

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم الاجتماع

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

تخصّص : ديموغرافيا

بغنوان

العوامل النفسية والاجتماعية للحوادث المنزلية لدى
الأطفال

. دراسة ميدانية بالمصالح الإستشفائية .

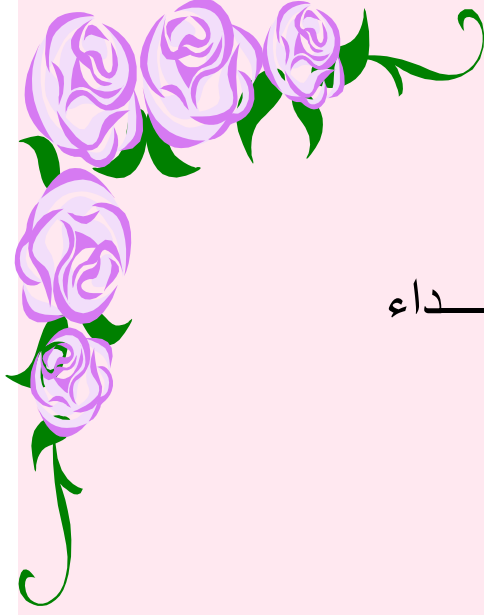
تحت إشراف الدكتور:

بوتفنوشات مصطفى

من إعداد الطالبة :

شقروني وسيلة

السنة الجامعية : 2000 - 2001



الإهداء

أهدي هذه الرسالة

إلى والديا العزيزين،

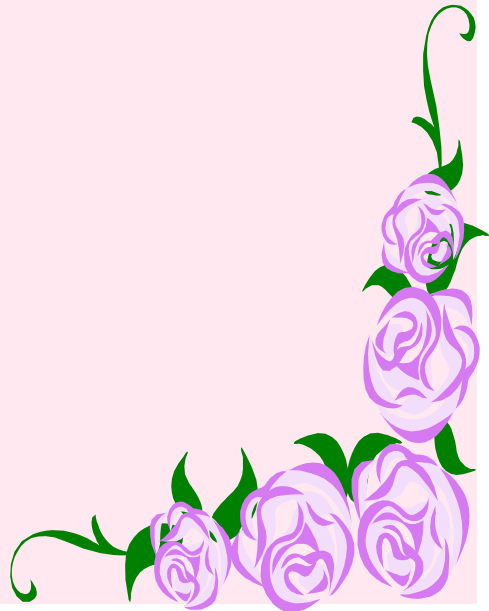
إلى كل إخوتي

إلى كافة أفراد عائلتي كبيراً وصغيراً.

إلى جميع الزملاء والزميلات.

وإلى كل طلبة معهد علم الاجتماع.

وسيلة



كلمة شكر

أشكر الله عزّه وجلّ الذي ألهمني بقوته وبقدرته للقيام بهذا البحث المتواضع واتمّامه.
وأشكر الأستاذ الدكتور "مصطفى بوتفوشات" على تقبّله الإشراف على هذا العمل
وعلى نصائحه وإرشاداته القيّمة التي قدّمها لنا.
وأشكر الأستاذ "تومي" على مساعدته وتوجيهاته.
كما أشكر كل من قدّم لي يد المساعدة من قريب أو من بعيد. وأخصّ بالذكر:
البروفيسور "ميتيش" بعيادة الحروق لباستور.
الدكتور "إيدير" بمصلحة مكافحة التسمّم.
والمساعدين الطبيين السيد "تيميسيلين" بمصلحة جراحة الأطفال.
والسيدّ "ثوري" بمصلحة جراحة الأعصاب.
كما لا أنسى أن أتقدّم بالشكر الخالص للأخت "نشيدة طوجي".

المقدمة أ

القسم الأول

. الإطار المنهجي والنظري للبحث .

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

I . تحديد موضوع البحث :

- 1 . الإشكالية 3
- 2 . الفرضيات 4
- 3 . تحديد المفاهيم 5
- 4 . أسباب إختيار الموضوع وأهدافه 7

II . المنهج والتقنيات :

- 1 . جمع البيانات 9
- 2 . تكوين الجداول ومعالجتها إحصائياً (التحليل) 13

الفصل الثاني : تعريف الحادث وبعض المعطيات الإبدميولوجية.

I . تحديد مفهوم الحادث :

- 1 . صعوبة تحديد مفهوم الحادث 16
- 2 . أهم المؤشرات التي يجب الإعتماد عليها لدراسة الحادث 18
- 3 . طبيعة الحادث 19

II . الوضعية الإبدميولوجية للحوادث :

- تمهيد 21

- 1 . الوضعية الإيدمولوجية للحوادث في البلدان المتقدّمة 22
- 2 . الوضعية الإيدمولوجية للحوادث في الجزائر 33

الفصل الثالث : الدّراسة النظرية لظاهرة الحوادث

- تمهيد 44
- I . الاقترايات المختلفة لدراسة الحوادث :
- 1 . الإقتراب الأحادي السبب 44
- 2 . الإقتراب المتعدّد الأسباب 48
- 3 . محاولة وضع نماذج 52
- II . العوامل المهيئة لوقوع الحادث :
- 1 . العوامل الشخصية. (الخاصة بالفرد) 61
- 2 . العوامل الخارجية. (الخاصة بالوسط) 68

الفصل الرابع : عواقب الحادث .

- تمهيد 89
- I . العواقب الطّبيّة للحادث . العقابيل **Les séquelles** 90
- 1 . حسب مكان الحادث 92
- 2 . حسب الجنس 92
- 3 . حسب نوعية الإصابة 92
- 4 . تكرار الإعاقات الحديثة في المجتمع الكلي 94
- II . العواقب النفسية والإجتماعية للحادث.
- 1 . عواقب الحادث على الأسرة والمحيط 95
- 2 . عواقب الحادث على الطفل 100
- III . تكلفة الحوادث : 106

- 107 1 . التكاليف المباشرة
- 108 2 . التكاليف غير المباشرة

الفصل الخامس : تنظيم الوقاية من الحوادث.

- 110 • تمهيد

- 111 I . صعوبة تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال

II . خطوات الوقاية من الحوادث المنزلي

- 112 1 . الوقاية الأولية
- 115 2 . الوقاية الثانوية

III . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال :

- 116 1 . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال على المستوى الدولي
- 117 2 . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال في الدول المتقدمة
- 119 3 . تنظيم الوقاية من الحوادث المنزلية لدى الأطفال في الجزائر

القسم الثاني

. الإقتراب الميداني من موضوع البحث .

- 126 • تمهيد

الفصل السادس : المميزات الشخصية للمصاب وعلاقتها بالحادثة.

- 128 • تمهيد

- 128 I . تأثير السن والجنس

- 144 II . تأثير الحالة الصحية للطفل وشخصيته

الفصل السابع : المميزات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية لأسر المصابين.

- 151 • تمهيد

I . المستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة 151

II . بنية الأسرة والعلاقات القائمة داخلها 164

الفصل الثامن : مدى وعي الأمهات بالمخاطر ومواجهتهنّ لها .

• تمهيد 172

I . ماهي المخاطر المعروفة من قبل الأمهات؟ 172

II . مدى معرفة الأمهات لبعض الأساليب لتجنّب الحوادث 176

الفصل التاسع : عواقب الحادث

• تمهيد 188

I . العواقب المباشرة للحادث 188

II . العواقب الطبية للحادث 189

III . العواقب النفسية والإجتماعية للحادث (على الأسرة) 191

نتائج البحث 194

الخلاصة 200

قائمة المراجع .

عناوين الجداول .

الملاحق .

• المقدمة :

تعدّ الحوادث من الظواهر المألوفة التي أصبح يعرفها الإنسان أكثر فأكثر مع التقدّم العلمي والتكنولوجي، وما صاحبه من ظهور مواد ومركّبات جديدة التي ساهمت في تعقيد الوسط الذي يعيش فيه الإنسان. وإن كان يعرفها الإنسان منذ الأزل، إلّا أنّها لم تكن تعرف نفس الطّابع ولا نفس الأهمية، لأن الإنسان من قبل كان يتعرّض لأمراض عديدة التي تمكن العلم والتقدّم الطّبي من القضاء عليها بإنتشار الأدوية، والتلقيح والمضادات الحيوية... وبالمقابل ظهرت أمراض أخرى جديدة، والتي تعتبر من الأسباب الرئيسية للوفيات والأمراض في الحياة العصرية، كمرض السرطان والحوادث حيث أصبحت هذه الأخيرة مصدر هام للإصابات والوفيات في العالم، لكن حقيقتها كمشكل للصّحة لم يحظ بالإهتمام ولم يعط له الأولوية حتى الآونة الأخيرة، وذلك رغم أهمية الوفيات والإعاقات الناتجة عنها، وأهمية قيمتها الإجتماعية والإقتصادية. فحسب التقرير الثلاثي للإحصائيات الصحيّة العالمية لعام 1986، فإنّ تحليل أسباب الوفيات يبيّن بأن الحوادث تحتلّ الأماكن الخمس الأولى في كل البلدان تقريبا، كما تحتلّ في بعض المرّات الصدارة. (1)

لكن خصائص هذه الأخيرة (أي الحوادث) هي في الغالب غير معروفة فهي لا تخصّ المشاكل الجسمية فقط، ولكن المشاكل النفسية والإجتماعية والإقتصادية. حيث لا يمكن تطبيق النموذج الطّبي التقليدي. فخطورة وانتشار المشاكل الجديدة تتأثر بعدّة عوامل منها الإجتماعية والإقتصادية والثقافية والتاريخية والبيكولوجية، وكل تقدير لمشكلة من هذه المشاكل، ينبغي أن يأخذ بعين الإعتبار كل هذه العوامل لذلك فإن دراسة هذه المشاكل الجديدة بصفة عامة والحوادث بصفة خاصة، تقتضي أن تتمّ من طرف عدّة مختصّين (علماء الطّب، الإجتماع، النفس...) ممّا قد يمكننا من التعرف على أسبابها وبالتالي محاولة إيجاد الحلول الممكنة للقضاء عليها أو على الأقل للحد منها.

ففي عام 1978، وضعت المنظمة العالمية للصّحة برامج الوقاية من الحوادث، والتي كانت في الأوّل مخصّصة لحوادث المرور، ثم تمّ توسيعها بسرعة لأنواع أخرى من الحوادث ومن بينها الحوادث المنزلية. (2)

1 . Ministère de la Santé et de la Population – Direction de la prévention : prévention des accidents domestiques de l'enfant, Rapport d'un groupe de travail , Alger , Février 1999, p 7.

1 . Ibid : p 7

وكان تجاوب البلدان المصنّعة مع هذه التغيرات، كذلك لاحظت انخفاض في عدد الوفيات والحالات المرضية الناتجة عن الحوادث، نتيجاً لفضل السياسات الوقائية التي سنتها والمعمول بها.

وعكس ذلك فإن هذه الأعداد ترتفع في البلدان في طريق النمو بسبب التحوّلات السريعة التي أجريت على الوسط وعلى مكتسبات الحياة العصرية، فحسب المنظمة العالمية للصحة، فإنّ عدد الحوادث بالأعداد المطلقة يظهر أكثر أهمية في الدول النامية، ويرجع ذلك إلى تقصير من طرف الهيئات الصحية، والتكفل غير الكافي والمتأخر بالحوادث⁽¹⁾ عكس البلدان المصنّعة التي أصبحت تهتم أكثر فأكثر بالمخاطر التي يتعرّض لها الأطفال في الوسط، والحوادث المنزلية تندرج ضمنها، فمنذ أكثر من عشرين عاماً اهتم المركز العالمي للطفولة (Le CIE*) بحوادث الأطفال، التي تمثّل مشكل كبير للصحة العمومية، خاصة عند الشباب ما بين 1 و 30 سنة، وتمثّل السبب الرئيسي للوفيات والإعاقات. فبالإضافة للخسائر البشرية، فهي تسبّب خسائر مادية واقتصادية كبيرة.⁽²⁾

والجزائر ليست بمنأى عن هذا المشكل، حيث تمثّل الحوادث في الجزائر منبع رئيسي وأساسي للحالات المرضية والوفيات، فرغم أن الظاهرة ليست مقدّرة، إلّا أن أجراس الخطر قد أطلقت من طرف المراكز والمؤسسات التي تستقبل هذا النوع من الأمراض (الحماية المدنية، مركز الحروق، جراحة الأطفال، طب الأطفال...إلخ).

كما أكّد المسح الجزائري لصحة الأم والطفل الذي أجري عام 1992، على وجود إنتشار معتبر للحوادث بين الأطفال دون الخامسة، وقد قدرّت نسبة الحوادث المنزلية بـ 64,20 % بالمقارنة مع الحوادث الأخرى.⁽³⁾

من خلال ما تقدّم نرى بأنّ المنزل بما فيه من - مطبخ ، حمام ، سلايم، المحيط المباشر بصفة عامة - يصبح محل خطر ومسرح لوقائع مؤلمة، بحيث قد تؤدي للوفاة، أو الإعاقة أو التشويه - وقد تكون عكس ذلك -، ففي الوقت الذي يعتقد الوالدان، وخاصة الأم أن طفلها في أمان طالما أنّه لم يغادر المنزل، فإنّه قد يكون عرضة لعدّة مخاطر، فكل طفل خاصة إذا كان فضولي، يكون عرضة للحادث، حتى يبلغ سن معينة أين التربية وبعض التجارب . التي تكون في بعض الحالات مؤلمة - تجعله ناضجاً.

1 . Ibid : p 7

2 . Félix (M) et Tursz (A) : Les Accidents Domestiques de l'enfant, institut de l'enfance et de la famille, CIE, Paris, 1991.

3 . الدّيون الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري لصحة الأم والطفل، وزارة الصحة والسكان (جامعة الدّول العربية)، الجزائر ، 1994، ص 65 .

* CIE : Centre internationale de l'enfance

وبما أنّ الطفل ينمو في إطار إجتماعي ب أسرة، وهذه الأخيرة عبارة عن وحدة إنتاجية، فهي المحيط الإجتماعي الأوّل الذي يولد ويتربى - رى هنا يبرز دور الأسرة في رعاية الطفل. ولكي تؤدي هذه الأخيرة دورها على أكمل وجه لابدّ أن تخلق الجو النفسي والإجتماعي والإقتصادي والثقافي الضروري لذلك، فالأسرة تعتبر كبنيان أو كنسق متكوّنًا من مركبات معيّنة (الوالدان، الأبناء...) وكل اضطراب على مستوى تركيبة معينة يعتبر مؤشّرًا عن عدم التكيف داخل النسق، وبالتالي يمكن أن يتسبّب في وقوع الحوادث، التي كثيرًا ما تقع في الأوقات التي يكون فيها مسار الحياة العائلية متزعزع. (1)

غير أن كثيرًا من الأشخاص يتخذون إزاءها موقف . القضاء والقدر . معتبرينها كهوموم التي لا يستطيع الإنسان التّحكم فيها أو القضاء عليها . فالحوادث موجودة وسوف تبقى كذلك . كما لو كانت هذه حجّتهم .

الوالدان وخاصة الأم، باعتبارها في غالب الأحيان واعية بالخطر قد تعتقد بأنّ المراقبة الدائمة للطفل هي الوسيلة الوحيدة لوقايته من الخطر، لكن نحن نعلم بأنّه من المستحيلات أن يبقى الطفل تحت أعيننا ومراقبتنا باستمرار، لذلك على الوالدين وعلى الأم على وجه الخصوص أن تعي وتتعلم قواعد الوقاية وتعلمها للطفل باستمرار وبالتدرّج، فهي (أي الوقاية) من المهام الأساسية للأسرة فالتربية على المخاطر (أو تعليم الوقاية) تتطلّب الانتقال من الحماية إلى الإستقلالية أي تحوّل تدريجي من مسؤولية البالغ الذي يحمي إلى الطفل الذي يتحكّم في وسطه.

هذا التطوّر يشترط أن البالغ، أي الوالد يكون هو نفسه قد تلائم مع وسطه وأخذ عليه، وأن لا يكون خاضع له، أو معرّض مرارًا لصعوبة التلاؤم مع وسط غير ملتحم مبني خارج القيم الثقافية الأصلية. (2)

ومن هنا يظهر دور الوسائل المؤسساتية التي تقدّمها الأنساق الإجتماعية لتوعية الناس ومواجهة المخاطر والحد منها.

لهذا فعلى الوالدين والمربيين والمختصّين والأطباء والسلطات العامة إدراك مسؤولياتهم والعمل بها للحد من هذا المشكل.

فمن خلال عملنا هذا نودّ تسليط الضوء على مختلف النّواحي التي يتضمّنّها المشكل مع محاولة التركيز على معرفة العوامل المشتركة التي تخلق في غالب الأحيان وضعية خطيرة لتكوين صورة أو نموذجاً عن الأوضاع الخطيرة في مجتمعنا (والتي يكون فيها الخطر قائم).

-
- 1 . Félix (M) et Tursz (A) : Opcit, P 115.
 - 2 . Ibid : p 113.

→

القسم الأول

. الإطار المنهجي والنظري للبحث .

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث.

I . تحديد موضوع البحث.

- 1 . الإشكالية.
- 2 . الفرضيات.
- 3 . تحديد المفاهيم.
- 4 . أسباب إختيار الموضوع وأهدافه.

II . المنهجية المتبعة.

- 1 . جمع البيانات.
 - أ . العينة.
 - ب . وحدة البحث ومجاله.
 - ج . الأدوات المستخدمة لجمع البيانات.
 - ج1 . المقابلة
 - ج2 . الإستبيان.
- 2 . تكوين الجداول ومعالجتها إحصائياً (التحليل).
 - أ . المتوسط الحسابي.
 - ب . الإنحراف المعياري.

I . تحديد موضوع البحث :

1 . الإشكالية :

تبرز مشكلة الإصابات والوفيات من جراء الحوادث المنزلية لدى الأطفال بحدّة في العالم المعاصر، فقد بلغت حجماً يدعو إلى القلق لدى مختلف الأوساط وظهر تفاقم هذه الظاهرة في الوقت الذي وصلت فيه الوقاية والعلاج الطّبي إلى تحقيق انخفاض ملحوظ في نسبة الوفيات، فرغم المجهودات المبذولة حتى الآن في هذا الميدان إلاّ أن نسبة الوفيات لازالت مرتفعة ممّا أثارت اهتمام أكثر وحيرة مختلف المنظمات العالمية، لما تشكّله هذه الظاهرة من تهديد على صحة وحياة الأطفال في عصرنا.

فأول ما تفتنّ إليه المربّون هو توجيههم لنداء: "الحادث ليس بالصدفة".

« l'accident n'est pas accidentel »

فالحوادث ليست وليدة الصدفة ولا تقع من تلقاء نفسها، ولكن هي نتيجة تراكم و تضافر عدّة عوامل قد تكون هذه العوامل متّصلة بالفرد نفسه أو بالمناخ النفسي والاجتماعي والمادي للأسرة، أو بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والسياسي العام للمجتمع، فالحادث هو مؤشّر عن غياب الأمان *insécurité* سواء بصورة مؤقتة مستمرة أو متطوّرة.

ومن هنا يتّضح لنا بأن الحادث عبارة عن سلوك معقّد يوجب دراسته دراسة تُراعي فيها تحديد مختلف العوامل المباشرة التي أدّت إلى الخلل وبالتالي إلى وقوع الحادث والعوامل غير المباشرة التي قد هيّئت ظهور هذا الموقف.

هذا ما جعلنا نطرح الأسئلة التّالية:

أ . ما هي العوامل التي جعلت الأطفال يصابون بالحوادث؟

1 . هل هي عوامل ذاتية (بالدرجة الأولى) تكمن في الشخص نفسه وإذا كانت كذلك فما هي ؟.

2 . أو هي عوامل خارجية، كالعوامل المادية والثقافية والاجتماعية النّابعة من الأسرة ومحيطها؟ وإن كانت كذلك فما طبيعتها؟.

وبما أن المستقبل الأوّل للطفل داخل الأسرة هي الأم، فهي التي ترضعه، وتحميه وترعاه وتلبّي حاجاته، وهي التي تحافظ عليه والمسؤولة بالدرجة الأولى على صحّته وأمنه.

ب . فما مسؤولية الأم من الحوادث التي تقع لظا 3

1 وما وعي الأمهات بهذا المشكل؟.

2 . وهل للأساليب التي تتبناها الأم للوقاية من الحوادث تأثير على الإصابة بالحوادث؟

هذه أهم الأسئلة التي نودّ الإجابة عليها من خلال بحثنا المتواضع هذا محاولة للوصول لتقديم بعض المؤشرات التي تسمح بتكوين صورة عن الأطفال المعرضين للمخاطر في المجتمع الجزائري، وكذا الأسر المعرضة أكثر لهذا النوع من المخاطر (les familles a risque) والتي تستلزم المراقبة والعناية والذي نودّ أن يفيد كمرجع صالح للمؤسسات المعنية حتى تقوم بالإجراءات الوقائية الضرورية للحد من هذا المشكل.

2 . الفرضيات :

الحوادث ليست وليدة الصدفة وإنما هي بسبب عدّة عوامل متشابكة التي تتفاعل مع بعضها البعض. هذا ما جعلنا نفترض الفرضيات التالية:

1 . هناك بعض العوامل الشخصية (للمصاب) التي تجعله أكثر قابلية للإصابة بالحوادث المنزلي.

2 . هناك بعض العوامل الإجتماعية والإقتصادية التي تجعل الطفل أكثر عرضة للحوادث المنزلية.

3 . مدى وعي الأمهات بالمخاطر ومواجهتهنّ لها تأثير على الإصابة بالحوادث المنزلية.

3 . تحديد المفاهيم :

4

مفهوم الحادث :

"الحادث بمعناه الواسع هو كل ما يحدث دون أن يكون متوقَّع الحدوث ممَّا ينجم عنه في العادة ضرر للنَّاس أو الأشياء. فلو ترتَّب عليه إصابة أحد من النَّاس سميت إصابة "in jury"⁽¹⁾ من هذا التعريف نستنتج أنَّ هناك فرق بين الحادث والإصابة، لأن وقوع الحادث لا يعني بالضرورة وقوع إصابة، فكم من حادث وقع ولم يصب أي شخص، والإصابة لا تحدث إلا بوقوع الحادث وعليه فالحادث يقع قبل الإصابة.

وما يهمُّنا في دراستنا هي الحوادث التي تلحق بصاحبها أضرارًا جسدية. وتختلف الحوادث (أو الإصابات) من حيث طبيعتها وأسبابها وآثارها من موقف إلى آخر تبعًا لظروف حدوثها والعوامل المتشابهة التي أسهمت فيها وأدَّت إليها.

مفهوم المنزل :

مرادف البيت أي كل ما يتعلَّق بوحدة السَّكن نفسه وما يرتبط به مثل البستان زوايا البيت، والمخزن، أو مكان آخر له علاقة بالبيت نفسه، ويمكن أن نضيف إلى ما قلناه، السلاالم والمساحات المخصَّصة للاستعمال الخاص للسَّكان.⁽²⁾

مفهوم الحادث المنزلي : أمَّا مفهوم الحادث المنزلي باعتباره موضوع البحث، فقد تمَّ الإسهاب في تعريفه وتفصيله في الفصل الموالي.

مفهوم الطفولة :

"طفل يطلق على الشخص منذ مولده حتى يصل سنَّ البلوغ، وتختلف هذه السن من دولة إلى أخرى"⁽³⁾

ومن خلال دراستنا هذه حددنا الفترة، من 0 سنة، أي من الولادة حتى سن 14 سنة، وذلك إستنادًا إلى الدِّراسات السَّابقة التي تناولت موضوع حوادث الأطفال، وإلى التقسيم الموجود بالمصالح الخاصة بالأطفال.

- 1 . راجح أحمد (عزت) : علم النفس الصناعي . المواءمة المهنية، الهندسة البشرية، العلاقات الإنسانية .، الدار القومية للطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 1965، ص 352.
- 2 . Lebovici (s) et autres : l'enfant et sa santé, Doin édition, paris, 1987, p 17.
- 3 . بدوي (أحمد زكي) : معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الإجتماعية ، دار الكتاب المصري، القاهرة، دار الكتاب اللبناني، بيروت، 1987، ص 138.

مفهوم قابلية الإصابة (قابلية للحوادث) :

"المقصود بالقابلية للحوادث هو أن لكل فرد إستعداداً نفسياً جسمىً بدرجة ما لأن تحدث له حوادث أو إصابات"⁽¹⁾

ويقصد بها : "مدى مساهمة الفرد بخصائصه الشخصية في إحداث ما يقع له من حوادث فالأفراد يختلفون بالنسبة لقابليتهم للحوادث كما يختلفون في غيرها من السمات"⁽²⁾

مفهوم التعرض للحوادث :

التعرض للحوادث مفهوم أوسع في شموله من القابلية للحوادث، فحسب الدكتور أحمد عزت راجح هو "جملة العوامل الشخصية والخارجية والإتفاقية التي تقضي إلى الحوادث فتعرض السائق لحوادث الطريق قد يكون مرتفعاً لأنه يقود كثيراً، أو يقود بسرعة أو يقود في طرق مزدحمة..."⁽³⁾

والتي تدخل ضمن جملة العوامل الإجتماعية والإقتصادية والثقافية للأسرة في دراستنا.

مفهوم الوعي :

"إدراك المرء لما يحيط به إدراكاً مباشراً، ويهتم الإعلام بإثارة وعي الجمهور لأن يتقبل الرسالة الإعلامية"⁽⁴⁾

-
- 1 . طه (فرج عبد القادر) وآخرون : معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية ، بيروت، ط1 السنة غير مذكورة، ص، 359.
 - 2 . نفس المرجع، ص 360.
 - 3 . نفس المرجع، ص 126.
 - 4 . بدوي (أحمد زكي) : مرجع سابق ص 26.

4 . أسباب إختيار الموضوع وأهدافه :

إنّ إختيارنا لدراسة موضوع الحوادث المنزلية ليس بالأمر العفوي، فهذا الموضوع قد درس في إطار الליسانس من قبل زميلات لنا فجلب إهتمامنا، لكن معالجتهنّ له كانت محدودة، ولم تأت بالكثير ماعدا عن نوع الحادث وسن وجنس المصابين بالوصف عن طريق دراسة ملفات المصابين. ولكن هذا لم يشف فضولنا.

وبالإضافة إلى أن موضوع الحوادث المنزلية من المواضيع الحديثة التي تنادي بها المنظمات العالمية كالمنظمة العالمية للصحة OMS والتي لم تحظ بالعناية والإهتمام اللازمين، فحوادث المرور هي التي لقيت الإهتمام الأكبر سواء في المحادثات أو الإعلام، (وإن كان ذلك سطحياً دون التعمق فيها، للتعرف على العوامل والأسباب العلمية والموضوعية المتسببة فيها، لكن المهم هو أن المشكل مطروح). فحتى بالنسبة للمقاييس الوقائية فهي تخص حوادث المرور (سواء عن طريق الإعلانات بشتى وسائلها، أو عن طريق التنشئة الإجتماعية في البيت والمدرسة).

في حين نجد بأن حوادث العمل من المواضيع التي تناولتها الكثير من الدراسات في مختلف التخصصات (علم النفس، علم الاجتماع...) وفي مختلف المستويات، وهناك مقاييس وقائية تتخذ من طرف أغلبية المؤسسات والتي يعاقب عليها القانون في حالة عدم إحترامها.

وللتعمق أكثر لفهم الظاهرة إرتأينا القيام بمحاولة لدراسة هذا الموضوع والإلمام بجوانبه، وذلك في إطار تحضير .رسالة الماجستير .. هذا فيما يخصّ السبب الموضوعي. أما السبب الذاتى فيمكن في أننا منذ وقت ونحن نسمع عن أسر فقدت طفل إثر حادث منزلي (سقوط، حروق...)، فكنا دائماً نتساءل عن مصير هذه الأسر وصدمتها إثر فقدانها لأحد أفرادها (نتيجة خطأ أو إهمال...) خاصة على الأم فالمسؤول الوحيد في نظر الجميع (العامة) هي الأم نتيجة قلة إهتمامها وقلة عنايتها بطفلها، فتصبح الأم كما لو كانت هي التي دفعت إبنها بيدها للإصابة بذلك الحادث بغض النظر عن الأسباب التي قد جعلتها تغفل تلك اللحظة بالذات عن إبنها لكثرة الأطفال، ظروف سكن صعبة، كثرة المسؤوليات لديها . من غسل وتحضير الأكل. وكذا العلل والأسباب الأخرى غير المباشرة وللكشف عنها إرتأينا القيام بمحاولة لدراسة هذا الموضوع.

أما الهدف من هذه الدراسة هو الكشف . ولو بصفة متواضعة . عن بعض الحقائق الملموسة التي تعرفها بعض الأسر الجزائرية داخل المنزل (الذي يعد من المفروض المكان الآمن للجميع)، والتي تؤدي إلى إصابة الأطفال فيه وإلى إعاقتهم وحتى وفاتهم في بعض المرات.

وما تكلفه هذه الحوادث في حياة الطفل . الآثار التي تتركها هذه الحوادث في نفسية الطفل مهما كانت حدتها . وعلى حياة الأسرة . خاصة إذا نتج عنها طفل معاق أو أدت إلى وفاته . وعلى المجتمع . من خلال المصاريف التي تكلفها هذه الحوادث من حيث مصاريف العلاج والضمان الإجتماعي، وكذا الزيادة من نسبة المعوقين الذين يزيدون من عبء المسؤولية، ويصبحون عالة على المجتمع ..

ولهذا التوصل إلى حصر مختلف العوامل التي تؤثر على وقوع الحوادث والتي يمكن أن تستغل في وضع البرامج التي تمكن من الحد من هذه الظاهرة ووقاية الأسرة والطفل على وجه الخصوص من الحادث الذي قد يكلفه حياته (فالوقاية خير من ألف علاج)، فعلى المجتمع حق لكل طفل أن يولد كاملاً، أن تعطى له الفرصة كي ينمو ويتطور نمواً سليماً حتى أقصى حدود إمكانيات النمو والتطور!

ومن هنا كانت الرغبة شديدة وجامحة تدفعنا للإهتمام بالطفل والقيام بهذا البحث من منظور نفسي واجتماعي ولمحاولة التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية والإقتصادية التي تؤثر على الإصابة بالحوادث. فمثل هذه المواضيع لا يمكنها أن تقتصر على الجانب الطبي أو الإبيدميولوجي فالحادث قبل أن يكون مشكل صحّي . نتيجة لما قد يترتب عنه من إصابات تستلزم إستشارة الطبيب أو الدخول للمستشفى . فهو بمثابة منبه لوجود خلل في البناء الإجتماعي من جهة ومن جهة أخرى فهو يخلق عواقب إجتماعية ونفسية وخيمة.

تعتبر عملية جمع البيانات من المراحل الهامة في البحث العلمي، لذا فهي تتطلب من الباحث إلمامًا وعناية بالموضوع، لأنّ قيمة البحث العلمي تتمثّل في النتائج التي يتوصّل إليها.

في بداية البحث، وبطبيعة تخصّصنا . علم الإجتماع الديموغرافي . كان بودّنا القيام بدراسة وصفية مونوغرافية لظاهرة الحوادث المنزلية، لمعرفة الوضعية الإدميولوجية في الجزائر، لكن نظرًا لغياب المعطيات سواء الجاهزة أو غير الجاهزة (من خلال دراسة الملفات في المستشفيات)، إعتدنا في دراستنا الميدانية على الاستقصاء.

واتبعنا على المنهج الإحصائي التحليلي الذي يقوم على مجموعة من العمليات:

. جمع البيانات، ترتيب هذه البيانات وتحليلها وأخيرًا إعطاء النتائج.

أ . العينة :

إنّ عملية إختيار العينة هو أمر صعب وحساس، فكل باحث يحدّد أن تكون عينة بحثه ممثلة للمجتمع الأصلي، وحتى تكون كذلك لا بدّ أن تكون لدينا فكرة على ما تمثله الظاهرة المدروسة في المجتمع المدروس، أي لا بدّ من وجود قاعدة معاينة (والمتمثلة في توزيع المصابين بالحوادث حسب مختلف الخصائص..) والتي يمكن أن يعتمد عليها الباحث في إختيار العينة تبعاً لخصائص معينة، لكن غياب قاعدة المعاينة، لجأنا إلى إختيار عينة بطريقة أسلوب الإختيار المكاني، أي العينة المكانية، وهي العينة التي يلجأ إليها الباحث في حالة عدم وجود قاعدة المعاينة⁽¹⁾. وقمنا بالبحث على مستوى المستشفيات (مستشفيات الوسط) بمراكز خاصة بإستقبال الأطفال: مراكز الحروق، جراحة الأطفال، الجراحة العامة، جراحة الأعصاب، الإستعجالات.

1 . Ghiglione (R) et Matalon (B) : Les enquêtes sociologiques « théories et pratique », ARMAND Colin, Paris, 1978, p 36.

* «échantillonnages sur place :

l'ors qu'on s'intéresse à une population restreinte pour laquelle il n'existe pas de base de sondage spécifique, on peut aussi s'appuyer sur le fait que certaines personnes se rencontrent nécessairement dans des endroits particuliers ».

وكان إختيار العينة عمدياً⁽¹⁾ ومقصوداً، وذلك 9 سبب الإصابة (حدثية) ونوع الحادث (منزلي)، الذي يخدم موضوع بحثنا، ويرجع هذا التحديد إلى الموضوع، فموضوع الحوادث هو من طبيعة متعدّدة الأسباب، ممّا يصعب تحليله، لهذا ولحصر المشكل إقتصرنا على دراسة الحوادث المنزلية (التي تقع داخل البيت أو بجواره، لحصر المشكل ودراسته من زاوية معينة، نسلط فيها الضوء على الأسرة وخصائصها)، وفئة الأطفال دون غيرها، لأنها تعدّ الفئة الأكثر عرضة لهذه الحوادث...

ب . وحدة البحث ومجاله:

وبما أن عينة البحث تتألف من وحدات، فوحدة بحثنا هي الأم. (كونها مصدر تغذيته أولية، وهي التي ترعاه وتحميه وتقضي حاجياته، فبالرغم من أهمية ودور الأب في التربية والعناية بالطفل، إلا أنّ الأم تظل الأكثر عناية بالطفل والأكثر تواجداً معه...)، حيث قمنا باستجواب الأمهات اللواتي حضرن

برفقة ابنهم المصاب، والأمهات اللواتي كنّ مع أطفالهنّ المصابين داخل للمستشفى، وفي هذا الصدد قمنا باستجوابهنّ حول الخصائص الإجتماعية والإقتصادية لأسرهنّ وعن خصائص الطفل المصاب وعن ظروف وقوع الحادث.

كما حاولنا تسليط الضوء على مدى وعي الأمهات بالمخاطر والحوادث ومواجهتهن لها ومدى تكرار حوادث الأطفال.

فبالرغم من عدم تمثيلية العينة، إلا أن نتائج التحقيق سوف تفيد المهتمين بصحة الطفل والمسؤولين على أمنه ووقايته من خلال التعرّف على بعض الخصوصيات، وكان هدفنا أن نستجوب أكبر عدد ممكن من الحالات، لكن البحث إستغرق متّاً وقتاً طويلاً، فالعثور على الحالات التي تخدم بحثنا لم يكن بالأمر السهل رغم توسّعنا في مجال البحث من خلال (عدّة مراكز ومصالح): حيث قمنا باستجواب:

1 . طعيمة (رشدي) : تحليل المحتوى في العلوم الإنسانية، "مفهومه، أسسه، استخداماته" دار الفكر العربي، القاهرة، السنة غير مذكورة، ص 143.

* "العينة العمدية هي العينة التي يختارها الباحث عن قصد وتحديد مسبق في ضوء أهداف بحثه".

10

48 حالة بالمؤسسة الإستشفائية المتخصّصه

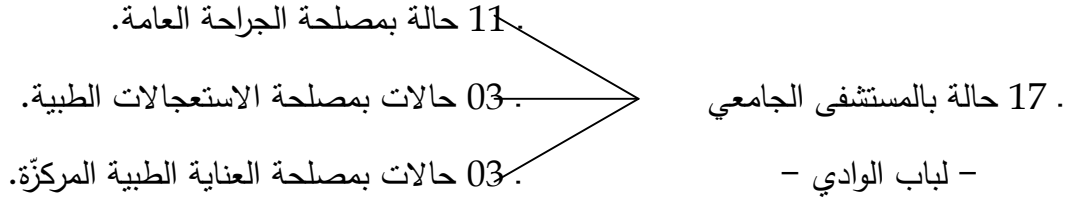
. العيادة المركزية للمحروقين . (بباستور)

31 حالة بمصلحة جراحة الأطفال.

39 حالة بالمستشفى الجامعي

- مصطفى باشا -

. 08 حالات بمصلحة جراحة الأعصاب.



كنا نعثر على هذه الحالات بمساعدة الأطباء، خاصة فيما يخص حالات التسمم وذلك بمساعدة الأطباء العاملين بمركز مكافحة التسمم للمستشفى الجامعي لباب الوادي.

كما أننا لم نقتصر على الحالات التي استلزمت العلاج بالمستشفى وأخذنا بعض الحالات بمصلحة الإستعجالات ما أمكن ذلك، حسب طبيعة الحادث، وحالة الأم النفسية.

بالإضافة إلى العوائق التي إعترضتنا في بعض المصالح الإستشفائية للحصول على رخصة البحث.

لهذا إقتصرنا دراستنا على إستجواب 104 حالة، والتي استغرقت مئتا ستة أشهر.

ج . الأدوات المستخدمة لجمع البيانات :

ج1 . المقابلة :

"تعتبر المقابلة إلى حدٍ كبير . إستبيانًا شفويًا . فبدل من كتابة الإجابات فإن المستجوب يعطي معلومات شفوية في علاقة موجهة" (1) واستعملنا المقابلة لغرضين:

واستعملنا المقابلة لغرضين :

1 . جمع المعلومات الخاصة بهذه الظاهرة في المرحلة الإستطلاعية عن طريق مقابلة أخصائيين في الميدان، أطباء، علماء نفس في المستشفيات، وزارة الصحة والسكان، المعهد الوطني للصحة العمومية.

2 . استعملناها كأداة لجمع البيانات حيث تعدر علينا توزيع الإستمارة بسبب ضعف المستوى التعليمي لدى أغلبية المبحوثات، مما إضطرنا لإجراء المقابلة باللهجة الجزائرية (العامية)، مما يسرّ لهنّ فهم الأسئلة والإجابة عليها، كما أن بعضهنّ لم يكتفين بالأسئلة الموجهة إليهن، وإنما تجاوزناها وتحدثن بالتفصيل عن حياتهنّ وخصوصياتهنّ مما أخذ منا وقتًا طويلًا لكن أفادتنا في تحليل نتائج البحث. وهذه تعتبر من مزايا المقابلة، بالإضافة إلى الملاحظة، فإجراء المقابلة سمحت لنا من ملاحظة المأساة والقلق والإضطراب الذي تعيش فيه الأمّهات.

ج2 . الإستبيان :

"الإستبيان أداة للحصول على الحقائق وتجميع البيانات عن الظروف والأساليب القائمة بالفعل، ويعتمد الإستبيان على إعداد مجموعة من الأسئلة ترسل لعدد كبير نسبيًا من أفراد المجتمع". (2)

فهو الدليل الذي بفضلله أجرينا المقابلة.

