, N.A. **Epidemiology of congenital malformations at the American University Hospital, Beirut; in 9331 consecutive births.** Lebanese Medical Journal 31: 349-361, 1980.
- Loiselet, J. Karayacouboglou, J. Boustany, N. and Khouri, R. **Les Lipides Sanguines Chez un Groupe de Jeunes Libanais.** Journal Medical Libanais 24: 311-328., 1971.
- Papierneek, **Pediatric Pratique.** Paris, 1985.
- Powers, L.E., Rifká, G.E., Khamis, S. and Shakhashiri, Z. **Infant Mortality in Rural Lebanon**, 1953.

Dr. Tarek Kanawati	Qada Doctor Baalbeck- Hermel
Miss Huda Souayed	Director of the Office of Social Development - Baalbeck
Mr. Bassam Abi Saab	Coordinator, Water Quality Team UNICEF - AUB
Miss Joumana Kalot	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB
Mr. Khaled Zouhairy	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB
Mr. Tarek Kassab	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB
Mr. Samir Samhat	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB
Miss Dima El Khatib	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB
Miss Riwa El Atrash	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB
Miss Mona El Riz	Member, Water Quality Team UNICEF - AUB

Logistic Assistance Team

Mr. Hassan Hashem	Assistant in the Planning and Monitoring Section - UNICEF
Mr. Khodr Sleem	Assistant in the Health Programme UNICEF
Mis Ghada Kanaan	Lebanon Family Planning Association Baalbeck
Miss Labiba Gharios	Lebanese Red Cross- Zahleh
Mr. Walid Atallah	Assistant Field Officer for the Beqaa - UNICEF
Mr. Hatem Dimashki	Assistant Field Officer for Beirut - UNICEF

Mr. Ahmad Rabah	Assistant Field Officer for the South - UNICEF
Mr. Bassam Dana	Assistant Field Officer for the North - UNICEF
Mrs. Ghada Corban	Assistant Field Officer for Mount Lebanon - UNICEF
Mr. Adnan Karaki	Logistic Clerk for the South- UNICEF
Mr. Abdul Hafeez Agineh	Logistic Clerk for the South UNICEF
Mr. Milad Abou Safi	Logistic Clerk for Mount Lebanon UNICEF

Interviewers

A number of nursing schools have been involved in interviewing within the different regions as follows:

North

- Nursing School - Sheikh Taba, Akkar.
- Faculty of Nursing - Lebanese University (North Branch)

Beqaa

- Nursing School - Saint Joseph University - Zahleh
- Nursing School - Tatari Hospital - Baalbeck
- Office of Social Development - Baalbeck
- Lebanon Family Association - Baalbeck

Beirut

- Dekwaneh Official School of Nursing - Lebanese University
- Lebanese Red Cross - Antelias Branch
- Sahel Hospital School of Nursing - Lebanese University

South

- Nursing School of Imam El Sadr Foundations

Research Team

The Central Team Overseeing the Studies

Dr. Ali El Zein	Programme Officer for Health UNICEF Executive Director for the Studies
Dr. Bashir Osmat	Assistant Project Officer (EPI) UNICEF
Mr. Kamal Kamaleddine	Assistant Project Officer Planning and Monitoring UNICEF
Miss Nada Aghar	Senior Project Assistant (CDD) UNICEF
Dr. Mona Char	Senior Project Assistant (EDP) UNICEF
Miss Adele Khudr	Administrative Coordinator for Health - UNICEF

Team of the Ministry of Public Health

Dr. Ibrahim El Hajj	Director of Preventive Medicine at interim
Dr. Salim Dallal	Advisor to the Minister of Public Health

Mr. George Maalouf

Coordinator between the Ministry of
Public Health and International
Organizations

Training Team

Dr. Ali El Zein	Programme Officer for Health UNICEF
Dr. Bashir Osmat	Assistant Project Officer (EPI) UNICEF
Miss Nada Aghar	Senior Project Assistant (CDD) UNICEF
Mr. Kamal Kamaleddine	Assistant Project Officer Planning and Monitoring UNICEF

Supervisors Team

Dr. Bashir Osmat	Assistant Project Officer (EPI) UNICEF
Miss Nada Aghar	Senior Project Assistant (CDD) UNICEF
Mr. Kamal Kamaleddine	Assistant Project Officer Planning and Monitoring UNICEF
Miss Renee Boulos	Nursing School- Sheikh Taba, Akkar
Miss Lordy Awad	Nursing School- Sheikh Taba, Akkar
Miss Marie Therese Sabbagh	Faculty of Nursing, Lebanese University (North branch)
Miss Martha Frangieh	Faculty of Nursing, Lebanese University (North Branch)

income goes towards therapeutic drugs. Many experts feel, however, that tremendous savings could be realized if drug usage was rationalized in the country. A study by the National Social Security Fund estimates that unnecessary prescriptions accounted for fully 60 per cent of money spent on drugs. Other studies show that while a large mass of the population consumes far more drugs than needed, many others in the country's poorer regions cannot even afford to pay for the most essential drugs.