كما هو الحال بالنسبة للمقابلة فإن الإستمارة هي الأخرى إستعملناها لغرضين:

1 . خلال البحث الإستطلاعي لبلورة الأسئلة، حيث أضفنا بعض الأسئلة وألغينا أخرى، وأعدنا صياغة أخرى.

2 . خلال عملية جمع البيانات والمعلومات الضرورية للبحث بالإلمام بالحوادث الرئيسية حول الموضوع.

1 . بدر (أحمد) : أصول البحث العلمي ومناهجه، وكالة المطبوعات، الكويت، السنة غير مذكورة، ص 143.

2 . نفس المرجع: ص 347.

وضعت الأسئلة الموجودة في الإستبيان باللّغة العربية، وأجريت المقابلة باللهجة الجزائرية العامية.

وتضمن الإستبيان محاور عدّة وهي:

المحور الأول خاص بالميزات الشخصية للطفل المصاب (جنسه، سنّه، رتبته بين الأولاد...).

المحور الثاني خاص بالخصائص الإجتماعية للأولياء (سن الوالدين، مستواهم التعليمي، الحالة الزوجية للوالدين، الحالة الفردية للأم...).

في المحور الثالث حاولنا إبراز الخصائص الإقتصادية للأسرة (نوع المسكن، عدد غرفه، عدد الأشخاص فيه...).

المحور الرابع خاص بالجو الأسري وسلوك أفراد الأسرة.

أمّا المحور الخامس فهو يتعلّق بالحادث (نوعه، مكان وقوعه، ظروف وقوعه، والعواقب التي صاحبته...) وفي الأخير حاولنا التعرّض إلى مدى وعي الأمّهات بالمخاطر ومواجهتهنّ لها. (تفاصيل أكثر أنظر مضمون الإستبيان الموجود في الملحق رقم 1)

2 . تكوين الجداول ومعالجتها إحصائياً (التحليل):

بعد جمع المعطيات وتقريغها (الذي قمنا به يدوياً)، وتبويب الأجوبة المفتوحة وترميزها، تأتي مرحلة التحليل. وبحكم الموضوع ، والأسئلة المطروحة، قمنا بتحليل هذه المعطيات ومعالجتها، بتتبّع تقنية التحليل الإمبريقي للسببية، التي تعتمد على متغيّرات حسيّة، يتم قياسها ميدانياً والتي تستلزم بناء جداول إحصائية.

وبذلك قمنا ببناء جداول بسيطة التي تحتوي على توزيع متغيّر واحد بدون تقاطع.

وجداول ذات التقاطع البسيط التي تشتمل على متغيرين.

وفي معالجة الجداول إحصائياً إستعنا ب :

1 . المتوسط الحسابي : يعتبر المتوسط الحسابي من أبرز مقاييس النزعة المركزية والأكثر إستعمالاً،

فهو من أهم مقاييس التحليل الوضعي التي تعطينا فكرة أولية عن المجتمع.

وتكون عملية حساب المتوسط الحسابي بالإعتماد على القانون الآتي:

$$\bar{m} = \text{مراكز الفئات}$$

$$k = \text{التكرارات}$$

مج	م ك
ك	مج
= س	

2 . الانحراف المعياري : هو من أهم مقاييس التشتت التي تفسر توزيع أفراد العينة حول المتوسط الحسابي.

وتكون عملية حساب الانحراف المعياري بالإعتماد على القانون الآتي.

$$ع = \frac{\text{مج ك م}^2}{\text{مج ك}} \text{ س}^2$$

الفصل الثاني : تعريف الحادث وبعض المعطيات الإبيدميولوجية:

I . تحديد مفهوم الحادث :

- 1 . صعوبة تحديد مفهوم الحادث.
 - أ . الإلتباس الأول.
 - ب . الإلتباس الثاني.
- 2 . أهم المؤشرات التي يجب الإعتماد عليها لدراسة الحادث.
- 3 . طبيعة الحادث.
 - أ . حوادث المرور.
 - ب . حوادث العمل.
 - ج . الحوادث المنزلية
 - ج1. تعريفها
 - ج2. تصنيفها.

II . الوضعية الإبيدميولوجية للحوادث :

- 1 . الوضعية الإبيدميولوجية للحوادث في البلدان المتقدمة.
 - أ . الوفيات.
 - ب . الحالات المرضية.
- 2 . الوضعية الإبيدميولوجية للحوادث في الجزائر .
 - أ . دراسة الدكتور "كلوش klouche " عام 1987.
 - ب . دراسة الدكتور "أتاك Atek" عام 1988.
 - ج . المسح الجزائري لصحة الأم والطفل عام 1992.
 - د . أعمال مديرية الوقاية لوزارة الصّحة والسّكان.

I . تحديد مفهوم الحادث :

كلمة "Accident" هي كلمة لاتينية تعني "حدث"، لغويًا "الحادث هو الشيء الذي يحدث".⁽¹⁾ هذا هو المرادف الأول الذي أعطته إياه القواميس المتخصصة، التي أضافت في الحال نكبة أو كارثة.

تحديد مفهوم الحادث صعب، وفي نفس الوقت مهم، فهو يسمح بحصر المشكل (من خلال حصر المؤشرات والأبعاد الضرورية لتعداد الظاهرة) لوضع برامج وقائية ملتزمة.

1 . صعوبة تحديد مفهوم الحادث : تحديد مفهوم الحادث عرف عدة إلتباسات أهمها:

الإلتباس الأول : يتمثل في موقف الناس ونظرتهم القدرية والجبرية المرتبطة بهذا اللفظ

Accident، فبعد كل حادث وفي أغلب المرات نجد الناس يقولون بأنه : . كان يجب أن يحدث⁽²⁾

فهذه النظرة لا تترك المكان لأية وقاية، مما أثار جدل كبير، فالكثير من المؤلفين يعتبرون بأن في مضمون الكلمة نفسها، يوجد خلط بين ما هو . فجائي imprévu . وبين ما هو . غير متوقع imprévisible . وبالتالي لا يمكن تجنبه، فحسب هؤلاء المؤلفين فإن مصطلح الصدفة وسوء الحظ .

المحتواة في كلمة accident . تدفعهم لتقبل حتمية الحوادث وإلى تبني موقف سلبي من الوقاية⁽³⁾

فإذا صدقنا le littré فإن "الحادث هو حدث فجائي ضار"⁽⁴⁾.

مما يسد الباب أمام كل سياسة وقائية. لكن من خلال تصور الباحثين وملاحظتهم للحوادث التي تقع إستخلصوا بأنها بعيدة على أن تكون مجرد عوارض غير متوقعة وفجائية، فهي أحد العناصر الأساسية للأحوال الإنسانية، التي تعكس الصعوبات التي يتلقاها الإنسان للتكيف مع الوسط الذي يعيش فيه من خلال مواجهته للقوى الخارجية. ومن هنا ظهر التعريف التّالي: تعريف L'HIRONDEL الذي يعتبر بأن الحادث: "هو حدث يترجم نقص أو إرتخاء في حذر الإنسان أمام الإعتداء المفاجئ أو غير المتوقع لقوة خارجية والتي تسبب عادة "خسارة".⁽⁵⁾

- 1 . Manicaux (M) : Définition et généralités, in Félix (M) et Tursz (A), opcit, p 31.
- 2 . Ibid : p 31
- 3 . Tursz (A) : Les Accidents de l'enfant - données épidémiologiques -, in Lagardère (M.L), la prévention et l'enfant, édition Vigot, paris, 1987, p 67.
- 4 . Chevalier (J) et autres : Risques infectieux et parasitaires , les cahier de médecine préventive et sociale, Sa éditeur , paris, 2^{ème} ed, 1983, p 286.
- 5 . Ibid : p 286.

من خلال هذا التعريف، نلاحظ بأن الصدفة لم تختفي كلياً، لكن الحادث وعواقبه المؤسفة المحتملة تنتج عن ارتباط عدّة عوامل، فالمسؤولية الإنسانية ظهرت وبهذا فتحت آفاق جديدة لرؤية وسلوكيات مخالفة.

فمن ممّا لم يسمع الألفاظ الشعبية التّالية :

" لقد رأيتها آتية.

. لو كنت أعلم.

. لا تحدث إلاّ له..."⁽¹⁾

وبهذا ظهر علم جديد يدعى علم الحوادث l'accidentologie ، الذي يدرس منذ عدّة سنوات مختلف الحوادث (حوادث العمل، حوادث الطريق، حوادث المنزل...)، فحسب هذا العلم :
. الحادث ليس حدثي .
. ليس نتيجة الصدفة .
. الحادث هو فجائي لكن يمكن توقّعه .

. ما هو إلاّ نتيجة لتفاعل عدّة عوامل مجتمعة في نفس الوقت..."⁽²⁾

هذه الرؤية سمحت بفتح آفاق جديدة، لمحاولة الحد من المآسي التي يعيشها الإنسان يومياً.

الإلتباس الثاني : يظهر فيما يخص الخط بين الحدّث في حدّ ذاته، وعواقبه.

وقد وقع في فخ هذين الإلتباسين معظم التعاريف نذكر على سبيل المثال التعريف المقترح عام 1957 من مجموعة إستشارية للمنظمة العالمية للصحة وهو:

"الحادث هو حدثٌ فجائي يسبّب أضرار جسدية حقيقية"⁽³⁾

والذي تمّ تعديله مباشرة بعد ذلك من خلال التعريف التّالي:

هو "الحادث" حدث مستقل عن الإرادة الإنسانية، ينتج عن قوة خارجية، تعمل بسرعة، والذي يظهر

على شكل أضرار جسدية أو ذهنية"⁽⁴⁾

- 1 . Document Interne : Prévention des Accidents Domestique , centre antipoison, CHU Beb El Oued, Alger, p 4.
- 2 . Ibid : p 4.
- 3 . Manicaux (M) : opcit, p 31.
- 4 . Ibid : p 31.

لكن رغم هذه التعديلات، بقي ناقصًا إذ وجهت له إنتقادات أخرى، فهو لم يأخذ بعين الإعتبار إلاّ الحوادث التي ينجم عنها ضرر أو خسارة، مادية أو جسمية، مع العلم بأن الحادث سواء نتجت عنه أضرار أو لا فهو نفسه، فهو ينتج عن نفس الظروف التي ينتج عنها الحادث الخطير أو المميت، فلا توجد أية علاقة بين طبيعة الظروف وخطورة الأعراض.

2 . أهم المؤشرات التي يجب الإعتداد عليها لدراسة الحادث:

لتفادي الوقوع في مثل هذه الإلتباسات، ولدراسة الحوادث دراسة علمية يجب الإرتكاز على تصنيفات محدّدة للظواهر الملحوظة، والتي ترتب كالاتي:

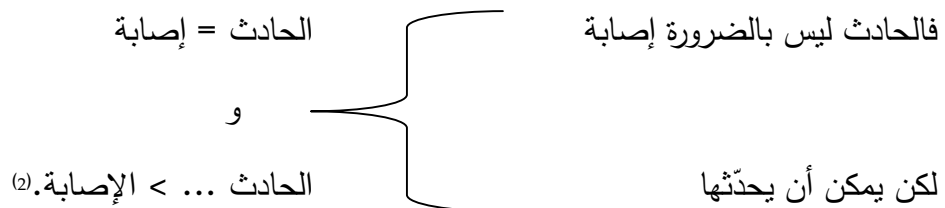
1 . حادث تقريبي أو حادث مخف presque accident ou accidents manqués بالإنجليزية .
Near miss accident . : في هذه الحالة كل الظروف تكون مهيأة لوقوع الحادث لكن هذا الأخير يتم تجنّبه وفي حالة وقوعه لا يتسبّب في أية أضرار .

2 . العوارض incidents أو الحوادث الصغيرة Accidents mineurs التي تمثّل ولحسن الحظ أغلب الحالات، فالأضرار التي تنتج عنها تكون طفيفة ولا تتطلب أيّة عناية خاصة.

3 . الحادثة Accident : يمكن التعرّف عليه وضبط نتائجه بواسطة مؤشرات مرضية . جروح، إعاقات، وفيات مباشرة أو متأخرة . أو مؤشرات علاجية . اللّجوء إلى مصالِح صحّية أو إستشفائية...، أو مؤشرات إجتماعية وإقتصادية التغيّب عن المدرسة، التغيّب عن العمل، مصاريف العلاج، وعقابه .

(1)

كما على الباحث أن يفرق في كل بحث بين كل من : الحادث، أسباب وظروف وقوعه وعواقبه.



هذه التفرقة نجدها بوضوح في اللّغة الإنجليزية التي تتكلم عن Accident و Injurs والتي لا نجد لها مقابل (أي injurs) في اللّغة الفرنسية، فالبعض يتكلم عن رضخ Trauma وآخرون عن جرح Blesseur...⁽³⁾

1 . Ibid : p 32.

2 . Ibid : p 33.

3 . Ibid : p 32.

ورغم هذه الصعوبات والإختلافات في تد 18 الحادث، إشتراك عدد كبير من الباحثين في تعريفهم للحادث حول عدّة مصطلحات واتّفق على ر ث هو:

"حدث يأتي بطريقة شرسة، يمكن أن يكون مؤد مستقل عن الإرادة الإنسانية وأسبابه خارجة عن الفرد"⁽¹⁾

مع إستثناء كل حالات العنف الإرادية: كمحاولة الإنتحار، الإنتحار أو القتل وسوء المعاملة علما أن التشخيص التبايني بين الإصابات الحديثة Accidentelle والمقصودة ليس دائماً سهلاً، خاصة في حالة سوء المعاملة على الأطفال الصغار، ومحاولة الإنتحار عند المراهقين، ففي كل الحالات نجد بأنّ العامل المسبب هو نفسه، والأعراض والجروح في الغالب نفسها، إلا أنّ النية والظروف تكون مختلفة. لهذا فإنّ لتصنيف كل حالة في مكانها (الإصابات الحديثة أو الإرادية) يجب البحث في الظروف والأسباب.

هذه التصنيفات تعتبر أساسية في جمع المعطيات الضرورية لصحة الدراسات والبحوث والإحصائيات فعلى كل باحث أن يحدّد إطار بحثه من خلال المفاهيم والمؤشرات المختارة، وبناءً على ذلك فإنّ دراستنا سوف تقتصر على الصنف الثالث وهو الحادث: أي الحادث الذي يقع والمستقل عن الإرادة الإنسانية، والذي تنتج عنه أضرار، بالإعتماد على المؤشرات العلاجية، فدراستنا سوف تضم الأشخاص الذين يتعرّضون للحوادث وتنتج عنها إصابات جسدية وتتطلب نقلهم للمستشفى لتلقي العلاج.

3 . طبيعة الحادث : يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من الحوادث:

أ . حوادث المرور : هي كل الحوادث التي تقع على الطريق، تعدّ أخطر الحوادث نتيجة العدد الكبير من الوفيات والإعاقات الأبدية التي تترتب عنها وهي تنتج عن تفاعل عدّة عوامل إنسانية ومادية.⁽²⁾

ب . حوادث العمل : يعرف قانون العمل الحوادث، بأنّها هي التي تنتج من قوة خارجية مفاجأة غير طبيعية أثناء العمل⁽³⁾

-
- 1 . Tursz (A) : les Accident de l'enfant..., Opcit p 69.
 - 2 . Lévy (A) et autres : Manuel de santé publique, Moscou, paris, Milan, Barcelone, Mexico, 1987, p 97 .
 - 3 . Moulinot (D) et Hogeaux : Sciences Sanitaires et Sociales, Editions Foucher, Paris : 1995, p 84.

تعدّ حوادث العمل أحد أهم المشاكل التي تحدث عواقب إنسانية وسوسيو . إقتصادية خطيرة، فبالإضافة إلى الوفيات والإعاقات التي تنتج عنه 19 بّب في ضياع عدّة ساعات من العمل، وهي من ميادين طب العمل.

وتختلف نسب حوادث العمل من قطاع إلى آخر، فهناك بعض القطاعات التي تعرف حوادث أكثر من غيرها، كقطاع البناء والأشغال العمومية..⁽¹⁾

ج . الحوادث المنزلية : تعتبر الحوادث المنزلية السبب الأوّل لوفيات الأطفال.

ج1. تعريفها : "تعرف على أنّها الحوادث التي تقع داخل المنزل أو في الوسط المباشر: مخلفات المنزل، الوسط القريب..."⁽²⁾

لكن الإلتباس الذي يظهر من هذا التعريف يتمثل في فهم مصطلح الجوار، وما نقصد به والذي يظهر غامض : فما هي الأماكن التي يمكن إعتبارها حوار المنزل؟ وما هو الحد الأقصى للمسافة بين مكان وقوع الحادث والمنزل التي يمكن من خلالها إعتبار الحادث بأنّه حادث منزلي؟

ولتجاوز هذا الغموض علينا أن نعرف بأنّ الحوادث المنزلية تدخل في إطار حوادث الحياة الخاصة ففي دراسة الحوادث المنزلية يمكن أن ندرج ضمنها كل الحوادث بما في ذلك حوادث اللّعب وأوقات الفراغ وحوادث الرياضة.. إلخ، ما عدا حوادث العمل وحوادث المرور، هذا ما يندرج ضمن مفهوم الحوادث المنزلية بمعناه الواسع، لكن من خلال دراستنا هذه سوف نفتصر على دراسة الحوادث التي تقع داخل المنزل أو في الجوار القريب (سلم المنزل، الحديقة، السطح، الساحة...)، هذا ما يندرج ضمن مفهوم الحوادث المنزلية بمعناه الضيق.⁽³⁾

ج2 . تصنيفها : حسب التصنيف الدولي للأمراض، تصنّف الحوادث المنزلية كالآتي:

. حوادث السّقوط.

. حوادث الأجسام الغريبة.

. حوادث الإختناق.

. حوادث التسمّم.

-
- 1 . Lévy (A) et autres : Opcit, 97.
 - 2 . Manicaux (M) : Opcit, p 36.
 - 3 . Ibid : p 36.

. الحوادث الناتجة عن الآلات.

. حوادث التكهرب أو الكهرياء.

. حوادث الضغط A . par compression

. حوادث الغرق.

. حوادث سقوط أجسام.

. حوادث الحروق...⁽¹⁾

II . الوضعية الإبيميولوجية للحوادث :

• تمهيد

تعتبر الحوادث في العالم مصدر هام للمرض والوفيات، حقيقتها كمشكل للصحة لم تحظ بالإهتمام ولم تعط لها الأولوية حتى الآونة الأخيرة وذلك رغم أهمية الوفيات والإعاقات الناتجة عنها ورغم أهمية كلفتها الإجتماعية والإقتصادية.⁽²⁾

ففي 1961 خصّصت المنظمة العالمية للصحة يوم 7 أبريل ذكرى تأسيسها لموضوع الحوادث تحت شعار . الحادث ليس حدتي . وتمّ إفتتاح هذا اليوم برسالة ألقاها المدير العام للمنظمة العالمية للصحة الدكتور "كاندو (M.G) CANDAU"، حيث قام بطرح المشكل، وما يسببه من وفيات في كثير من البلدان . فهي تسبب أكبر عدد من وفيات الأطفال والشباب ما بين 5 و 19 سنة مقارنة مع مجموع الوفيات الأخرى الناجمة عن الأمراض.

كما سلط الضوء على الإهمال الذي عرفه هذا الموضوع من قبل الدارسين والمعنيين حيث صرح "أنه لا يوجد أي مرض قاتل لم يحظ بالإهتمام اللازم، كما هو الحال بالنسبة لموضوع الحوادث، والذي تطلب وقت طويل ليبقى الإهتمام رغم ما يسببه من ضحايا وخسائر".⁽³⁾

- 1 . Ministère de la Santé et de la Population : Prévention des Accidents Domestique de l'enfant , Opcit , p 43.
- 2 . Ibid : p 2.
- 3 . ABOUIKER (P) et autres : psychologie des accidents, Société Française de médecine psychosomatique, l'expansion Scientifique, Paris, 1961, p. p 1 – 3.

وفي هذا اليوم العالمي للصحة وجه نداء لكل البلدان . مهما كانت درجة تقدّمها . لفتح الأبصار على هذه الحقيقة الفظة: "الحوادث تمثل اليوم السبب الرئيسي للوفاة والفساد . سواء مادي أو بشري . للضياح الإقتصادي فعلى الجميع أن يفهم نهائيا . بأن الحادث ليس حدثي".⁽¹⁾

ولدراسة الوضعية الإبيدميولوجية للحوادث يوجد مؤشرين رئيسيين هما:
الوفيات والحالة المرضية.

1 . الوضعية الإبيدميولوجية للحوادث في البلدان المتقدّمة :

أ . الوفيات :

منذ سنوات الخمسينيات عرفت الحالة الصحيّة للأطفال وفي أغلب الدّول المتقدّمة تحسّناً كبيراً، حيث انخفضت نسبة الوفيات الناتجة عن الأمراض ما حول الولادة الخلقية والفطرية خلال السنة الأولى من الحياة باستثناء الوفيات الناتجة عن الحوادث وحالات العنف الأخرى التي لم تشهد انخفاضاً.⁽²⁾

وحقيقة فمن العام الأول وخلال كل الطفولة، أصبحت الحوادث تمثّل السبب الأول للوفيات وذلك في كل الدّول المصنّعة (خاصة بالنسبة للفئة العمرية بين 1 و 14 سنة).

وهي تمثّل على المستوى العالمي السبب الخامس للوفيات، فهي تتسبب حسب المنظمة العالمية للصّحة في 2.665.000 حالة وفاة، أي ما يعادل 5,6 % من الوفيات العامة.⁽³⁾

هذا المستوى لا يزال يشغل البال، ولم يلاحظ عليه إنخفاضاً خلال العشريّات الأخيرة، مقارنة بالإنخفاض الذي عرفته نسبة الوفيات العامة، خاصة المسجّل بين 1950 و 1960 نتيجة السقوط

المعتبر للوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية : إنخفاض مرتبط بانتشار إستعمال المضادات الحيوية والتلقيح.

ولدراسة هذه الوضعية ولتقدير حدة المشكل (أي نسبة الوفيات الحديثة) قامت هذه الدّول بتحليل إحصائيات الوفيات، وإن كان ذلك ليس سهلاً لعدّة أسباب من بينها:

-
- 1 . Ibid : p 5.
 - 2 . Tursz (A) : Les Accidents de l'enfant..., Opcit , p 39.
 - 3 . Atek (M) : Les Accidents de l'enfant, in Ministère de la santé et de la population, relevé Epidémiologique mensuel, Reflét et de la situation épidémiologique 10 ans déjà ! Vol 33, INSP, Alger, Décembre 99, p 96.

. عدم الدّقة في تحديد أسباب الوفيات: فهناك عدد معتبر من الوفيات الحديثة التي تصنّف ضمن وفيات الأسباب غير محدّدة، وخاصة في حالة الوفاة المفاجأة.

. وجود عدد معتبر من حالات الوفاة العنيفة، التي لا تحدّد أسبابها وظروفها، ممّا لا يسمح التمييز بين الحادث، الإنتحار والقتل.

ولإجتناّب هذا الخلط ظهر مصطلح جديد، وهو مصطلح الموت العنيف Mort Violente الذي ظهر بالولايات المتّحدة الأمريكية باعتبار أنّ كل من الحادث، القتل والإنتحار ثلاثة مظاهر من مشكل واحد.

. ترميز أسباب الوفيات الذي يتمّ بواسطة الرمز E، للتصنيف العالمي للأمراض للمنظمة العالمية للصّحة لا يسمح بتقدير نسبة الوفيات الناتجة عن الحوادث المنزلية.

. تحليل إحصائيات الوفيات الناتجة عن حوادث الأطفال الأقل من سنة، صعب وحساس ذلك بفعل الخلط بين الموت المفاجئ للرضيع والاختناق هذا يفضل معالجة وفيات الحوادث لدى الأطفال بين 1 و 14 عام.

. هناك مشكل آخر يتمثّل في الوفيات الناتجة عن الحوادث، التي تكون متأخّرة عن وقت وقوعها (بعد مدّة طويلة)، والتي قد تصنّف ضمن أسباب أخرى مع العلم أنّ المدّة المعمول بها بين تاريخ الحادث وتاريخ الموت (لتشخيص الوفاة ضمن الأسباب الحديثة) تختلف من بلد إلى آخر.⁽¹⁾

هذه المشاكل والصعوبات لم تمنع هذه البلدان من تحليل معدّلات الوفيات الحديثة، ومن دراسة تطورها في الزمان والمكان، ومن مقارنتها على المستوى الدولي، وذلك لغرض تطوير وإختيار فعالية برامجها الوقائية، مع الأخذ في الحسبان الإلتزامات والعوائق المذكورة.

وبهذا يتّضح بأن الحوادث تمثّل السبب الأوّل للوفيات (في البلدان المصنّعة)، وذلك إبتداءً من عيد الميلاد الأوّل، وتحنل فرنسا إلى جانب المجر الصدارة بمعدّلاتها المرتفعة (في فرنسا يموت كل ثلاثة ساعات طفل في سنّ يقل عن 14 عام بسبب حادث)، بعيداً عنها نجد إنجلترا، ألمانيا والبلدان الأسكند ينافية.⁽⁶⁾

في عام 1985 سجّلت فرنسا 9604 حالة وفاة لأطفال أقل من 15 عام من بينها 1426 حالة ناتجة عن الحوادث أي ما يعادل 15 %.⁽⁶⁾

1 . Ibid . pp 40 – 41.

2 . Document interne: Prévention, opcit, p 3.

3 . Tursz (A) : Mortalité, opcit, p 41.

هذه النسبة تختلف حسب:

السّن : فهي منخفضة بالنسبة للأطفال الذين يقلّ عمرهم عن سنة، ومرتفعة بالنسبة للأطفال ما بين 1 و 4 سنوات، فهي تمثّل السبب الأوّل للوفيات بالنسبة لهذه الفئة العمرية، وأكثر من ثلث الوفيات بالنسبة للفئة العمرية 1 . 14 عام.

الأسباب : هناك نسبة معتبرة من الوفيات الناتجة عن حوادث غير حوادث المرور والتي قدّرت بـ 61,3 % بالنسبة للفئة العمرية 0 . 14 سنة أهميتها تظهر بالنسبة لفئة الأطفال الأقل من 5 سنوات.

أمّا الجنس : الذي يظهر تأثيره بإختلاف السن، حيث يلاحظ إرتفاع معدّل الوفيات عند الذكور بالنسبة للفئتين 1 . 4 سنوات و 10 . 14 سنة وذلك بالنسبة لمجموع الحوادث (ما عدا حوادث الطريق).

المستوى الإقتصادي الإجتماعي فحسب نفس المراجع الإحصائية* فإنّ معدّلات الوفيات ترتبط إرتباط عكسي بالمستوى الإجتماعي: فهي ترتفع بإنخفاض المستوى الإقتصادي والإجتماعي. هذه الإختلافات الإجتماعية تفسّر من جهة الإختلافات الملاحظة حسب إختلاف السلالات في معظم البلدان المتقدّمة، ففي الولايات المتّحدة الأمريكية مثلاً، ينخفض معدّل الوفيات الناتج عن الحوادث بإرتفاع معدّل الدخل، فهو أكثر إرتفاعاً عند الهنود الحمر والسود عن البيض والآسيويين.

كما تختلف هذه المعدلات من مقاطعة إلى أخرى، فمن خلال تحليل متوسط المعدلات السنوية لعدّة سنوات إتضح بأن معدّل الوفيات الناتجة عن الحوادث في المناطق الريفية هو أكبر عن معدلات الوفيات في المدن الكبرى، هذا ما يرجع (حسب الباحثين) إلى خطورة حوادث المرور في الطرق الثانوية، وخطورة الحوادث المنزلية في المناطق الريفية التي تتميز بنموذج حياة خاص مكان العمل في البيت أو بجواره ممّا يجعل الطفل على ملامسة طويلة بالمواد الخطيرة والسامة...⁽¹⁾

حسب النوع: فإنّ حوادث المرور تمثل السبب الأول للوفيات، ابتداءً من سن 1 سنة، نسبتها ترتفع مع السن حيث تصل 60 % بالنسبة للفئة العمرية 10 . 14 عام.

من بين الأسباب الأخرى للوفيات الناتجة عن الحوادث، بعضها تتطابق ممّا لاشكّ فيه مع الحوادث المنزلية: التسمّات، الحوادث الناتجة عن النّار، الغرق، السقوط أو مع حوادث الرياضة أو أوقات الفراغ.

1 . Ibid : pp 43 – 44.

* Les statistiques des causes médicales de décès publiées par l'INSEAM en France 1982.

وبصفة عامة، فإنّ الحوادث المنزلية بمفهومها الواسع أي كل الحوادث ما عدا حوادث المرور تسبّب ما بين 30 إلى 50 % من مجموع الوفيات الحديثة بالنسبة للفئة العمرية 1 . 14 سنة.⁽¹⁾ ومن وجهة النظر التطويرية، ومنذ حوالي عشر سنوات، تمكّنت الدّول المصنّعة من تقليص عدد الوفيات الحديثة، وذلك نتيجة المجهودات المبذولة والتقدّم الذي أحرزته في هذا الميدان: الإحصائيات المدوّنة، تبنيّ قوانين أمنية، إنشاء مؤسسات وقائية تنشط من خلال لجان محلية، الشّروع في تربية ونوعية الجماهير...

حيث عرفت فرنسا إنخفاض ملحوظ في معدّل الوفيات الناتجة عن الحوادث في الفترة ما بين 1960 و 1985، حيث انتقل من 25,6 لـ 100.000 إلى 13,0 لـ 100.000 بالنسبة للفئة العمرية 1 . 4 سنوات الفئة الأكثر مساساً بالحوادث المنزلية.⁽²⁾

ووصلت هذه النسبة إلى 10,3 لـ 100.000 عام 1991، إذ سجلت إنخفاض يقدر بـ 50% خلال مدّة 40 عام، وذلك بالنسبة للأطفال الذين تقلّ أعمارهم عن 15 عام.⁽³⁾ (من 20 لـ 100.000 عام 1950 إلى 10,3 لـ 100.000 عام).

لكن إذا ما قارنا هذا الإنخفاض مع الإنخفاض الذي أحرزته الدول الأوروبية المجاورة، والتي تتميز بمستوى إجتماعي، وإقتصادي وصحي مماثل للمستوى الذي تعرفه فرنسا، نلاحظ أنّها لازالت تحتفظ بالمعدّل الأكثر إرتفاعاً للوفيات الحديثة، وهذا النقص الحديث يطابق الإدراك الفعلي لمشكل الحوادث المنزلية والمجهودات التي بذلت في هذا الميدان.⁽⁴⁾

ب . الحالات المرضية :

إنّ الحوادث المُميتة ما هي إلاّ الجزء المعاین من المشكل، لكن هناك المئات من الجرحى أغلبها خفيفة، وبعضها خطيرة وقابلة لترك عقابيل أبدية، والتي تمثل أحد الأسباب الرئيسية للحالات الإستشفائية العامة.

1. Ibid : p 45.

2 . Tursz (A) : Mortalité, opcit, p 49.

3 . Alix (D) et autres : Accidents Domestiques chez l'enfant, ANN pédiatre, Paris, 45 N° 1, 1998, p 48.

4 . Tursz (A) : Mortalité, opcit, p 50.

إلاّ أن المعطيات الخاصة بالحالة المرضية للحوادث كانت قليلة ولم تعرف حتى الآونة الأخيرة، وذلك لصعوبة تقديرها، والتي كانت تقتصر في الأوّل على الأشخاص الذين تتطلّب حالتهم العلاج بالمستشفى، ومباشرة بعد ذلك تمّ توسيع هذه البحوث في الدول الإسكندنافية وأصبحت تخص كل الأشخاص الذين يستشيرون أحد المصالح الإستعجالية للمستشفيات بسبب حادث.

علمًا بأنّ هذه البحوث كانت تتمّ بالخصوص في المستشفيات العمومية، لهذا فإنّ قيمة المعطيات التي تتوصّل إليها مثل هذه البحوث، تختلف من بلد إلى آخر، ففي البلدان أين تمثل المستشفيات العامة تقريباً الوسط الوحيد الذي يلجأ إليه الناس للعلاج، كالسويد مثلاً، فإنّ نتائج هذه البحوث تسمح باقتراب جيّد عن تكرار وخصائص الحوادث، لكن في البلدان التي يلعب فيها القطاع الخاص دور رئيسي في استقبال ومعالجة الأطفال، فإنّ الإقتصار على مثل هذه البحوث لا يمثّل إلاّ ضياعاً للوقت، فالمعطيات

التي يمكن أن تجمع لن تعكس الحقيقة، مما يتطلب تنوع في البحوث وعدم الاقتصار على القطاع العام.⁽¹⁾

لذلك وضعت عدة بلدان جهاز معلوماتي دائم، تجمع من خلاله المعلومات الخاصة بالحالات المرضية الناتجة عن الحوادث.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً نجد جهاز * NEISS والذي تسجل من خلاله كل الحوادث المشار إليها من 73 مستشفى وانطلاقاً من هذه المعلومات والإحصائيات، تجرى بحوث أخرى مدعمة (عن ظروف وقوع الحوادث وأسبابها) حول الحوادث الخطيرة والأكثر تكراراً.

وفي إنجلترا Royaume Uni نجد جهاز ** HASS الذي يسمح بتعداد كل الحوادث المنزلية من 20 مستشفى.⁽²⁾

لكن في فرنسا لا يوجد جهاز تسجيلي موحد، قياسي ووطني يسمح بإعطاء كل المعلومات الضرورية عن الحوادث المنزلية، رغم هذا ومنذ بضعة سنوات سمحت عدة بحوث وأجهزة جمع من الحصول على معطيات مكتملة لبعضها البعض باختلاف المناهج والتقنيات وحقول البحث.⁽³⁾

1 . Tursz (A) : Les Accident de l'enfant, opcit, p 73.

2 . Lévêque (B) : opcit, p 827.

3 . Poret (H) et autres : Morbidité, in Félix (M) et Tursz (A), opcit, p 54.

* Nationale électronique Injury Surveillance. Système

** Home Accident Surveillance Système

الدراسة الأولى :

هي دراسة "تورز" Tursz (A) عام 1983، الذي قام بتعداد كل الحوادث التي تطلبت عناية أو فحص طبي* للأطفال الأقل من 15 سنة في مقاطعة سان جرمان بإفيلين بفرنسا وتوصل إلى النتائج التالية:

. من مجموع 103.000 طفل سجلت أكثر من 8000 حالة إصابة، أي ما يعادل 8,25 %.

. الذكور هم مرتين أكثر عرضة للحوادث عن الإناث.

. تكون هذه النسبة ضعيفة قبل عيد الميلاد الأول، ثم ترتفع بين 1 و 3 سنوات، و تستقر بين 3 و 10 سنوات، وترتفع من جديد بعد سن العاشرة.

. تكرارها حسب المكان: الحوادث المنزلية هي الأكثر تكرارًا أغلبها غير خطيرة و لم تتطلب أية عناية خاصة فلم تسجل إلا 15 % من الحالات التي تطلبت العلاج بالمستشفى والتي كانت بالخصوص في حالة التسمم و 1 % من حالات الوفاة (أي ما يعادل 9 حالات).

. فيما يخصّ الأعراض المترتبة عنها ، فلم يتمكنوا من معرفتها.

وأخيرًا وفيما يخصّ الاستهلاك الطبي فكان معتبر، فهناك أكثر من 1000 حالة تطلبت العلاج بالمستشفى (أي تمّ استشفائها)، ثلث منها دامت أكثر من أربعة أيام و 14 % أكثر من سبعة أيام.⁽¹⁾

الدراسة الثانية :

هي دراسة "ماقوان MAGUIN" و"دافيدسون DAVIDSON" لحوادث الأطفال، وهي دراسة إيدميولوجية لمنطقة ريفية وأخرى حضرية، توصلنا من خلالها للنتائج التالية:

1 . Lévèque (B) : opcit, p 827.

*ملاحظة : قام الباحث بجمع المعطيات من كل القطاعات الصحية . العامة والخاصة . باستثناء العيادات الخاصة والأطباء الممارسين Praticiens

. هناك إصابة تقدر بمعدل سنوي يقارب 9 % من الحالات المرضية الناتجة عن الحوادث.

. الحوادث المنزلية أكثر تكرارًا لدى الأطفال الأقل²⁷ ما بين 1 و 4 سنوات.

. الحوادث المدرسية تظهر بكثرة لدى الأطفال من الفئتين العمريتين 5 . 9 سنوات و 10 . 14 سنة.

. توزيعها حسب المكان : 30,2 % من الحوادث وقعت داخل المنزل.

29 % داخل المدرسة و 40 % خارج المنزل والمدرسة.

. توزيعها حسب الجنس: الذكور هم الأكثر عرضة بالنسبة للفئتين 1 . 4 سنوات و 10 . 14 سنة.

. توزيعها حسب العواقب : من بين 937 حالة التي تمّ تعدادها هناك 4 حالات إعاقة مستديمة، وحالة واحدة تحمل عقابيل خطيرة بسبب الحروق و 22 % من الحالات تم إستشفائهم.⁽¹⁾

الدراسة الثالثة :

هي دراسة "سبيكرل (y) Spyckerlle" وآخرون الذين قاموا بدراسة حالات التعرّض وخصائص حوادث الأطفال في مدينة بارلودوك l Bar le Duc 20.000 ساكن، وتوصّلوا من خلالها للنتائج التالية :
. قدرت نسبة التعرّض لدى الأطفال الأقل من 16 سنة بـ 16,3 % : ففي عام 1981 طفل من بين 6 قد تعرّض لحادث.

. توزيع هذه الحوادث حسب السنّ والجنس والمكان هي مماثلة للنتائج المتوصّل إليها في الدراسات السابقة.

إنطلاقاً من هذه التأكيدات حاولت المؤلفين تعميمها وتقدير تكرار الحوادث لدى الأطفال في فرنسا، وتوصّلوا للنتائج التالية:

1 . Ibid : p 829.

. خلال سنة هناك 250.000 طفل في سن يقل عن 14 عام يصاب بحادث والذين تستلزم حالتهم على الأقل استشارة الطبيب، والمسؤولة عن 210 بالألف من الحالات الإستشفائية لمدة 24 ساعة على الأقل، و 680 حالة تستلزم فحص بالأشعة وعن 277 من الحالات التي تمنع عن الحركة.⁽¹⁾

الدراسة الرابعة :

هي دراسة أجراها الضّمان الإجتماعي عام 1985، وهي دراسة prospective لغرض تقدير الحالات المرضية الناتجة عن الحوادث المنزلية وأوقات الفراغ. (الحوادث المنزلية بمعناها الضيق

والحوادث المرتبطة بالرياضة واللّعب والمدرسة، وأي حادث يقع خلال الحياة اليومية باستثناء حوادث المرور والعمل).

لهذا الغرض استعملت تقنيتين:

الأولى تقنية البريد التي أجريت على عيّنة كبيرة قدرّت بـ 20.000 أسرة.