The Government has made a number of attempts to control this drug problem. The attempt done by the late Minister Dr. Emille Bitar was the first one in the direction of controlling the processing, gain, quality, registration of new drugs and publication of a national drugs directory. The second was in 1972 when the National Social Security Fund tried to import and sell 250 of the most common drugs to those covered by the insurance scheme. Their experience was successful but it stopped in 1976 due to the war. Two years ago, however, the programme was resumed, without achieving the success it had the first time. A legislative Decree calling for the establishment of a National Drugs Bureau was issued since the early 1980s. At present, the Ministry of Health is working towards the implementation of this decree. Modifications will be made on the original plan in order to include new partners from outside the public sector, and allow it to have more freedom in curbing competition and reducing prices.

Emerging from the major challenges detailed in the Situation Analysis are a number of overriding priorities, the most important of which are as follows:

1. National capacity development: The withdrawal of the Government from the social services sector during the course of the war has created a major void in terms of policy direction in the country. A major strategy for UNICEF is national capacity building, and in particular collaborating with the Government in the formulation of policy on issues impacting upon children. Focus will be put on advocacy and social mobilization, the training of government officials, and the extensive provision of technical support.

2. Addressing regional disparities: Significant regional disparities exist in virtually all factors related to the situation of children in Lebanon, especially in terms of education and health. The outlying rural regions of the North, Beqaa', and the South are the worst affected. While UNICEF interventions will continue to be national in scope, a special emphasis will be placed on improving conditions in these underserved areas.

3. Empowering mothers: Mothers are undoubtedly the most important factor in the normal psycho-social, intellectual, and physical development of Lebanese children. Providing mothers with various forms of information on how they can best meet the development needs of their children will be a vital component of all projects and activities to reach the intermediate goals.

4. Promoting inter-agency collaboration: An important cross-cutting strategy of the Country Programme will be that of strengthening the cooperative relationship between the Government, the NGO and the private sectors. Key to the development of this cooperative relationship will be the formulation of a policy framework in the domains of both health and education within which the NGO and private sector respectively are able to perform with maximum effectiveness and efficiency. This is very important since the NGO and private sector have intensified their role during the war as the Government largely ceded its leadership role, in the fields of health and education.

5. Developing baseline data: Up-to-date reliable information in areas of child health needed to acquire an operational knowledge of existing conditions in Lebanon are lacking. Hence, a major strategy will be the development of baseline data pertaining to the situation of Lebanese children. Equally important will be institutionalizing the data collection process through closely involving governmental and non-governmental partners.

Conclusion

Dealing with the health problems of the children of Lebanon requires a reorganized and strengthened primary health care (PHC) delivery system. The concept of PHC, as expressed in the Alma Ata Declaration is a comprehensive strategy and approach covering preventive, promotive and curative services with an emphasis on active community participation and coordination of efforts between the various parties concerned with health at the district level. Only by adopting a strategy based on administrative decentralization, community participation in social and health development, support to the MOH at the central level, and commitment to social justice with priority for the neediest areas can we achieve significant steps towards improving public health.

access to primary health care. Two attempts seem to have been particularly promising. The Basic services Centres programme was launched in Lebanon, as a joint effort of the MOH, UNICEF and USAID. It represented a pioneering attempt to introduce the concepts of PHC and decentralized authority into the context of overall social development. It called for the establishment of 51 centres in the impoverished rural and peri-urban areas to secure basic services to the population using concepts of decentralized authority and local community participation. The programme stopped in 1981 and only 15 centres were established, of which 13 are currently operational.

The second attempt was in the 1980s, where Legislative Decree 159 was issued which calls for the division of the country into 15 regional health areas each consisting of 200,000 persons and for the establishment of PHC centres in each area. Each PHC center serves around 3,000 persons. Health services in each of these health areas were to be run by a Health Services Council formed from local representatives of the public sector concerned with health matters. Unfortunately, neither of the ambitious plans came fully into fruition.

Primary Health Care services in Lebanon are provided by more than 750 dispensaries, the majority of which lack professional qualified and trained staff and basic equipment. Most of them provide therapeutic services, with an almost complete absence of preventive, rehabilitative and educational services, as well as an absence of mother and child care services and environmental health.