الثّانية هي تقنية المقابلة، بمقابلة 2000 أسرة معيشية وهي عيّنة ممثلة للأسر الفرنسية مستخرجة من مجتمع البحث البريدي، وهي عبارة عن بحث مرجعي، للتأكد من صحّة المعلومات المحصل عليها عن طريق البحث الأوّل.

وأجريت المقابلة على مستوى الأسر من طرف باحثين مختصّين والتي سمحت بجمع المعلومات الثّالية:

. الخصائص الإجتماعية والديموغرافية للأسر المبحوثة.

. معلومات تخصّ الحوادث التي وقعت لهذه الأسر خلال 12 شهرًا الأخيرة. (تمّ تعداد كل الحوادث التي سبّبت جرح أو أذى يذكر).

من بين 20.000 أسرة التي تمّ مراسلتها فإنّ 62 % منها من استجابت بالردّ، وبالتالي فإنّ العيّنة أصبحت تتشكّل من 36.630 شخص من بينهم 8.801 طفل ما بين 0 و 16 عام.

نتائج هذه الدّراسة تقول :

. بأنّ الأطفال هم أكثر عرضة للحوادث المرتبطة بالحياة الدّاخلية (الحوادث المنزلية) وذلك بمعدّل سنوي يقدر بـ 13 % والتي تسبّبت في أذى وتطلّبت تشخيص طبيّ بنسبة 9 % .

1. Ibid : p 829.

. الفئة الأكثر تعرّضا تختلف حسب نوع الحادث: فالأطفال الأصغر سنًا هم أكثر عرضة للمخاطر

المنزلية، أمّا الأطفال المتقدّمين في السنّ فهم أدقّ 29 : للمخاطر المدرسية والرياضية.⁽¹⁾

. وكما أكّده كل الدّراسات السّابقة، فإنّ الذّكور هم أكثر عرضة للحوادث في كل الحالات.

ومن مزايا مثل هذه البحوث أنّها تسمح بالاقتراب أكثر من الظاهرة وبالتالي من التعرف على الظروف التي تهيئها، حيث لوحظ تأثير الوسط على وقوع الحوادث وذلك من خلال المؤشّرات الثّالية:

. عدد الرّاشدين داخل الأسرة : كلّما ارتفع عددهم قلّت الحوادث والعكس.

. وجود أو عدم وجود : سلم، ساحة أو بستان في البيت، حيث ظهر تأثير نوع السكن في هذه الدراسة، فالحوادث كانت أكثر في البيوت الفردية عنه في الشقق، هذا ما يفسر بوجود أماكن خطر أكثر في مثل هذه المساكن كالمساحات، والسلاالم مما يؤكد إنتشار الحوادث المنزلية أكثر في الأوساط الريفية أين نجد هذه النماذج السكنية بكثرة.⁽²⁾

الدراسة الخامسة :

بالإضافة إلى البحوث التي تستعمل تقنية البريد أو المقابلة، هناك بحوث أخرى تستعمل تقنية الهاتف.

ففي عام 1986، أجرت مصلحة العناية المستعجلة SAMU، بحث عن طريق المكالمات الهاتفية، والذي دام ثلاثة أشهر (من الفاتح ماي إلى غاية 31 جويلية)، وذلك عن طريق إستجواب كل المتصلين لطلب الإسعافات أو نصائح طبية بسبب حادث، فكانت العينة تتكوّن من 180 حالة اتصلوا بسبب حادث.

المعطيات الإبيدميولوجية تؤكد على أهمية الرضوض الناتجة بالخصوص عن حوادث المرور، أو سقوط الطفل من طوله أو من مكان مرتفع، وفي المرتبة الثانية نجد الحروق ثم التسمّات.⁽³⁾

1 . PATIN (A.A) et et HOLLA (H): Les Accidents de la vie Domestique chez l'enfant ; in Tursz (A), Epidémiologie et préventive des Accidents de l'enfance et l'adolescence, Edition INSERM, paris, 1989, pp 19 – 25.

2 . Ibid . p 25.

3 . Lavaut (J) et et Lecat (O): Epidémiologie des Accidents de l'enfant, Prise en charge par le SAMU de Paris, in Tursz (A): Epidémiologie et préventions des.... , Opcit, pp 34 – 44.

من عيوب مثل هذه التحقيقات هي أنها لا تمكّننا من التوصل إلى المعلومات الدقيقة والفعالية عن الظاهرة، لقلة الأشخاص الذين يعرفون رقم هاتف مصلحة العناية المستعجلة أو مركز مكافحة التسمّم خاصة في البلدان أين يعتبر الهاتف من الكماليات.

إلى جانب الدراسات الفرنسية ولتأكيد النتائج، نذكر دراسة الحالة المرضية للحوادث التي أجريت في كوتنبورج Goteborg بالسويد عام 1975 . 1976، حيث تمّ تعداد 12.265 حالة حادث تعرّض لها الأطفال من الفئة العمرية 0 . 15 عام، فقدّرت نسبة الإصابة بـ 14,4 % (أي طفل بين 7 أطفال قد

تعرّض لحادث)، هي أكثر ارتفاعا عند الأطفال من الفئتين 1 . 4 سنوات و 11 . 15 سنة، عن الفئة 5 . 10 سنوات.

8 % من الحالات تطلّبت العلاج داخل المستشفى.⁽¹⁾

وفي دراسة أمريكية أجريت عام 1980 في منظمة ماساشوساتس MASSACHUSETTS ، إتّضح بأن كل سنة هناك نسبة إصابة تقدر بـ 37 % تتسبب في انقطاع الأطفال عن المدرسة ليوم واحد على الأقل.

هذه الحوادث تتسبب في 17 % من الحالات الإستشفائية بطب الأطفال، وتسببت في 3,4 % من حالات الوفاة.

أنواع الحوادث كما أكدته الدراسات السابقة تختلف حسب السن: بين 0 و 5 سنوات نجد بالخصوص السقوط التي تحدث داخل البيت وفي الوسط المباشر.

تليها التسمّم والحروق بالسوائل، هذه الفئة العمرية هي أقل عرضة لحوادث المرور.

بالنسبة للأطفال بين 6 و 12 عام، فهم مرتين أكثر عرضة لحوادث المرور، في حين الحروق والتسمّات هي مرتين أقل تكرارًا بالنسبة للمراهقين.

بين 13 و 19 عام فإن الحوادث الرياضية وحوادث المرور (كعابّر تم كسائق) هم الأكثر تكرارًا.⁽²⁾

بصفة عامة ومن خلال ما سبق . بعد عرضنا لبحوث مختلفة من حقول متنوّعة وبتقنيات مختلفة . يمكن أن نقول أنّ هناك إنتشار معتبر للحوادث لدى الأطفال في الدّول المتقدّمة:

1 . LE BOVICI (S) et autres : opcit, p, 829.

2 . Ibid : p 829

. نسبة التعرّض تتراوح بين 9 % إلى 20 % (هذه النسب تختلف باختلاف الحقول، التقنيات، مفهوم ونوع الحوادث المدروسة والفئة العمرية..).

. تكرار الحوادث يختلف حسب السن والجنس.

فكل الدّراسات قد أكدت بأنّ الذّكور هم أكثر عرضة عن الإناث، والفئتين العمريتين 0 . 4 سنوات و 10 . 14 سنة، عن الفئة العمرية 5 . 9 سنوات .

. تكرارها حسب المكان يختلف حسب السنّ: رغم أنّ الحوادث المنزلية بمعناها الواسع هي الأكثر تكراراً، إلاّ أنّ الحوادث المنزلية بمعناها الضيق نجدها بكثرة لدى الأطفال الذين يقلّ سنّهم عن 6 سنوات، بعد هذا السنّ يظهر تأثير الحوادث المدرسية والرياضية أكثر، ثم حوادث المرور خاصة بالنسبة للفئة العمرية 10 . 14 سنة، فتأثير نوع الحوادث يتغيّر بتغيّر حقل نشاطات الطفل الذي يتوسّع ويختلف كلّما تقدّم في السنّ.

. أمّا فيما يخصّ نوع الإصابة المترتّب عنها: فإن الجروح هي المتسلّطة في كل سن ثم تليها الحروق والتسمّات.

كما يلعب الوسط الذي ينشأ فيه الطفل، سواء المادي أو الإنساني دور في وقوع الحوادث. (هذا ما سوف نحاول التفصيل فيه في الفصل اللاحق).

وما يمكن استخلاصه كقاعدة أساسية وجوهرية، هو أنّ في كل دراسة إيدميولوجية لمثل هذه الظواهر يجب تحديد بدقّة وقدرة الإمكان المفاهيم التّالية:

. تحديد مفهوم الحادث وما نقصد به.

. تحديد الفئة المدروسة.

. تحديد مجتمع البحث، وطريقة جمع المعلومات (على مستوى الأسر أو المستشفيات).

. تحديد نوع الحادث المدروس: . حادث مرور أو حادث منزلي..

. حادث حروق أو سقوط...

إلى آخره من المفاهيم، لحصر المشكل قدر الإمكان وذلك لتفادي الصّعوبات المنهجية، من بداية التعريف إلى غاية تحليل النتائج فكّلما كان المشكل محدّد جيّدًا كلّما كانت النتائج ذات فعالية وعكست أكثر الواقع.

2 . الوضعية الإيدميولوجية للحوادث في الجزائر :

كما سبق ورأينا فإنّ الدّول المتقدّمة قد بدلت مجهودات كبيرة في ميدان الوقاية من الحوادث، حيث تمكّنت من إحراز نتائج لا بأس بها (من خلال إنخفاض معدّل الوفيات الحديثة...) إلا أنّ موضوع الحوادث لا يزال يحتاج إلى المزيد من المجهودات.

في حين ماذا يمكن أن نقوله عن الدّول في طريق النّم، التي لم تعد بعد الإحصائيات اللّازمة لتقدير الظاهرة، أين القوانين تعدّ غير كافية، أو غير مطبقة بجديّة وأين توجد فئة قليلة ممّن تقبلوا فكرة أن الحادث يمكن تفاديه وتجنّبه، فإنّ الوقت قد حان لملاحظة الوضعية أمامنا وأن نتصرّف خاصة أمام التحوّلات السريعة التي أجريت على الوسط ومكتسبات الحياة العصرية: بدخول السيّارة وإنتاج وبيع غير مراقب لمواد الصّيانة التي لا تتجاوب والمعايير والظروف الإقتصادية والإجتماعية المتدهورة والصعبة التي يعيش فيها عدد كبير من النّاس...

فحسب المنظمة العالمية للصّحة، فإنّ عدد الحوادث بالأعداد المطلقة في الدّول النّامية يظهر أكثر أهمية عنه في الدّول المصنّعة، ومن المحتمل أن تكون الوفيات والإعاقات النّاجمة عن هذه الحوادث أكثر أهمية في الدّول النّامية، هذا ما يرتبط بالهيئات الصّحية سيئة التجهيز، والتكفّل المتأخّر وغير الكافي بالحوادث.⁽¹⁾

في الجزائر وكما هو الحال في العالم، تعتبر الحوادث منبع رئيسي وأساسي للحالات المرضية والوفيات. وإن لم يتمّ بعد تقدير المشكل إلا أنّ أجراس الخطر قد أطلقت من قبل الهيئات والمراكز التي تستقبل هذا النوع من الأمراض (الحماية المدنية، مركز الحروق، طب الأطفال، جراحة الأطفال، طب العيون، جراحة الأعصاب، طب الأنف والأذن...)،⁽²⁾ فالإحصائيات الخاصة بالوفيات موضوعة بطريقة روتينية، ولا تسمح بالتعرّف عن أسباب الوفيات وعن تصنيفها، كما لا يوجد تنسيق بين مختلف الهيئات المعنية (الحالة المدنية، المستشفيات... إلخ).

أمّا فيما يخصّ الحالات المرضية (أو الحوادث غير المميّنة) فرغم أنّنا حاولنا جمع هذه المعلومة من خلال ملفات المستشفيات (ففي مراكز معيّنة)، فإنّنا لاحظنا عدم تحديد المعلومة (وفي الملف نجد: السنّ، الإسم واللّقب، العنوان والتشخيص مثلا: كسر في اليد أو حروق في الرقبة... ممّا لا يسمح من التعرّف عما إذا كانت بسبب حادث أوّلا، وإن كانت كذلك، هل هي حوادث المرور، الرياضية أو المنزل).

1 . Ministère de la Santé et de la Population : Prévention... , opcit, p 5.

2 . Ibid : p 5.

لكن إنطلاقاً من بعض الدّراسات الإبيدميولوجية، يمكن أن نقول، بأن لكل طفل يتوفى بسبب حادث هناك بين 200 إلى 300 حادث غير مميت.

كما أكّدت بعض الدّراسات على أنّ كل سنة هناك بين 6 و 10 % من الأطفال يستشيرون الطبيب بسبب حادث.

ومن خلال الدّراسات المختلفة التي تناولت موضوع الحوادث المنزلية لدى الأطفال في الجزائر، انحصرت المشكلة بين 40 و 50 بالألف، نجده بكثرة لدى الأطفال في سنّ ما قبل المدرسة.⁽¹⁾ هذا ما سوف نحاول التفصيل فيه، من خلال عرضنا لمختلف الدّراسات الإبيدميولوجيا للحوادث في الجزائر.

أ . دراسة الدكتور "كلوش" Klouche عام 1987 :

هي دراسة إبيدميولوجية حول موضوع الحوادث المنزلية على مستوى القطاع الصّحي الحضري للجزائر الكبرى بحسين داي.

وهو عمل أنجز بمصلحة الإبيدميولوجيا والطب الوقائي لحسين داي تحت إشراف البروفيسور "بيلاتاش (ف) (F) BELATECHE".

وأدرجت ضمن هذه الدّراسة كل الحوادث التي وقعت داخل السّكن، في السّلم أو المصعد في السّاحة أو الحديقة، مع إستثناء كل الحوادث النّاتجة عن قرص الحشرات، عض الحيوانات، حالات الإنتحار أو القتل، حالات التسمّم الغذائي والحوادث المرتبطة بالعلاج (التناول الإرادي لمواد تفترض أنّها غير مضرّة).

كما أنّه لم يؤخذ في الحسبان إلاّ الحوادث التي ينتج عنها ضرر جسمي (وإن كان طفيف).

وكان الهدف من هذه الدّراسة :

1 . تحديد نسبة التعرّض للحوادث المنزلية المضرّة عام 1986، ضمن عيّنة تمثيلية لمجتمع القطاع الصّحي لحسين داي.

2 . دراسة الخصائص الإبيدميولوجيا للأشخاص الذين أصيبوا بحادث.

3 . دراسة عوامل الخطر على مستوى المساكن التي يتمّ التحقيق بها.⁽²⁾

1 . Ibid : p 5.

* . Klouche (C) : Les Accidents Domestiques « Etude Epidémiologique sur le Secteur Sanitaire D'Hussein Dey (Alger), in Ministère de la Santé et de la Population , Relevé épidémiologique Mensuel..., opcit, p, 100.

* الدكتور "كلوش" إيدميولوجي بمصلحة الإيدميولوجيا والطب الوقائي للقطاع الصحي بغرداية.

المنهجية المتبعة :

هي دراسة عرضية استرجاعية باستعمال المقابلة. (مقابلة الأسر في بيوتهم)، استخرجت عينة عشوائية بواسطة القرعة - 30 مقاطعة من مجموع 384 مقاطعة التي تشكل الخمس بلديات للقطاع الصحي لحسين داي .

كانت تملأ بطاقة لكل بيت ولكل حادث (في حالة وجود أكثر من حادث خلال السنة المدروسة).

واستغرق هذا البحث مدة ثلاثة أشهر (من جانفي حتى مارس 1987).

نتائج الدراسة :

- 1 . بلغت حصيلة الأسر المبحوثة 524 أسرة، 6 منها كانت بدون جواب (بسبب رفض أرباب بعض الأسر التجاوب مع المبحوثين).
- 2 . بلغت نسبة التعرض للحوادث عام 1986 بـ 42,20 بالألف.
- 3 . الذكور هم أكثر عرضة للحوادث عن الإناث.
- 4 . نجدها بكثرة لدى الأطفال الأقل من 10 سنوات.
- 5 . كثرة السقوط والحروق.
- 6 . 50 % من الحالات لجأوا للعناية الإسعافية.
- 7 . وجود إعاقة بنسبة 4 % من الحالات.

زيارة المكان سمحت بواسطة الملاحظة الوجيزة من تسجيل مجموعة من العوامل التي تظهر بأنّها تشكل خطر وإن لم تثبت الدراسة على وجود علاقة بين عوامل الخطر وظروف وقوع الحادث، لكن هذا لا يمنع ذكرها:

. نسبة الأشخاص داخل السكن: حيث قدر معدّل التشغيل بـ 2,93 شخص في الغرفة.

. تركيب كهربائي متدهور مع خيوط غير ملفوفة في 10 % من الحالات.⁽¹⁾

1 . Ibid : p p,101 – 104.

. 33 % من البيوت تستعمل التسخين بواسطة غاز البيتان في غرف مغلقة بدون تهوية مع خطورة إنبثاق أوكسيد الكربون.

. 15,45 % من البيوت تستعمل للطبخ الطابونا Trepied à gaz موضوعة على الأرض.

. 54 % من البيوت بها أدراج وشرف خطيرة.

. في 52,5 % من البيوت وجدت أدوية في متناول الأطفال.

. إستعمال مواد صيانة سامة وتركها في متناول الأطفال بنسبة 56,7 % من الحالات.

ففي 89 % من الحالات (أي البيوت التي تمّ زيارتها) بها على الأقل عامل من هذه العوامل. وفي

13,75 % من الحالات. فيها على الأقل 5 عوامل.⁽¹⁾

ب . دراسة الدكتور "أتاك ATEK " عام 1988 :

قام الدكتور "أتاك" بدراسة موضوع الحوادث لدى الأطفال بين 0 و 14 سنة على مستوى بلدية سيدي امحمد لعام 1988.

الهدف من هذه الدراسة:

. تحديد تكرار الحوادث،

. تحليل توزيعها حسب السنّ، الجنس ونوع الحادث،

. دراسة ظروف وقوعها،

. تقدير طريقة التكلّف بالمصاب.⁽²⁾

المنهجية المتبعة :

هي دراسة إسترجاعية بواسطة المقابلة، خاصة بالأطفال من الفئة العمرية 0 . 14 سنة المقيمين ببلدية سيدي امحمد، وسبق لهم التعرّض على الأقل لحادث خلال عام 1988.

1 . Ibid : p 102.

2 . ATEK (M) : Opcit, p, 16.

نتائج الدراسة :

. إشمطت العينة على 3417 طفلا؁
. قذرت نسبة الإصابة بـ 119,3 بالألف (ما يعادل 410 طفل الذين سبق لهم التعرض لحادث)؁
. الذكور هم أكثر عرضة للحواث عن الإناث؁ وذلك بالنسبة لكل الفئات العمرية؁ (أكثر التفاصيل أنظر الجدول رقم 1 في الملحق رقم 2).
. لم يسجل تأثير أي فئة عمرية؁
. توزيعها حسب نوع الحادث: سجلت الدراسة كثرة السقوط الحديثة بنسبة 50,9 %؁ تليها حواث المرور بنسبة 14,39 %.

ومن خلال تحليل ظروف وقوع الحواث توصلت الدراسة للنتائج التالية:
. الحواث المنزلية وأوقات الفراغ هي الأكثر تكرارًا وذلك بالنسبة للجنسين (أنظر الجدول رقم 2 في ملحق رقم 2).
. نجدها بكثرة (أي الحواث المنزلية) عند الفئتين العمريتين 0 . 4 سنوات و 5 . 9 سنوات؁ أما الفئة الثالثة (أي 10 . 14 سنة) فهي أكثر عرضة لحواث الذهاب والإياب للمدرسة. وحواث أوقات الفراغ (أنظر الجدول رقم 3) من الملحق رقم 2).

العواقب المباشرة للحااث :

. 70,97 % من الحالات لجأوا للعناية الطبية؁
. 1,7 % من الحالات تطلبت العلاج داخل المستشفى؁
. سجلت 2,7 % من حالات الإعاقة و 0,7 % من حالات الوفاة.⁽¹⁾

ج . المسح الجزائري لصحة الأم والطفل 1992 :

أكد المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل الذي أجري عام 1992؁ وذلك بمشاركة وزارة الصحة والسكان؁ الديوان الوطني للإحصائيات وجامعة الدول العربية وذلك من خلا المشروع العربي للنهوض بالطفولة على وجود وانتشار هذه الحواث بين الأطفال.

1 . Ibid : p 98.

وتكمن أهداف هذا المسح في تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم والطفل. وفي إطار هذا التحقيق درست العوامل البيئية المحيطة بالأسرة ومدى تأثيرها على صحة الأم والطفل.

وكان موضوع الحوادث من المواضيع التي تناولها هذا التحقيق بالدراسة. وكانت نقطة الإنطلاق تتمثل في نتائج الدّول المتقدّمة أين تمّت السيطرة على أمراض الأطفال المعدية، وأصبحت الحوادث تمثل سبباً رئيسياً لوفيات الأطفال.

مما جعلهم يفترضوا أنّ مع انخفاض معدّلات وفيات الأطفال في الجزائر، نتيجة التطعيم وتأثير البرامج الصحيّة، فمن المتوقّع أن تبرز الحوادث كسبب رئيسي من أسباب وفيات الأطفال. لذا قاموا بدراسة مدى إنتشار الحوادث بين الأطفال دون سن الخامسة، باستخدام البيانات المتاحة من المسح الجزائري لصحة الأم والطفل عن الحوادث التي سبق وأن تعرض لها الأطفال.

وقد أختيرت عينة طبقية عنقودية متعدّدة المراحل، موزّعة بين الريف والحضر.

وبلغ حجم العينة 6694 أسرة معيشية، شملت على 5881 امرأة (متزوجة أو مطلّقة أو أرملة، يقلّ عمرها عن 55 سنة). و 5092 طفلاً دون الخامسة من العمر موجودين مع أسرهم. وقد أسفرت النتائج على مايلي:

. بأن تقريباً 5 % من الأطفال تحت سن الخامسة قد سبق وتعرّضوا للحوادث.

. الإصابة تنتشر بين الذكور عن الإناث. (أنظر الجدول رقم 4 من الملحق رقم 2).

. وتنتشر أكثر داخل المسكن عن خارجه، بين الإناث عن الذكور في الريف عن الحضر* (أنظر جدول رقم 5 و 6 من الملحق رقم 2).

. وتمثّل الجروح والحروق معاً ثلاثة أرباع الحوادث التي وقعت للأطفال (أنظر جدول رقم 7 من الملحق رقم 2).

. كما أن نسبة كبيرة من الحوادث قد أدت إلى عواقب طويلة المدى خاصة لدى الإناث.⁽¹⁾ (أنظر الجدول رقم 8 من الملحق رقم 2).

1 . الديوان الوطني للإحصائيات: مرجع سابق، ص ص ، 64 ، 65
* فيما يخصّ الحوادث المنزلية، أمّا بالنسبة لإجمالي الحوادث فالعكس.

د . أعمال مديرية الوقاية لوزارة الصّحة والسّكان:

في جوان عام 1997 وأمام هذا المشكل العويص، قرّرت مديرية الوقاية لوزارة الصّحة والسّكان تأسيس لجنة مكلفة بدراسة هذه الظاهرة لغرض تحضير برنامج وقائي يمسّ المجتمعات الأكثر عرضة للحوادث ألا وهي الأطفال.

استراتيجية الوقاية هذه تمحورت حول ثلاثة نقاط أساسية:

النقطة الأولى : خاصة بإبدميولوجية الحوادث وذلك بتحليل وضعية الحوادث في الجزائر لتحديد الأولويات وتوجيه الرّسالة الخاصة بالتربية الصحيّة.

النقطة الثانية : تخصّ التربية والتعليم والإتصال الذي يوجّه لمختلف الجماهير .

النقطة الثالثة : خاصة بالقوانين والمقاييس التي تحدّد القواعد الخاصة بحماية المستهلكين.

النقطة الأولى بدأت تجسّد وذلك من خلال:

أ . البحث الذي أجري في شهر فيفري عام 1998، من طرف مجموعة تقنية حول "موضوع حوادث الأطفال".

وهو عبارة عن بحث عرضي بواسطة إستجواب كل الأطفال الذي يتعرّضوا لحادث منزلي وتقدّموا إلى مصالح الإستعجالات بالنهار وبالليل.

هذا البحث أجري في مصالح الإستعجالات ل :

. مستشفى مصطفى باشا: بقسم جراحة الأطفال، طب العيون، قسم الأنف، الأذن والحنجرة، وقسم جراحة الفكّ والوجة maxillo-faciale ،

. المصلحة الصحيّة لبولوجين : طب الأطفال.

. القطاع الصّحي لسيدي امحمد : مصلحة الحروق،

. القطاع الصحي لدويرة : مصلحة الحروق . والعناية الطبية للحماية المدنية،⁽¹⁾

1 . Ministère de la Santé et de la Population – Direction de la Prévention , Prévention des Accident..., opcit, p 9 .

إستغلال معطيات البحث أدت إلى النتائج التالية :

39

توزيعها حسب الجنس: لم يلاحظ تأثير الجنس، حوادث مسّت بنفس النسبة الذكور والإناث.

توزيعها حسب السن: كما أكدته الدراسات السابقة، فإنّ الأطفال الأصغر سنًا، أي الفئة العمرية 0-4

سنوات هم الأكثر تعرّضًا للحوادث المنزلية بنسبة 52% متبوعة بالفئة العمرية

5 . 9 سنوات بنسبة 27,9 % من الحالات والفئة العمرية 10 . 14 عام بنسبة

20,1 % .

توزيعها حسب الموقع الجغرافي: يبيّن بأن 83,7 % من الحالات قد وقعت في المناطق الحضرية.

حسب نوع السكن : 50 % من الحوادث وقعت في العمارات.

حسب مكان وقوع الحادث داخل المنزل: 35,4 % من الحالات قد وقعت في المطبخ و 29,2 % في

الغرفة

نوع الحادث: سجّل كثرة السقوط بنسبة 40,1 % من الحالات، تليها الحروق بنسبة 37 % متبوعة

بالتسمّات بنسبة 9,2 % من الحالات.

. أمّا عن طبيعة الأضرار المترتبة عنها فنجد 46,4 % من حالات الحروق، متبوعة بالكدمات

contusions بنسبة 19,9 % والكسور بنسبة 14,5 %.

أمّا عن مكان الإصابة في الجسم فالأطراف هي التي كانت أكثر مساسًا بنسبة 56,7 % متبوعة

بالرأس والرقبة بنسبة 19,2 %.⁽¹⁾

من خلال هذا البحث الإيدميولوجي الذي يعدّ كأول خطوة ملموسة من إستراتيجية الوقاية التي وضعتها مديرية الوقاية لوزارة الصّحة والسّكان تأكّدت بعض النتائج التي توصلت إليها بحوث أخرى حول إيدميولوجية الحوادث المنزلية لدى الأطفال في الجزائر: من حيث نسبة التعرّض توزيعها حسب السنّ، الجنس،... إلخ.

2 . Ibid : p 10

وانطلاقاً من هذه النتائج حصر المشكل 40 (تعرّض) بين 40 و 50 بالألف، ونجده بكثرة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة. كما أفاد هذا البحث كبحث أولي لتحضير وإنجاز بحث آخر على المستوى الوطني.

ب . وفي نفس المنوال . أي دائماً بالنسبة للنقطة الأولى ، وللتعرّف أكثر على خصائص ظاهرة الحوادث المنزلية في الجزائر، كلّفت وزارة الصّحة والسّكان، المعهد الوطني للصّحة العمومية، بإنجاز بحث إيدميولوجي حول "ظروف وقوع الحوادث المنزلية لدى الأطفال الأقل من 15 عام".

وهو عبارة عن بحث وصفي بواسطة الإستمارة* ، والذي يمسّ كما سبق ذكره الأطفال الأقل من 15 عام، الذين ينتمون إلى مناطق جغرافية محدّدة، تعرّضوا لحادث منزلي واستشاروا قطاع صحّي عمومي.

الهدف من هذا البحث هو :

1 . تحديد نسبة الحوادث المنزلية لدى الأطفال الذين لجأوا إلى قطاع صحّي عمومي،

2 . تحديد توزيع مختلف أنواع الحوادث حسب المناطق،

3 . تحليل الأوضاع أو الظروف التي تظهر وتقع فيها الحوادث المنزلية،⁽¹⁾

هذا البحث يخصّ ثلاثة بلديات من ثلاث مناطق مختلفة من البلاد.

1 . المنطقة السّاحلية : بلدية بوزريعة.

2 . منطقة الهضاب العليا : بلدية الجلفة.

3 . المنطقة الجنوبية : بلدية غرداية.

والذي انطلق (في كل القطاعات الصحية العمومية لهذه المناطق الثلاثة) من الفاتح جانفي 2000 والذي سوف يستمر إلى غاية 31 ديسمبر 2000. (أي هو في قيد الإنجاز).⁽²⁾

1 . Ministère de la Santé et de la Population, institut national de la Santé Publique, Direction de la prévention : Enquête sur les Accidents de l'Enfant de moins de 15 ans, OMS, Biennium 1998 – 1999, Alger, p, 3.

2 . Ibid : p, 3.

* أنظر الإستمارة في الملحق رقم 3 .

من خلال ما تقدّم وكما هو الحال في العديد من الدّول، فإنّ الحوادث تمثّل في بلادنا مشكل حقيقي وسبب رئيسي للوفيات والحالات المرضية، وإنّ كُنّا لا نملك المعطيات الكافية للإلمام بالمشكل، إلّا أنّ الوقت قد حان لكشف هذه الحقيقة الفظا التي يتسبّب فيها عدّة فاعلين . أصحاب القانون، المنتجين المستهلكين . ولتكثيف الجهود من طرف مختلف الدّارسين والباحثين والمؤسسات والوزارات بإعادة النظر في ظرف التسجيل في القوانين ومراقبتها والبرامج الخاصة بالتربية الصحية إلى غير ذلك من الإجراءات . ومحاولة إتباع والاستفادة من خبر الدّول المتقدّمة . من خلال البحوث التي أجروها في هذا المجال باختلاف تقنياتها وحقولها . والتي رغم أنّها لم تقضي كليّة على هذا المشكل، إلّا أنّها قد أحرزت نتائج لا بأس بها في هذا الميدان .

ومن خلال بحثنا هذا، نساهم في هذا المسار، من خلال بحث نفسي إجتماعي حول موضوع الحوادث المنزلية، بإمكانيتنا المتواضعة والذي نتمنى أن يكون كثرية خصبة لبحوث أخرى في المستقبل (بتفاديهما للأخطاء والنقائص التي قد يعرفها بحثنا لغياب الدّراسات حول هذا الموضوع في الجزائر).

فلإعداد وبعث برامج وقائية كفئة لا يمكننا الإعتماد على الدّراسات الإبدميولوجية فقط، ولا بدّ من إجراء دراسات من هذا النوع.

الفصل الثالث : الدّاء : دراسة لظاهرة الحوادث.

• تمهيد .

I . الإقتربات المختلفة لدراسة الحوادث.

1 . الإقتراب الأحادي السبب.

أ . النظرية القدرية.

ب . النظرية الطبيّة.

ج . نظرية التحليل النفسي.

د . نظرية الإستهداف.

2 . الإقتراب المتعدّد الأسباب.

3 . محاولة وضع نماذج.

أ . النموذج الأول : العلاقة الثلاثية.

ب . النموذج الثاني : معادلة قوستافسون

ج . النموذج الثالث : النموذج الخطّي

د . النموذج الرابع.

هـ . النموذج الخامس المقترح من قبل المنظمة العالمية للصحة OMS

II . العوامل المهيئة لوقوع الحادث:

1 . العوامل الشخصية.

أ . نموّ الطفل . 1أ مرحلة الصّبي . 2أ مرحلة الطفولة.

ب . جنس الطفل.

ج . الحالة الصحيّة والنفسية للطفل.

د . شخصية الطفل.

2 . العوامل الخارجية (الخاصة بالوسط).

أ . العوامل الأسرية

1أ . المستوى الإقتصادي للأسرة . 2أ . المستوى الثقافي والإجتماعي للأسرة.

3أ . شخصية الوالدين . 4أ . العلاقات الأسرية (الجو الأسري).

5أ . حوادث الحياة.

ب . العوامل الإجتماعية (دور المجتمع).

1ب . طبيعة التغيّر الإجتماعي والتكنولوجي.

2ب . التحضّر.

3ب . الرعاية والعناية الصحيّة بالأطفال.

• تمهيد :

تعدّ الحوادث ظاهرة ملازمة للمجتمعات قديما وحديدا فكل مجتمع يتميز عن غيره بمراحل تطوّره وتقدّمه سواء في المجال الإقتصادي، الثقافي أو الفكري. لذا فالحوادث تختلف من بلد إلى آخر ومن عهد إلى آخر.

فالإنسان البدائي الذي كان يعيش في الغابات، كان يعرف ظروف ومخاطر غير التي يعرفها الإنسان اليوم، الذي يعيش في الشقق والفيلاّت، في المدن الكبرى.

كما أنّ تصوّر الناس واهتمامهم بالحوادث قد عرف ولا يزال يعرف تغيّرات واختلافات كبيرة، خاصة في أوساط الدّارسين والمهتمّين، حيث أنّ شبكة التصورات الخاصة بأسباب الحوادث تتعدّد وعدد وطبيعة العوامل المأخوذة بعين الاعتبار تختلف (خاصة مع اختلاف تناولتهم بغض النظر عن نوع الحادث).

وقد عرف موضوع الحوادث تناولات وأراء وإقترايات مختلفة يمكن أن نقسّمها إلى مايلي:

I . الإقترايات المختلفة لدراسة الحوادث :

الإقتراب الأحادي السبب:

يعتبر الحادث في هذا المجال كظاهرة بسيطة ناتجة عن سبب وحيد. ويتضمّن هذا الإقتراب النظري الأحادي السبب إتجاهين:

الإتجاه الأول : يركّز على العامل التقني وحسب هذا الأخير الحادث ظاهرة بسيطة، ناتجة عن سبب وحيد وهو العامل التقني (تصميم المعدّات والآلات...).

الإتجاه الثاني : يركز على العامل الإنسان ظهر هذا الإتجاه مع ظهور مدرسة العلاقات الإنسانية بقيادة "ألتن مايو". والعامل الإنساني هنا يتضمّن عيوب بسلوكية وبيولوجية التي يمكن أن تسبّب الحادث عند أي إنسان.⁽¹⁾

وفي هذا السّياق يمكن أن نجد عددًا من النظريات التي عالجت العامل الإنساني باعتباره سببًا للحوادث.

1 . Lévy, Sprandio et leboyer j. c (1987) : traité de la psychologie du travail, 1^{ère} édition, 1987.

عن: فريج نبيلة: تحليل سلوك الحادثة، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، معهد علم النفس، الجزائر، 1993، ص30.

أ . النظرية القدرية :

"ويرى أصحاب النظرية القدرية أنّ النّاس صنفان، أحدهما سعيد الحظ، والآخر تعيس الحظ، فمنهم من لديه حضانة ضدّ الحوادث، ومنهم من يفقد هذه الحصانة ويكون أكثر قابلية للحوادث، بل وهناك من يصاب بها بصفة مستمرة ويفسّرون إستمرار هذا الشخص أو ذاك في وقوعه المستمر في الحوادث إلى القدر وسوء الحظ".⁽¹⁾

ومما يزيد في تفاقم المشكلة في المجتمعات العربية حسب (بيومي منصور 1977) هو الإعتقاد العميق السائد بين النّاس بأن كل إصابة إنّما هي شيء مقدر ومكتوب ولا يمكن ردّها أو العمل لتجنّب خطرها.⁽²⁾

في الحقيقة أن هذه النظرية ليست مبنية على أي أساس علمي فلكي نعتبر أي حادث أنّه عفوي يجب أن نعزل الفرد على كل ما يمكن أن يتفاعل معه أو يدخل معه في علاقة سواء أكان مادي أو معنوي.

ب. النظرية الطبية :

"أصحاب هذه النظرية يرون أن الشخص الدائم الإصابة إنّما يعاني خلا جسدياً أو عصبياً وأن هذا الخلل هو السبب في هذه الحوادث".⁽³⁾

هذه النظرية تعدّ عامة وتولّي أهمية للحالة الصحيّة التي يكون عليها المصاب ونحن لا ننكر أهمية الحالة الصحيّة في تجنّب بعض المخاطر، فالإنسان المكفوف مثلاً يكون أكثر عرضة للسقوط عن الإنسان السليم، وفي إطار الدّراسات التي تناولت العلاقة بين العوامل الفردية والحادث ظهرت بعض المظاهر مثل : عيوب النظر وعيوب السمع...

"ففي دراسة قام بها "Sclocombe de Bing Ham" وجد أن السائقين الذين يعانون من ضغط الدّم المرتفع تبلغ حوادثهم ضعف حوادث الذين لا يعانون من ضغط الدّم".⁽⁴⁾

لكن لا يمكن إعتبار الحالة الصحيّة السبب القوي والوحيد لوقوع الحوادث، وإلّا لما وقعت الناس الأصحاء ضحايا لها. وإنّما يمكن أن تكون من ضمن الأسباب التي تساعد على وقوع الحوادث تحت ظروف معيّنة.

1 . عبّاس محمود (عوض): حوادث العمل في ضوء علم النفس . تقديم : أحمد عزّت راجح. دار المعارف ، مصر ، 1971 ص 29 .

2 . فريج نبيلة : مرجع سابق، ص 31.

3 . عبّاس محمود عوض : مرجع سابق، ص 30.

4 . نفس المرجع السابق، ص 31.

ج . نظرية التحليل النفسي:

حسب علماء التحليل النفسي "ترجع الحوادث إلى أفعال مقصودة لا شعورياً، وهي تشبه الهفوات ويعتقد أصحاب هذه المدرسة التحليلية أنّ الإصابة الجسدية إنّما هي عدوان لا شعوري موجه للذات.

ويعتبر "فرويد" معظم الحوادث تعبيراً عن صراعات عصابية وأن عقاب الذات هو إحدى المركّبات التي تستند عليها سببية الحوادث.

وترى مدرسة التحليل النفسي أن سبب معظم الحوادث إنّما هي الدّافعية اللاشعورية.⁽¹⁾

أي دوافع لا يشعر الفرد بوجودها، تدفع صاحبها للتورط في الحوادث دفعاً، ومن هذه الدوافع ميل لا شعوري إلى التهرب من بعض المسؤوليات، أو إلى الابتعاد عن أداء بعض الأعمال...

فقد أكد "Flanders DUNBAR" على وجود لدى المصابين بالحوادث نوع من الثوران ضد السلطة وهروب من المسؤولية والتي ينظر لها على أنها الأسباب الرئيسية للحوادث ويتبنى هذا المنظور معظم علماء التحليل النفسي الأمريكيين.

وقد تكون الحوادث وسيلة لإرضاء ميول عدوانية لا شعورية على الغير والنفس، فقد تكون وسيلة لجلب الحزن على الأهل للانتقام منهم، فقد وجد "HOBBS و TILLMAN" بأن العدوانية هي كمفتاح عام للمصابين بالحوادث ويؤكدون بأن هؤلاء الأشخاص هم في نزاع دائم مع وسطهم.⁽²⁾

ولدى بعض الأشخاص حاجة لا شعورية شديدة إلى إنزال العقاب بأنفسهم وذلك عن طريق ارتكاب حوادث في المصنع في المنزل أو في الشارع بصرف النظر عن نوع أعمالهم وبالرغم مما لديهم من خبرة وذكاء وصحة وقوة وسلامة في الحواس.

وترجع هذه الدوافع اللاشعورية إلى أحداث مؤلمة وخبرات مريرة عاناها الفرد إبان مرحلة الطفولة المبكرة، وقد ظهر أن أمثال هؤلاء الأفراد نشؤوا على تربية تسرف في القسوة والتأنيب، بما جعلهم يثورون على كل سلطة وقيد في البيت وفي المدرسة أو خارجها، أو نشوء على تربية تسرف على التدليل، بما جعل الفرد يسرف في مطالبه ويلتمس وراء الحوادث أرباحاً معينة.⁽³⁾

1 . نفس المرجع السابق، ص 31.

2 . ABULKER(P) et autres : opcit, p 102.

3 . راجح أحمد (عزت) : مرجع سابق ص 368.

كما لاحظ الكثير من الباحثين أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين التأزم النفسي ومعدل الحوادث.

. ويقصد بالتأزم النفسي Frustration حالة من التوتر النفسي تنشأ عن عوامل في نطاق العمل كوجود رئيس مستبد أو من متاعب منزلية أو مدرسية أو إجتماعية أو إقتصادية، أو من عوامل شخصية كوجود مرض أو عاهة لدى الفرد.⁽¹⁾

د . نظرية الإستهداف:

تعدّ نظرية الإستهداف من أقدم النظريات التي فسّرت الحوادث سيكولوجيا، وتتطلق من فرض مؤداه أن الأشخاص الذين يرتكبون الحوادث بصورة متكرّرة يمكن إعتبارهم مستهدفين بالحوادث.

ويعرف "أحمد عزت راجح الإستهداف: "بأنّه إستعداد يقوم على مجموعة من الصفات والمميّزات الشخصية تهيبّ الفرد للوقوع في الحوادث، فتجعل معدّلها عنده أعلى دائماً من معدّل ما يقع لغيره من الأفراد".⁽²⁾

فحسب هذه النظرية فإنّ الحوادث ليست موزّعة بين النّاس توزيعاً عشوائياً ولا على أساس الصدفة، بل هناك أناس يحملون سمات شخصية تجعلهم مهيبّين أكثر من غيرهم للإصابة بالحوادث.

فقد يلقّب بعض النّاس بأنهم معتادين على الجبس، أو طفل كثير العثرات casse-co،

هذا ما يستخلص من التجربة اليومية للوالدين والأطباء.. لكن الدّراسات العلمية تنصح ببعض من التحفّظ في استعمال مثل هذه المصطلحات.

في الحقيقة أنّه لا للنظرية القدرية، ولا للنظرية الطبيّة ولا للنظرية النفسية هي التي يمكن إرجاع الفضل لها في تفسير الحوادث.

وإنّما بتداخل هذه العوامل فيما بينها مع عوامل أخرى إجتماعية ومادية يقع الحوادث باستثناء النظرية القدرية التي لا تقوم على أساس علمي.

من هذه التفسيرات المتداخلة والمتفاعلة نستخلص بأن الحوادث ظاهرة معقّدة ومتعدّدة الأسباب والعوامل تستحق الدّراسة من عدّة جوانب.

1 . نفس المرجع السابق. ص 365.

2 . نفس المرجع السابق. ص 377.

2 . الإقترب المتعدّد الأسباب :

إذا اعتبرنا الحادث فعلا إجتماعيا مركّبا، فيمكن أن ننظر إليه حسب السببية المتعدّدة.

فأمام الخطر يكون الإنسان قابل للجرح أو العطب *vulnérable*، والحادث يقع في الأوقات التي ترتفع فيه فجأة هذه القابلية. العوامل التي تتحكم في هذه الأخيرة متعددة وتولد الحادث هو في الغالب من طبيعة متعددة الأسباب.⁽¹⁾

فحسب علم الحوادث *l'accidentologie* "الحادث هو نتيجة فعل مقترن *action conjuguée* لعدة عوامل مجتمعة في وقت واحد".⁽²⁾

فعند دراسة ميكانزم الحادث نستخلص بأن الأمر يتعلّق بظاهرة وواقعة جدّ معقّدة، خاصة إذا تعلّق الأمر بالطفل،" فهذا الأخير لمّا يولد يأتي إلى عالم تحدّدت معالم موقفه النفسي، ومن عناصر هذا الموقف الأساسية الوالدين بشخصيتهما وبكل ما يوفّرانه تحت سقف البيت من تراث وتقاليد وعادات ومشارب... ثم ينتقل الطفل شيئاً فشيئاً إلى العالم الفسيح في الوسط الكبير الذي تعيش فيه الأسرة بكل ما يحتويه ذلك الوسط من آداب ومعارف وعرف ومستوى إجتماعي ومستوى علمي.⁽³⁾

فمن وظائف الأسرة الأساسية عامة والوالدين خاصة هي تربية الطفل وتعليمه ومساعدته على التلاؤم مع الوسط الطبيعي (الثابت نسبياً) ومع الوسط الإجتماعي (المستمر التغير) فتلائم الكائن الحي يعني انسجامه مع الوسط المحيط به، فهذا التلاؤم يكون على الدوام مهدّداً بتأثيرات عوامل إضطراب مختلفة تحاول تهديمه وكل هذه العوامل المختلفة تتجمّع تحت إسم "التغير". وهذا التغير يمكن أن يأتي من العالم الخارجي الذي يحيط بالكائن الحي (كالأسرة: ك وفاة أحد الوالدين، انفصالهم...) أو من داخل الكائن الحي نفسه.

ولكن الصلة القائمة بين الكائن الحي والوسط المحيط به، تجعل كل تغيّر سواء جاء من الدّاخل أو من الخارج سبباً في إفساد الإنسجام الذي قد يؤدّي إلى إضطراب سلوك الفرد نتيجة ذلك التغير سواء بالإنحراف أو الميل إلى إرتكاب الحوادث، للإنتقام من النفس أو الغير.⁽⁴⁾

1 . Felix (M) et Tursz (A) : opcit , p 97.

2 . Document interne: opcit, p 4.

3 . غالب (مصطفى) : السلوك ، دار مكتبة الهلال ، بيروت ، 1991 ، ص 12.

4 . الجمالي (حافظ) : سكولوجية الطفل ، مطبعة الجامعة السورية ، دمشق ، 1956 ، ص 4.

فمن النتائج التي توصلت إليها الدكتورة "دونبار Dunbar" من خلال دراستها لطائفة من المصابين الذين تورطوا في حوادث هي :

"أن هؤلاء المصابين لهم طراز من الشخصية يقترب من شخصيات الأحداث الجانحين، مع فارق بسيط، هو أن الجانح يكسر القانون، أما المصاب بالحوادث فيكسر عظامه.⁽¹⁾

كما أكد الدكتور "M.postiglione" . مدير مكافحة الأمراض في المكتب الجهوي للمنظمة العالمية للصحة بأوروبا . في اجتماع للمنظمة العالمية للصحة في 29 - 31 جانفي 1980.

وعن آخر تقرير من محاضرة للمنظمة العالمية للصحة خاصة بالطفل والمراهق في المجتمع "أن أحد الأسباب الرئيسية للتفاقم الكبير للحوادث خاصة خلال مرحلة المراهقة هو من طبيعة إجتماعية نفسية psychosocial وأن هذا المشكل لا يكمن في الأمراض ولا في الخلل العقلي ولكن يكمن في مركبات الوسط...

ومن بين العوامل النفسية والفردية التي أخذت بعين الإعتبار لدينا:

- مميزات لشخصية غير متزنة ومضطربة،
 - السمات الدالة على حالة عدم التكيف،
 - الردود المبالغ فيها لبعض المنبهات كالأصوات مثلاً.
- ومن بين العوامل الإجتماعية التي أخذت بعين الإعتبار والتي لها تأثير غير مباشر (كوسيط)، عن طريق نمو الطفل والوسط الإجتماعي الذي ينشأ فيه لدينا:
- التصدّع أو الإضطراب الأسري،
 - التهميش التّاجم عن قلة المداخل... إلخ

وبصفة عامة اعتبروا بأنّ الحوادث ترتفع عند الشباب المضطربين إجتماعياً أو المنحرفين.⁽²⁾

كل هذا يؤكد على أن الحوادث هي من طبيعة متعدّدة الأسباب والعوامل لكن تقسيمها وتصنيفها يختلف من دراسة إلى أخرى وذلك حسب نوع الدراسة، طبيعتها وأهدافها فنجد من الدراسات من تقسم هذه العوامل إلى نوعين أساسيين من عوامل الخطر ونجد هنا نموذجين:

1 . راجح أحمد (عزت): مرجع سابق، ص 379.

2 . L'organisation mondiale de la santé : Rôle des Facteurs psychosociaux des Accidents chez les enfants et les Adolescents, Rapports sur une Réunion de l'O.M.S, Bruxelles, 29 - 31 Janvier 1980, pp 1 - 9.

الأول يقسمها إلى عوامل داخلية (Endogène) أو شخصية خاصة بالمصاب: خصائصه البيكولوجية الفيزيولوجية... إلخ،

وعوامل خارجية (Exogène) مرتبطة بالوسط الإنساني والمادي للمصاب.

والثاني يقسمها إلى عوامل خاصة بالوسط وعوامل خاصة بالسلوكات (les comportements):

. سلوكات المصاب ومن يحيطون به، في حالة حوادث الأطفال لدينا:

سلوك الطفل الذي يختلف حسب سنّه، جنسه، شخصيته، وبعض خصائصه الفيزيولوجية والبيكولوجية..

وسلوك الوالدين فيما يخصّ تنظيمهم للوسط المادي والمعنوي الذي ينشأ فيه الطفل، مراقبتهم وتربيتهم له، وعيهم بقدرات الطفل وتطورها عبر مراحل نمّوه، وعيهم بالمخاطر ومواجهتهم لها... إلخ.

ومنها من تقسمها إلى عوامل نفسية واجتماعية وفي هذا الصدد نعرض قائمة العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر في وقوع الحوادث والمقترحة من طرف المنظمة العالمية للصحة (أنظر القائمة ص⁽¹⁾)

منه نستخلص بأنّ الأمر يتعلّق بمجموعة معقّدة ومتشابكة من العوامل المتداخلة فيما بينها، (وذلك بغد النّظر عن تصنيفها وتقسيمها)، فكل عامل له علاقة بالآخر، حيث لا يوجد أي عنصر يتصرّف أو يؤثر بمعزل عن غيره من العوامل فهي ليست مستقلة عن بعضها، لهذا يعدّ من الضروري محاولة فهم كيف تتفاعل هذه العناصر المختلفة حتى يقع الحادث، فقد اتفق أغلب الباحثون في هذا المجال أن حوادث الأطفال هي ظاهرة ناتجة عن تفاعل الطفل بكل خصائصه الشخصية مع مركّبات الوسط.

قائمة العوامل النفسية الاجتماعية

المستوى الاجتماعي العام
N. de collectivité

- طبيعة أو نوع السكن.
- ترسيخ المدارس.
- شبكة الطرق والمرور.
- ساحات اللعب.
- التدابير والمعايير الأمنية.
- تخطيط المجتمع.
- المختصين في التحضير.
- المعماريين.
- المهندسين.
- الوصول للمراكز الصحية.
- الوصول للمراكز التربوية.

المستوى الاجتماعي الشخصي
N. Personnel- Social

الطفل :

- مستوى نموّه:
- الجسمي . الدهني،
- الاجتماعي والبيكولوجي
- جنسه .
- وعيه بالخطر.
- شخصيته العامة.
- إعاقة حركية أو سمعية بصرية.

الأسرة :

- المركز الاجتماعي الحالي.
- الوضع الاقتصادي والمستوى التعليمي.
- مناهج تربية الطفل.
- التوتر والصراعات العائلية.

النسق الاجتماعي Systeme Social

- المعايير التي يوليها المجتمع لسلامة الطفل.
- درجة الوعي بالمشكل الناتج عن الحوادث.
- النظام التجاري.

- النّظام السّياسي.
- السّلطات المحليّة.
- القوانين التشريعيّة.

والحقيقة أنّ التفاعل فيما بين هذه العناصر المختلفة هو معقّد لكن مهمّ للفهم، إذ يعدّ كإجراء أساسي يفيد كقاعدة أساسية للوقاية، فهو يمدّنا بأسس الوقاية. ولجمع الأجزاء المتفرّقة نجد محاولات لاقتراح نماذج تفسّر العلاقة بين مختلف العناصر أو العوامل والتفاعل فيما بينها.

3 . محاولة وضع نماذج :

النموذج الأوّل : هو الأكثر بساطة، حيث أن مختلف العوامل تكون مجتمعة في علاقة ثلاثية. ونجد هنا شكلين:

الشكل I ← يضع الضحية في قلب النسق وكل عامل في علاقة مع العوامل الأخرى. (1)
(أنظر الشكل ص 53)⁽¹⁾

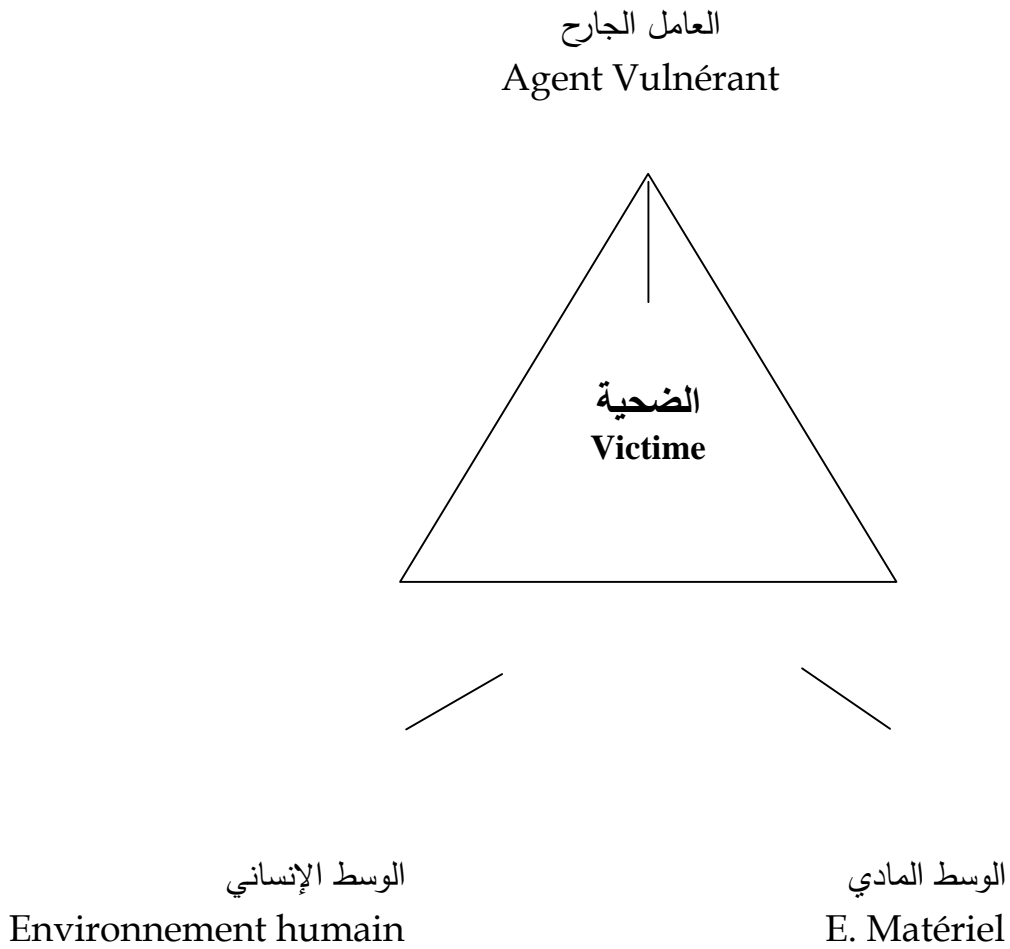
الشكل II ← يضع الحادث في قلب النسق، وكل عامل في علاقة مع غيره. (2)
(أنظر الشكل ص 53)⁽²⁾

حسب هذا النموذج فإنّ للكشف عن حالات الخطر علينا أن لا نغفل بأن العامل الخطير، الذي يمثّل: السبب المباشر والأخير لوقوع الحادث، والذي تنسب له المسؤولية في الغالب . مثلاً: قارورة ماء جافيل مفتوحة، وعاء به ماء مغليّ .، هو في الحقيقة ليس إلّا معجل لوضعية هي من قبل خطيرة.

-
- 1 . LEBOVICI (S) : opcit, p 836.
 - 2 . Document interne : opcit, p 5.

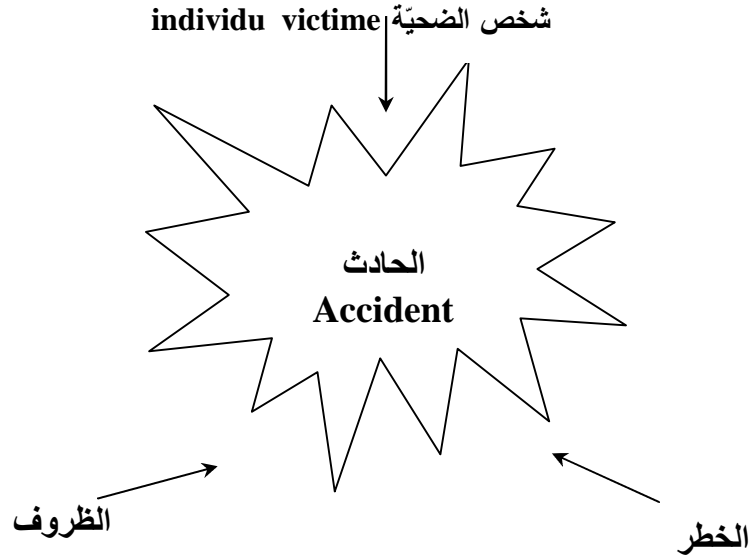
52

: الشكل I



يمثل مختلف العوامل في شكل علاقة ثلاثية

: الشكل II



- . الضحية: الطفل بكل خصائصه النفسية الفيزيولوجية
- . الظروف: عدم الإنتباه، الإهمال، اضطراب الجو الأسري، والوسط المادي بصفة عامة.
- . الخطر: السّلم، سكّين، إناء به ماء محمي...

يمثل مختلف العوامل في شكل علاقة ثلاثية

النموذج الثاني: هو "لغوستافسون L. Gustafsson" والذي يأخذ شكل معادلة.

$$H . P = S . E .$$

H . يمثل الصدفة، والمخاطر المرتبطة بالوسط.

P . شخصية الفاعل أو المعني Sujet

S . المراقبة Surveillance

E . التربية Education

حسب "L. Gustafsson"، فإنّ الحادث يقع لما يختلّ التوازن بين العبارتين. المخاطر والعوامل الشخصية تتغلّب على المراقبة والتربية.⁽¹⁾

كما يوجد توازن داخل كل عبارة من المعادلة :

. فوسط خطير مثلا يمكن أن يطابق شخصية حذرة ممّا يقلل من الخطر.

لما يكبر الطفل فإنّ المراقبة ينبغي أن تترك المكان تدريجيّاً للتربية... إلخ.

النموذج الثالث : النموذج الخطي أو نظرية الدومينو

ويتزعمها "هينريش HEINRICH (1950)" الذي يرى بأنّ الإصابة هي نتيجة طبيعية لتوالي عدد من الأحداث أو الظروف التي تظهر فجأة في نظام ثابت ومنطقي.

وكل ظرف مشتق من ظرف آخر، وتكون هذه الأخيرة التي شبّهها الباحث بنسق من الدومينو في وضعية عمودية وبمجرد وقوع أول دومينو يحدث توتّر في جميع عناصر النسق. (أنظر الشكل III) كما أن كل دومينو يمثل ظرفا من الظروف التّالية:

1 . LEBOVICI (S) : opcit, p 836.

. الوراثة والمحيط الإجتماعي.

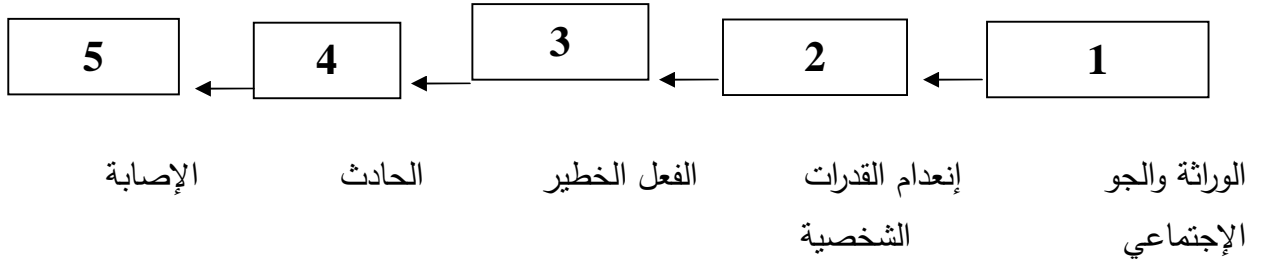
. إنعدام القدرات الشخصية.

. الفعل الخطير.

. الحادثة.

. الإصابة.⁽¹⁾

الشكل III : يمثل (نظرية الدومينو) (Heinrich 1950)



النموذج الرابع:

معادلة وقوع الحوادث هنا تأخذ في الحسبان أربعة فاعلين، وعدد كبير من عوامل الخطر (أنظر الشكل رقم IV).

هذه العوامل منها التي يمكن مراقبتها، تعديلها وضبطها وأخرى لا لهذا ينصح أن نكون حذرين في استعمال مصطلح "عامل الخطر".

ففي الغالب يحدث خلط بين ثلاثة مصطلحات: إشارة الخطر (signe de risqué)، عامل الخطر (facteurs de risqué) وعلامة الخطر (marqueurs de risqué).

في العادة يقصد بـ إشارة الخطر، أي عامل يرتبط بطريقة إحصائية ذات معنى بالمرض لكن إشارات الخطر هذه يمكن أن تكون من نوعين: (2)

1 . فريخ (نبيلة) : مرجع سابق، ص. 33

1 . Baudier (F) (et autres) : La Prévention des Accidents Domestiques de l'Enfant : Préface: Pr Hurbert AHEMAND : la Santé en Action, Guide Méthodologique et Pratique en Education pour la Santé, Edition CFES, Paris, Décembre 1992, p 67.

• نتكلم عن عوامل الخطر لما يكون بإمكاننا مراقبة تأثيرها بواسطة تدخّل كلينيكي إيدميولوجي أو تدخّل غير طبيّ.

مثلاً : في حالة الحوادث التي تظهر فيها بأن غياب المراقبة هي من بين العوامل التي تسببت في وقوعها. نظرياً يمكن مراقبة وضبط هذا العامل الخطير.

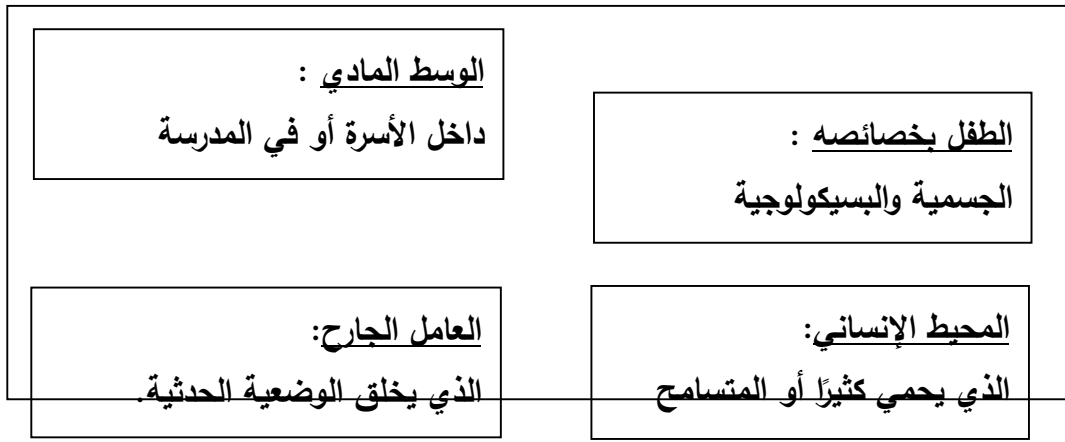
• نتكلم عن علامة الخطر *maraqueurs de risque*، لما يكون الأمر يتعلّق بخصائص شخصية أو وسطية التي لا يمكن ضبطها مثلاً: الجنس.

عملياً مصطلح عامل الخطر *Facteurs de risque* يستعمل في مكان إشارة الخطر *Signe de risque* وذلك في أغلب الدراسات.⁽¹⁾

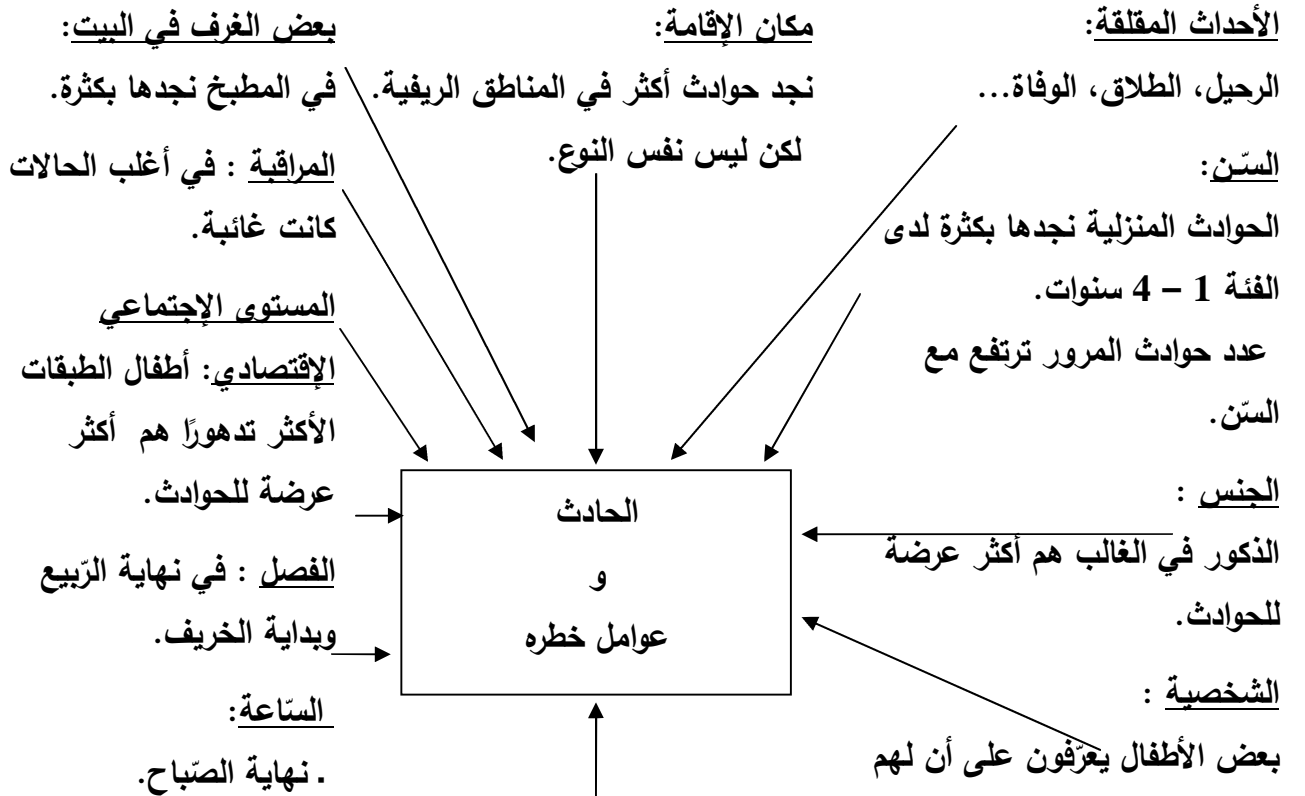
1 . Ibid : p 67.

الشكل IV : يمثل معادلة وقوع الحوادث .

الأربعة فاعلين:



مجموعة من عوامل الخطر :



النموذج الخامس :

هو النموذج الأكثر شمولية والمقترح من طرف المنظمة العالمية للصحة OMS، عن العوامل البسيكو إجتماعية في حوادث الأطفال والمراهقين. (أنظر الشكل V).

هذا النموذج يركز بالخصوص على التأثير والتفاعل المتبادل ما بين هذه العوامل، وعوامل الوسط الخارجية.

من بين هذه العوامل منها العوامل المهيئة *prédisposants* التي ترفع من قابلية الجرح *vulnérabilité* لدى المصاب، أو تخلق وضعية خطيرة، ومنها العوامل المعجلة *précipitants* التي بتدخلها تؤدي إلى الإصابة. (أي وقوع الحادث).

عملية الوقاية هنا تكمن في التركيز على العوامل (الداخلية أو الخارجية) التي يمكن تعديلها وتغييرها

بسهولة.⁽¹⁾

1 . LEBO VICI (S) et autres : opcit, p 836.

شكل رقم V:

F. environnementaux (خارجية) عوامل وسطية (exogènes)

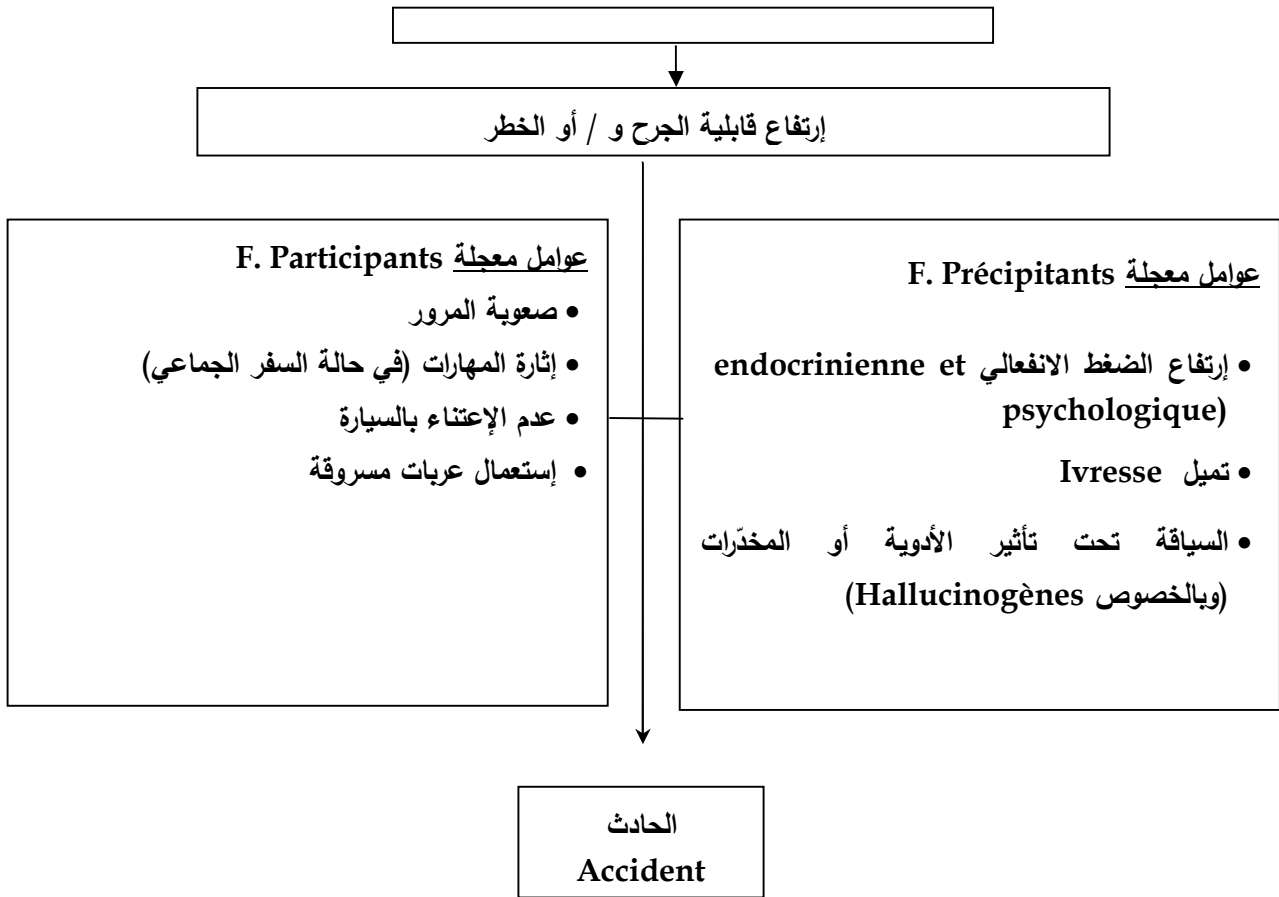
عوامل نفسية إجتماعية (داخلية)
F. psychosociaux, endogènes

F. Prédisposant : عوامل مهيئة

- استعمال في العادة عربية ذات عجلتين من غير وسائل أمنية كافية.
- غياب الحماية الجسدية (القبة، القفزات...).
- تكاثر الإعلانات التجارية لصالح العربات الخطيرة.
- عدم كفاية أو قلة القواعد الخاصة بسنّ السائقين.
- التسامح laxisme في تطبيق القوانين والقواعد.
- طول المسافة المؤدية للعمل والمدرسة..
- عدم كفاية أو الغلاء الفاحش excessive للنقل العمومي.

F. Prédisposants : عوامل مهيئة

- جهل المخاطر :
- قلة الخبرة :
- الرغبة في الاكتشاف والإبداع
- تقليد نموذج ما.
- الميل لأخذ المخاطر.
- استعمال عربية ذات محرك لاكتساب الأهمية.
- عدم التوافق والبيكولوجي، شخصية غير متزنة.
- سلوكيات إجتماعية مرضية Sociopathique
- العنف، الانحراف...
- اضطرابات أسرية.



نستخلص من كل ما سبق بأن الحوادث هي نتيجة تفاعل مجموعة كبيرة من العوامل، تدعى "عوامل الخطر" Factors de risque .

ونسَمّي عامل الخطر "كل الشروط المتوقّرة في الطفل أو في وسطه، والتي تبعت لحالة مرضية، أكبر عن التي يمكن ملاحظتها في كل المجتمع عن طريق البحوث الإيدميولوجية.

هذه العوامل : منها الخاصة بالطفل كنموّه، ومنها الخاصة بأسرته: كوجود اضطرابات أسرية أو تصدع أسري، ومنها الخاصة بالمجتمع بصفة عامة، كالفقر الإقتصادي والاجتماعي.

هذه العوامل ليست مستقلة ففي الغالب هي تساند وتقوّي بعضها البعض وتؤثّر جماعياً عوامل الخطر هذه منها:

. العوامل المؤقتة التي تظهر فجأة ولها تأثير مؤقت مثل: حالات الوفاة، حالات الاستشفاء، حدث جديد في الأسرة.

. والمزمنة (الدائمة) التي لها تأثير طويل المدى كالوضع الإقتصادي المتدهور. ومنها العوامل التي يمكن ضبطها وأخرى لا.

. ومنها العوامل المهيئة وأخرى المعجلة.

تحديد هذه العوامل وتصنيفها يسمح بتكوين صورة جانبية في الخطر Profils de risque الذي له قيمة تنبئية حيث يسمح لنا التنبؤ لوقوع الخلل. (هذا ما قد يفيد في رسم البرامج الوقائية) الوقاية هنا تكمن في محاولة تعديل، تغير القضاء (إذا أمكن ذلك) أو ضبط العوامل التي يمكن تعديلها، تغييرها أو ضبطها.

لكن تأثير هذه العوامل ليس شرطي أو حتمي، حيث لا يمكن أن نقول مثلاً: تحت ظروف معينة فإنّ الحادث يقع بالضرورة تأثيرها يكون نسبي واحتمالي، ويتوقف على درجة قابلية الجرح *vulnérabilité* وجدارة الفاعل. ⁽¹⁾ *compétence*

الجدارة التي تعكس قدرات الطفل للتكيف مع وسطه، وقابلية الجرح *vulnérabilité* (أو عدم القابلية *Invulnérabilité*) الناتجة عن قدرات المقاومة لديه!.

كل هذا يرتبط بشخصية الطفل، وقدرات المقاومة والتصدي لتناقضات وصراعات الوسط المادي والإنساني الذي ينمو وينشأ فيه الطفل.

1 . ABREGES deajuriaguerra. (J) . et autres : psychopathologie de l'enfant , Masson , Paris, Nework, Barcelone, Mexico, Sao Paulo, 2^{ème} éd, 1984, pp 376 . 377.

كل هذه العوامل المتفاعلة والمتشابكة ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار في دراسة مثل هذه الظواهر المرضية. (ظاهرة الحوادث).

حيث لا يمكن أن نأخذ جانب ونهمل آخر كما أن غياب أو القضاء أو ضبط أحد هذه العوامل يمكن أن يمنع حدوث الكارثة.

مثلاً : ظروف وسط متدهورة زائد شخصية متزنة وحذرة يساوي تجنب الحادث (أو العكس).

هذا ما قد يجعلنا متفائلين في مسألة الوقاية، لمحاولة الحد من هذه الكارثة الإجتماعية، الإقتصادية والصحية.

II . العوامل المهينة لوقوع الحادث :

هناك تشابه بين المرض والحوادث في أن لكل منها عدّة أسباب وإن كان هناك خلاف بين بينهما. وكما لاحظنا في الجزء السابق، هذه الأسباب أو العوامل هي عديدة ومتنوّعة (من حيث عددها وتصنيفها). ومن خلال دراستنا هذه، سوف نقسّمها إلى قسمين كبيرين: عوامل شخصية (داخلية) وعوامل وسطية (خارجية).

1 . العوامل الشخصية :

هي العوامل النفسية، الفيزيولوجية، البسيكولوجية والجسمية الخاصة بالشخص المصاب والتي تميّزه عن غيره. وبما أنّنا في صدد دراسة الحوادث لدى الأطفال فإنّنا سوف نقوم بعرض الخصائص الشخصية للطفل وعلاقتها بالحوادث.

أ . نموّ الطفل :

اهتمّت الدّراسات المختلفة حول الطفل بدراسة النّمّو بوجه عام والتغيّرات التي تطرأ على سلوك الفرد أثناء حياته ومدى تأثير العوامل المختلفة سواء الوراثة أو البيئية على هذه التغيّرات. وعملية النّمّو التي تحدث في فترة الطفولة ليست مجرد زيادة كمية في الحجم أو الطول أو الوزن، وإنّما هي سلسلة من عمليات التكيف وإعادة تنظيم العلاقات في البناء التكويني وفي النّمّو العقلي وفي الشخصية عامة.⁽¹⁾

1 . الجبيلي (خيرى خليل): الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1993، ص . 104 - 105.