In addition, most of these dispensaries are run by local NGOs, each operating according to its own standards, with little intergroup cooperation or control by the Government. These dispensaries have contributed to provision of services to the neediest segments of the Lebanese population, estimated to be around 40 per cent. At present, efforts should be directed towards re-organizing primary health care services on the basis of complementarity between the public and NGO sector, thereby putting an end to duplication of work in favor of new services badly needed by the population, and more community participation in the planning, operation and financial support of long-term sustainable health services.

b) Hospital care

The role of the private sector is highly pronounced in the hospital system. It provides more than 90 per cent of total hospitalization services in the country, up from 57 per cent in 1975. Hospital beds in the country number 11,521 of which

10,916 are in the private sector. Private hospitals in the country total 144 and include 37 centres for chronic diseases.

c) Medical personnel

Medical personnel are an important factor for providing health services in developing countries, since they are considered as the link between current scientific knowledge and population.

The records of the Lebanese Order of Physicians indicated the presence of 3685 registered physicians in Lebanon in 1988, of whom 66 per cent were specialists. In 1992, this number went up to 5500 physicians, 1000 of whom work outside Lebanon. It is estimated that there is one physician for every 650 persons.

On the other hand, Lebanon suffers from a lack in the number of other medical personnel, namely nurses, nurse assistants and midwives. As mentioned earlier, the ratio of physicians to population is 1/650, while that of nurses is 1/2500, that of nurse assistants 1/3000-4000, and that of midwives 1/6750.

d) Health insurance

Insurance for employees and workers in Lebanon has two primary forms: the National Social Security Fund for employees of the private sector, and the Cooperative of Public Employees for public sector workers. Medical services for the army and internal security forces are covered by a separate government insurance scheme. All these insurance schemes cover around 40 per cent of the population. The remaining two-thirds, which includes the unemployed, independently employed, agricultural workers, and most poor rural dwellers, are left virtually unprotected. The only benefit those without insurance receive is access to the 1549 private hospital beds subsidized by the Ministry of Health and Social Affairs. However, most patients pay large sums to ensure proper services, especially those related to chronic diseases, surgical operations and intensive care services.

e) The drug problem

The exorbitant price of therapeutic drugs is another important factor limiting access to health care for low income groups. A recent General Workers' Union Study on health care costs in Lebanon estimated that expenditure on drugs represented 42 per cent of total medical expenditures, and that 6 per cent of personal

The relationship between educational status of mothers and infant and child mortality

Educational status	IMR	U5MR
Illiterate	61.5	83.5
Elementary/preparatory	34.0	42.0
Secondary/Technical	25.5	30.0
University/higher	7.5	8.0

Studies found that an infant born of an illiterate mother has eight times the probability of dying before its first birthday than an infant born of a mother with a university education. Infants of illiterate mothers face double the risk of death before age five of children of mothers who have attended elementary school, demonstrating that even a small amount of education seems to have a dramatic impact on child mortality.

Studies also have found evidence of a relationship between the educational level of mothers and the weight of the newborn.

The education of the mother is related to a number of indicators: education implies marriage at the right age, a lower number of children, a higher socio-economic level, and better health education.

Education of the mother has also an effect over her way of dealing with the events taking place around her. Studies have found that mothers with a low educational level have dealt more emotionally with the events around them, and were mostly unable to understand and cope with any crisis situation.

Studies have found a relationship between infant and child mortality and mothers' working status, in that a child born to a working mother had an almost two times greater chance of living to the age of five than a child born to a non-working mother.

Environment: Water and Sanitation

Historical evidence about the relationship between the availability of safe drinking water and sanitation on one hand and diseases on the other hand date back to the mid nineteenth century. The cholera outbreaks in Britain which lead

to hundreds of thousands of deaths among children and adults in the crowded industrial cities were illustrative of this relation. John Snow was the first scientist to link disease to water contamination. Numerous studies in different parts of the world have indicated the positive correlation between the availability of safe drinking water and child mortality and morbidity rates.

In Lebanon as a result of the war, the situation of water has deteriorated, both in terms of quantity and quality. The water quantity received by most Lebanese has decreased almost 60 per cent below the average of 1975, with significant regional disparities. Recent studies indicate that around 100 villages in underserved regions are totally deprived of any water source or network.

In terms of quality, a study done by UNICEF and the American University of Beirut in 1990 found evidence of contamination in 66 per cent of urban and 78 per cent of rural household water sources, as well as in 60 per cent of rural and urban public water sources. Environmental sanitation, especially in underserved regions, is generally very poor. The same study found that only 48 per cent of urban communities and 29 per cent of rural communities have access to sewage networks while 30 per cent of urban communities and 68 per cent of rural communities use sink holes (cesspools) for sewage water disposal.