والنّمّو هو سلسلة متتابعة متكاملة من التغيّرات تسعى بالفرد نحو اكتمال النضج واستمراره وبدأ انحداره. والنّمّو هو العملية التي تتفتّح خلالها إمكانيّة الكامنة وتظهر في شكل قدرات ومهارات وصفات وخصائص شخصية.⁽¹⁾

ويعتبر النّمّو الفيزيولوجي للطفل (الجسماني والبسيكولوجي) هو نفسه من العوامل التي تجعل الطفل قابل للجرح.

ويعدّ السن من المؤشّرات الرئيسية التي تمكّننا من معرفة القدرات البسيكولوجية والجسمية للإنسان خاصة في المراحل الأولى من حياته، فكل سنة تعني الكثير عنده وعند الأفراد الذين يحيطون به فالمولود الجديد مخلوق غير ناضج يعرف تطوّرات عبر مراحل نموّه التي تمر بالصبي، الطفولة والمراهقة.

11 **مرحلة الصبي أو المهد** : أو الرضاعة والنظام وتشتمل السنتين الأولى من عمر الطفل وترتكز حياة الطفل في هذه المرحلة حول إشباع حاجاته الفسيولوجية.⁽²⁾

قال الله تعالى: "والله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعلمون شيئاً وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة لعلكم تشكرون"

سورة النحل آية 78.

ويعتمد الوليد في جميع أمور حياته على غيره، وخاصة على أمّه فهي التي تلبي له حاجات الحياة وتمدّه بكل ما يلزمه من مقومات.

وتعدّ الأم أول من يتعرّف عليه الطفل في عالمه الجديد، حيث تنمو بينهم علاقات وروابط قويّة ذات أثر فعّال على نموّه النفسي والعاطفي.

وخلال الأشهر الأولى من الحياة فإنّ التّمّو النفسي الحركي للطفل لا يميّزه شيء كبير، بحيث أن الطفل يقضي معظم أوقاته مستلقياً على ظهره، ويكون عاجزاً تماماً عن الجلوس والانتقال وتكون حركاته عشوائية، تلقائية، متنوّعة، سريعة، غير منتظمة وغير متمايضة، يستثيرها أي مثير خاصة المهيجات العضوية ولا يستطيع الحركة الإرادية ويرجع ذلك إلى عدم نضج جهازه العصبي.⁽³⁾

-
- 1 . حامد عبد السلام (زهران): علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتاب، القاهرة، ط 2 ، 1972، ص 13 . 2 . الجميلي (خيرى خليل) : مرجع سابق، ص 106
 - 3 . حامد عبد السلام زهران : مرجع سابق، ص 112.

هذه المرحلة تتميز بالتبعية المطلقة والتامة وخاصةً خلال الأشهر الخمسة الأولى. وابتداءً من الشهر الثالث وفي الغالب حتى الشهر السادس، ينتقل الطفل من الوضعية الظهرية dorsale إلى الوضعية البطنية ventral وما يتبعها من خطر السقوط أو الاختناق.

فتقدّمه الحركي النفسي والعاطفي يكون مرفوق بفضول جديد وبرغبة كبيرة في النظر والمعرفة وحبّ التطلّع ممّا يشكّل له . منبع خطر احتمالي . هذه الرغبة تكون مرفوقة بسلوكات طبيعية، لكن بصفة أو بأخرى . بخطر الحادث .

. مرحلة "كل شيء في الفم" مع خطر التسمّم أو ابتلاع أو امتصاص جسم غريب.

. ظهور المشي وما يتّبعه من مخاطر خاصة السقوط، (هذا ما تؤكّده أغلب المعطيات الإحصائية التي تبيّن الارتفاع المفاجئ لتكرار الرضوض خاصة الناتج عن السقوط إبتداء من العام الأول).⁽¹⁾

فعلى الأم في هذه المرحلة أن لا تدع طفلها يغيب عن مراقبتها ورعايتها، فإهمال الطفل ولو لفترة قصيرة قد يحدث له أذى وضرر كبير. فجسمه الصغير يعرّضه لمخاطر، خاصة في وسط مبني ومنظّم من طرف الكبار وللكبار، فنموّ القدرات والتوازن النفسي العاطفي خلال السنة الأولى من الحياة مرتبط بالوسط الأسري.

وإبتداءً من السنة الثانية من الحياة، تبدأ السلوكات المستقلّة حيث يصبح الطفل أكثر إستقلالاً عن أمّه أو مربيته وبيدء في إكتشاف العالم المحيط به داخل المنزل مع إثبات وإثراء مهاراته (les performance) مع وجود مظهر الاعتراض وغياب الوعي بالمخاطر.

فالنضج النفسي العاطفي لدى الطفل الصغير يترجم بميل للإستجابة للمواقف بجسمه فالعقلانية (mentalisation) لا تظهر إلاّ تدريجياً مع عدم احتمال الاحباطات.

والطفل في هذه المراحل يسلك سلوك طائش، غريب وفضولي، من جزاء الإنتباه غير المناسب، وذلك لعدم اكتمال نضجه العصبي والسمعي البصري، والبسيكولوجي وضعف قوّته العضلية، وتنسيقه الغير كامل⁽²⁾

1 . Félix (M) et Tursz (A) : opcit, p 97.

2 . Alix (D) (et autres) ; opcit p 49.

أ2 . مرحلة الطفولة: وتشمل مرحلة الطفولة المبكّة (من 3 إلى 5 سنوات) وهي مرحلة دور الحضانة.

تمتاز هذه المرحلة بالزيادة الكبيرة في النشاط الحركي والعضلي للطفل الذي يتمثل في الجري والقفز والتسلق ومراقبة الحيوانات وعدم الاستقرار في مكان واحد، مع حب الاستطلاع والقدرة على تعلّم الألفاظ واكتساب المعلومات الجديدة. (1)

وخلال محاولته القيام بمختلف هذه الأعمال والحركات، يكون الطفل عرضة للخطر، وإذا كان الخطر موجودًا فإنّ الحادث يتبعه مباشرة، وبصفة جد سريعة هذا ما قد يجعل حتى الأشخاص الكبار غير قادرين على التّدخل في الوقت المناسب.

كل خصائص النمو هذه هي في الغالب مجهولة من قبل الوالدين، وبالتالي لا يتوقعون الحادث، زيادة عن ذلك فهم مقتنعين بأن طفلهم لا يتصرّف تصرفًا طبيعيًا، وإنّما يقوم بحماقات، وبالتالي تصبح المعاقبة والمنع الشكل الوحيد للوقاية.

ولهذا فعلى الوالدين وخاصة الأم التي تعتبر المسؤولة الأولى عن التربية الوقائية للطفل أن تتعلّم معنى الخطر، وتوضّح له الأخطار الموجودة خاصة في البيت.

فأهم وأول الدروس التي ينبغي أن يتلقاها الطفل، درس السبب والنتيجة، وذلك بطريقة تدريجية، باحترام أعمارهم، وأطوار نموّه، وعلى الأباء أن يوضّحوا عواقب ونتائج أي سلوك بدل من أن يتركوا الطفل يخطأ ثم يعاقبوه على خطأه. (2)

فالطفل يبقى لمدّة طويلة غير بارع، يتصرّف آليًا، لا يحتفظ بالوضعية التي سبق وأن كان عليها، ولا يعرف ما يريده الآخرين منه، لأنّه يركّز على ما يهّمه ويهمل الآخرين، فيقرّر الذهاب لإقتحام العالم من حوله بدءًا باكتشاف الكنوز التي لا تحصى في البيت.

هكذا يجازف بالقيام بأولى خطواته ويتوسّع ساقيه للحصول على نقاط الارتكاز، ويحاول التسلق والصعود، وهذا بعدما أصبح قادرًا على المشي، فقد أصبح مستقلًا بدون مساعدة أيًا كان فهذه الاستقلالية تصبح كافية لجذب أي أثاث أو لتسلق السلالم والشرفات.

1 . الجميلي (خيري خليل) : مرجع سابق، ص 107.

2 . ولمان (ب ب) : مخاوف الأطفال : تر : عبد العزيز القومي ومحمد الطاهر، دار المطبوعات الجديدة Lالاسكندرية، 1985، ص 180.

وخلال هذه المرحلة يمكن التميّز بين 3 أنواع من السلوكيات لدى الطفل:

1. الهدوء الذي يرافق التوازن والحذر، التقلب وكثرة الحركة، الفلق.

فابتداءً من السنة الثالثة من الحياة يبدأ البناء البسيكولوجي الذاتي للطفل، إلا أن المهارة الفكرية

الحركية *Idéo-motrice* لا تكتسب إلا بعد سن السابعة.⁽¹⁾

قبل هذا يكون الطفل يعرف انتباه موزّع وتصور مباشر منطقي، لكن جزئي فهو لا يستوعب إلا مظهر واحد من المعطيات ولا يميّز الوسط العام مع غياب الحذر، فهو لا يتأهّب بكل قدراته الحسية السمعية، وعقله البصري ضيق (مما يعادل نصف الحقل البصري لدى البالغ) كما أنّ الطفل لا يرى إلا ما هو أمامه، ولا يستطيع تحديد مصدر الأصوات بدقة، وأخيراً فهو لا يقدر جيّداً سرعة الأشياء ولا المسافة التي تفصله عنها.⁽²⁾

مرحلة الطفولة الوسطى : وتشمل الفترة من بين 6 و 8 سنوات (وحتى 10 سنوات) وهي تقابل السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية وتتميّز هذه المرحلة باستقلال الطفل عن أمّه وبدء تكوين العلاقات الاجتماعية المتعدّدة مع الآخرين، رغبة الطفل في ركوب الدراجات، وميله للألعاب التي تتضمن قدرًا من الجري كما يميل للإعتداء على الأطفال الصغار، في الألعاب التي يمارسها وللتنافس مع غيره من الأطفال ومحاولة إثبات الذات للجماعة...

فمع التقدّم في السن، فإن النشاطات التي يقوم بها الطفل تتطوّر . سواء حسب النوع أو المكان . وتتغيّر في اتجاه خطر الإصابة، الذي يرتفع أكثر فأكثر مع بداية التردّد على المدرسة الابتدائية . أي الدخول في حركة المرور وممارسة الرياضة . أين تزيد المخاطر .

فالطفل . حتى سنّ العاشرة . نظرة لحظية فهو لا يرى في وضعيته وضعية متطورة لا يدرك ما يمكن أن يحدث له، لديه فكر متمركز حول الذات *égocentrique* ، فهو لا يفكر كالأخرين ولا يترجم الأشياء من منطلقهم، وهو يجهل ما يمكن أن يضرّه، لديه إمكانيات سمعية محدودة وتصرفات دافعية *Impulsif*.⁽³⁾

فبقدر ما يجهل الكبار مصاعبه وحدود قدراته بقدر ما يكون أكثر عرضة للحوادث نتيجة فضوله واستطلاع المستمر، فهم ينتظرون منه أن يتصرّف كمخلوق ناضج وعاقل، وتصرفاته خلال هذه المرحلة تكون كمزج للجهل وعدم الجدارة.

1 . Alix (D) et autres : opcit, p 49.

2 . Ibid, p 45.

أ 3 . مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة :

وتمتدّ هذه الفترة من 10 إلى 14 سنة وهي تقابل السنوات الأخيرة من المدرسة الابتدائية والسنوات الأولى من المرحلة المتوسطة.

بالإضافة إلى تطوّر وتنوّع النشاطات التي يقوم بها الطفل خلال هذه المرحلة والتي تزيد من درجة تعرّضه للحوادث، يرتفع الخطر بفعل التحوّلات الجسدية وكذلك الصورة غير الملائمة لجسمه، وقلّت معرفته لما يحيط به فهو يحتاج إلى الإستقلالية والمعارضة وهو في ثورة مع عالم الكبار وممنوعاته . فهم ينتظرون منه أن يتصرّف كمخلوق ناضج وعاقل . ويتعايش هذا غالباً مع عدم النضج النفسي فهو يبحث عن تجارب خطيرة، والحادثة بالنسبة له يمكن أن يصبح كوساطة بين الإرادة للحياة والإرادة للموت، ممّا يخفي الإحساس الشديد بالذنب والرغبة في معاقبة الذات، بصفة عامة اختلال في الشخصية والتي تشكل مصدر هام للخطر. ⁽¹⁾

كما نجد تأثير عنصر آخر في مرحلة المراهقة وهو عنصر الخيال فنجد هنا الطفل يخلط بين الحقيقة والخيال وفي نفس الوقت حبّ المغامرة فنجده يحاول تقليد بعض الأبطال السينمائيين الذين يتأثر بهم من كثرة رؤيتهم، فيصبح الخيال بالنسبة إليه كحقيقة ويحاول التقليد ممّا قد يعرّضه أكثر للخطر .

ب . جنس الطفل :

لا يجب إغفال جنس الطفل فيما يتعلّق بالعوامل الشخصية التي تؤثر في وقوع الحوادث، وقد أثبتت الدّراسات سيطرة الذكور فيما يتعلّق بعلم الأمراض الخاص بالحوادث *pathologie Accidentelle*. هذه الظاهرة تظهر جلية عند التعرّض إلى الأخطار المختلفة أكثر ممّا تظهر في سلوكيات مختلفة. فالذكور يصابون بالحوادث أكثر من الإناث، فتركيبتهم الفيزيولوجية تلعب دوراً كبيراً في تعرّضهم للإصابة فالأطفال الفضوليين هم الذين يوقّعون أنفسهم في التهلكة. ⁽²⁾

فالذكور . حسب نظرية الاستهداف . هم أكثر عرضة للحوادث عن الإناث بسبب بعض السّمات الخاصة بالطباع والسلوك. ⁽³⁾

1 . Félix (M) Tursz (A) : opcit, p 98.

2 . Ibid : p 98.

ج . الحالة الصحية والنفسية للطفل :

كل مراحل النمو والخصائص المذكورة سابقاً هي تخصّ الأطفال الذين لهم نمو طبيعي لكن الأطفال الذين يمثلون عجز أو نقص أو اضطراب في الشخصية يستحقّون انتباه أكبر .
يمكن أن يتعلّق الأمر بتأخر نفسي حركي psychomoteur الذي يصاحبه في غالب الأحيان نقص في تقدير المخاطر، أو بإعاقة حسّية سمعية sens oriel وتعتبر أكثر خطورة من جرّاء غياب قدرت التعرّف على قدوم الخطر .

ويمكن التميّز بين 3 حالات:

- 1 . نقص أو عجز معروف يتطلب زيادة المراقبة،
 - 2 . عجز غير معروف لكن في طريق التشخيص . بالنسبة للأشخاص الذين يعرفون حوادث متكرّرة récidive . ،
 - 3 . عجز مؤقت الذي يكون في أوقات المرض أو مرحلة النّقاهاة.⁽¹⁾
- لكن حتى الآن فإنّ البحوث والدراسات التي أجريت لم تسمح بالتعرّف ما إذا كان الأطفال المعوقين . سواء حركياً أو عقلياً . أو الذين يعانون من عجز أو نقص هم أكثر تعرّض لخطر الحوادث عن غيرهم أولاً .

فلا يمكن لنا القول مثلاً بأن الإعاقة تعدّ كعامل خطر تجعل حاملها يعرف حوادث أكثر من الشخص السليم إلّا أن وحسب نوعية الإعاقة أو العجز ودرجته يمكن تمييز بعض الوضعيات الخطيرة .
فالأطفال الذين يعانون من عجز أو نقص ذهني déficience mentale خطير يعرفون حوادث تلقائية لقلّة أو غياب الحذر لديهم ولردود أفعالهم غير الطبيعية .

فخطر الحروق مثلاً لدى الطفل الذي يعاني من الشلل يعد بالغ بفعل غياب الحساسية لديه فهو لا ينفعل مع الماء المغلي، أو أمام حرارة المدفئة التي يكون بقربها حتى يصاب بالحروق .

بالإضافة إلى ذلك فإنّ الأطفال الذين يعانون من الأمراض المزمنة هم أكثر قابلية للتعرّض للحوادث خاصة في وقت الأزمات، كالأطفال الذين يعانون من مرض الصرع epileptique.⁽²⁾

1 . ALIX (D) et autres : opcit p 49.

2. ZUCMAN (E) : Les Accidents domestiques chez l'enfant handicapé et sa famille, in . FELIX (M) et Tursz (A), opcit, p 119.

كما أن درجة تأثير كل عوامل الخطر المذكور سابقاً والتي تخصّ الأطفال خلال السنوات الأولى من حياتهم (ما قبل المدرسة) نجدها بعد هذا السن ولمدّة أطول لدى الأطفال الذين يعانون من بعض الإعاقات أو النقائص.⁽¹⁾

د . شخصية الطفل :

الأطفال يتميّزون بشخصيات مختلفة التي تجعلهم متحرّزين من الخطيئة أو متهجمين (جريئين).

شخصية الطفل كثير العثرات *Accidente* درست في إطار دراسة الحالة والتي أكّدت على الانتشار الكبير لميولات العنف وكثرة الحركة لدى الأطفال الذين يقعون ضحايا للحادث.

هذه الدّراسات حول الشخصية أدّت إلى تشخيص مصطلح الاستعداد للحوادث *prédisposition* وهو مصطلح مدعم بوجود أشخاص يمثلون حوادث متكرّرة.

ويبقى أن هناك أطفال يعرفون حوادث أكثر من غيرهم أو من المعدّل، فالأمر يتعلّق بأكثر من مجرد ميل خلقي، وإنّما بطبيعة البيئة والوسط الذي ينشأ فيه هؤلاء الأطفال والذي قد يكون خطير، كالأطفال الذين يعيشون علاقات أسرية صعبة، والحادث هنا قد يأخذ حسب الحالات معنى التحدي أو الاعتراض ممّا يعادل الانتحار أو نداء لانتباه وحب الوالدين.⁽²⁾

2 . العوامل الخارجية (الخاصة بالوسط) :

بالإضافة إلى العوامل الوراثية والعضوية المذكورة سابقاً يتأثر نمو الفرد بالعوامل البيئية والخارجية. وتشمل البيئة العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية. وللبيئة دور كبير إيجابي حيث تسهم في تشكيل شخصية الفرد النامي وفي تعيين أنماط سلوكه وأساليبه في مجابهة مواقف الحياة (...).⁽³⁾

1. Ibid : p 120.

2 . LE BOVICI (S) et autres : opcit, p 837

1 . حامد عبد السلام (زهراڻ) : مرجع سابق ، ص 23.

ويكتسب الفرد النامي أنماط ونماذج سلوكه وسمات شخصياته نتيجة للتفاعل الاجتماعي مع غيره من الناس من خلال عملية التنشئة* والتطبيع الاجتماعي ويؤكد علماء التحليل النفسي (ورائدهم فرويد) على أهمية التنشئة الاجتماعية خلال السنوات الأولى من حياة الطفل، وتأثيرها على تشكيل شخصيته في المستقبل.⁽¹⁾

وتعدّ الأسرة (الوالدين والإخوة) من أبرز عوامل التأثير الاجتماعي خلال هذه المرحلة وبعد ذلك يأتي دور الصحبة والرفاق في المدرسة وفي المجتمع الكبير وهكذا...

وعلى العموم كلما كانت البيئة صحيّة ومنتوعة، كلما كان تأثيرها حسناً في النمو، وكلّما كانت البيئة غير ملائمة أترث تأثيراً سيئاً على النّم، فالجوع في الغداء قد يؤدي إلى الهزال أو الموت، كذلك يمكن أن نرى كيف يصل الحال بالفرد لما يجوع عقلياً وحين يجوع انفعاليا وحين يجوع اجتماعياً أيضاً.⁽²⁾ وقد اتفقت اغلب الدّراسات على وجود مجموعة من العوامل الأسرية والاجتماعية والمادية التي تؤثر في وقوع الحوادث.

1 . الجميلي (خيرى خليل) : مرجع سابق، ص 51 - 53.

2 . د. حامد عبد السلام (زهراڻ): مرجع سابق، ص 24 .

* "ترى "د.انتصار يونس" أن عملية التطبيع الاجتماعي هي عملية التفاعل الاجتماعي التي يتم من خلالها تحول الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي.

ويشير "د. عبد الهادي الجوهري" أن التنشئة الاجتماعية تعتبر من أولى العمليات الاجتماعية ومن أكثرها شأنًا في حياة الفرد لأنها داعمّة الأولى التي ترتكز عليها مقومات الشخصية الإنسانية.

ويقول "ج. عبد الهادي عفيفي" أن عملية التنشئة الاجتماعية هي إكساب الفرد شخصية في المجتمع لمساعدته على تنمية سلوكه الاجتماعي الذي يضمن له القدرة على استجابات الآخرين وإدراك أهمية المسؤولية الاجتماعية وبذلك بتحقيق قدر مناسب لدى الفرد من التجاوب الاجتماعي النفسي.

ويرى "د. محمد عاطف غيث" أن التنشئة الاجتماعية هي ذلك النوع من التعليم الذي يسهم في قدرة المرء على أداء الأدوار الاجتماعية فهي تعليم ذو توجيه وكيفية خاصة. ومن زاوي بعض الأنساق الاجتماعية تعتبر التنشئة الاجتماعية تعليماً مرغوباً صادقاً.⁽¹⁾

"الأسرة هي جماعة اجتماعية أساسية ونظام اجتماعي رئيسي ومصدر أخلاقي ودعامة أولية لضبط السلوك من خلالها يتلقّى أفرادها أول دروس الحياة الاجتماعية".⁽¹⁾

وتعد الأسرة من أقدم المؤسسات الاجتماعية، فقد اشتملت المجتمعات عبر التاريخ على بناءات أسرية مختلفة، كما تعددت أنماط صورها في مختلف المجتمعات ممّا جعل من الصعوبة تقديم تعريفاً شاملاً لها "وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر نحو تعريف الأسرة إلا أن هناك اتفاق حول أهمية الأسرة كنظام اجتماعي يؤدي وظائف ضرورية وحيوية للمجتمعات الإنسانية.

ويرى دارسو علم الاجتماع أن الأسرة هي أحد مقومات الوجود الاجتماعي في المجتمع الإنساني. وهي لذلك تعتبر نظاماً عالمياً أما ما هو غير عالمي فيها شكلها الموجود في مجتمع أو آخر".⁽²⁾

وتمتاز الأسرة باعتبارها أول جماعة ومنظمة اجتماعية يمكن من خلالها للطفل أن يشبع حاجاته البيولوجية العاطفية والاجتماعية، ويخوض التجارب الأولى في حياته من خلال تفاعله مع الوسط المادي والإنساني الذي يترعرع فيه.

وتحتل الأسرة بصفة عامة والوالدين بصفة خاصة مكانة رئيسية في تنظيم وترتيب الوسط بالنسبة للطفل وخاصة في مراقبته وتربيته.

وحتى تؤدي الأسرة مهمتها التربوية السوية للأطفال يجب أن تتوفر لها مقومات معينة تساعدها على أداء وظيفتها التربوية على أحسن وجه.

"بحيث أن نجاح الأسرة وتوافقها الاجتماعي يتوقف على تكامل هذه المقومات التي يمكن أن نوجزها فيما يلي : إنّ الأسرة تحتاج إلى دخل اقتصادي ملائم يسمح لها باشباع حاجاتها الأساسية من مسكن ومأكل وملبس، كما تحتاج أيضاً إلى علاقات اجتماعية سليمة قائمة على التعاون والود وإلى قيم دينية تدعو إلى التماسك بالأخلاق عند التعامل بين أعضاء الأسرة، وفي علاقة الأسرة مع الجماعات الأخرى".⁽³⁾

2 . الجميلي (خيري خليل) : مرجع سابق، ص 7.

3 . نفس المرجع السابق : ص 7

1 . الحسن (محمود) : الأسرة ومشكلاتها . دار النهضة العربية للطباعة والنشر . بيروت . 1981 . ص 52.

بالإضافة إلى مقومات أخرى كالمستوى الثقافي للوالدين، وشخصيتهم واستقامتهم والتزامهم أصول التربية السليمة وتكامل وصلابة الأسرة باعتدال حجمها و استواء وضعها الاقتصادي.

فعدم استقرار الحياة الأسرية . لسبب أو لآخر . له تأثير سلبي على النمو الاجتماعي للطفل وبالتالي ترفع لهذا الأخير من احتمال وقوعه في الحادث.

أ 1 . المستوى الاقتصادي للأسرة :

يعتبر المستوى الاقتصادي للأسرة من العوامل الأساسية التي تؤثر على نمو الطفل وعلى نوع العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة الواحدة.

فالمستوى الاقتصادي المرتفع يحقق الاتزان والهدوء داخل الأسرة، ويمكن الطفل من الاندماج في المجتمع فتوفر الحاجات الأساسية في الأسرة من غذاء ولباس ومسكن لائق يؤثر إيجاباً على العلاقات الأسرية من جهة ومن جهة أخرى على النمو النفسي للطفل، حيث يوفر له الهدوء النفسي والمعنوي ويخلق له الاتزان في حياته وتصرفاته.

فعند ولادة طفل داخل الأسرة يضطر الوالدان إلى القيام بتنظيم جديد في حياتهما سواء كان مادياً أو معنوي، بتوظيف البيت بطريقة أو بأخرى، وتجهيز غرفة خاصة به، فمن الطبيعي أن يرغب الوالدان في اعطاء المولود أحسن ما يمكن من غرفة خاصة وأثاث جديد وغير ذلك، لكن هذا يتوقف على وضعهم المالي وعلى إمكانياتهم المادية فالحرمان المادي والعجز عن توفير الحاجات الأساسية والضرورية يؤثر على العلاقات الأسرية وبالتالي على النمو النفسي والصحي للطفل.

فالضائقة المالية تؤدي إلى ظهور تصدع في الأسرة بسبب عصبية الوالدان.

كما يؤثر المستوى الاقتصادي على نوع وحجم المسكن الذي تشغله الأسرة، وبالتالي على العلاقات الأسرية وعلى وضعية وظروف نمو الطفل. فالمسكن يعتبر ضرورة من الضروريات التي تساعد الأسرة على أداء مهمتها التربوية على أحسن وجه.

فقد تبين أنّ للأوساط السكنية الرديئة كالببوت القصديرية تأثير على الصحة العقلية للناشئين فيها، حيث تتولد منها اضطرابات عقلية وبالتالي اضطرابات في السلوك.

وكذا عدم تناسب حجم الأسرة مع الفضاء الذي تشغله أثر على العلاقات والحياة الودية بين الأفراد.⁽¹⁾

ولقد أكدت الدراسات التي أجريت حول موضوع الحوادث بأن ضعف المستوى الاجتماعي الاقتصادي . من بطالة وظروف سكن متدهورة . هو من العوامل التي تؤثر على وقوع الحوادث للأطفال الذين ينتمون إلى أوساط غير ملائمة والمضطربة هم أكثر عرضة للخطر.⁽²⁾

فمن البديهي أن يكون خطر الحوادث أكثر إرتفاعاً في المساكن غير الصحية، سيئة التجهيز، الضيقة والمكتظة، المجردة من الأثاث السليم، ومكان مخصص للطبخ ومكان كافي لممارسة النشاطات الترفيهية.

كما أن الطفل الذي ينتمي إلى أسرة فقيرة قد يعاني من سوء التغذية التي تؤثر على نموه، وبالتالي تؤدي إلى ضعفه ولين عظامه.⁽³⁾

لكن هذا لا يعني أن أطفال الأسر الغنية، الذين يعيشون في ظروف مادية جيدة، ليسوا عرضة للحوادث، أو هم بمنأى عنها، فالحوادث فتان لا يرحم كبيراً أو صغيراً ولا غنياً أو فقيراً ولا ساكني البيوت الفخمة وساكني الأكواخ فقد نجد شخصان قد تعرّضا كلاهما لحادث سقوط تحت ظروف مختلفة:

أحدهم سقط أو انزلق من على أدراج السلم نتيجة ضعف الإضاءة وعدم وجود درابز، والثاني نتيجة نوعية الأرضية اللامعة المصنوعة من الرخام، فسرعان ما يفقد الفرد توازنه وقد يقع على أم رأسه.

لكن ما يمكن قوله هو أن المستوى الاقتصادي السيئ يزيد من احتمال وقوع الحوادث تحت ظروف معينة وعند أسر معينة فمن الممكن أن نعطي للطفل كل ما يناسبه ويحتاجه ضمن حدود إمكانية معينة، تسمح بإحاطته بعناية ممتازة وبجو ملائم لنموه وتطوره بصورة طبيعية.

1. Organisation mondiale de la santé : Santé mentale et développement psychosociale de l'enfant, Rapport d'une comité OMS d'experts ،OMS ، Genève, 1977, p 22.
2. LEBOVICI (S) et autres, opcit, p 836.

3 . حامد (عبد السلام زهران) : مرجع سابق، ص 31.

أ 2 . المستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة : 72

"الثقافة هي مجموع ما يتعلم وينتقل من نشا ر ي ر عادات وتقاليد وقيم واتجاهات ومعتقدات تنظم العلاقات بين الأفراد وأفكار تكنولوجيا وما ينشأ عنها من سلوك يشترك فيه أفراد المجتمع"⁽¹⁾.

فالثقافة تسمح للإنسان من تجاوز الحدود الفيزيولوجية لجسمه ومن إدارة وخلق الوسط الذي يعيش فيه والتي تكتسب وتنقل على شكل أفكار داخل المنظمات الاجتماعية التي يقضي فيها الكائن الحي حياته وتظهر على شكل : عادات ومعتقدات، قيم ومعايير وقواعد.

هذه الأفكار الثقافية توجه سلوك وتصرفات أفراد الجماعة في علاقتهم وتفاعلهم مع الوسط المادي والاجتماعي، وهي ذات أهمية كبيرة، فمن خلالها يمكن للفرد أن يندمج ويتلائم مع وسطه وهي من العوامل التي يمكن أن تؤثر على نسبة التعرض للحوادث، حيث يتوقف عليها:

- معرفة الوالدين للوسط ومخاطره: هذه المعرفة تختلف من مجتمع إلى آخر من فئة إلى أخرى ومن أسرة إلى أخرى فكل مجتمع قد يصنف بعض المخاطر حتى يجهل أخرى هذا التصنيف يرجع لأسباب ثقافية، فهو يرتبط بالقيم والمعتقدات الخاصة بكل مجتمع، بكل فئة وبكل أسرة.

• التفسير السببي للأحداث (الأسباب التي تنسب لمختلف الحوادث): لإعطاء فكرة عن غزارة وتنوع التفسيرات السببية للأحداث التي يمكن استخلاصها في هذا الميدان قدم "هلمان HELMAN" نموذج تحليلي للتفكير الشعبي عن أسباب المرض.⁽²⁾

والذي قد يسمح بتسليط الضوء عن النظرة التي يمكن أن تكون لدى مختلف الناس فيما يخص سببية الحوادث.

فحسب النظرية الشعبية فإنّ منبع المرض يكمن في :

1. المريض: فالمسؤولية هنا تنسب للمريض الذي لم يعتني بصحته ولم يحترم نظامه ونمط حياته (كالتدخين، عدم إعطاء أهمية للتمارين الرياضية، في حالة المرض).
2. العالم الطبيعي: نجد هنا الأوجه المختلفة الحيّة والجامدة للوسط الطبيعي كالظروف المناخية: كالبرد والحرارة، وتأثير الكواكب، والأجسام الصغيرة.
وفي حالة الحوادث نجد مثلاً: الجروح الحديثة التي يتسبب فيها الحيوانات.

1. محي الدين (مختار) : محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982، ص 148.

2. Baudier (F) et autres : opcit, pp 81 – 86.

73

3. العالم الاجتماعي : يصف هنا "MAN" سحرة "Les Witchcraft" السحر والعين الحسود المرتبطة بالغيرة. تتجم هذه الأسباب الثلاثة عن النية السيئة بين الأشخاص سواء المقصودة أو غير المقصودة وهي تنتج عن الضغط الاجتماعي الموجود بين الأشخاص الذين يعيشون في نفس المجتمع، لهذا السبب فهي غالباً ما تذكر أثناء القلق، وفي أوقات المشاكل والأزمات.
4. العالم ما فوق الطبيعي : هنا الأسباب تفسر برغبة الإلاه الأرواح أو الأشباح . حسب الديانة والاعتقادات المحلية . في معاقبة الضحية على تصرف يعتبر غير ملائم...

• مدى الوعي بقابلية التعرض للحوادث: أي هل يعتبرون أنفسهم وأولادهم قابليين للإصابة ؟ بحيث لا يكفي معرفة الأسباب الكامنة للأذى والمصائب.

• مدى معرفتهم لبعض الوسائل لتجنب الحوادث أو الحد من احتمالها : هذا ما يستلزم بالإضافة إلى معرفة المخاطر الوسطية، أن تكون لديهم القدرة على التنبؤ للحوادث، وتعليم الأطفال وإكسابهم هذه

القدرة غير أن مستوى المعرفة هذا والقدرة على نقل الأفكار الوقائية للأطفال يختلف من أسرة إلى أخرى.

وهذا ما يرتبط مباشرة بالسلوكات الوقائية المعتادة فمن البديهي أن يكون بعض الأسر معتادة على ممارسة بعض السلوكات الوقائية بصورة منتظمة وتربي أطفالها عليها، فحين أن أسر أخرى لا تقوم بذلك.⁽¹⁾

كل هذه العوامل ترتبط بالمستوى الثقافي الذي يختلف من مجتمع إلى آخر ومن طبقة إلى أخرى ومن أسرة إلى أخرى، وهي من العوامل التي ينبغي أن تأخذ بعين الاعتبار في دراسة مثل هذه الظواهر والتي تسمح من معرفة نظرة الناس للحوادث (أي ما تمثله الحوادث في حياتهم) وسلوكاتهم البسيطة والمعتادة إزاءها، وبالتالي من تسطير البرامج الوقائية الفعالة، ومن معرفة الجوانب التي ينبغي التركيز عليها.

فأسباب الحوادث لها خصوصيات التي تختلف من مجتمع إلى آخر ومن فئة إلى أخرى ومن أسرة إلى أخرى.

هذا المستوى الثقافي يرتبط بالمستوى التعليمي ويتأثر به والذي يؤثر على مستوى ذكاء الوالدان وشخصيتهما وعلى احتمال تعرّض الطفل للحوادث.

1 . Ibid : p 88 – 90.

5 . المستوى التعليمي للوالدين : فمن العوامل التي اتّضح بأنّ لها علاقة بوقوع الحوادث هي: ضعف المستوى الثقافي والتعليمي للأُم: فكّما كان هذا المستوى مرتفعاً، كلّما كانت الدراية السيكولوجية بالطفل كبيرة.

كما يؤثر هذا المستوى على الخيارات البيداغوجية التي يتبنّاها الأولياء تجاه الأخطار، والاحتياطات الأمنية التي تتخذ إزاءها ومستوى حراستهم للطفل وعنايتهم به، باحترام مراحل عمره ونموّه النفسي والحسي وعلى معرفة الوالدين للقواعد الأمنية.⁽¹⁾

فلقد أكّدت أغلب الدّراسات بأنّ الوالدين هم في الغالب واعيين بالخطر، لكن لا يعرفون دائماً إيجاد الوقاية الضرورية لنقص تقديرهم أو جهلهم للقدرات النفسية الحركية للطفل وعن تحولاتها وتطوّرها حسب السن.⁽²⁾

فمن خلال الدّراسة التي أجرتها مديرية الحماية بفرنسا عامي 1982، 1983 إتّضح أن :
12 % من النّاس يفكّرون في الحوادث المنزلية و 11 % يخافون منها، مقابل (بالنسبة لكل منهم)
52 % و 59 % لحوادث المرور و 85 % ممن يعتقدون بأن الحادث المنزلي يمكن تفاديه وتجنّبه إذا
كنّا حاذرين وعقلانيين، غير أنّ 45 % من المبحوثين صرّحوا بأنّهم يأخذون المخاطر عن وعي
للمتعة.⁽³⁾

بالإضافة إلى تأثير المستوى الثقافي على حدّة العناية بالطفل ومدى معرفة الوالدين لقواعد الأمن،
فإنّ ضعف المستوى التعليمي لدى الأم على وجه الخصوص قد يقف كحاجز أمامها لتقدير الخطر، فالأم
التي لا تجهل القراءة لا تستطيع قراءة المختصرات والبطاقات سواء الخاصة بالأدوية . فقد تستعملها دون
احترام الجرعة أو الكمية اللاّزمة، أو مدّة الاستهلاك ممّا قد يعرّض طفلها لخطر التسمّم . أو الخاصة
بمواد الصيانة فنجدها تتركها في متناول الطفل.

6 . بعض الخصائص الأخرى : بالإضافة إلى العوامل الإقتصادية والاجتماعية والثقافية هناك عوامل
اجتماعية أخرى يمكن أن تؤثر على نسبة التعرّض للحوادث، كسن الأم، والذي يؤثر على درجة
وعياها بالمخاطر الذي تكتسبه عن طريق الخبرة، فقد أثبتت الدّراسات أن صغر سن الأم يعتبر من
العوامل التي ترفع من احتمال الإصابة بالحوادث لقلّة تجربتها خاصة بالنسبة للطفل الأوّل والثاني.

1 . LEBOVICI (S) et autres : opcit, p 99.

2 . Ibid p 835.

3 . Alix (A) et autres : opcit, p 50.

إلى جانب السن نجد تأثير عدد الأطفال، كيف ذلك؟.

فالأم من خلال تربيتها للطفل الأوّل والثاني، تكتسب مهارات وتكتسب التجربة ففي بداية أمومتها
يكون أطفالها أكثر عرضة للإصابة لقلّة الخبرة لديها فكّلما كان عدد الأطفال كبير كلّما ضعف الاحتمال.
"هذا ما أكّده الدّراسة prospective التي أجراها "الضمان الاجتماعي بفرنسا" عام 1985، الذي
توصل من خلالها إلى أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر تتكوّن من طفل أو اثنين هم أكثر عرضة
للحوادث وأن الخطر يكون ضعيف بالنسبة للأسر التي لديها أكثر من 4 أطفال"⁽¹⁾

لكن هذا لا يعني أن كثرة الأطفال يقلّل دائماً من نسبة التعرّض للحوادث، ففي الأسر المكتظة أين
تكون الأم مسؤولة على عدد كبير من الأطفال، فإنّ اهتمامها وعنايتها تتوزّع بينهم، فقد تهمل بعض

الأمهات ذلك الصبي في المرحلة التي يكون فيها غير قادر على حماية نفسه بنفسه، وقد تكلف في بعض المرات مهمة العناية به للابن الأكبر وخاصة للبنات الكبرى، مما يزيد من حدة الخطر خاصة في الأسر الأبوية التي نجد فيها الأب يركض وراء لقمة العيش ويقع على عاتق الأم كل مسؤوليات البيت، خاصة لما يكون كل الأطفال صغار.

فقد تبين أن لعدد الراشدين داخل الأسرة دور أساسي في الحد أو الزيادة من حدة الخطر، ففي الأسر التي وجد فيها راشد واحد (بالنسبة لغالب الحالات هي أسر بها والد واحد) سجلت 16 % من الحوادث مقابل 7 % فقط بالنسبة للأسر التي فيها أكثر من 4 بالغين.⁽²⁾

من هنا يظهر عنصر آخر والذي يؤثر في وقوع الحوادث والمتمثل في بنية الأسرة لكن تأثيره يكون بصفة غير مباشرة. فالحوادث تظهر أكثر في الأسر التي بها والد واحد أو لدى الأطفال الذين يعيشون في كنف زوج الأم، عن الأطفال الذين يعيشون مع والديهم. هذا ما توصل إليه "Wadsworth" من خلال دراسة التي نشرها عام 1970.

فرغم أن تفسير مثل هذه النتائج ليس كبيراً إلا ما يمكن قوله هو أن تربية الطفل من قبل والد واحد يقلل إمكانية توفير وسط آمن كما أن مثل هذه البنية قد تعجز أكثر من غيرها عن إشباع الحاجات العاطفية للطفل مما يولد لديه شعور بالقلق أو الهجومية.⁽³⁾

1 . PATIN (A.A) et autres : opcit, p 23.

2 . Ibid : p 23.

3 . Deschamps (J.P) : opcit, p 115.

بالإضافة إلى كل هذه العوامل المتداخلة والمتفاعلة، سجل تأثير عوامل أخرى والتي لها علاقة بالمستوى الثقافي والاجتماعي والتي صنفت ضمن العوامل التي لها علاقة بالحوادث وهي:

. غياب التأهلات المهنية لدى الأم: ففي أغلب الحالات الحديثة التي درست لوحظت أن نسبة كبيرة

من الأمهات ليست لديهن أية تأهلات مهنية .

. الأصل الاجتماعي والذي يفسر إلى حدّ كبير بعدد الحوادث المتكررة الملاحظة لدى أطفال الأسر المهاجرة. (1)

أ 3 . شخصية الوالدين :

بالإضافة إلى مدى معرفة الوالدين بالمخاطر ومواجهتهم لها والتي تتأثر بمستواهم الاجتماعي والثقافي، فإن لشخصية وطبع الوالدين دور في التأثير على : الخوف من الخطر وتحديدهم له.

فمن جهة نجد الأمّهات المصابات بمرض الخوف الجنوبي phobiques، اللواتي لا تتركن أطفالهن يخوضوا أي تجربة ولا يقوموا بأي عمل بالإضافة للأمّهات المرسوسات obsessionels اللواتي لا تتحملن أي انحراف عن البرنامج المرتب ولا عن نظام الأشياء داخل البيت.

وبالمقابل نجد أولياء آخرين مهملين ويؤمنون بالتجربة وبأن الطفل يتمكّن فطرياً من تخليص نفسه بنفسه، فيتركوه يخوض التجارب لوحده والتعرض للمخاطر.

فقد بيّنت دراسات "بوشر W. Boïcher" في هذا الصدد بأنّ الأطفال الذين وقعوا ضحايا للحوادث قد خرجوا لوحدهم في سن مبكرة للشارع، دون مراقبة أهلهم، الذين لم ينشغلوا بتعويدهم تدريجياً على حركة المرور. (2)

فهناك تقدير زائد من طرفهم لقدرات الطفل وهم في الغالب مهملين : بترك صبي تحت رعاية طفل صغير في السن لاستعاب المسؤولية.

وأكثر الحوادث المنزلية بشاعة هي التي تطلب فيه الأم إبنها أو ابنتها البالغة أن تذهب للمطبخ وترفع غطاء الحلة وهي على النار...

1 . FELIX (M) et Tursz (A) : opcit, p 98, 99.

2 . LEBOVICI (S) et autres : opcit, pp 836. 838.

فمثل هذه الاتجاهات الخاطئة قد تعرض بعض الأطفال أكثر من غيرهم للإصابة بالحوادث، فالطفل الصغير من طبيعته أن يحب الإطلاع على كل شيء وله رغبة في المعرفة والاكتشاف وفي تقليد والديه، لذلك فإنّ التربية والتعليم يجب أن يجد وضع وسط بين : الوضع المتحرر المتهاون والوضع الصلب العنيد القلق.

وبذلك على المرّي أن يقدر الخطر على أساس سن الطفل وأن يقوم الخطر المقبول الذي يسمح للطفل من التقدّم. (1)

أ 4 . العلاقات الأسرية (أو الجو الأسري) :

يلعب الجو الأسري السائد داخل الأسرة دور في الزيادة أو الحد من خطر الحوادث، فلتنوع العلاقات القائمة داخل الأسرة تأثير على التنشئة الاجتماعية للطفل وبالتالي على شخصيته، إذ في الود والتفاهم الذي يكون بين الوالدين، يجد الطفل السعادة والهدوء والاطمئنان. فالسعادة والوفاق والاطمئنان والعلاقة السوية بين الوالدين تؤدّي إلى تماسك الأسرة وإلى إشباع حاجات الطفل إلى الأمن والهدوء النفسي، ممّا يساعده على النّمّو الكامل والأتزان في شخصيته وتوافقه الاجتماعي. (2)

والطفل الذي يكون يعيش في مثل هذا الجو يستطيع التغلّب على كل ما يواجهه من تناقضات في الوسط الخارجي، عكس الطفل الذي يعيش في جو مملوء بالمشاحنات والخلافات، ممّا يولد لديه الشعور بالخوف والقلق.

"فقد أكّد الباحثون على خطورة اضطراب الجو الأسري والنمط الانفعالي في الأسرة وفقدان الوالدين أو أحدهما على النّمّو الانفعالي * للطفل". (3)

1 . CHEVALIER (J) et autres : opcit, 286.

2 . delawe (chambart) : psychopathologie sociale de l'enfant inadapté – centre de recherche scientifique , Paris , 1967 , p 68.

3 . حامد عبد السلام (زهرا): مرجع سابق، ص 145، 151.

* . السلوك الانفعالي لغة نفسية للتأثير في الآخرين، ويتعلّم الأطفال بالتدرّج وعن طريق التقليد وفي المواقف والخبرات المختلفة كلمات معيارية وتعبيرات شائعة للوجه وحركات معيّنة يعبرون بها عن انفعالاتهم ويتعلّمون بالتدرّج أيضًا طريقة التعبير الانفعالي للآخرين.

"حول الظروف الاجتماعية للأطفال وتأثيرها على تصرفاتهم كانت الدراسة التي أعدها "د.جورج سلفا" البريطاني، حيث درس الأوضاع الأسرية لحوالي 300 طفل.

وقد توصّل إلى أن الأطفال الذين يعيشون في ظروف عائلية غير مستقرّة نفسيًا وعاطفيًا يكونون عرضة للحوادث التي تقع لهم في البيت.

وأن 85 % من حوادث السقوط والتعثر تحدث لأطفال يعيشون حياة مضطربة عائلًا رغم أنهم لا يدركون هذه الظروف".⁽¹⁾

وفي مثل هذا الجو إما أن يكون الوالدان عصبيان أو مهملان، فيترتب عن ذلك سوء في المعاملة، أو تلاشي في المراقبة فيصبح الطفل متسبب بنفسه.

كما يظهر أن وضعية خاصة وعامة للحوادث تتمثل في "وجود، غياب، الوالدين" " a présence absence - des parents" اللذان يكونان جسميًا حاضرين بجانب أولادهم وعاطفيًا غائبين، في هذا الحال يصبح الحادث كوسيلة يلجأ لها الطفل لجلب اهتمامهم. فالطفل في كل لحظة من نموّه بحاجة لأن نوليّه الاهتمام، وإلا فسوف يلجأ إلى الطرق الشادة لجلب ذلك الاهتمام.

يبدو بوضوح بأنّ تحقيق وضعية حدثية، تنجم في غالب الحالات عن صعوبات عاطفية معاشة من طرف الطفل كحالات الانفصال، حالات الفقر العاطفي، قلة أو نقص الرعاية الوالدية، يمكن أن تؤدي بالطفل إلى النداء، ومحاولة إظهار نفسه لتجريب حب الآخرين له والأهمية أو المكانة التي يحتلّها داخل الأسرة:

فالحادث الخطير أو الخفيف أو حتى الحادث الفاشل le presque accident قد يأخذ إذاً معنى المنبه أو جرس الخطر والذي يصبح بمثابة محاولة الإنتحار أو الانتحار في المستقبل عند المراهق. عن نداء أو استجابة لوضعية مؤلمة وقاسية، أو تعبير عن سلوك عقابي موجّه ضدّ الأهل وأحيانًا ضدّ النفس. حادث الاستجابة أو l'accident repense ليس من صنع الطفل فقط، فغالبًا ما نجد أولياء يتركون أطفالهم في ظروف ووضعيّات خطيرة ممّا يجعلنا نتساءل عما إذا كان الأمر يتعلّق . من غير وعي . عن ما يعادل سوء المعاملة أو تعبير عن الرغبة في الموت.

فمن المهم معرفة هذا المعنى الممكن والشائع لحوادث الأطفال والاعتراف للحادث بالقيمة التي يطلق عليها "M. Soule" المنبّهات Les clignotants*.⁽²⁾

1 . الجمالي (حافظ): مرجع سابق ، ص 300.

2 . Deschamps (J.P) : opcit, p 115.

* éléments de sémiologie affective attirant de façon indirecte l'attention sur une situation péjorative pour le développement de l'enfant.

أ 5 . حوادث الحياة : Les évènement de vie

من خلال التحليل المركّب للعوامل الشخصية والاجتماعية ومن خلال تفاعلهم يظهر تأثير حوادث الحياة، وما ينجّر عنها من تغيير وتقلّب في مسار الحياة الأسرية وما يصاحبها من قلق ممّا يؤثر على نسبة الإصابة بالحوادث لدى الأطفال والمراهقين.

بالنسبة للطفل فإنّ وفاة أحد الوالدين، إنفصالهم، ازدياد مولود جديد، الرحيل أو تغيير المدرسة، تعتبر بدرجات مختلفة حوادث الحياة . les évènements de vie . عدّة دراسات تأكّد على أهمية أحداث الحياة في وقوع الحوادث لدى الأطفال نذكر على سبيل المثال دراسة "Sibert" في بلاد الغال، الذي وجد بأن للسوابق المباشرة للأطفال الذين كانوا ضحايا لحادث التسمّم تأثير من خلال التكرار المعتبر للأحداث التّالية :

. مرض الأم. وفاة قريب، حمل جديد أو ولادة أخ صغير، الرحيل ... إلخ.

مثل هذه الأوضاع تشترك في أنّها تخلق لدى الطفل الشعور بعد الأمن، عدم أو قلّة العناية، ضرورة استتالة التلاؤم وبالتّالي إمكانية القلق، هذا ما قد يعبر عنه بسلوكات وأفعال معيّنة قد تكون محرّضة Impulsifs.

كما قد ينتج عن مثل هذه الأوضاع تلاشي في المراقبة، والإستغناء عن السلوكات الأمنية والوقائية المتبّعة عادةً من قبل الرّاشدين (مثلاً كعملية جمع المواد الخطيرة...) هذا ما قد نجده خاصّةً في حالة الرحيل أو في العطل والمناسبات كالأفراح.⁽¹⁾

ب . العوامل الاجتماعية : (دور المجتمع):

يخضع الطفل خلال مراحل حياته للقوى الاجتماعية والطبيعية المحيطة به وكما يولد الطفل في أسرة يولد في مجتمع.

تأثير المجتمع يظهر من خلال تفاعل الأسرة بمختلف الأنظمة الاجتماعية في المجتمع. فصلاحية الأسرة كنظام اجتماعي يعكس صورة إيجابية عن بقية النظم الاجتماعية وان اختلال النظام الاجتماعي الأسري يعكس صدى سلبي على النظم الاجتماعية الأخرى في المجتمع.⁽²⁾

1 . Ibid : p 116.

2 . الجميلي (خيري خليل): مرجع سابق، ص 10.

ظهور الحوادث يمكن أن يكون نتيجة عوامل داخلية، تؤثر على سير الأسرة ومجراها (العوامل التي ذكرت في المحور السابق)، ويمكن أن يكون نتيجة عوامل خارجية المؤثرة في الدور والوظائف التي تقوم بها الأسرة. أو نتيجة تفاعلها.

في الحقيقة أن هناك عدّة عوامل اجتماعية التي تؤثر على الصحة العامة للطفل والتي تساهم في ظهور الحوادث لدى الأطفال منها:

. طبيعة التغير الاجتماعي وسرعة تقدّم العلوم الاجتماعية والتكنولوجيا،
. مؤثرات التقدّم في المجتمعات المتحضّرة وعدم قدرة المجتمع (الأزمة الاقتصادية) والأسرة على تلبية احتياجات أفرادها وما ترتّب عنه من مشاكل إقتصادية واجتماعية كأزمة السكن، النزوح الرّيفي... إلخ،
. النمو السكاني السريع وما يترتّب عنه من مشاكل اجتماعية خاصة في الدّول النّامية . نتيجة انخفاض وفيات الأطفال .

. الإهتمام الذي يوليه المجتمع لصحة الطفل وسلامته، ودرجة وعيه وتفطّنه لهذه المشاكل في المجتمع .
الخاصة بالحوادث . والأهمية التي تولى لها . من خلال البرامج الصحيّة والوقائيّة . للحد منها .
كل هذه العوامل هي متشابكة ومتفاعلة مع بعضها البعض، ممّا يصعب التفصيل في كل واحدة منها على حدّ، بحيث لا يمكن ذكر واحدة دون أخرى، لذلك سوف نحاول جمعها في ثلاثة عوامل أساسية.

ب 1 . طبيعة التغير الاجتماعي والتكنولوجي:

من المعروف أن المجتمع المتغيّر يعرّف انتقال من مجتمع تقليدي إلى مجتمع حديث، وما يصاحب هذا التغير في نمط الإنتاج . من مجتمع زراعي إلى مجتمع صناعي . وفي طبيعة العلاقات بين أفراد المجتمع . من مجتمع عضوي إلى مجتمع آلي،
أي الانتقال من حياة تقليدية التي تتميز بها الحياة الرّيفية إلى حياة حضرية تتشابه فيها العلاقات الاجتماعية.

هذه التغيّرات السريعة المتطورة باستمرار تؤثر على الحياة العائلية من حيث البنية والعلاقة بين الأفراد، حيث تقضي الصّناعة على شكل الأسرة التقليدي كبيرة الحجم وما تتميز به من مقومات التكامل في الأدوار والوظائف، خاصة من ناحية الإشراف على الصغار من قبل الأجداد والعمّات، إلى أسرة حديثة نووية وما يقتضيه هذا التغيّر على الأفراد من تأقلم جديد بتغير سلوكهم (من سكن مستقل وغير ذلك) الذي يرتبط بمستواهم الاقتصادي والثقافي.

فالحياة العصرية وبكل ما تتميز به من تغيّرات خاصة في شكل وبنية الوسط المادي تستلزم من الإنسان أن يستعمل كل إمكانيته المادية والثقافية والإنسانية لابتكار طريقة للحياة وأسلوب للحياة لتفادي وتجنّب المخاطر في حدود إمكانياته بتبني سلوكيات معينة لمواجهة هذه الظروف الجديدة، كما فعلا أجدادنا في الماضي من خلال تأقلمهم وتصديهم لتهديدات وتأثيرات العالم الخارجي الطبيعي...

لكن هذا التأقلم وتبني السلوكيات لا يمكن أن يتم فجأة أو بسرعة بحيث يقتضي أن يكون التغير الخارجي تدريجي وأن يكون يعرف توازن وتجانس بين درجة الوعي والمعرفة وبين إنتاج سلع الاستهلاك ووسائل الإنتاج.

فالعلم هو الوسيلة التي يسلكها الإنسان للسيطرة على ما يحيط به بدءًا بدراسة البيئة التي يعيش فيها ليستخدمها فيما ينفعه.

هكذا كان يتسم التطور والتغير في البلدان المتقدمة عكس الدول النامية التي عرفت تطوّر سريع يتسم بالطابع الخارجي، من خلال استيراد مواد الخام والمواد العدائية والاستهلاك من جهة والوسائل التكنولوجية من جهة أخرى ونماذج الحياة التي لا تتماشى وإمكانيات المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاص.

وقد نلاحظ أيضًا الطريقة التي تفرض بها هذه السلع والوسائل لدى مستخدميها الذي يظهر بأنه خاضع لها بدلاً من سيطرته عليها.

مما يخلق لديه شعور بالعجز في مواجهة البيئة الجديدة التي صنعت في بيئة غير البيئة التي هو فيها والتي تنشأ فيها وضمن قيم ومعايير غير التي لديه.

فكيف يمكن للأسرة أن تربي طفلها في وسط تجهله أو غريب عليها، وتحميه من مخاطر هي نفسها لا تعرفها ومعرضة لها.

فتربية الطفل على المخاطر ومواجهته لها يقتضي من المربي (أي الوالد) أي يكون هو نفسه قد أخذة على وسطه، بحيث لا يكن خاضع له، ولا يكن معرّض مرارًا لصعوبة التلاؤم أو التكيف مع وسط غير ملائم، مبني خارج القيم الثقافية الأصلية.

ب2 . التحضر :

التحضر عملية عرفت أشكال عديدة في مختلف البلدان ومختلف المناطق وفي مختلف العصور فهي تعكس اقتصاد بنية وثقافة المجتمع وتعكس كذلك تاريخه.

ويعتبر الفقر من العوامل المرافقة في الغالب لعملية التحضر خاصة في الدول السائرة في طريق النمو التي عرفت عملية تحضر سريعة خلال العشريّات الأخيرة التي لم يسبق لها مثيل وما صاحبها من مشاكل التي هي في تفاقم مستمر.

فعملية التحضر السريعة كانت مرفوقة في الغالب بالارتفاع السريع والكبير لعدد السكان الذين يعيشون في مساكن مكتظة، أغلبها مبنية بطريقة غير شرعية مع غياب التجهيزات والإجراءات الضرورية لاتخاذ حياة صحيّة سليمة:

. مياه تحت قنوات الصرف، إجراءات التطهير من نزع وإفراز القاذرات المنزلية والبقايا المرمية من طرف الإنسان... وبصفة عامة التقديم الصحيّ والعناية الصحية.

ففي أغلب هذه البلدان فإنّ الحكومات والسلطات المحليّة والبلدية ليست لديها الإمكانيات الضرورية لتوفير وتقديم الخدمات والتجهيزات اللاّزمة لكل سكانها وذلك رغم المساعدات المقدّمة من قبل الحكومات والمؤسسات الدوليّة للقضاء على هذه المشاكل والتي انحصرت على أهم المدن وأوسع التجمّعات الحضرية.

فحسب المنظّمة العالمية للصّحة، فإن ما يقارب نصف سكان دول العالم الثالث، تعيش حالياً في مثل هذه الظروف التعسة والصعبة ، وما قد يتّرب عنها من عواقب وخيمة على الطفل على كل المستويات الاجتماعيّة، النفسية والجسمية، من أمراض معدية وأمراض سوء التغذية، والحوادث وإلى غير ذلك من العواقب مع غياب المراقب الوالدية وإهمال الأطفال وتشغيلهم (اليد العاملة الصغيرة)، وإلى غير ذلك من المشاكل الاجتماعيّة المصاحبة للفقر والتي تتولّد بكثرة في الأحياء الفقيرة من المدن.⁽¹⁾

1 . l'organisation mondiale de la Santé : l'urbanisation et ses incidences sur la santé de l'enfant, le programme des Nations Unies pour l'environnement, OMS, Genève, 1990, pp 9 – 17.

خاصة مع التّمو الديموغرافي السّريع الذي تعرفه هذه الدّول نتيجة انخفاض وفيات الأطفال ومع أن حضور العيش لدى الأطفال قد أصبحت أحسن عمّا كانت عليه، إلّا أن احتمال اتباع حياة صحّيّة سليمة وطبيعيّة ليست كذلك، فبالنسبة لعدد كبير من الرضع والأطفال فإنّ الآفاق المستقبلية بخصوصهم تبقى غامضة بالمقارنة مع التّمو الحضري الحالي.

وأمام هذه المشاكل نجد حكومات هذه الدّول منشغلة بتحسين وضعيتها، خاصة أمام المشاكل المتزايدة للمديونية، والكساد الاقتصادي المتكرّر ونقص الأشخاص المؤهلين. وبالتالي فإنّ الثروات الوطنية والدّولية التي تخصّص للحاجات الاجتماعية والنفسية والصحيّة للأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة هي في الغالب محدودة، مقارنة بالتّي تخصّص لتطوير الوسط المادي والسكن بصفة عامة إلّا أن الكثير من برامج السّكنات "لأصحاب المداخل الصعبة" لم تصل ولم تصب أبدًا الفئات المستهدفة، وعلى العموم فإنّ المهمة التي تواجهها حاليًا الحكومات والمؤسسات الدولية تكمن في فرملة توقيف ثم عكس الاتجاه الحالي المتمثّل في الارتفاع المستمر لعدد الرضع والأطفال الذين يموتون ويصابون بصفة مستمرة بالعاهاات والأمراض والجروح النّاتجة عن الحوادث والتي يمكن تجنّبها بتوفير الخدمات والتجهيزات الرئيسيّة والمساعدة الضرورية لتحسين السكن وظروف الحياة.

من هنا نستخلص بأننا أمام مشكل رئيسي وعويص والذي يصنّف ضمن العوامل الخارجية التي تؤثر على الإصابة بالحوادث والذي يعكس المستوى الاقتصادي والاجتماعي العام للمجتمع ومستوى تقدّمه وتحصّره والمشاكل المترتّبة عن هذا الأخير (المستوى) والذي يؤثر بصفة مباشرة على حياة الأسرة وعلى الوسط المادي الذي ينشأ فيه الطفل والمتمثّل في أزمة السكن.⁽¹⁾

فنتيجة للتغيّر الذي عرفته هذه المجتمعات والذي أثر مباشرة على الحياة العائلية، وما اقتضاه على الأفراد من تأقلم جديد بتغيير سلوكهم ونمط حياتهم الذي يستلزم العيش في سكن مستقل عن العائلة الكبيرة، ونظرًا للإمكانيات المحدودة لدى أغلب النّاس، ضعف الدخل وضعف حظوظ الحصول على مسكن في مثل هذه المجتمعات التي تعاني من مشكل أزمة السكن التي ترتّبت عن مشاكل عديدة خاصة منها: مشكلة النزوح الرّيفي، والتّمو الديموغرافي السّريع، ازداد عدد السّكان، الذين يعيشون في ظروف سكنية متدهورة ذات كثافة مرتفعة.

1 . Ibid : p 18

حيث لجأت بعض الأسر إلى تحويل المساكن التي تشغلها واستغلال مجالات أخرى كالساحات أو تحويل بعض الأماكن كالمطبخ أو الشرف إلى غرف إضافية ولجأت أسر أخرى إلى بناء مساكن غير صحيّة كالبيوت القصديرية والأكواخ وما تتميز 84 من مخاطر التعرّض أو الإصابة بالحوادث سواء داخل أو خارج البيت.

فحسب المنظمة العالمية للصحة فإن الزيادة السريعة للأحياء القصديرية والأكواخ في دول العالم الثالث، تكمن أساساً في ارتفاع عن السّكان الحضر الذين يتميّزون بعدم المساواة في الدخل.⁽¹⁾

وبالتالي فإنّ الأغلبية من هؤلاء السّكان ليست لديهم الإمكانيات للحصول على مساكن سواء للإيجار أو الامتلاك تتوقّر على أقل ما يمكن من التجهيزات من ماء صالح للشرب وأنابيب صرف المياه والكهرباء ولا على أماكن صحيّة يمكن للأطفال أن يلعبوا فيها ويقضوا فيها أوقات فراغهم سواء داخل أو خارج البيت فالأطفال بحاجة لفضاء خال من الأخطار التي قد تمسّ صحتهم مثلاً: كأن لا يكون يحتوي على مستنقع به ماء ساكن معدي بالمواد السّامة والبقايا المنزلية، وهناك مقاييس ينبغي أن تتخذ حتى تكون هذه الأماكن بعيدة عن المرور، وتوفير سكنات واسعة الفضاء، ففي البيوت الضيقة والمكتنّزة غالباً ما تصعب أو تستحيل حماية الأطفال ضدّ المخاطر التي تعرّضهم لها مثل هذه البيوت، والتي تحتوي على الأدوات والأثاث غير السليمة إلى كل هذا تضاف الحيوانات والحشرات التي تعيش في مثل هذه الأوساط غير الصحيّة وما تشكّله من خطورة على صحّة وحياة الطفل.

بالإضافة إلى مشكل الفقر وأزمة السكن المترتّبين عن ظاهرة التحضر السريعة وغير المنتظمة هناك مشاكل نفسية اجتماعية والمترتبة مثلاً عن ظاهرة النزوح الريفي فقد اضطرت بعض الأسر للهجرة من الريف إلى المدينة بحثاً عن العمل نتيجة قلّة النشاطات في المناطق الريفيّة، وما ترتّب عن هذا النزوح من اضطرابات على الأسرة وأفرادها الذين كانوا يعيشون في ظروف معيّنة التي تتميّز بها الأسرة الريفيّة الكبيرة من استقرار وتكامل في الأدوار وعدد الأشخاص الذين يتكفّلون بالطفل ويضمنوا له الحماية

النفسية والصحية ممّا خلق شعور بعدم الأمن في وسط جديد يختلف عن الوسط الأصلي (من حيث القيم والمعايير...).

1 . Ibid : p 44

85

كما قد تضطرّ في بعض الحالات الأم للخروج إلى العمل للمشاركة في ميزانية البيت وتدعيم الأسرة مادياً خاصة أمام مطالب الحياة العصرية ومغرياتها، وما يخلق هذا الوضع الجديد من فراغ داخل الأسرة ممّا يقلّل من فرص الاعتناء بالطفل الذي يصبح في العادة متسبب بنفسه أو قد تكلف مهمة تربيته لشخصيات أخرى، في الغالب غير مؤهلة خاصة في مجتمع لا تتوفّر فيه بكفاية وفي كل مكان المؤسسات والأماكن التي يمكن تكلف لها مهمة العناية بالطفل خلال النهار كديار الحضانة، وحتى إذ كانت متوفّرة فهي ليست دائماً في متناول الجميع ممّا يخلق لدى الأطفال مشاكل عاطفية نتيجة حرمانهم من مصدر العطف والحنان ممّا قد يدفعهم إلى اللجوء للوسائل الشاذة.

كما قد تلجأ الأسر كنتيجة لأزمة البطالة مثلاً التي صاحبة عملية التحضر السريعة إلى استعمال البيت كمكان للعمل، ممّا يرفع من احتمال تعرّض الأطفال للمخاطر الصحية نتيجة المواد الكيماوية والحوادث...

ب 3 . الرعاية والعناية الصحية بالأطفال:

ونقصد بها الوسائل المؤسسية التي يوفرها النظام الاجتماعي لمواجهة المخاطر، وحل المشاكل والتي ترتبط ب :

1 . الأهمية التي يوليها المجتمع لصحة الطفل، ولتحقيق النّمو والتطوّر الطبيعي والصحي له، والظروف الملائمة لإعداده وتربيته وتنشئته تنشئة سليمة، أي بصفة عامة التكلّف به ورعايته.

"وقد ظهرت الاهتمامات المجتمعية برعاية الطفولة في الدّول المتقدّمة في تخطيط البرامج بحيث يكون الطفل محور الاهتمام وله الأولوية في الخدمات الصحيّة والتعليمية والاجتماعية والثقافية والرياضية...".

ولقد نالت رعاية الطفولة أكبر حظ من الاهتمام في القرن الحالي حتى لقد سمي القرن العشرين بقرن الطفل وقد أصبح الاهتمام برعاية الطفولة مقياساً لتقدّم الأمم والشعوب ويتناسب طردياً مع حضارتها.

وقد تقرّر أن يكون عام 1979 عامًا عالميًا للطفل بقرار من الجمعية العمومية للأمم المتحدة. وأن تخصيص عام للطفل ليُدلّ على اعتراف المجتمع الدولي بما يعانيه الطفل بصفة عامة في الدّول المتخلفة وبخاصة في الدّول النامية من ظروف اجتماعية وصحيّة واقتصادية قاسية، وتقتضي تغييراً جذرياً في السياسات الدوليّة القومية تجاه الأطفال وتضع حاجات الأطفال محل الاعتبار والتقدير.⁽¹⁾

2. درجة تفتن كل مجتمع لهذه المشاكل الصحيّة الخاصة بالطفل بصفة عامة والحوادث بصفة خاصة، ومحاولة الحد منها، من خلال البرامج الوقائية المسطّرة لتوعية النّاس والقوانين والمعايير التي تحميهم والخاصة بكل مجتمع.

والتي تتوقف على المستوى الاقتصادي والاجتماعي العام لكل مجتمع من خلال الإمكانيات المادية والبشرية التي يكون يتمتّع بها، ومن خلال المستوى الثقافي العام لأفراد المجتمع.

فالمجتمعات المتقدّمة لديها الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح لها من تسطير برامج وقائية كفئة وفعّالة (من خلال الوثائق والإعلانات بشئى أشكالها وفي نفس الوقت فإنّ مستوى وعي وثقافة شعوبها يساهم إلى حدّ كبير في نجاح هذه البرامج وفي تسهيل المهمّة وتحقيق الغرض منها بنسبة كبيرة.

عكس المجتمعات المتخلفة التي نجد فيها نسبة مرتفعة من الأمية بين الراشدين مما يصعب عملية التوعية ووضع البرامج الوقائية الفعالة.

فنوعية البرامج في مثل هذه المجتمعات تستلزم تدريب فرق مختصة توجه لمختلف الأسر والأحياء لتوعيتهم بالمخاطر التي تهددهم بما الأمر الذي يتطلب إمكانيات مادية وبشرية كبيرة، مما يعرقل ويؤخر تحقيق مثل هذه البرامج.

1 . الجميلي (خيري خليل): مرجع سابق ، ص،ص 101، 102.

الفصل الرابع : عواقب الحادث :

• تمهيد

I – العواقب الطبية للحادث . العقابيل . Les séquelles

1 . توزيعها حسب المكان

2 . حسب الجنس.

3 . حسب نوعية الإصابة.

أ . الجروح.

ب. الكسور

ج. الرضوض بالجمجمة.

د. التسمم.

هـ. الحروق.

و. الغرق.

4 . تكرار الإعاقات الحديثة في المجتمع الكلي.

II – العواقب النفسية والاجتماعية للحوادث.

1 . عواقب الحادث على الأسرة والمحيط.

أ . على الإخوة والأخوات.

ب. العلاقة بين الوالدين.

ج. الأجداد.

د. الوسط المهني.

هـ . الحيرة.

2 . عواقب الحادث على الطفل.

أ . التطور المناسب.

ب . التطور الأقل تناسباً.

ج . التطور الغير مناسب.

III . تكلفة الحوادث.

1 . التكاليف المباشرة للحوادث.

2 . التكاليف غير المباشرة للحوادث.

• تمهيد :

إنّ العواقب التي تنتج عن الإصابة بالحوادث مختلفة، منها ما هو خطير ومنها ما هو غير خطير، إذ أنّها تتوقّف على نوعية الحادث في حدّ ذاته، حدّته، ونوعية الإصابة التي يحدثها في الجسم هذا من جهة ومن جهة أخرى على شدة الصدمة التي تترتّب على الطفل وأسرته وما تتطلبه من تكاليف العلاج.

في حالة الحوادث الغير خطيرة : والتي تتمثل على وجه الخصوص في الحوادث المنزلية، إذ يقتصر علاجها في أغلب الحالات على فحص طبي، أو استشارة أحد مراكز الاستعجالات بالمستشفيات أو طبيب خاص غير أن الاستهلاك الطبي الناتج هذه الحالات المرضية (حتى وإن كانت غير خطيرة) فهو مهم ومكلف . من استشارة الطبيب وما يتبعه من فحوصات مكتملة .

الحوادث الخطيرة : والتي هي محل اهتمام الباحثين والدّارسين فإنّ العناية والتكفل بالمصاب يمرّ بعدة مراحل:

المرحلة الأولى : هي مرحلة العناية المركزة التي تتبّع الحادث مباشرة والتي تتضمن الإسعافات الأولية بدءاً: بنقل المصاب من طرف فرق مختصة عادة الحماية المدنية أو الإسعافات المستعجلة وتقديم الإسعافات الأولية له وتوجيهه نحو المركز المناسب . مركز الحروق، التسمّم، جراحة الأطفال... وذلك حسب حالة .

المرحلة الثانية : وهي مرحلة إعادة التلاؤم والتي تتضمن محاولة تكيف المريض مع الوضع الجديد سواء على المستوى الجسماني والنفساني والاجتماعي.

المرحلة الثالثة : هي مرحلة العقابيل، وما تتميز به هذه المرحلة من ضغوطات نفسية على المصاب وأسرته خوفاً من ظهور أية إعاقة جسمانية محتملة.

وتعتبر العقابيل الجسمية الشيء الملموس من عواقب الحادث، فمنها ما هو خفيف ويمكن أن يختفي تدريجياً ومنها ما هو دائم كالعاهات والتي لها تكلفة طبيّة واجتماعية معتبرة ، خاصة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار صغر سنّ الضحية. بالإضافة إلى العواقب النفسية التي تترتّب عنها التي هي الأخرى ذات أهمية كبيرة.⁽¹⁾

1 . LEBOVICI (S) : Opcit, p 839.

باختصار ومن النظرة البسيكو إجتماعية، فإنّ إصابة طفل بحادث له مفعول تخريبي على الأسرة ودور الطبيب في هذه الحالة وكل الفرقة العلاجية أساسي للحد من العواقب التي يمكن أن تترتّب عنه والتي سوف نحاول التفصيل فيها بالتدرّج.

I . العواقب الطبيّة للحادث . العقابيل . Les séquelles . I

تكرار العقابيل في مجتمع الأطفال الذين تعرّضوا للحوادث ونسبة الإعاقات الحديثة في المجتمع الكلي ليست معروفة جيّدًا لأنّ تقديرها يتوقّف على القيام بدراسات طويلة المدى ممّا يصعب تحقيقه نظرًا للعدد الكبير من المبحوثين الذين يفقد الاتصال بهم بسبب انقطاعهم عن فحصاتهم المعتادة لبعدهم عن سكناتهم أو لأنّ إصابتهم خفيفة.

وعليه فإنّ الأشخاص الذين يتمّ تتبّع حالاتهم في الغالب هم الأشخاص الذين يعانون من عجز كبير، ممّا يجعلهم يحترمون مواعيد الفحوصات الطبيّة ولا ينقطعون عنها.

لذلك نجد بأن أغلب الدّراسات التي حاولت تقدير تكرار العقابيل في مجتمع الأطفال الذين أصيبوا بحادث اقتصرّت فقط على نوع خاص من الحوادث وهي الحوادث الخطيرة والتي تؤدي إلى عقابيل متكرّرة: كحوادث المرور، حوادث الغرق، وحوادث الرضوض.⁽¹⁾

في فرنسا مثلاً نجد دراستين من هذا القبيل والتي نلخصها فيما يلي :

الدّراسة الأولى : هي الدّراسة التي أجراها المعهد الوطني للصحة والبحث الطبيّ *INSERM عام 1981 . 1982 بالمركز الصحيّ لـ "إفيلين Yvelines الذي كان يحوي على 104.212 طفل في سن ما بين 0 و 14 سنة. وهي دراسة طويلة أجريت على الأطفال الذين تعرّضوا للحوادث. ** وكانت نتائج الدّراسة كالآتي:

. من بين 785 طفل أصيب بحادث، 73 منهم كانوا يحملون عقابيل في نهاية التحقيق أي ما يعادل 9 % من مجتمع البحث. (مدّة متابعتهم كانت تتراوح ما بين 3,6 إلى 29,2 شهر بعد الحادث، بمعدّل 14,8 شهر).⁽²⁾

1 . Lagardère (M) : opcit, p 76.

2 . yacoubvith (J) et autres : Séquelles somatiques, in Félix (M) et Tursz ;opcit, p 132.

* INSERM institut national de la santé et de la recherche médicale.

** فقر المعطيات الخاصة بالحوادث المنزلية دفعهم إلى تفحص كل الحوادث (مجموع الحوادث).

ويدخل في مفهوم العقابيل كل نقص أو عجز شخص من طرف الطبيب أو قربه الطفل أو أسرته. أمّا فيما يخصّ التفرقة بين العقابيل الصغيرة والكبيرة فكان على أساس وجود أو عدم وجود حدًا للنشاط المعتاد.

ومن المؤشرات التي قد تعلمنا بظهور العقابيل هي مدّة العلاج بالمستشفى.

فقد بيّنت هذه الدّراسة أنّ 26 % من الأطفال الذين كانوا يحملون عقابيل استغرقت علاجهم بالمستشفى من أسبوع فأكثر.

الدّراسة الثانية : هي دراسة أجريت بمنطقة Nord pas de calais بفرنسا عام 1982 – 1983 قرب الأطباء، وتوصّلت للنتائج التّالية:

. من بين 287 طفل في سن يقل عن 15 عام تعرّضوا للحوادث، توجد نسبة 12 % من العقابيل المتوقعة . هذه العقابيل الكامنة تمّ تشخيصها يوم الفحص ..

ومن خلال هاتين الدراستين الوحيدتين المتوفرّتين بفرنسا توصّلت إلى أنّ 10 % من الأطفال الذين يعالجون داخل المستشفى بسبب حادث سوف تكون لهم عقابيل.

وفي إنجلترا توصّلت الباحثة "بول Bull" من خلال الدّراسة التي أجراها في منطقة "Birmingham" على 588 طفل يعالج داخل المستشفى بسبب حادث في سن يتراوح ما بين 0 و 14 عام إلى نسبة قدرت بـ 12 % من الحالات التي عرفت عقابيل، 1,4 % منها خطيرة.* (1)

ويربط هذا المتغير (العقابيل) بمتغيّرات أخرى وانطلاقاً من دراسة Yveline دائماً نتوصّلت للنتائج التّالية:

1 . Ibid : PP 133 – 141.

* ملاحظة : التمييز بين الخطورة صعب لأنّه يتطلّب دراسات طويلة المدى، لوجود أعراض تختفي مع الوقت وأخرى بالعكس تتعقّد أكثر .

1 . توزيعها حسب المكان : الحوادث التي تقع في المنزل وفي الوسط المباشر، تسبب أقل عقابيل من حوادث الرياضة والطريق. هذا ما يفسر الارتفاع المستمر للعقابيل التي تصبح أكثر خطورة لدى الأطفال المتقدمين في السن الذين هم أكثر عرضة لحوادث المرور والممارسة الرياضية.

2 . حسب الجنس : وجدت مرتين أكثر لدى الذكور عن الإناث.

3 . حسب نوعية الإصابة : فيما يخص نوع الإصابة الأولية نجد:

أ . الجروح : الجروح العميقة والممتدة هي التي تتسبب أكثر في العقابيل الكبيرة .

ب . الكسور : بعد الجروح نجد الكسور، وما تسببه من أضرار في المفاصل خاصة في حالة إصابة عظام الرأس.

ج . الرضوض الجمجمية : أغلبها بلا عواقب، فظهور العقابيل في مثل هذه الإصابات يرتبط بوجود علامات عصبية خاصة، وبمدة فقدان الوعي كليًا أو جزئيًا بعد الصدمة والتي قد تتسبب في ظهور مشاكل عقلية. أمّا في حالة الغيبوبة العميقة والإنعاش قد تظهر اضطرابات في التوازن وفي استرجاع النطق الطبيعي.⁽¹⁾

د . التسمم : التسمم لدى الطفل نادرًا ما يكون مرفوق بالعقابيل. والتي تكون بالخصوص في حالة شرب مادة كحولية أو حمضية. "فشرب مثل هذه المواد الكيماوية ينتج عنها حروق وتحلل في الطبقات المبطنة للفم والحنجرة والمريء والمعدة وقد تحدث ثقب في المريء حسب كمية المادة الكاوية، وبعد فترة تمتد من أسبوعين إلى بضعة أشهر، يحدث الضيق في المريء.