Health care services

An important factor relating to infant mortality and morbidity is access to health care. Many features of the health care system as it exists today, serve to limit the access to health care of the neediest segments of the Lebanese population. Among the characteristics of the system, we can cite:

- an over dependence on the private sector resulting in high user costs. 92 per cent of hospital beds and two thirds of primary health care services are in the private sector.
- a breakdown in the social security system, in which the unemployed, self-employed, agricultural workers and rural dwellers are not included.
- inter-regional disparities in the coverage and quality of services.
- an out-of-control therapeutic drugs market.

a) Primary health care services

Lebanon was among the first countries to attempt to increase its population's

a) The situation of the mother

The situation of mothers, including her social and educational status and her role in economic production, is perhaps the most important variable in the infant and child mortality equation, their survival and development. Numerous studies undertaken in Lebanon and elsewhere indicate that factors related to the situation of the mother, i.e. her age at marriage, her level of education, her socio-economic status, her access to ante-, intra- and postnatal care, her breastfeeding pattern, her access to family planning, the family size and household work burden she has to bear, as well as her information and practical knowledge about child health, all have a direct and dramatic impact on the level of infant and child mortality and morbidity.

i. Age at marriage

Studies have found that 10 per cent of infants born in Lebanon are from mothers aged between 15-19 years. It was also found that the proportion of low birth weight babies is 25 per cent among mothers aged 15-19 years, while that proportion is only 6.3 per cent among mothers aged 30-34 years.

Summary of age-based estimates
of childhood mortality rates for both
sexes combined

Age group	IMR	USMR
15-19	0.048	0.061
20-24	0.038	0.047
25-29	0.031	0.038
30-34	0.034	0.041
35-39	0.042	0.053
40-44	0.042	0.054
45-49	0.054	0.072

ii. Consanguineous marriage

Evidence suggests that consanguineous marriage remains a relatively serious problem in Lebanon. The most recent study carried out in 1986 found the incidence rate to be 26 per cent. About 17 per cent of admissions to the American University Hospital are patients who suffer from a genetically caused or genetically predisposed ailment.

Most genetic diseases, whether congenital anomalies or mental retardation, are of a chronic nature, and require medical, social, and financial assistance to the individual over long periods of time, and indeed in many cases over an entire lifetime. This places tremendous stress on the families of the patients in particular, as well as on public agencies, organizations, and society in general.

iii. Ante-, Intra-, and Post-natal health

The national breastfeeding study of 1991 revealed that 86.9 per cent of women had consulted a doctor or a midwife at least once or more during their pregnancy. The same study revealed also that 81.2 per cent of deliveries nationwide take place in hospitals. Doctors attend 80.6 per cent of deliveries nationally, midwives 15.8 per cent and TBAs 3.6 per cent with significant regional disparities, wherein only 55 per cent of deliveries in the North and 61 per cent of deliveries in Beqaa' are attended by doctors.

A significant improvement seems to have occurred over the last fifteen years with respect to ante- and post-natal which in turn had a positive effect over child mortality rates.

iv. Family planning

In general, family planning appears to be well accepted in Lebanon. However, family planning services are restricted mostly to the private sector and many women from low socio-economic categories and from outlying areas are in real need of such services and do not have access to them.

v. The educational and social status of mothers

The 1990 national EPI/IMR/CDD survey revealed perhaps surprisingly that the literacy level of females has increased during the war years. The survey found that 85 per cent of all women aged 15-49 years were literate, with the highest rate in the 15-19 age group (94.8 per cent) and the lowest in the 45-49 group (73.6 per cent).

One of the more striking findings of the 1990 EPI/IMR/CDD national survey was the strength of the relationship between a woman's educational status and infant and child mortality, as demonstrated in the table below.

b) Nutritional status of children after five years of age

A 1981 study of public and semi-private school children found that less than 10 per cent of the sample population could be classed as malnourished, and that overall signs of nutritional deficiency were low with the exception of dental caries and goiter disease. Recent studies suggest that due to the country's severe economic crisis, many families are finding it increasingly difficult to meet their basic nutritional needs. An immediate priority therefore is to undertake further studies to more accurately assess the nutritional status of Lebanese infants and children.

4. Infectious diseases

Available studies indicate that infectious diseases account for 30 per cent of infant and child deaths. More specifically, acute respiratory infections, gastroenteritis, hepatitis, meningitis and encephalitis seem to be responsible for child deaths from infectious diseases. The EPI/IMR/CDD national survey of 1990 revealed no changes in terms of the infectious diseases causing child mortality with the exception of an improvement in relation to diarrheal diseases and vaccine-preventable diseases.

a) Vaccine-preventable diseases

Vaccine-preventable diseases form 6 per cent of total infectious diseases causing child mortality. One of the positive results of the National Expanded Programme on Immunization (EPI) launched in 1987 is a decrease in the cases of polio, pertussis, diphtheria and tetanus. For the first time in Lebanon's history, no polio cases were reported in 1992. However, measles is still an important cause of child mortality because of its low immunization level.

b) Acute respiratory infections

A study of 1979 revealed that acute respiratory infections (mainly pneumonia) accounted for 35.3 per cent of total infectious diseases causing mortality in infants and children. A survey conducted in 1992 by UNICEF estimated that a child under five had an average of 7 annual episodes of acute respiratory infections.

c) Tuberculosis

A 1979 study found that tuberculosis accounted for 2 per cent of child mortality caused by infectious diseases. Despite the absence of global studies after this date, experts agree that the tuberculosis problem today is far worse than it was

at the outbreak of the civil war in 1975. The statistics available in 1991 and 1992 indicate a decrease in the disparities between the two sexes as well as a decrease in the incidence of the disease among children aged 0 to 14 years. These statistics however are not conclusive.

d) Diarrheal diseases

Acute and chronic diarrheal diseases are considered an important cause of child mortality. A 1979 study estimated that diarrheal diseases are responsible for 6 per cent of childhood mortality. The national EPI/IMR/CDD survey of 1990 estimated diarrhea-associated mortality at 1.3 per thousand, i.e. 3.75 per cent of under five child mortality. The average number of annual episodes of diarrhea was 3.6 per child. Results from studies and sentinel surveillance centres have found significant geographic disparities in the incidence of diarrheal diseases, wherein the rural regions of the Beqaa, North and South are most severely affected.

e) Poisoning and accidents

Almost 3 per cent of deaths below fifteen years of age are due to accidents. Assuming that poisoning cases rarely occur below one year and that 90 per cent of poisoning cases occur below five years of age, we conclude that poisoning becomes responsible for quite a high proportion of deaths. The 1990 national study found that accidents accounted for 4.62 per cent of child mortality below five years.

f) Handicaps including those resulting from the war

Although child mortality is an accurate indicator of child health, yet it represents only the tip of the iceberg compared to what children suffer from. For every dead child, we have many others who stay alive, keeping on their bodies and minds deep traces that prevent them from leading a normal and productive life, namely handicapped children.

Factors leading to child mortality

The most important indirect factors affecting child mortality are:

- a) The situation of the mother
- b) Environmental conditions, notably water and sanitation
- c) Access to health care services

The analysis has made use of two valuable studies conducted by the American University of Beirut. The first is "Beirut 1984: Children and the War in Lebanon", and the second is a study on "Children in Lebanon in 1986". These studies are the most important ones in the field of public health during the Lebanese war. We also made use of other studies done by faculties of public health and medicine in other universities.

The analysis of the situation of children in Lebanon is a task at the same time difficult and exciting. We have broken much new ground but there remains a need for this work to proceed on a continuous basis to improve our knowledge of the priority problems of women and children and plan the appropriate programmes.

1. Child mortality

The EPI/IMR/CDD national survey conducted in October-November 1990 estimated the infant mortality rate (IMR) to be 35 per thousand and the under five mortality rate (U5MR) to be 43 per thousand. These results are somehow surprising especially for a country that has experienced war for over seventeen years. They are also low in comparison to other countries in the region. However, these relatively low nation-wide figures conceal behind them major geographic disparities. The survey revealed, for instance, that the Beqaa' and Northern regions, which contain only one quarter of the country's children, account for fully 60 per cent of under five mortality, a pattern similar to that found in studies conducted before the war.

It is noteworthy however that the prominent differences in child mortality rates between males and females found in studies conducted before the war seem to have disappeared. The 1990 survey revealed no differences in child mortality in terms of gender, which implies an important development in the situation of the girl child in Lebanese society.

A large proportion of deaths seem to occur in the neonatal period, a result concluded also by previous studies. The only change that has occurred is a decrease in the mortality rate of children aged more than one month as shown in the following table:

Breakdown of deaths by age

Age of death	Hospital study (1979) %	Household survey (1990) %
1st 24 hours	11.6	19.5
1 day-1 week	37.8	21.2
Total	49.4	40.7
1 week-1 month	10.6	24.8
Total	60.0	65.5
1 month-1 year	24.6	22.1
Total	84.6	87.6
1 year-5 years	15.4	12.4
Grand total	100.0	100.0

2. Weight at birth

The national rate of low birth weight babies was estimated at 9.5 per cent. This rate however may be underestimated because it is based on history by mothers and not on hospital records. It is to be noted also that there are significant regional disparities in terms of the rates of low birth weight, which reflects the difference in socio-economic levels between regions.

3. Nutrition

a) Breast feeding and early child feeding

While most Lebanese mothers accept the principle of breastfeeding, the pattern of breastfeeding and its duration seem to be negatively correlated with the educational level of the mother. Studies have revealed that mothers who deliver in hospitals breastfeed for a shorter duration than others. Most mothers lack information about breastfeeding techniques and do not receive the necessary support for continuing breastfeeding. Routine hospital practices and the distribution of samples of powdered milk to mothers during their stay in hospitals play a very negative role on patterns of breastfeeding. Studies also revealed that only a small percentage of mothers breastfeed exclusively for the first four months, and 60 percent of children are given solid food, before they reach the age of four months.

against the four diseases and by the end of 1990 received for this purpose an award from UNICEF and WHO. Moreover, 1992 was the first year in Lebanon's history when no polio cases were reported.

A big question is now posed: Can the Lebanese people, who were able to survive the effects of a destructive war during the last seventeen years, succeed in re-constructing a free and prosperous country where justice reigns among its citizens? Our mind is already made up. The ambitious objectives put in the five year Programme of Cooperation with the Government of Lebanon do not match our humble capacities. Rather, these objectives represent an expression of our confidence in the potential of the Lebanese people. The seeds of prosperity have started to germinate in more than one place and the change and reconstruction works have started. What UNICEF aims at after forty years of activities in Lebanon is to become an element that assists in the reconstruction and change process and a witness for a new and promising future for Lebanon's children.

Ali El Zein, M.D.
Programme Officer for Health
UNICEF



Summary of the Situation analysis of Lebanese children

Before the outbreak of the civil war, Lebanon was at the verge of establishing baseline data on vital statistics in the fields of health education, socio-economic indicators and services. The Ministry of Planning had completed in 1971 a national study on manpower in Lebanon which enabled us to obtain basic figures and statistics for the first time. Numerous attempts to publish statistical data on a yearly basis had preceded this step. Unfortunately, the war has brought to a virtual standstill the work of the Ministry of Planning and the Directorate of Statistics, the result of which was a complete absence of official statistics on children and women in Lebanon. When found, national statistics consisted of extrapolations from area-based studies or were not found on sound scientific grounds.

In view of the above, and in the absence of a sound basis for planning, all organizations including UNICEF worked in the direction of meeting the urgent and basic needs of women and children.

This situation prevailed until 1990, when a complete evaluation of UNICEF's work was undertaken, and it was decided to put an end to the emergency oriented mode of operations and shift to a more traditional UNICEF operational and programming mode. An in-house team with a technical capacity for conducting large-scale surveys at an acceptable cost and undertaking studies on reliable standards was formed under the supervision of the UNICEF MENA Region Office.

The direct involvement of UNICEF in programme planning and implementation, as well as cooperation with partners such as the Ministry of Health, Social Affairs, NGOs and universities has enabled it to conduct a number of studies and surveys. What we are presenting here is a product of the joint venture of hundreds of workers in the public, NGO and academic health sector.

PREFACE

The first year of the Programme of Cooperation between the Government of Lebanon and UNICEF for 1992 - 1996 saw also the closing of the last chapter of the Lebanese war that had held the country in its grip for seventeen years. The heavy toll of the war included 170 thousand people killed including 40 thousand children under fifteen years of age and three times this number of handicapped. Around 750 thousand persons were displaced and forced to look for shelter; 800 thousand persons were scattered to all parts of the world in flight from the death toll and towards a safer future. Heavy losses were incurred in the economic sector, where the national income deficit was estimated at about USD 40 billion, per capita income decreased to one third of its pre-war level and the Lebanese currency underwent major devaluations.

National infrastructures were almost completely destroyed by the war, either directly as a result of violent assaults, or indirectly as a result of lack of maintenance. Water pumping stations and distribution networks were seriously hit, and consequently, the water quantity available per person went down to half of what it was before 1974. In addition, water quality deteriorated and contamination levels rose above 70 per cent in some areas. Moreover, improper waste disposal led to unsanitary environmental conditions.

If we put all this information together, we form a gloomy picture, similar to Van Gogh's paintings from his Yellow period. But, if we compare the consequences of this situation on Lebanon to what is happening in other countries which are now witnessing divisions and break-down of the state without actually experiencing civil war (e.g. Eastern Europe) we see how fortunate Lebanon has been. This is a fact on which all observers have

reached consensus - that they have been astonished by the ability of Lebanese society to adapt, confront and deal with such a situation. What phenomena have made this possible?

First, the predominance of social solidarity at the levels of family, village, region and religion. With the absence and breakdown of most governmental agencies, non-governmental organizations provided much-needed assistance in the health, social and educational sectors, acting as a social safety valve to persevere solidarity in Lebanese society.

Second, health services have been expanded and extended, especially to remote rural areas, due largely to the efforts of the NGO sector. The number of physicians increased and their distribution in the various areas became more even. In addition, the expansion of health insurance and hospitalization schemes adopted by the Government remains a remarkable achievement that curbed medical expenses for many people.

Third, the strong role of women in society, evidenced by the rise in their level of education, by their involvement in economically productive work, and by their participation in voluntary social work (60 per cent of those working in the NGO sector are women). Throughout the war, women have proven that they are an essential component for the solidarity of society. Indeed, the war has, in a sense, served to close gender gaps in society.

Fourth, despite the breakdown in governmental agencies, the Government made major efforts to help the NGO sector fill in the gaps in the health, social and educational sectors. It is true that the success achieved by the NGO sector is also partially due to the assistance offered by the Government.

Fifth, the international community has channelled a major portion of its substantial donations to Lebanon through NGOs.

For these reasons, and probably for numerous others, Lebanese society was able to come out of the war with a minimal amount of loss. Despite the deterioration in the nutritional status of society in general, and especially among children, no severe malnutrition cases were reported, and despite the rise in water contamination levels and the deterioration of environmental conditions in general, epidemics of water borne diseases were limited. The infant mortality rate, an important indicator of the level of development in any society has been estimated at 35 per thousand in 1990, only 5 per cent higher than the rate in 1974. Lebanon was also among the countries that immunized at least 80 per cent of its children under one

I have the pleasure to mark the end of my mission as UNICEF Representative in Lebanon by presenting this "Situation Analysis and Surveys on Child Health in Lebanon". The surveys have been planned and supervised by the Health Programme at UNICEF; reports were prepared in cooperation with researchers from the Lebanese University and the American University of Beirut; fieldwork and data collection were conducted in cooperation with graduates from the faculties of Public Health in the Lebanese University and the American University of Beirut, the nursing schools of the Lebanese University (North Branch), Saint Joseph University, the Greek Orthodox School (Akkar), Tatari Hospital (Baalbeck), Imam Sadr Foundations (Tyre), Sahel Hospital, and Dekwaneh School, as well as the Lebanese Red Cross (Antelias branch), the Lebanon Family Planning Association and the Office of Social Development.

This work is the result of more than three years of surveys from which the Government of Lebanon and UNICEF were able to draw up the first analysis of the situation of Lebanon's children after the war; much of the information has served as a foundation for the 1992-1996 UNICEF Programme of Cooperation in Lebanon.

The direct involvement of UNICEF in programme planning and implementation and the physical presence of staff in all regions of Lebanon and our continuous and close interaction with government agencies, NGOs, universities and community leaders have permitted us to identify at first hand the health problems of children.

UNICEF is proud, while celebrating its fortieth anniversary in Lebanon, that its doors never closed for one day throughout the war, but on the contrary its services continued even under the most severe conditions. UNICEF is honored to have been asked by the Government of Lebanon to implement projects in the fields of health, education and water and to have undertaken the execution of hundreds of such projects in addition to its work in emergency and relief programmes.

The analysis of the situation of children in Lebanon and the identification of their needs and problems is a task at the same time difficult and exciting. We have broken much new ground but there remains a need for this work to proceed on a continuous basis. We hope that the Ministry of Health, the universities, research centres and other agencies concerned with field surveys will ensure that this is done.

Finally, I would like to record my personal appreciation of the team at UNICEF in Lebanon for having undertaken this important endeavor and for their continuing efforts to improve the situation of children in Lebanon.

A particular word of thanks is due from me to Dr. Ali El Zein, without whose boundless energy and determined leadership of the UNICEF Health and Water Sections I doubt that much of the information contained in this study would be available today.

W. Anthony Latham
UNICEF Representative in Lebanon



FOREWORD

Throughout the war, UNICEF has endeavored to reduce disparities in the delivery of health services and to ensure that assistance reaches children in the country's underserved regions. After the restoration of peace, UNICEF intensified its work in this same direction in an attempt to overcome all barriers hindering the development of mother and child health.

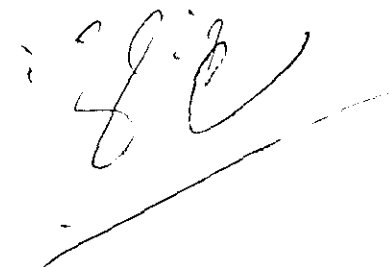
The work that UNICEF is presenting today constitutes a fine step towards a better knowledge of the situation of children in Lebanon after the war. The studies presented in this book have the merit of adhering to the imperatives of scientific and empirical rules, enabling us to draw a clear and realistic picture of the health conditions of children in Lebanon. The analytical part of the book presents an in-depth study of the determining factors that affect the health and growth of children. These studies have been of great value for laying the bases for realistic goal setting and determination of priorities on solid scientific grounds. These studies have constituted the main structure of the five year Programme of Cooperation (1992 - 1996) between the Ministry of Public Health and UNICEF, calling for: (1) decreasing infant mortality to around 30 per thousand; (2) extending primary health care services to the entire Lebanese population and particularly those living in underserved areas; (3) eradicating poliomyelitis and neonatal tetanus; (4) controlling diphtheria and pertussis; (5) reducing measles-related mortality by 95 per cent; (6) reducing measles incidence by 90 per cent; (7) cutting iodine deficiency disorders by 50 per cent; (8) reducing low birth weight babies to below nine per cent and; (9) ensuring adequate safe drinking water to the entire Lebanese population.

These studies were in perfect harmony with the projects that the Ministry of Public Health and UNICEF had launched together. Subsequently, objective indicators for the evaluation of projects were developed, thus serving as a welcome instrument guiding us to consolidate the successes achieved and course rectification

as and where required. Finding the proper common grounds between scientific field-oriented research and programme implementation is the most valid factor conducive to success and achieving the desired goals.

As we speak of research and implementation, we find a man working with great devotion to transform theoretical contexts into dynamic realities at service of primary health care in Lebanon. This man is Ali El Zein, the pediatrician caring for our children, that is for half of our population, the man who in this book displays the accomplishments of an organization which, in this period, represent the success story of a man.

Marwan Hemadeh
Minister of Public Health



Acknowledgements

For the preparation of this book as well as for the implementation of the studies, the cooperation and thoughtful support of many persons and institutions was indispensable.

Grateful acknowledgement is made to Dr. Leila Bisharat, Chief of Programmes at the UNICEF MENA Regional Office and her assistant Miss Sana Kawar; Drs. Patricia David and Roger Pearson from London School of Hygiene and Tropical Medicine; Dr. Huda Rashad from the National Planning Unit in Egypt; Dr. Ray Langsen from the American University of Cairo for training me on the methodology of these studies. Dr. Ralf Henderson and Mr. Kim Farley from WHO Headquarters have extended support in finalizing the research design and formulation of the sampling frame adapted in the First National Survey.

The cooperation of Dr. May Jurdi, Dr. Mary Deeb, and the water quality team formed jointly by UNICEF and the American University of Beirut were of special value. Grateful acknowledgement is also extended to the Dean of the Faculty of Public Health at the Lebanese University and the directors of its regional branches; the Nursing School at Saint Joseph University; the Nursing School of Akkar; the Nursing School of Tatari Hospital (Baalbeck); Imam El Sadr Institutions (Tyre) Nursing School at Sahel Hospital, the Nursing School at Dekwaneh, the Lebanese Red Cross (Antelias Branch), the Lebanon Family Planning Association and the Directorate of Social Affairs for their participation in the implementation of the field studies.

Great appreciation is extended to their excellencies Dr. Abdallah Rassi, Dr. Jamil Kabbi and Mr. Marwan Hemadeh for their interest and support to the survey, and to Dr. Michel Thabet and Dr. Robert Saadeh, ex-Directors General of

Health. My appreciation also to Dr. Ibrahim El Hajj, Director of Preventive Medicine and his team at the district level.

It would not have been possible to complete this book without the help and support of my colleagues in the Health and Planning and Monitoring Sections. Together, we embarked on a rough mission, driven by a deeply entrenched belief in and enthusiasm for the importance of these studies in planning, implementation and evaluation of programmes.

Special appreciation is extended to Mr. Kamal Kamaledine from the Planning and Monitoring Section for sample selection, supervision of data entry and data processing and to Mr. Adnan Dumiaty for review and linguistic correction of the book. I would like also to express my appreciation to Miss Adele Khudr who, in addition to her contribution to the team work, has put all her talent and patience in assisting me to compile, edit and put the book in its final form. Thanks are also due to Mrs. Hadia Hammour Afra and Miss Leila Dbouq for typing the book, and to Mr. Yasser Nouredine for the cover design.

Ali El Zein, M.D.
Programme Officer for Health,
UNICEF



Table of contents

Acknowledgements

Foreword:

- His Excellency the Minister of Public Health
- UNICEF Representative in Lebanon

Preface

Summary of the Situation analysis of Lebanese children

1. Child mortality
2. Weight at birth
3. Nutrition
4. Infectious diseases
5. Factors leading to child mortality
 - a) The situation of the mother
 - b) Environment: Water and Sanitation
 - c) Health care services

Research Team

note: The english contents are not exhaustive. Studies are only found in arabic.

The opinions expressed in this book represent those of its author, and not necessarily the opinion of the United Nations Children's Fund (UNICEF).

**Situation Analysis
and Surveys on Child Health
in Lebanon**

**Prepared by:
Dr. Ali El Zein
and a number of researchers**



**United Nations Children's Fund
UNICEF**

Lebanon 1993