ويعتمد العلاج بعد الإصابة مباشرة على المضادات الحيوية لكن لقلّة فاعلية هذا العلاج في منع حدوث الضيق فقد يتمّ علاج المرضى المصابين بضيق المريء عن طريق إجراء عمليات توسيع متكررة وما تشكّله من خطورة على حياة الطفل.

وفي حالة انسداد المريء يصبح الطفل لا يستطيع القيام بعملية البلع، فيوضع له أنبوب سواء متصل بالكولون أو بالمعدة gégénostomé ليغذى عن طريقه حتى تتحسن حالته ويصبح قادر على تحمّل عملية جد صعبة (الجراحة البلاستيكية) وذلك باستبدال المريء المتلف بجزء من قولون الطفل، وفي بعض الحالات يتمّ وضع المعدة في مكان المريء المتلف.⁽²⁾

1 . Ibid . p 133.

2 . رفعت (محمد): تربية الطفل صحياً ونفسياً من الولادة حتى العاشرة، دار البحار، بيروت، ط1، 1986، ص ص 163 ، 165.

هـ . **الحروق** : عكس ما هو الحال بالنسبة للتسمّم فإنّ الحروق توّدّي في غالب الأحيان إلى أضرار وعقاييل معظمها خطيرة. فهي تعدّ منبع أساسي للإعاقة المؤقتة والمستديمة من النّاحية الحركية كحالات إصابة أكفاف اليدين أو الجفون، ومن النّاحية الجمالية خاصة في حالة إصابة الوجه.

فالحروق تسبّب عادة الانكماش وتترك آثار قد تستلزم إجراء عملية بلاستيكية، خاصة إذا كانت الإصابة في الوجه والتي تتطلّب مدّة أطول للعلاج، وما تخلفه من انعكاسات نفسية واجتماعية سلبية.

فالحروق تهدّد التوازن الداخلي للإنسان، وتضع توقّعاته الحياتية في خطر لما تصيب 20 % من مساحة الجسم عند الكبار و 10 % عند الأطفال كما قد تتحوّل الإصابة من مجرد جرح موضعي لما تكون غير ممتدة كثيراً إلى مرض عام لما تكون المساحة المصابة مهمّة.⁽¹⁾

و . **الغرق** : مدّة الغرق، درجة حرارة الماء وحمضه (PH) هما اللذان يتحكّمان في مدى بقاء الطفل على قيد الحياة وفي ظهور العقاييل. والعقاييل هي بالأحرى عصبية أكثر منها رئوية.

بصفة عامة وبغض النظر عن كل هذه الخصائص المذكورة يوجد أطفال أكثر عرضة من غيرهم لكي يكونوا حاملين لعقاييل فقد أكّد بعض الباحثين على أهمية الوسط الأسري للطفل في استرجاع صحته خاصة في بعض الحالات: كرضوض الجمجمة الخطيرة.

فالجو المناسب يسمح للطفل باسترجاع صحته بسرعة، ويساعده على تجاوز العقاييل الناتجة عن الاضطرابات البسيكولوجية والاجتماعية (المدرسية).⁽²⁾

-
- 1 . Joucdar (S) : Les Brûlures « Les Séquelles de brûlure », OPU, Université D'Alger, 1997, P1.
 - 2 . Yacoubovitch (J) : Opcit, PP 138 – 140.

4 . تكرار الإعاقات الحديثة في المجتمع الكلي :

إنّ نسبة الإعاقات الناتجة عن الحوادث في المجتمع الكلي تبقى نسبياً غير معروفة، وذلك لقلّة الدّراسات التي اهتمّت بهذا الموضوع رغم أنّ الحوادث وكما هو معروف تمثّل السّبب الرّئيسي للإعاقة.⁽¹⁾ هذه الندرة ترجع للصعوبات التّالية:

أهمّها صعوبة التعرّف على الحالات: فهناك حالات أطفال تتطلّب حالاتهم العيش في مراكز خاصة بالمعوقين، وآخرين تسمح لهم حالتهم بالعيش في وسطهم العائلي وهم في الغالب الأطفال الذين يعانون من عجز جزئي أو صغير. وبالتالي فإنّ المعلومات المتوفّرة لدى الهيئات الاجتماعية واللجان المكلفة بإنشاء معدّلات العجز وتوجيه الأطفال لا تخصّ إلاّ الإعاقات المهمّة. كما أن سبب الإعاقة ليس دائماً معروف، وبالتالي لا يمكن التعرّف على نسبة الإعاقات الحديثة.

وحتى الدّراسات الإبدميولوجية المتوفرة والتي تقدّم معلومات أكثر دقّة تعرف هي الأخرى نقائص منهجية (فيما يخص اختيار العينة ومجتمع البحث).

ففي فرنسا مثلاً توصلنا التحقيق الذي أجري عام 1980 من قبل l'INSEE عن استهلاك الرعاية الطبيّة من طرف الأسر، إلى أن هناك نسبة إعاقة حديثه تقدّر بـ 6,7 لكل 10.000 طفل لدى الفئة العمرية 0 – 14 عام و 14 لـ 10.000 لدى الفئة العمرية 15 – 29 عام أي ما يعادل 1 % لدى الأشخاص بين 0 و 29 عام. وأن الحوادث تمثّل 15 % من أسباب الأمراض بالنسبة للمجموع الكلي للإعاقات هذه الدّراسة لم تأخذ بعين الاعتبار إلاّ الأشخاص الذين يعانون من إعاقة معترف بها بواسطة إعانة مالية، ويعيشون مع أسرهم.

كما بيّنت دراسة بريطانية أجريت في قطاع صحّي على كل الأطفال المولودين عام 1975 عن وجود نسبة إعاقة حديثه تقدّر بـ 1 لـ 4000 طفل في سن يتراوح ما بين 2 و 3 سنوات.⁽²⁾

وفي الجزائر أين يشكّل الأطفال المعوقين مشكلة كبيرة، ووفقاً للأرقام التي أدلت بها وزارة الشؤون الاجتماعية لعام 1990، هناك 3000 طفل معوق في سن الالتحاق بالمدرسة.⁽³⁾

1 . Ibid : P 130.

2 . Ibid . P 133.

3 . منظمة اليونسيف : الطفل الجزائري، صدر عن مكتبة منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF الجزائر ، 1993 ، ص 24.

وأكد المسح الجزائري لصحة الأمومة والطفولة لعام 1992 على أن 1,24 % من الأشخاص يعانون من إعاقة ما، ترجع ثلث هذه الإعاقات إلى أسباب وراثية وأعراض ظهرت عند الولادة، وتسبب الأمراض 40 % من الإعاقات كما تسبب الحوادث 20 % منها.⁽¹⁾ كل هذه المعطيات هي تخص في الحقيقة الإعاقات المهمة والمعترف بها من قبل المؤسسات التأمينية مما يؤكد عدم الاهتمام بالعقابيل الخفيفة والإعاقات الصغيرة التي لم تؤخذ في الحسبان.

II . العواقب النفسية والاجتماعية للحوادث :

الطفل مخلوق مملوء بالحيوية والنشاط والرغبة في الحياة وأن يكبر ويصبح مثل والديه وإخوته، يحمل آمال ومشروع لحياة سعيدة، والحادثة يأتي فجأة لبشوش الرؤية والحيوية نتيجة الصدمة التي يخلفها الحادث سواء بصفة مؤقتة أو طويلة المدى وذلك حسب نوعية العقابيل التي تنتج عنه ودرجة خطورتها، والصحة النفسية التي يكون يتمتع بها المصاب قبل الحادث، ووسائل الدفاع التي يكون يملكها حتى يتكيف مع وضعه الجديد، ومدى مساهمة الفرق العلاجية والطبية في مساعدته على استرجاع صحته والمدة التي يستغرقها العلاج والدور الذي تلعبه الأسرة في ذلك والذي يرتبط بمدى تماسكها وتوازنها وشدة الصدمة والهلع الذي ينتج عن وقوع الحادث.

فمن المسلم به أن إصابة طفل بحادث له مفعول تخريبي على الأسرة فهو يؤثر عليها تأثيراً بالغاً سواء من الناحية الاقتصادية والاجتماعية أو الجو النفسي المحيط بها.

1 . عواقب الحادث على الأسرة والمحيط :

عندما يصاب طفل بحادث يتأثر كل أفراد عائلته حيث يضطرب نظام الحياة اليومية كما يفرض هذا المرض أو الوضع أعباء ومسؤوليات إضافية تقع على عاتق كل أفراد الأسرة. وبينما يسبب الحادث الصغير أو غير الخطير مشكلات طفيفة نسبياً فإن الحادث الخطير يسبب أضرار وعواقب بالغة. ومن العواقب الأولى والمباشرة للحادث تكمن في الصدمة التي تتجر عنه على الأسرة خاصة الوالدين.⁽²⁾

1 . نفس المرجع السابق، ص 24.

2 . Maguin (P) et Estrabaud (M) : Conséquences psychosociales des accidents graves, in : Félix (M) et Tursz (A), opcit, p 146.

لكن شدة الصدمة ليست مرتبطة بنوعية الحادث وشدة وخطورة العقابيل التي يمكن أن تترتب عنه. وإنما بظروف وقوعه ومدى تصوّر أفراد الأسرة لعواقب الحادث مباشرة بعد وقوعه خاصة لما يكونوا متواجدين وقت الحادث، فقد يشاهدون بعض الأمور التي تخيفهم وتقلقهم أكثر من اللازم كفقدان الطفل لوعيه أو اشتداد النزيف الدموي، أو صعوبة التنفّس، ممّا قد يجعلهم يعتقدون بأن الطفل سوف يموت، ويزيد من حدة الصدمة.

كما أن لخبرة الوالدين في الحياة . فيما يخصّ المرض والحوادث . ومستواهم التعليمي ونوع تكوينهم تأثير على التّحكم بطريقة موضوعية في زمام الأمور ممّا قد يقلّل من شدة الصدمة.

لكن على العموم فإنّ الإدراك الأول للحدث يكون في الغالب متبوع بمرحلة حسّاسة جدّاً، فيها شعور شديد ومؤلم . بالذنب وبالمسؤولية . يلزم الوعي والذي قد يدوم شهور وحتى سنين فيما بعد، مع شعور وجداني أليم لمجرد تذكّره.

لكن هذا الخوف والقلق والشعور بالذنب والمسؤولية يختلف من أسرة إلى أخرى، حسب شخصية الوالدين ومدى تمسّكهم بالحياة، وبصفة عامة بمدى تماسك وتوازن الأسرة.

فقد نجد لدى بعض الأسر ردود أفعال سلبية . فزع ورعب بلا داع أو جمود . وقد يلجأ بعض الأولياء إلى تصرّفات وسلوكات غير عقلانية ومواقف عدوانية مع الفرق المعالجة والأطباء.

لهذا من الضروري أن تكون الفرق العلاجية على علم بخطورة الموقف وحساسية الوالدين، لتفادي المشاحنات، ولمساعدتهم على تجاوز هذه الصدمة وتقبل الوضع الجديد، حتى يسترجعوا إتصالهم بالواقع، ومن الأمور التي ينبغي أن يطلعوا عليها هو أن مثل هذه السلوكات ليست في صالحهم ولا في صالح الطفل المصاب، الذي هو بحاجة لكل عنايتهم ورعايتهم حتى يشفى، فإذا شاهد والديه في مثل هذا القلق والخوف فإنّ حالته النفسية سوف تسوء.

وخلال هذه المرحلة يكون الوالدين بحاجة أن يكونا على علم، بكل ما تشكّله العقابيل من خطورة مع وجود بعض الأمل.

ففي الغالب وخلال هذه الفترة يظهر الاعتناء بالوالدين ضروري لتجنّب بعض الاضطرابات فالقلق عنهم يكون في محله، فكل حياتهم تشوّشت من جراء الحادث. (1)

1. Ibid . p 147.

أ . على الاخوة والأخوات :

نفس الشيء بالنسبة للاخوة والأخوات الذين تصبح حياتهم اليومية يسودها القلق وعدم الاستقرار خاصة لما تستلزم حالة المصاب نقله إلى مراكز صحيّة مختصّة والتي تكون بعيدة عن مقر سكنهم، ممّا يلزم الوالدين التنقّل معه حتى يكونا بقربه. وهنا يطرح مشكل الإيواء، والذي قد يجده عند الأقارب أو الأصدقاء، كما قد يضطرّ أحياناً إلى صرف مبالغ كبيرة في الإيواء والسفر، كما قد تضطرّ الأم في بعض الأحيان للبقاء مع طفلها المصاب في المستشفى (خاصة لما يكون صغير في السنّ . في الغالب أقل من 5 سنوات . ولما يسمح نظام المستشفى بذلك) وبالتالي يبقى الأطفال الآخريين من غير رعاية والديهم، ممّا يطرح مشكل التكفّل والعناية بهم أثناء هذه الفترة.(1)

وتختلف التقاليد التي تحدّد من يقوم عادة بهذه الوظيفة، ومدى وجود بدائل مقبولة عن الأب والأم وتكون هذه المهمة صعبة كلّما كان الأطفال صغار، ففي كثير من المجتمعات الأقل ارتقاء من الناحية الاقتصادية والمجتمعات المحافظة، يعيش الناس في جماعات عائلية كبيرة (الأسرة الممتدّة) تضم ثلاثة أجيال أو أربعة، وعلى هذا النحو يقوم الأقارب المباشرين (كالجدّات والعمّات والأخوات الكبيرات...) بهذه المهمة. هذا ما نجده خاصة في المجتمعات الرّيفية بالإضافة إلى الصلة الوثيقة . إذا لم تكن قرابية . التي تربطهم مع جيرانهم وبالتالي يجدونهم في مثل هذه المحن.

عكس المجتمعات الحضارية الصناعية حيث أنّه من المعتاد أن يكون الزوجان الزوجين يعيشان في أماكن بعيدة عن مجال ميلادهم، ممّا يضعف من روابط العائلات ببيئتهم المحلية، لدرجة أنّه في مجتمعات بأسرها لم يعد من التقاليد أن يساعد الجار جاره، ممّا يصعب من هذه المشكلة ويزيد من حدّة الحرمان لما يلجأ الوالدان إلى إحضار مرّيّة تحل محلّ الأم لما تكون غائبة عن البيت وفي حالات أخرى

قد يضطرّ إلى أخذ الأطفال عند أحد الأقارب أو الأهل الذين هم غير معتادين عليهم، ممّا قد يخلق مشاكل التي لا يمكن أن نجدها في الجماعات العائلية الريفية.⁽²⁾

1. Ibid . p 148.

2 . بولي (جون) : رعاية الطفل وتطوّر الحب، تر : السيد محمد خيرى وآخرون، دار المعارف بمصر القاهرة ، 1959، ص 84.

وعلى العموم فإنّ تغيير نمط الحياة اليومية يكون نسبي . أقل أو أكثر شدّة حسب نوع الإصابة درجة خطورتها، سن المصاب، نوع الأسرة، وجود أخ أو أخت كبرى . لكن في غالب الأحيان فإنّ انشغال الأم بطفلها المصاب قد يبعدها كليّة عن التنظيم المعتاد من تحضير الأكل والقيام بشؤون البيت وغير ذلك، وفي حالة وجود أطفال آخرين. تكلف حراستهم غالباً للأصدقاء الأهل أو الجيران.

بالإضافة إلى ذلك الحرمان الذي قد يعرفه الاخوة والأخوات نتيجة الحادث، والاضطرابات الذي يطرأ على حياتهم اليومية، فهم يشعرون في الغالب بقلق كبير على أخيهم المصاب.

هذا ما قد يعبرون عنه بكل صراحة لما يكونوا متواجدين وقت الحادث بالبكاء والأحلام المزعجة (الكوابيس) خوفا من فقدانهم لأخيهم.

والذي يستلزم من الأهل طمأننتهم عن حالته، أخذهم لزيارته، شرح لهم حالته وبأن ما عليه من جروح وإصابات هي حالة عابرة وسوف تزول مع العلاج.

ويوجد أطفال آخريين يمتنعون عن التعبير عن خوفهم وقلقهم أمام والديهم خوفاً عليهم لأنّهم يشعرون بمعاناتهم وحزنهم وبأنهم مرهقين هذا ما قد يظهره ويعبرون عنه في المدرسة، أو أمام الأشخاص الذين يتكفّلون بهم خلال هذه الفترة.

مما قد يجعل الأولياء يسيؤون فهمهم ويعتبرونهم مستهزئون فهم يلعبون ويمزحون (هذا قاس وجاف في هذا السن) فيصب الأباء كل الحنان والحب على الطفل المصاب ويتجاهلون أمور وحاجات الأطفال الآخرين، فهم نادراً ما يتكلمون معهم أو ينصتون إليهم حتى وإن كانوا متواجدين هذا ما قد يشعرهم بالضيق والغضب مما قد يؤدي إلى ظهور مشاكل متعلقة بدراساتهم بالإضافة إلى بعض الاضطرابات السلوكية العابرة أو الأكثر بقاءً.⁽¹⁾

ب . العلاقة بين الوالدين :

بالإضافة إلى القلق، الشك والخوف الذي ينجّر عن وقوع الحادث والانقلاب الذي يحدثه في حياة الوالدين، فإنّ العلاقة فيما بينهم تعرف هي الأخرى تغييراً فحياً تكون تميل إلى السند والدعامة المتبادلين مع الاعتماد على الأقوى، وأحياناً أخرى نجدها عكس ذلك تميل للعجز، العناء واليأس مع

1 . Maguin (P) et Estrabaud (M) : opcit, pp 147 . 148 .

إتهام أحدهم للثاني والشعور بالذنب، فمن البديهي أن يعتمد الوالدان على بعضهم البعض في حالة المحن ولكن هذا السلوك يندم عندما يتورط أحدهم في وقوع الحادث، فالطرف الثاني والذي يكون في الغالب الأب يمكن أن يظهر كقاض فيلجأ أمام الحزن والغم إلى إتهام زوجته، مما قد يخلق نزاعات وصراعات بينهما فنجد الزوج يلوم زوجته بالإهمال والتهاون واللامبالاة مما يزيد من حدة آلام وجرح الأم التي هي من البداية مرهقة.

هذه الحالة غالباً ما تزول لما يشعر الزوج بحقيقة آلام قرينته لكن هناك حالات تستلزم تدخّل أشخاص آخرين كالأطباء مثلاً أو الفرق الصحية أو الأقارب للحد من الدمار والضرر الذي قد ينجم عن رد فعل كهذا، فالإرهاق واليأس غالباً ما يغير جذرياً الاتصال بين الوالدين.⁽¹⁾

ج . الأجداد :

إذا كانت الأسرة مقيمة بمفردها (أي نووية)، فإنّ غالباً ما يفضل الوالدان عدم إخبار الجد والجدّة بالحادث بحجة إبعادهم أو حمايتهم من الصدمة، لكن في الواقع هما يحاولان حماية أنفسهم فقد يحدث وأن لا يشعران أنهم كسند لهم، ولكن كحاكمين نتيجة الانتقادات التي تعودا الوالدان سمعها منهم على كل

كبيرة وصغيرة، على طرقهم التربوية الحديثة التي تتميز بالديمقراطية والحرية ويعتبر الحادث كدليل على فشلهم لهذا قد يفضلان تفاديهم وتجنب نظراتهم.

لكن في الحقيقة وغالبًا ما يجدونهم كسند لهم حيث يساعدهم على تخطي هذه المحنة سواء ماديا أو معنويًا.

هـ/ الجيرة :

بعد الحادث يعتبر الجيران أول من يعلم به قبل الأهل . خاصة لما يكون الحادث خطير ويستلزم تدخل فرق خاصة كالحماية المدنية أو الإسعافات المستعجلة .

وقد يلجأ الوالدان أثناء الحادث، والأم خاصة لما تكون لوحدها مع الطفل، لأحد الجيران لنقل الطفل إلى المستشفى، وتختلف المواقف التي يمكن ملاحظتها في مثل هذه الحالات، فهي تذهب من الطيبة متأثرة بالفضولية، إلى سيئة القصد . حتى متهمة، متشفية لكن غالبا ما يجد الوالدان السند في جيرانهم الذين يتكفلون بأولادهم في أوقات غيابهم، وينجزون لهم الأعمال المعتادة، كما يجدون معهم السند المعنوي.⁽¹⁾

1 . Ibid : p 149.

1 . Ibid : p 150.

على العموم مهما كانت حدة وشدة الصدمة على الأسرة عامة الوالدان خاصة، ومهما كانت الطريقة أو الوسيلة التي تضمن إعادة الوالدان لحالتهم الطبيعية، فهو أمر حتمي لا بد منه . في أقل مدة وأسرع وقت ممكن . حتى يحرروا الطاقة اللازمة لمواجهة العمل الصعب والكبير الذي هو في انتظارهم، والمتمثل في مساعدة الطفل على الشفاء واسترجاع صحته الجسمية والنفسية، واسترجاع ثقته بالمستقبل، خاصة في حالة الحوادث الخطيرة التي ينجّر عنها عجز أو عاهة أو إعاقة . مؤقتة أو دائمة . والتكيف مع وضعيته الجديدة.

وهذا ما يستلزم إختيار أساليب صحيحة وجيدة في معاملته، لتفادي ظهور الاتجاهات السلبية لديه، فشعور الوالدان بالذنب قد يجعلهم يبالغون في تدليل الطفل وحمايته ممّا قد يضعف من شخصيته كما قد يولد لديه اتجاهات خاصة نحو عجزه ونحو نفسه ونحو الآخرين قد تستمر معه حتى الكبر، خاصة لما

يكون هذا الحادث وظروف وقوعه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بانعدام العناية والرعاية والحب والحنان، فيجد إصابته هذه وسيلة لإشباع حاجاته، فنجده لا يبذل أي مجهود للشفاء أو التكيف مع هذا الوضع الجديد. وهنا تظهر ثمار الخصال والكفاءات التي زرعتها الأم في شخصية طفلها من عدم الأناية والتفكير في الغير والاعتماد على النفس.

2 . عواقب الحادث على الطفل :

عندما يتعرّض الطفل لحادث يكون أول من يشعر بالتغيرات التي تظهر مع هذه الإصابة وهو أول من يقوم بتشخيص حالته الصحيّة . قبل الطبيب . ويشعر إذا كان هناك خللاً ما أو آلاماً ما حسب نوع الإصابة ودرجة خطورتها. فالحوادث هي مثل المرض تؤدي إلى الشعور بالعجز نتيجة لما تسببه من عقابيل " فقد بها الطفل قوته وانتقل إلى حالة من الضعف من النشاط إلى الاستكانة من الاستقلال إلى الاعتماد على الآخرين. واجتماع الألم المستمر والضيق إلى جانب القيود المفروضة على الحركة والنشاط كلّها تجعل المريض يشعر بالعزلة والعجز ونتيجة الانفصال عن الأسرة والأصدقاء يمرّ المريض بخبرات الوحدة والانعزال إلى جانب ما يشعر به من ضيق نتيجة اضطراب حياته اليومية من ناحية الفحص وتناول الدواء وإجراءات التمريض والغذاء الخاص كما يتعرّض المريض لمخاوف مستمرة..."⁽¹⁾

1 . الحسن (محمود) : مرجع سابق ص 74.

لكن تأثير الصدمة ومستوى تحمّل هذه الأعراض الحداثيّة والاستجابة لها يختلف حسب الأشخاص . حسب جنسهم ونضج شخصيتهم، والضغط البيئيّة والظروف الاجتماعيّة، ودرجة خطورة الحادث والنتائج أو العقابيل المحتملة . فإذا كانت بعض الحوادث تظهر بأنّ لها نفس التأثير وتعتبر كصدمة نفسية على كل شخص بسبب خطورتها فإن استجابة الأفراد للحوادث الأخرى الأقل خطورة تكون متباينة وقد تكون لها صدمة شديدة لدى بعض الأطفال ذوي الشخصية الضعيفة والمهيئة لذلك.

بالنسبة للطفل فإنّ مستوى التحمّل يختلف حسب السنّ فكلاً كان الطفل متقدّم في السنّ كلّما كانت شخصيته مبنية على أساس وسائل دفاع⁽¹⁾ متنوعة وعديدة كلّما كان أقلّ قابلية للجرح وتمكّن من التكيف مع الوضع الجديد.⁽²⁾

بالمقابل فإنّ الطفل الصغير لا يستطيع أن يواجه لوحده مثل هذه الأحداث المقلقة والمشوشة لحياته فهو تابع لمحيطه، فيصبح على الأسرة والوالدان على وجه الخصوص أن يضمنوا له جوراً آمناً وأن يشعرا بالحب والطمأنينة وبأنه تحت حمايتهما حتى يساعدها على تجاوز هذه الصدمة والخوف الذي زرعه الحادث في نفسيته . بالخوف من المجهول ومن الموت . وحتى يتقبّل وضعيته الجديدة . كمرضى وكمصاب Accidenté . وعلى تعبئة طاقاته وقوته لتقبّل نشاط العلاج، وحياته بالمستشفى وحالته الجسمية الجديدة⁽³⁾

"ونظراً لأنّ الطفل أكثر اعتماداً على أبيه فهو لا يستطيع أن يتحمّل تجربة انفصاله عنهما فإذا كان الانفصال عن الأسرة ضرورياً لشفاء الطفل فقد يتحوّل إلى شخص عدواني أو متقلّب أو قد يلجأ إلى الانسحاب والاستسلام تغمره احساسات متبانية من القلق والخوف والغضب".⁽⁴⁾

وذلك نتيجة للحرمان الذي يعانيه الأطفال داخل المؤسسات الإستشفائية، بسبب انفصالهم عن والديهم وخاصة الأم.

-
- 1 . فانز (محمد علي الحاج) : الصحة النفسية، بيروت، دمشق، ط1 ، 1984، ص 140.
 2. Maguin (P) et Estrabaud (M) : Opcit, p 151.
 - 3 . Ibid : p 151.

4 . الحسن (محمود) : مرجع سابقة، ص 83.

* تعتبر وسائل الدفاع بوصفها وسائل تكيف ذات مكانة هامة في حياة الإنسان اليومية لأن الإنسان يلجأ إليها سعياً وراء التكيف العضوي والنفسي ليعيد أخطار التهديد والصراع والإحباط التي تهدّد كيانه (...). وهي عبارة عن طرق ومخارج يحاول بها الفرد اتقاء الأخطار، الإحباط والصراع والمناسبات المؤلمة، وخفض التوتر الذي يمرّون به. وتسمى هذه الطرق أحياناً بوسائل الدفاع الأولية كما تسمى أحياناً أخرى باسم "آليات دفاع الأنا" أو "الحيل اللاشعورية"²

وفي هذا الصدد قدّم "سير جيمس سبنس" SIR JAMES SPENCE في كتابه "رعاية الأطفال في المستشفى The care of children in Hospital" صورة حيّة لما يناله الأطفال في عنابر المستشفى من حرمان يبلغ في سوءه ما نجده في أسوأ المؤسسات الكبرى التي يحكم الجميع الآن بعدم صلاحيتها وهو يتناول بصفة خاصة عزلة الأطفال وانعدام الهدف بينهم وشكّهم وغموض الموقف في أذهانهم عندما تطول إقامتهم بالمستشفيات⁽¹⁾.

وقد اقترح "Spence" حلين يمكن من خلالهما تخفيف الصدمة الانفعالية ووقاية الأطفال من التعرّض للحرمان: الحل الأول هو بقاء الطفل في أسرته ما أمكن ذلك، والثاني يخص الأطفال الذين

تستلزم حالتهم البقاء بالمستشفى وقد أيد "Spence" منذ وقت طويل بقاء الأم مع طفلها كلما أمكن ذلك خاصة بالنسبة للأطفال دون الثالثة من العمر. ولهذا النظام توجد عدّة مزايا فالطفل من جهته ينال كل العناية الضرورية طول الوقت من أمّه التي تعيش معه في نفس الغرفة، فهي تغذّيته به وتغذّية وتحنو عليه، وتوفّر له أسباب الرّاحة من جهة، ومن جهة أخرى يسمح هذا النظام للأم من تخفيف حدّة الشعور بالذنب الذي قد يلزمها بعد الحادث ومن تجاوز الصدمة لما ترى ابنها يشفى ويتعافى تدريجيًا بمشاركتها فهي بالكاد لا تنام ولا تأكل بسبب حالة طفلها.⁽²⁾

كما تختلف استجابة الطفل وشدّة تأثره بالصدمة من مرحلة إلى أخرى:

فخلال المرحلة الحادة والصعبة التي تكون مباشرة بعد الحادث، يكون الطفل المنقول إلى وسط متخصص في العادة غارق كلية في مشاكله الصحية من تعب شديد وغيوبة عميقة وقصور مفرد... وخلال مرحلة العلاج الشديد تبدأ تظهر الخلافات برفض الطفل للعلاج وظهور اضطرابات من نرفزة وعدم النوم، والقلق بسبب انفصال الطفل عن والديه، بعد نهاية مرحلة العناية المركّزة والعلاج المتواصل مع بداية الاستقرار تأتي مرحلة العقابيل : وهي مرحلة إعادة الملائمة على كل المستويات الجسمية، والنفسية والاجتماعية، حيث تختلف سلوكيات الأطفال باختلاف شخصياتهم وميكانيزمات الدّفاع التي يملكونها، وهنا تظهر ثمار الخصال والكفاءات التي قد زرعتها الوالدان في شخصية طفلها من عدم الأثانية والتفكير في الغير والاعتماد على النفس.

1 . بولى (جون) : مرجع سابق، ص 184.

2 . نفس المرجع السابق ص 185 - 186.

فمن خلال الدّراسة* التي أجريت في إطار مشروع دولي فرنسي سويدي، حول المراحل التي يمرّ بها الطفل وأسرته بعد الحادث ومن خلال دراسة المواقف البسيكولوجية لهذه المرحلة الأخيرة توصل الباحثون إلى تمييز ثلاثة أنواع من الاستجابات والتطوّرات التي قد يعرفها الأطفال بعد الحادث فمنهم من عرفوا تطوّرًا مناسبًا، ومنهم من عرفوا تطوّرًا متوسّطًا، ومنهم من عرفوا تطوّرًا غير مناسبًا.⁽¹⁾

أ . التطوّر المناسب :

ويتضمّن الأطفال الذين استرجعوا كامل قواهم البدنية والنفسية، وتخطو تلك التجربة المؤلمة من غير أن تترك فيهم أية آثار ومن غير أن يظهر عليهم أي اضطراب بعد فترة العناية الشديدة.

وفسّروا هذا التطوّر والقدرة على المواجهة ب :

- 1 . المسار البسيكولوجي الجيد للطفل: وهم الأطفال الذين قد اكتسبوا من قبل توازن حقيقي ونضج جيّد، ممّا سمح لهم من استعمال مختلف ميكانزمات الدّفاع الملائمة لمواجهة الحدث.
- 2 . مشروع حياة الطفل بالنسبة للوالدين: وهم الأطفال الذين يحاولون التفاعل بكل شجاعة مع هذه الوضعية الصعبة، حتى يخفّفوا وطأة الحادث على والديهم، ويزيحووا الغم عنهم، فهم قلقين عنهم، ويعملون كل ما في وسعهم لحمايتهم...
- 3 . الجرح يعاش كعامل نضج ببيكولوجي : وهم الأطفال الذين يعيشون الحادث كحدث يسمح لهم بالدّخول في تجارب حياتية جديدة. فانفصالهم مثلاً عن أسرتهم يسمح لهم بخوض تجربة جديدة، باكتساب أكبر استقلالية.

في كل هذه الحالات يكون الطفل متعاون مع العلاج، ويبدل كل جهده من أجل ذلك بالأخذ بنصائح الطبيب مثلاً حيث يكون على وعي بكل مشاكله الصحيّة وبالوقت الذي يستغرقه العلاج، ممّا يساعده على الشفاء.⁽²⁾

1 . Maguin (P) et Estrabaud (M) : opcit, p p 145 – 151.

2 . Ibid : p 155.

* دراسة أجريت على عيّنة تتكوّن من 40 أسرة و 42 طفل، بواسطة المقابلة في 3 مراحل (وهي مقابلة غير موجهة): المقابلة الأولى كانت مباشرة بعد الحادث. المقابلة الثانية كانت بعد مدّة 3 إلى 6 أشهر من الحادث، والمقابلة الثالثة، كانت بعد سنة من الحادث. وكان الهدف من هذه المقابلات التعرّف على العواقب المخلفة من جزاء الحادث على الأسرة.

ب . التطوّر الأقلّ تناسباً :

والذي يظهر على شكل ثلاثة أنواع من السلوكات والاستجابات:

- 1 . الشعور بالذنب حيث يكون الطفل يشعر بالذنب نتيجة تعرّضه للحادث، ونتيجة ما سبّبه من آلام لوالديه، ممّا قد يجعله يتظاهر بالشجاعة وبأن الجرح خفيف.

في مثل هذه الحالة وفي غالب الأحيان، فإنّ الأمر يتعلّق بالوالدان اللذان يكونان في حالة بسيكولوجية هاشة، فالطفل هنا لا يرى في الحادث كواقعة شخصية، وإنما كعنصر له علاقة مع والديه، فنجدته يتحمّل مسؤولية الحماية.

2 . إنكار الجرح: حيث يحاول الطفل تجاهل ما حدث لإبعاد الصدمة المؤلمة عن وعيه وذكريته، فيحاول التصرف كالعادة كأن شيئاً لم يحدث.

استجابة كهذه تكون سائرة المفعول في حالة الحوادث الخفيفة التي لا تترتّب عنها عواقب وخيمة لكن في حالة العكس فإنّ الطفل لا يمكن أن ينكر آلامه طويلاً، فنجدته ينهار أمام هذه الحقيقة المؤلمة التي لا يمكن أن يتحمّلها كثيراً.

هذا الانهيار قد يأخذ أشكالاً مختلفة كالانهيار العصبي أو رفض العلاج أو رفض أي قسر جسدي أو بسيكولوجي، أو رفض أي منع رياضي أو غذائي...

3 . الرغبة في تعويض : في هذه الحالة يعيش الطفل الحادث كظلم في حقّه والذي يستلزم تعويض برعاية خاصة والتي يعتبرها كحق يجب أن يعطى له حتماً وهي على شكل إصلاح بسيكولوجي الذي يخفف من حدّة الإحباط الذي سببته الإعاقة الجسمية فيه.

فالطفل في مثل هذه الحالة، حتى وإن تتحسنّ حالته يبقى يطلب باستمرار معاملة وعناية خاصة، فيرفض مطالب الحياة العادية، والجرح في مثل هذه الحالات ليس منكور، وفي نفس الوقت يرفض نسيانه ودمجه في تاريخ حياته، فالحدث بالنسبة له عبارة عن واقعة استثنائية خارجة عنه فلا يريد تقبّلها. (1)

ج . التطوّر الغير مناسب : وهم الأطفال الذين يتطوّرون تطوّرًا غير مناسبًا ومقلّفًا هذا ما قد يرجع للأسباب التّالية:

1 . Ibid : p 156.

1 . البنية العصبية للطفل : وهم الأطفال الذين كانوا يعانون قبل الحادث من مشاكل نفسية كالشعور بالنقص أو تنتابهم أوهام بأنّهم منحطين وفاشلين دائماً في تحقيق أهدافهم. والحادث بالنسبة لهم دليل على ذلك الشعور والقلق، لذا يكون تأثير الصدمة كبير، والتي يجدون صعوبات لتجاوزها في المستقبل فهم متأثرين بكل وجدانهم لحد أنّهم يعتقدون باستحالة استرجاع حالتهم الصحيّة وحياتهم الطبيعية.

2 . تأثير موقف الأسرة : فمن العوامل الأساسية التي تعرقل التطوّر المناسب للطفل هي موقف الوالدان من الحادث الذي يتوقف على شخصيتهما ماضيهما والجروح والأحداث التي عاشوها من قبل، مكانة الطفل والوظيفة النفسية التي يلعبها داخل الأسرة.

فهناك أولياء من شدة تأثرهم بالصدمة وشعورهم بالذنب والمسؤولية يعتبرون أنفسهم غير صالحين معاقبين بآلام طفلهم فيصبحوا عاجزين عن اتخاذ موقف إيجابي وعلى تقبل الحقيقة كما هي، وعلى مساعدة الطفل وإعادة إدماجه، فهو ينتظر منهما مجهودات حقيقية . كإعادة تجهيز البيت تماشياً مع الإعاقة التي أصبح يعاني منها، أو إدخاله إلى مراكز مخصصة حتى يصبح على علاقة بأطفال آخرين مثله وغير ذلك من المجهودات. (1)

على العموم ومن الظواهر الجديرة بالذكر هي أن شدة الانفعالات لا تتناسب مع شدة الإصابة فهناك من يتصورون المسائل أكثر من اللازم فيصابون بالذعر لإصابة تافهة، فتنتابهم الهواجس والمواقف ويحزنون بشدة بالغة في حين نجد آخرين يصابون بإصابات بالغة، ولكنهم مع ذلك يواجهون الموقف بصبر وشجاعة ناذرة، وقد يسلك بعض الأطفال سلوكاً غير ناضجاً لا يتناسب مع أعمارهم كما قد يلجأ بعضهم للسلوك الشاذ والمنحرف بالتشرد والتسول.

بالإضافة إلى طبيعة الإصابة وشخصية الطفل فإن لاتجاه الأهل نحو الطفل تأثير على مدى تكيفه مع الموقف الذي يكون فيه، خاصة إذا نتجت عن الإصابة تشوهات ظاهرة أو إعاقة ما الأمر الذي قد يجعلهم يلومون أنفسهم، هذا الشعور بالذنب قد يجعلهم يبالغون في تدليل الطفل وحمائته مما يضعف من شخصيته ويجعل أشقاه يعتقدون بأنه مختلف عنهم مما يولد لدى الطفل اتجاهات خاصة نحو عاهته ونحو نفسه ونحو الآخرين تستمر معه حتى الكبر.

وفي هذا الصدد ذكر "برت" خمسة طرق يسلكها الوالدين في معاملة أطفالهم المشوهين وهي :
تحاشيها، إخفاؤها، إنكارها، عدم عمل شيء بخصوصها، أو إعتبارها شيئاً عادياً. (2)

1 . Ibid : 157.

1 . مختار (حمزة): سيكولوجية المرضى وذوي العاهات، دار المعارف، مصر، ط2، 1964. ص، 43 . 200 .
فقد يعتبر بعض الأولياء بأن إعاقة طفلهم أو وجود عاهة لديه تعتبر مصدراً للعار، أو تكفيراً عن الذنوب، فنجدهم لا يتكلمون عنها، لا مع الطفل ولا - - الغير، ويعزل الطفل حتى يتجنبوا أسئلة الناس عن مصدر العاهة أو الإعاقة. والمواقف الأخيرة ه 105 في صدمة الطفل لما يكبر، ويحاول أن يقيم علاقات مع الناس . خاصة لما تكون العاهة في الوجه . فيصدم باتجاهات ومواقف الآخرين نحوه هذا ما قد يجعله يلجأ للتخفي والانطواء كما قد يلجأ بعض المصابون بالعاهات للتفكير جدياً في التخلص من الحياة نهائياً بالانتحار إذ يعتبر هذا الأخير المخرج الوحيد لحالة فقدان والعذاب والضيق النفسي الذي هم فيه.

بصفة عامة فإنّ الحادث الخطير لدى الطفل يظهر كأزمة أسرية وشخصية شديدة فإذا كان الوالدان يمرّان بمرحلة انفعالية خاصة وهاشية، أين يكون الحوار بينهما ومع الآخرين صعب، يجب عليهما في هذه الأثناء وفي أسرع وقت، أن يقدّما لطفهم السند الضروري حتى يساعده على تقبّل وضعه الجديد. وبما أنّهما يعانيان كذلك بشدّة من حدّة الصدمة، فإنّ بعض المساعدة السريّة والحذرة قد تساعدهما غالباً على تجاوز هذه المحنة، هذا ما يستلزم انتباه الفرق العلاجية لهذه المسألة بتوجيههم نحو أخصائيين نفسانيين فمساعدة الوالدين على تخطّي هذه الأزمة هو بمثابة مساعدة الطفل نفسه وذلك نظراً لأهمية العلاقات الأسرية والوسط الأسري التي لها علاقة مباشرة بالتحوّلات اللاحقة للطفل.

III . تكلفة الحوادث :

هي كل النفقات الاجتماعية التي يمكن قياسها بالألم والمشقة التي تعتبر نفقة حقيقية، والثروات المستهلكة من جرّاء الحادث.⁽¹⁾

إن مصطلح "التكلفة" coût عرف إلتباسات كثيرة، وإن كان يستعمل عادة وفي غالب الأحيان يقصد به تلك المصاريف الاقتصادية التي تتجرّ عن وقوع الحادث.

غير أن التكلّف بالمصاب قد يتضمّن تدخل عدّة أطراف، وقد يأخذ أشكالاً مختلفة، فالتكاليف ليست نفسها إذا ما نظرنا إلى ما يكلفه الحادث على المستشفى، أو على الضمان الاجتماعي، أو على الأطباء أو على المصاب نفسه وأسرته.

1 . Triomphe (ANNIE) : le coût des accidents domestiques, in Félix (M) et Tursz (A), opcit, pp 161 .

لكن ما يهمنّا هو "تكلفة الحادث"، دون السحث عن من يدفع، ممّا يتطابق مع تقدير النفقات المستهلكة. ومن هذا المنظور يمكن التمييز بين ذ¹⁰⁶ التكاليف:
التكاليف المباشرة والتكاليف الغير مباشرة.

الأولى ينسب للأموال المستهلكة للتكلّف بالمصاب . مصاريف العلاج . والثانية يتضمّن الأموال المستهلكة من عواقب الحادث.

1 . التكاليف المباشرة للحوادث :

هي المصاريف الطبية المباشرة المنسوبة للحوادث والتي تخص هيئات وفئات مختلفة: العلاج بمستشفى عمومي أو خاص، اللجوء للعناية الإسعافية، الأدوية والتحليل التي يتطلبها العلاج... إلخ. فتشعب القطاعات المعنية يصعب من مهمة تقدير التكاليف لكن رغم هذا تبقى القطاعات العمومية تلعب دوراً أساسياً في معالجة واستقبال ضحايا الحوادث لهذا يمكن تقدير هذه التكاليف من خلال المصاريف التي يتطلبها العلاج بالمستشفى.⁽¹⁾

ونظراً لصعوبة تقدير التكاليف المباشرة لا نجد دراسات شاملة حول الموضوع لكن هذا لا يمنع من إعطاء فكرة عن تكلفة الحوادث من خلال مقاييس معينة، مثل معدل تكلفة العلاج بالمستشفى، ومعدل الإقامة حسب نوع الحادث وخطورته.

ففي الجزائر قدرة ثمن المضادة التي تستعمل في حالة الحروق بـ 1000 دج، وكلفة العلاج لمدة يوم واحد بالمستشفى بـ 3000 دج، والحروق كما رأينا هي أكثر الحوادث التي تتسبب في عقابيل في غالب الحالات خطيرة وتستلزم في معظم الحالات العلاج بالمستشفى.

. فيما يخص ابتلاع المواد الحمضية (les caustiques) والتي تؤدي في الغالب إلى أضرار وعقابيل خطيرة، بحيث أن التكاليف تمثل هذه الحالات صعب مكلف، فهو يستلزم العلاج بالمستشفى لمدة طويلة (عدة أيام أو أشهر) لا تقل عن 25 يوم، والتي قدرت كلفتها بما يقارب 360.000 دينار جزائري، (وهي كلفة العلاج بالمستشفى لمدة 25 يوم مع تغذية خاصة، باستثناء عمليات التوسيع والجراحة البلاستيكية والفحوصات الأخرى).

مع العلم أن هذه الحوادث هي في تفاقم مستمر . من حيث العدد والخطورة . خلال الآونة الأخيرة، نتيجة ظهور مواد صيانة جديدة في السوق منذ حوالي 5 أو 6 سنوات.⁽²⁾

1 . Ibid : p 162.

2 . Dr. Djender : Prévention des Accidents Domestique de l'enfant, Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Prévention, la lettre de la prévention N° 29, Avril 2000.

هي كل التكاليف الناتجة عن الحادث باستثناء التكاليف المباشرة التي تتضمن التكاليف بالمريض، وتتمثل أساساً في خسائر الإنتاج الحالية والمستقبلية للأشخاص المصابين. فخسائر الإنتاج يمكن تقديرها من أجور العمال سواء كانوا هم المصابين أو اضطروا للتوقف عن العمل لمدة معينة للتكفل بشخص آخر مصاب . خاصة في حالة إصابة الأطفال .⁽¹⁾

ففي حالة حوادث الأطفال فإنّ حساب الأيام التي يتوقف فيها الوالدان توقف الوالدين عن العمل هي من أهم الوسائل لتقييم التكاليف الغير مباشرة للحوادث، هذه الطريقة تستعمل بكثرة في الدّول الأنقلو سكونية والتي يطلق عليها إسم "capital humain".

هذه التكاليف نجدها باهضة في الولايات المتّحدة الأمريكية، وهذا لصغر متوسط سن الأطفال الذين يتعرّضون للحوادث الخطيرة، حيث قدرت بـ 20 مليون دولار عام 1980 والتي سببتها حوادث المرور وبمقارنة هذه التكاليف بالتي تسببها الحالات المرضية الأخرى، أتت مباشرة بعد التكاليف المباشرة التي يسببها مرض السرطان.

بالإضافة إلى خطورة العقابيل التي تسببها الحوادث الخطيرة، فهي تتسبب في سلسلة من الاضطرابات للطفل وأسرته، والتي تندرج ضمن التكاليف الاجتماعية الغير مباشرة للحوادث. فالطفل الذي يكون في سن التمدرس ويتعرّض لحادث يضطرّ للانقطاع عن المدرسة لمدة معينة حسب خطورة الإصابة ممّا يؤثر على مساره الدّراسي كما قد يجد صعوبات في إعادة إدماجه في الحياة الاجتماعية بصفة عامة خاصة في حالة حدوث إعاقة ما، كما يخلق الحادث تشوّش واضطراب على حياة الوالدين والأسرة بصفة عامة.

بالإضافة إلى كل هذا تضاف التكاليف المولدة عن الألم والتعب والقلق، والتي تؤخذ في الحسبان من قبل لجان التأمين في عملية التعويض والتي تندرج ضمن التكاليف المالية للحوادث، فالضحية وأسرته يمكن أن ينالوا تعويضاً عن الخسائر الناتجة عن الحادث من قبل الشركات التأمينية.⁽²⁾

وخلاصة القول أن المجموع الكلي للتكاليف الناتجة عن الحوادث هو في الغالب غير معروف وصعب التقدير، لكن ما يمكن قوله هو أن التكاليف الاجتماعية أوسع من التكاليف الطبية: فسلسلة من الاضطرابات تصيب الطفل وأسرته، والتي تختلف حسب نوع الحادث، مكان وقوعه، وخطورته. تقدير هذه التكاليف يهم الشركات التأمينية في إطار الإجراءات التعويضية.

1 . Triomphe (A) : opcit , 165.

2 . Ibid : p 165.

الفصل الخامس : تنظيم الوقاية من الحوادث.

• تمهيد

I . صعوبة تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال.

1 . الصعوبة الأولى.

2 . الصعوبة الثانية.

II . خطوات الوقاية من الحوادث المنزلية (المسار الوقائي).

1 . الوقاية الأولية.

أ . تحويل المنزل إلى وسط آمن.

ب . التربية الوقائية.

2 . الوقاية الثانوية.

III . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال.

1 . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال على المستوى الدولي.

2 . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال في الدول المتقدمة.

أ . تنظيم الوقاية في فرنسا.

ب . تنظيم الوقاية في السويد.

ج . تنظيم الوقاية في إنجلترا.

د . تنظيم الوقاية في الولايات المتحدة الأمريكية.

3 . تنظيم الوقاية من الحوادث المنزلية لدى الأطفال في الجزائر.

أ . من الجانب القانوني.

أ1 . حقوق الطفل.

أ2 . حماية وترقية الصحة.

أ3 . حماية المستهلكين.

ب . المصالح الأخرى.

ب1 . الشركة الوطنية للكهرباء والغاز.

ب2 . المعهد الوطني للمعايير.

ج . المبادرات الأولية للوقاية من الحوادث المنزلية في الجزائر.

ج1 . الدراسات الإيدميولوجية.

ج2 . الحملات التحسيسية.

• تمهيد :

"لاشك أن الوقاية خير من العلاج، فهذا يقتضيه العقل والمنطق بل أن الطب الوقائي أحفظ للمال والجهد وأقل مضية للوقت وأجدي للصحة العامة بالنسبة للفرد والجماعة لذا فإنّ الطب الوقائي قد تطوّر في الآونة الأخيرة تطوّرًا عظيمًا، وذلك بعد أن أصبح ما يتوفّر لدينا من معلومات عن كيفية وقوع الأمراض وسرايتها وانتقالها وأسباب ضعف الجسم واختلال توازنه وبالتالي استعداده للمرض كافيًا في كثير من المجالات لإنجاح مهمّة هذا النوع من الطب. ولقد أصبحت فروع هذا الطب الوقائي كثيرة واختصاصاته متعدّدة ومؤسساته متشعبة ولكّنها كلّها تعمل متناسقة متكاملة لإيجاد المجتمع الصّحيّ الأمثل وقد أصبح التثقيف الصّحي والتربية الصّحيّة أمرًا لا بدّ منه وذلك كي يتعاون النّاس على تحقيق أهداف الطب الوقائي عن فهم وقناعة، بل إن تثقيف النّاس حتى بما يتعلّق بالطبّ العلاجي أمر يستسيهه معظم العاملين في الطبّ الوقائي الحاضر"⁽¹⁾

ولقد شهدت معظم دول العالم حتى الفقيرة منها تحسّنًا ملحوظًا في الحالة الصّحيّة لسكانها خلال العقود الأخيرة وارتفع توقع الحياة عند الميلاد وانخفضت معدّلات الوفيات الخام ومعدّلات وفيات الأطفال الرضع. ولقد حدث هذا التحسّن الصّحي نتيجة تقدّم الخدمات الطبيّة العلاجية والوقائية، عن طريق ازدياد عدد الأطباء والمستشفيات وتوفر الأدوية خاصة المضادة الحيوية وشيوع التطعيم وغيرها من العوامل ذات التأثير المباشر على صحة الأفراد والمجتمعات.

ومع انخفاض الوفيات النّاتجة عن الأمراض ظهرت أهمية الوفيات والعاهات النّاجمة عن الحوادث التي عرفت إزديادًا مستمرًا مع تقدّم المدنية، فهي تشكّل في البلدان المتقدّمة السبب الأول في الوفيات والعاهات، ولقد أصبح هذا الموضوع محل اهتمام الحكومات والهيئات الصّحيّة والجمعيات الخاصة والمنظّمات العالمية، وذلك باختلاف أنواعها : حوادث العمل، المرور وأخيرًا الحوادث المنزلية.

فلكل نوع من هذه الحوادث أسباب عديدة ومتنوّعة يمكن دراستها بالتفصيل واتّخاذ الاحتياطات الوقائية الضرورية لتجنّبها أو الحدّ منها.

لكن عملية الوقاية من الحوادث معروفة بصعوبتها وتعقّدها، وذلك نظرًا لتشعب الأعمال التي ينبغي القيام بها، عدد الأشخاص المعنيين بتحقيقها ونتائجها غير المضمونة.

فتولد الحادث هو في الغالب من طبيعة متعدّدة الأسباب، وبالتالي فإنّ الوقاية منه تظهر صعبة.

1 . د. الغبرة، (ن) : الصحة والوقاية، المكتب الإسلامي، دمشق، ط1 - 1969، ص 7.

I . صعوبة تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال :

الصعوبة الأولى : تكمن في وجود عدد لا متناهي من السيناريوهات للحوادث، حتى وإن جمعناها حسب نوع الحادث نجد أنفسنا أمام وضعيات تستلزم أنماط وقائية متنوّعة.

الصعوبة الثانية : تتمثل في الجمهور المعني والمستهدف، فمن جهة نجد :

1 . **الضحايا :** وبما أننا نعالج ظاهرة حوادث الأطفال فالضحايا هنا هم الذين تتراوح أعمارهم بين 1 و 14 عام والذين يمثلون لوحدهم مجتمع غير متجانس.

2 . الوالدين باختلاف مستوياتهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

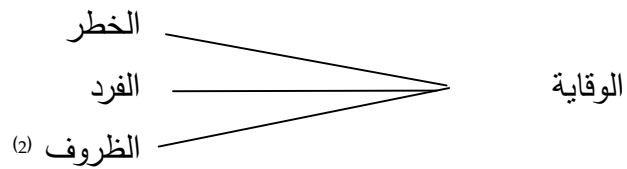
بالإضافة إلى المربين، المعلمين. أخصائي الصحة، الصناع... إلخ.

ضف إلى ذلك فإن موضوع الوقاية من حوادث الأطفال لم يؤخذ في الحسبان إلا منذ ماض قريب. فالكل كان يتفق على تتسيب مسؤولية الحوادث للوالدين، مسؤولية من الصعب تحملها إذ يحاول الأولياء التخلّص منها بحجة القدر (المكتوب)⁽¹⁾.

لكن هذا لا يعني استحالة وعدم فعالية الوقاية في هذا الميدان ولم يمنع كذلك ظهور أعمال وبرامج وحملات وقائية في معظم البلدان المتقدّمة والتي كانت لها ثمارها.

فالحوادث بالإضافة إلى كونها من طبيعة متعدّدة الأسباب فهي كما سبق وأن رأينا تنتج عن الفعل المقترن لعدّة عوامل متجمّعة في أن واحد. والوقاية الجيدة تستلزم التركيز على العوامل التي من السهل تغييرها ومطابقتها مع نمو قدرات الطفل مع مرور الوقت.

فيكفي غالبًا من استقصاء أحد هذه العوامل لتجنّب الكارثة.



فالهدف من الوقاية ليس القضاء كليا على الحوادث ممّا هو بطبيعة الحال مستحيل، وإنّما الهدف هو الحد منها ومن خطورتها.

1 . Françoise Leclerq : Les campagnes d'information et d'éducation , in Félix (M), et Tursz (A), opcit, p 179.

1 . Document interne, opcit, p 8.

II . خطوات الوقاية من الحوادث المنزلية :

هناك وقاية أولية التي تهدف إلى تجنب وقوع مختلف الحوادث، (الأمر الذي يهّمنا).

وهناك وقاية ثانوية التي تهدف إلى الحد من خطورة الإصابة والتي تبدأ مع وقوع الحادث.

1 . الوقاية الأولية : وتتوقّف على عمليتين أساسيتين وهما :

أ . تحويل المنزل إلى وسط آمن بتشديد أمن الوسط المادي للطفل ممّا يستلزم:

1أ . معرفة مختلف المخاطر التي يمكن أن توجد في البيت والوقاية منها.

مثلاً : للوقاية من حوادث السقوط و الرضوض أن لا يترك الطفل بدون مراقبة لما يكون فوق الكرسي أو

أمام طاولة، وأن لا يترك يطل من النوافذ ومحاولة وضع حواجز أمنية للشرف والنوافذ...إلخ.

2أ . الحد من هذه المخاطر هذه المهمة تستلزم تدخّل عدّة أطراف معيّنة:

فئة المسؤولين المعنيين بالتخطيط والبناء وبصناعة كل ما يتكوّن منه البيت، من صنّاع ومهندسين ومقاولين الذين من المفروض أن يعملوا على إنشاء مساكن صحيّة التي تتوفّر فيها حاجات الأسرة والطفل، وتشجيع الأسر والهيئات التعاونية للعمل من أجل هذا الغرض، ووضع التشريعات اللازمة لتنظيم المساكن .

وفئة الأشخاص السّاهرين والمعنيين بحماية ورعاية الطفل، وهناك عدّة هيئات معنية كالهيئات الوزارية والصّحية، شركات التأمين، الإعلام... إلخ. ودورها يكمن في تشجيع الدّراسات الإبدميولوجية، تشخيص الأخطار، وخلق لقاءات بين الأشخاص القادرين على الحد من هذه المخاطر، وبطبيعة الحال منعها بصورة قانونية.(1)

ويلعب الإعلام هنا دور رئيسي في توعية النّاس بمختلف المخاطر التي توجد في الوسط والتي قد يتعرّض لها الأطفال وفي إيصال الرّسالة . للمربين والوالدين على وجه الخصوص . الخاصة بتحسين وتطوير الوسط وجعله أكثر أمان. فهؤلاء . أي المربّين . يلعبون دورًا أساسيًا في تنظيم وترتيب وحفظ وصيانة الوسط الذي يترعرع فيه الطفل.

وبصفة عامة كل الأشخاص المعنيين ببناء الوسط الذي ينشأ ويتربّى فيه الطفل سواء بصفة مباشرة (المربّين والوالدين...) أو غير مباشرة (الجانب التشريعي، المهندسين...).

1 . LEBOVICI (S) : opcit p 839 .

ب . التربية الوقائية : بتحويل سلوك الطفل تدريجياً إلى سلوك موثوق فيه . وهي تقتضي تربية الطفل وتوجيهه في حياته حتى يصل إلى السن¹¹² لها مسؤولاً عن تصرفاته .

فخلال السنوات الأولى من حياة الطفل، فإن وفاقه من المخاطر لا تكون إلا بحمايته حماية مطلقة . من طرف الوالدين والأم على وجه الخصوص . فنموه الجسمي والبيكولوجي لا يسمح له معرفة المخاطر وبالتالي تفاديها . لكن مع تقدمه في السن فإن هذه الحماية المطلقة تصبح تميل للتناقص لتترك مكانها تدريجياً للتربية .

هذا التدرج والتحول يقتضي :

. معرفة قدرات الطفل حسب نموه الجسمي والنفسي،

. معرفة الظروف التي يقع فيها الحادث،

. أن لا نهمل أهمية الوسط الأسري والجو العاطفي الذي ينشأ فيه الطفل، ولا أهمية سلوك الطفل الذي

يعيش صعوبات عاطفية (خصومات عائلية، أسرة كثيرة العدد، حالة طلاق...) والذي يحاول جلب

الاهتمام عن طريق المخاطرة،

. تجنّب بعض الاتجاهات الخاطئة التي قد يسلكها الآباء في التربية كالحماية الزائدة للطفل أو التساهل

والسماح له بكل شيء Laxisme⁽¹⁾ .

فالمشكل هنا يكمن في إيجاد الوسائل والطرق التي يمكن من خلالها إخبار الوالدين وتوعيتهم

بالأساليب السليمة التي ينبغي إتباعها في تربية أطفالهم التربية الوقائية، والسن المناسبة التي يتم فيها

الانتقال من الحماية المطلقة إلى بداية تجريب الطفل على الاستقلالية حتى يصبح مسؤولاً عن تصرفاته .

فالحماية الزائدة تؤدي بالطفل إلى الاتكال وتزرع فيه عادات وميولات تجعله يصطدم بالحقيقة لما

يخرج إلى العالم الخارجي، وبالمقابل فإن ترك الطفل متسبب بنفسه يفعل ما يشاء ويخوض تجاربه لوحده

قد يعرضه لمخاطر لا يمكنه التحكم فيها .

فالوقاية الأولية أي منع وقوع الحادث تعني بالنسبة للمربي :

. حماية الطفل من المخاطر التي لا يستطيع التحكم فيها، البدء في تعليمه وتوعيته بالمخاطر الموجودة

والمحتملة وفي نفس الوقت توجيهه نحو سلوك مسؤول عن أمنه الخاص . ممّا يسمح له من أن يتطور

لوحده ويصبح ضرورة وجود شخص بالغ بجانبه ليست حتمية وتخفي تدريجياً .

هذه التربية الوقائية والمعلومات عن الصّحة يجب أن تعطى للطفل تدريجيًا حسب مستوى الفهم لديه مع اختيار الأوقات والعبر المناسبة حتى يتأكّد الوالدان من أنهما لا يتكلما في الفراغ وأن يستغلّوا فرص أداء بعض الأعمال حتى يوضحوا له الفائدة من استعمال بعض المواد والأشياء رغم خطورتها أي عليهما أن يكونا مقنعان فالطفل بحاجة لأن يفهم وأن يشعر بأنّه شخص مهم وذلك بأن نكرّس له بعض من الوقت حتى نشرح له ونمرنه كلما أمكن ذلك. فمن المهم جدًّا تربية الطفل بروح الاعتماد على النفس وذلك بتركه لتأدية أعماله بنفسه دون أن ينجزها له الكبار ومن المستحسن أن يكفّف ببعض الأعمال الملائمة لميوله، والتدرّج منها إلى غيرها مع مراقبة تنفيذها.⁽¹⁾

كما على الوالدان أن يتفادى إستعمال أسلوب التخويف دائمًا مثلاً: لا تتسلّق الشجرة فإنّك ستكسر أضلاعك، ولا تمس هذا فهو مؤلم، لا تصعد في الأدراج، وكذا الأسلوب الجاف بالمنع والتهديد، بدون تقديم أي شرح أو تفسير مثلاً : لو لمست هذا فسوف أضربك، أحذرك من أن تصعد على الأدراج... إلخ، فمثل هذه الأساليب الخاطئة قد تزرع في الطفل الجبن والعجز لذا عليهم أن يوضحوا لأبنائهم عواقب ونتائج أي سلوك، بدل أن يلجئوا لأسلوب التهديد والعقاب، وذلك باحترام أعمارهم وأطوار نموهم.

كما يعدّ النموذج الذي يعطيه الآباء من خلال تصرّفاتهم أحسن الأساليب لغرس الصّفات الحسنة في الطفل، وتذكّروا دائماً هذه القاعدة التربوية المعروفة، هي أن ما يؤثّر في الطفل هو ما يعمله المعلّم لا ما يقوله. واقتصدوا ما أمكنكم في إلقاء المواعظ والنصائح وإزجاء صيحات التحذير وهاتفتان الاستحسان، واعملوا أكثر من هذا على توفير الظروف الصحيّة الملائمة للطفل وكونوا النموذج له⁽²⁾

بالنسبة لهذه المجهودات التي تهدف للحد من خطر الحوادث لدى الأطفال (الوقاية الأولية)، يلعب الوالدان كما سبق ورأينا دوراً أساسياً، وذلك بالتدخّل مباشرة في الوسط الذي ينشأ فيه الطفل، وبحمائيته وتربيته وتعليمه لكن ما هو معلوم هو أن ليس كل الأولياء واعيين بالمخاطر وسلوك الطفل ورد فعله أمام الخطر ولا بإمكانيات الطفل وتطوّرها حسب السنّ.

- 1 . ستودنكين (م) : صحّة الأطفال : دار الطباعة والنشر، الاتحاد السوفييتي، موسكو، ط3، 1985، ص 256.
- 1 . الدجاني (سعيد) : رعاية الطفل وتحصينه، دار الأندلس،بيروت، السنة غير مذكورة، ص 78.

ومن هنا تظهر أهمية إمداد الوالدين بالمعلومات التي تؤهلهم للعناية بأطفالهم، وغرس العادات الحسنة فيهم، هذا ما يقتضي استعمال مختلف الوسائل الإعلامية لتوعيتهم : سواء عن طريق الوسائل السمعية البصرية، النشرات الصحيّة والصحف والمجلات، أو استغلال أوقات زيارة الطبيب . خلال فترات الحمل، وبعد الولادة . بمساعدة القابلات والممرّضات وأطباء الأطفال، عن طريق تقديم النصائح للأمّهات خاصة لما يتعلّق الأمر بالطفل الأوّل.

هذا بالنسبة للطفل قبل أن يلتحق بالمدرسة أين التربية والمراقبة تكون تقتصر على الوالدين "أمّا في فترة الذهاب إلى المدرسة يزداد نشاط الطفل ويحتاج إلى مراقبة وتوجيه (...). وتضيف المدرسة إلى الطفل ممارسة وخبرات جديدة إلى ما تعلمه في بيئته البيئية، ويعتبر المعلم الأهم في تنفيذ برامج الثقافة الصحيّة فهو الشخص الذي يرافق الطالب في حياته اليومية حيث يتمكّن من التأثير عليه وعلى عاداته وسلوكه ويستطيع أن ينقل إلى الطالب أكبر قسط من المعلومات الصحيّة، ويدريه على تطبيقها في حياته، ولدور المعلم أهمية خاصة لأنّه يلمّ بالطرق العلمية الحديثة في التربية".⁽¹⁾

وتعاون الوالدين والمعلم يعطي الأطفال أفضل ما يمكن من الثقافة الصحيّة، ويتعلّم الأمن عن كل من يحيط به.

بالإضافة للمعلم والآباء الذين قد يؤثروا مباشرة على الأطفال، قد يظهر تأثير الإعلام من خلال الأفلام والأغاني والرّسوم المتحرّكة وبصفة عامة كل البرامج المخصّصة للأطفال، التي قد تؤثر مباشرة في سلوك الطفل، فتعلم الأمن يتمّ تحقّقه من طرف كل من لديه وظيفة تربوية من قريب أو من بعيد بصفة مباشرة أو غير مباشرة.

2 . الوقاية الثانوية :

ترمي إلى تقليص حدّة ومدّة المرض وهي تبدأ مع وقوع الحادث، وتتمثل في الحركات والإسعافات الأولية التي يمكن أن تقدّم للمصاب مباشرة بعد وقوع الحادث والتي من المفروض أن يكون معظم الأولياء على علم بها، ففي بعض الحالات يكفي القيام بحركة ما لإنقاذ حياة إنسان، كما أن جهل النّاس لبعض الأمور والمبادئ قد يجعلهم يزيدون من خطورة الإصابة، إمّا بإهمالهم أو تهاونهم أو سلوكهم بعض السلوكات الغير سليمة التي قد تسيء أكثر لحالة المصاب.

وعلى العموم فإنّ هذه السلوكات والإسعافات الأولية تختلف حسب نوع الإصابة ونوع الحادث.

1 . نفس المرجع السابق، ص 258.

III . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال :

1 . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال على المستوى الدولي:

نظرًا لما يعانيه آلاف الأطفال والمراهقين في العالم من حالات الوفيات والعجز نتيجة الإصابة بالحوادث، وضعت المنظمة العالمية للصحة عام 1978 برامج الوقاية من الحوادث التي كانت تحض في الأول حوادث المرور ثم تمّ توسيعها بسرعة لحوادث أخرى بما فيها الحوادث المنزلية.⁽¹⁾

وفي عام 1986 قرّرت الجمعية الدولية لأطباء الأطفال AIP* بأن تظمّ مجهوداتها لمجهودات المنظمة العالمية للصحة بقصد العمل من أجل الوقاية من الجروح الحديثة لدى الأطفال.

الخطوط العريضة لأعمالهم يمكن تلخيصها من خلال التوصية التي قدموها⁽²⁾

توصية حول الوقاية من الجروح بالحوادث عند الأطفال والمراهقين:

حسب الجمعية الدولية لأطباء AIP والمنظمة العالمية للصحة OMS:

. فإنّ الجروح بالحوادث هي سبب رئيسي للوفيات لدى الأطفال والمراهقين في الدول المصنعة، وهي تسير نحو ذلك في الدول في طريق النمو:

• إنّ العجز الناتج عن هذه الجروح هو الآخر مقلق جدًا بالإضافة على العدد الكبير من الحالات المرضية الناتجة عنها قيمة الآلام التي تسببها للإنسان، العقابيل الجسمية البسيكولوجية المؤقتة أو المستديمة الناتجة عنها والكلفة الاجتماعية والاقتصادية لهذا العجز،

• أن الحالة تميل للتشدّد والتفاقم، خاصة في الدول النامية؛

• أن العديد من الجروح الحديثة يمكن أن تحاشى بتطبيق مقاييس بسيطة في البيت أو في المجتمع؛

• أن الجمعية الدولية لأطباء الأطفال والمنظمة العالمية للصحة لهم كهدف مشترك ترقية مدّة ونوعية الحياة للأطفال والمراهقين؛

وأنه يتعلّق بأطباء الأطفال على وجه الخصوص المحافظة على دواعي الصّحة والسّلامة للأطفال
والمراهقين؛

1 . Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Prévention , prévention des Accidents Domestiques de l'enfant, opcit, p 8.

2 . LÉBOVICI (S) : opcit, p 843.

* AIP : Association international de Pédiatre.

. بهذا قرّروا التعهّد بالاشتراك لمساندة جهودهم للكفاح ضدّ هذه الكارثة سواء على المستوى الوطني أو
الدّولي:

- بتوضيح بأكثر دقّة سعة وأسباب الظاهرة؛
 - بتحسيس عاملي الصحة والموظفين المشتركين بالخصوص أثناء فترة التكوين بخطر الجروح الناتجة
عن الحوادث؛
 - بنشر المعلومات الخاصة بأخطار الحوادث المرتبطة بالوسط؛
 - بتشجيع ومساندة المبادرات الوطنية والمحليّة التي تهتم بإدارة برامج عمل كالحملات الإعلامية.
ولإعداد القوانين، القواعد الأمنية وتدابير أخرى قابلة لتقليص خطر الجروح الحديثة لدى الأطفال
المراهقين؛
 - مصرّحين أيضا:
 - بأن مع الحرس على تطوير الوسائل للعناية أكثر بالأطفال والمراهقين المجرّحين من جرّاء الحادث
على كل المستويات، يجب إعطاء الأهمية للعناية الأوليّة وبالخصوص لجوانبها التربوية والوقائية؛
 - أن بتطبيق هذا العمل المستعجل من الوقاية والعلاج، يجب الحثّ وتشجيع مشاركة مختلف الفئات
وبالخصوص الجمعيات الغير حكومية، كجمعية والمستهلكين، الأسر، والأطفال والمراهقين أنفسهم.⁽¹⁾
- 2 . تنظيم الوقاية من حوادث الأطفال في الدّول المتقدّمة :

بعد النداءات المنكررة والمّلحة للمنظّمات الدّولية لتنظيم الوقاية من حوادث الأطفال والمراهقين بصفة عامة تكاتفت الجهود خلال السّنوات الأخيرة في معظم الدّول المتقدّمة. وإن كان هناك فرق بين البعض منها فيما يخصّ طرق التنظيم والنتائج التي حققتها رغم أنّها تعرف نفس المستوى من التقدّم.

1 . Ibid : p 843.

أ . تنظيم الوقاية في فرنسا :

في فرنسا توجد سلسلة من الهيئات والإدارات تشارك بصفة أو بأخرى في برامج واستراتيجية الوقاية: فالمعطيات الخاصة بالوفيات تجمع وتنتشر من طرف المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي INSERM* .

البحوث الخاصة بالحالات المرضية والدّراسات الإبيدميولوجية بصفة عامة تجرى بصفة موزّعة من طرف INSERM والمستشفيات والفرق الميدانية، الأعمال قرب الصناع، تقوم بها الوزارات والإدارات،

التربية والإعلام، تقوم بها عدّة هيئات كالضمان الإجتماعي، اللجان الوطنية والمحلية المكلفة بالتربية الصحية، الصليب الأحمر إلى آخره من المنظمات والهيئات التي تقارب (حسب دراسة قامت بتعدادها) الثلاثة مائة (300) هيئة تشارك بصورة أو بأخرى في هذه الأعمال الوقائية.

لكن رغم هذا العدد الكبير من الهيئات المعنية ورغم الجهود المبذولة من طرف كل واحدة من جهتها حسب وسائلها الخاصة، إلا أنه لا يوجد ترابط وتناسق بينها ممّا يصعب مهمة تقدير أعمالها، ومعرفة نتائجها.⁽¹⁾

على غرار هذا حاولت الدّول المتقدّمة الأخرى، التنسيق بين مختلف أعمالها ومجهوداتها نذكر على سبيل المثال :

ب . تنظيم الوقاية في السويد :

منذ 1962 فإنّ "اللجنة التضامنية للوقاية من حوادث الأطفال".

"The joint comitée for the prevention of childhood accidents" تجمع

ممثلي كل الهيئات المعنية بالوقاية من الحوادث، من أطباء، معلمين، إيدميولوجيين، مؤمنين، صنّاع إداريين، وأولياء، هذه اللّجنة تهدف إلى تطوير المعارف حول المشكل بدراسته من مختلف جوانبه، بإشتراك مختلف المسؤولين في اقتراح السّياسات التوفيق بين مجهوداتهم... ممّا سمح لهم من التوصل إلى نتائج ملموسة وجيدة غير قابلة للإنكار.⁽²⁾

1 . Ibid : p 842.

2 . Ibid : p 843.

* INSERM : institut national de santé et de la Recherche médicale.

ج . تنظيم الوقاية في إنجلترا :

في إنجلترا نجد منظمّتين مماثلتين أسستا عام 1980 :

. اللّجنة الوقائية لحوادث الأطفال والشركة التأمينية لوقاية الأطفال من الحوادث CAPT * ولهم رسائل مجاورة.

د . تنظيم الوقاية في الولايات المتحدة الأمريكية :

نفس الشيء بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية حيث نجد "اللجنة الفيدرالية للوقاية من الحوادث" هدفها هو التّدخل قرب الحكومات، الإدارات والمنظمات المهنية كمستشار علمي ومنسق.

مؤخرا وضعت برنامج على مدّة 3 سنوات (1979 . 1982)، "برنامج واسع للوقاية من الإصابات الطفلية " SCIPP** والذي اشتركت فيه عدّة ولايات. ويهدف بالإضافة إلى دراسة الوضعية الإيدميولوجية لحوادث الأطفال إلى وضع إستراتيجية عمل وقائية أكثر فعالية مع تقدير فعاليتها.⁽¹⁾

بالإضافة إلى التنسيق بين مختلف الأعمال والإجراءات الذي تعرفه هذه الدّول الأنقلوسكسونية، فإنّ الوعي بالمشكل والأخذ به كان متقدّم في هذه البلدان عكس فرنسا أين كان متأخراً، فحتى بداية الثمانينات فإن مسؤولي الوقاية كانوا يرفضوا أن يأخذوا في الحسبان مشكل الحوادث.

3 . تنظيم الوقاية من الحوادث المنزلية لدى الأطفال في الجزائر :

تنظيم الوقاية من الحوادث المنزلية لدى الأطفال في الجزائر لا ترجع للماضي البعيد حتى وان كانت من قبل فإمّا أنها كانت تخص الجانب القانوني، كترقية صحة الطفل وحماية المستهلكين أو تخص مصالح معينة والتي تهتم بصفة غير مباشرة بالحوادث المنزلية لدى الأطفال.

أ . من الجانب القانوني :

11 . حقوق الطفل : في القانون الجزائري نجد اتفاقيات خاصة بحقوق الطفل والتي يعترف من خلالها بأهمية الأسرة كوحدة أساسية في المجتمع وكوسط طبيعي لنمو وسلامة كل أعضائها وبالأخص الأطفال يجب أن تتال العناية والحماية التي تحتاجها حتى تستطيع تأدية دورها كاملاً في المجتمع وبحقوق الطفل وأهمية حمايته قانونياً قبل وبعد الولادة...

1 . Ibid . p 843.

* CAPT : Child Accident prévention trust.

** SCIPP : State wide childhood injury prévention program.

21 . حماية وترقية الصّحة : وقوانين أخرى خاصة بحماية وترقية الصّحة في المرسوم التنفيذي رقم 85 / 05 المؤرخ في 16 / 02 / 1985، المتعلّق بحماية وترقية الصّحة.

منها القوانين الخاصة بالصّحة العمومية والإبديميولوجية من خلال المادة 27، حول الوقاية العامة، التي تغطي ثلاثة مهام أولها تخص الوقاية من الأمراض، الجروح والحوادث.

وقوانين خاصة بالتربية الصحيّة من خلال المادة 97، التي تنصّ على أن التربية الصحيّة تساهم في سلامة المواطنين عن طريق إكسابهم أهم المعارف لا سيما الخاصة بـ : الصّحة الفردية والجماعية، حماية الوسط، التغذية السليمة والمتّزنة والوقاية من الأمراض والحوادث... إلخ.

والمادة 99 : التي تنصّ على أهم الميادين التي تتدخّل فيها التربية الصحيّة لا سيما إدراج التربية الصحيّة في البرامج التعليمية العامة، وترقية لجان التربية الصحيّة التي تخص المجموعات الأكثر خطورة.

31 . حماية المستهلكين : في المرسوم التنفيذي رقم 89 - 02 المؤرخ في 7 فيفري 1989 المتعلّق بالقواعد العامة لحماية المستهلكين، نجد قوانين خاصة بحماية المستهلك ضدّ المخاطر التي قد تمسّ صحّته أو أمنه، كبيع مواد سامة تحتوي على زوائد (additif) ممنوع وبكميّة تتجاوز

المعايير المسموح بها، أو بيع أدوات كهرو منزلية تحتوي على أسلاك منتهورة يمكن أن تسبب حالات تكهرب وذلك من خلال نصوص تطبيقية تنصّ على :

- 1 . وضع البطاقات وطريقة عرض المواد المنزلية الغير غذائية، والتي تتمثل في مواد الصيانة كماء جافيل مثلاً، وذلك في المرسوم رقم 90 - 366 المؤرخ في 10 نوفمبر 1990.
- 2 . المرسوم رقم 97 - 257 الخاص برخصة أولية لإنتاج أو استيراد المواد السامة أو التي تشكل خطر خاص.
- 3 . المرسوم رقم 97 - 494 المؤرخ في 21 ديسمبر 1997، الخاص بالوقاية من المخاطر الناتجة عن استعمال اللّعب، التي تنتج في الجزائر أو المستوردة من خلال وضع قواعد أمنية بالإضافة إلى نماذج العرض.

ب . المصالح الأخرى :

كما نجد مصالح أخرى تهتم بوضع معايير وتهتم بالحوادث . التي تندرج ضمنها الحوادث المنزلية . كل مصلحة حسب اختصاصها ويندرج ضمن هذا: