

الجامعة الاردنية  
كلية الدراسات العليا

١٨  
٤  
٤

٥٤٨  
٤٠١٢  
٨١٤

عدم متابعة الاهل للحالات المرضية لاطفالهم: دراسة  
ميدانية لطلبة الصف الاول الابتدائي في المدارس  
الحكومية

١٦

عميد كلية الدراسات العليا  
نصير

فخري طعمه موسى السميرات

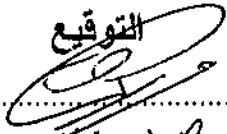
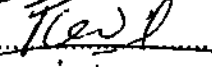
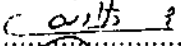
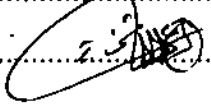
اشراف

د. فريد نصيرات

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في إدارة الخدمات الصحية  
بكلية الدراسات العليا في الجامعة الاردنية

كانون الأول/ ١٩٩٤

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ ١٠/١٢/١٩٩٤ وأجيزت.

التوقيع  
  
  
  


أعضاء اللجنة

- ١- الدكتور فريد نصيرات رئيسا
- ٢- الدكتور محمود العنيمان
- ٣- الدكتور محمد الطراونة
- ٤- الدكتور حسين شخاتره

## الإهداء

الى والدي العزيز الذي روى بدمائه الطاهرة ثرى  
القدس الخالدة.

الى نبع الحنان والدتي الحبيبة.

الى أخي عوني الذي هو لنا بمثابة الأب والأخ  
والصديق.

الى أختي وإخواني الأحباء.

الى زوجتي الغالية وأبنائي الأعزاء.

الى كل من قدم يد العون والمساعدة.

أقدم كل محبتي وتقديري وشكري

## شكر وتقدير

يسعدني أن أتقدم بوافر الشكر وعميق الامتنان للدكتور فريد نصيرات الذي تفضل بالإشراف على هذه الدراسة، وأبدى إرشاداته وتوجيهاته المتواصلة، ولم يأل جهداً في تقديم الرعاية والعناية والملاحظات القيمة.

كما يسعدني أن أتقدم بوافر الشكر وعميق الامتنان لكل من الدكتور محمود العميان رئيس قسم إدارة الأعمال، والدكتور محمد الطراونة، والدكتور حسين شخاترة، أعضاء لجنة المناقشة على إرشاداتهم وتوجيهاتهم التي كان لها الأثر الكبير في إغناء هذه الرسالة.

وكل الشكر والتقدير للزملاء في قسم الصحة المدرسية في عمان ومناطق الأردن كافة، وأخص بالذكر الدكتور غالب عويس.

كما أقدم خالص شكري وتقديري إلى كل من ساعدني في إعداد هذا البحث: معالي الدكتور زيد حمزة، والدكتور مأمون معابرة، والأستاذ خالد الجديد، والدكتور أحمد الصلاح، والدكتور سمير القطامي، والدكتور علي فوقزة، والدكتور محمد الطراونة، والأستاذ سيام رمضان، والأستاذ يحيى الصمادي، والأستاذ حسين الخزاعي، والسيدة منى حمزة، والأنسة هيا السماوي، والأنسة سميرة جرادات.

## قائمة المحتويات

<u>رقم الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
ب	قرار لجنة المناقشة .....
ج	الاهداء .....
د	شكر وتقدير .....
هـ	قائمة المحتويات .....
ز	قائمة الجداول .....
ك	قائمة الملاحق .....
ل	الملخص باللغة العربية .....
<b>الفصل الأول: الاطار العام</b>	
٢	١-١ مقدمة .....
٦	٢-١ تاريخ الصحة المدرسية .....
٧	٣-١ الصحة المدرسية في الاردن .....
٧	١-٣-١ وزارة التربية والتعليم .....
١١	٢-٣-١ وزارة الصحة .....
١٦	٤-١ مشكلة الدراسة .....
١٧	٥-١ اهداف الدراسة .....
١٧	٦-١ اهمية الدراسة .....
١٩	٧-١ فرضيات الدراسة .....
<b>منهجية الدراسة</b>	
٢١	٨-١ مجتمع الدراسة .....
٢١	٩-١ عينة الدراسة .....
٢٥	١٠-١ اداة الدراسة .....
٢٦	١١-١ اجراءات الدراسة .....
٢٦	١٢-١ التعريفات الاجرائية لمتغيرات الدراسة .....
٢٧	١٣-١ الاساليب الاحصائية المستخدمة .....

## الفصل الثاني: مراجعة ادبيات الموضوع

٢٩	..... المجال النظري للدراسة	١-٢
٤٢	..... الدراسات السابقة	٢-٢
	<b>الفصل الثالث: تحليل البيانات</b>	
٤٨	..... التحليل الوصفي	١-٣
٧٨	..... التحليل المتقدم	٢-٣
	<b>الفصل الرابع: النتائج والتوصيات</b>	
٩٨	..... النتائج	١-٤
١٠٠	..... التوصيات	٢-٤
١٠٢	..... المراجع	
١٠٥	..... الملحقات	
١٤٥	..... الملخص باللغة الانجليزية	

## قائمة الجداول

<u>رقم الصفحة</u>	<u>اسم الجدول</u>
٤	١- أعداد الطلبة المفحوصين والمحولين والمتابعين من سنة ١٩٨٣ - ١٩٩٣ .....
١٣	٢- الحالات المرضية المكتشفة اثناء الفحص الطبي الدوري الشامل للعام ٩٢/٩٣ لطلبة الاول الاساسي في المملكة.....
٢٣	٣- عدد المدارس التابعة لكل من مديريات التربية والتعليم في المملكة والمدارس التي شملتها الدراسة والمراكز الصحية التي تخدم هذه المدارس والطلبة المحولين.....
٤٩	٤- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب معبىء الاستبيان.....
٥٠	٥- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عمر معبىء الاستبيان.....
٥١	٦- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب مدى اهتمام المدرسة.....
٥٢	٧- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب رأيهم في خدمات الصحة المدرسية.....
٥٣	٨- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب متابعة التحصيل الدراسي....
٥٤	٩- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب آخر زيارة للمدرسة.....
٥٥	١٠- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب الاتصال من قبل المدرسة....

- ١١- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب الابلاغ من قبل المدرسة..... ٥٦
- ١٢- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب قناعة الاهل بصحة التحويل.. ٥٧
- ١٣- التوزيع النسبي لافراد العينة حسب مراجعة  
الاختصاصي ..... ٥٨
- ١٤- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب اسباب عدم المتابعة..... ٥٩
- ١٥- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب جنس الطالب..... ٦٠
- ١٦- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب عدد الاخوة في العائلة..... ٦٢
- ١٧- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب عدد الاخوات في العائلة..... ٦٣
- ١٨- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب ترتيب الطالب في الاسرة.... ٦٥
- ١٩- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب المستوى التعليمي للوالد..... ٦٦
- ٢٠- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب المستوى التعليمي للام..... ٦٧
- ٢١- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب عمل الوالد..... ٦٨
- ٢٢- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب عمل الام..... ٦٩
- ٢٣- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب التأمين الصحي للعائلة..... ٧٠
- ٢٤- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب دخل الاسرة..... ٧١



- ٢٥- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب عدد افراد الاسرة..... ٧٣
- ٢٦- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب بعد المسافة بين المنزل  
والاختصاصي..... ٧٤
- ٢٧- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب طريقة الوصول الى  
الاختصاصي..... ٧٥
- ٢٨- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا  
الحالات المرضية لاطفالهم حسب الوقت المستغرق  
للوصول الى الاختصاصي..... ٧٦
- ٢٩- التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا الحالات المرضية  
لاطفالهم حسب عدد مرات زيارتهم للاختصاصي..... ٧٧
- ٣٠- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (دخل الاسرة الشهري)  
العدد والنسبة وقيمة  $k^2$  ومستوى الدالة ..... ٧٩
- ٣١- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (دخل الاسرة الشهري) .. ٨٠
- ٣٢- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي  
للوالد) العدد والنسبة وقيمة  $k^2$  ومستوى الدالة ..... ٨١
- ٣٣- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي  
للوالد) ..... ٨١
- ٣٤- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي  
للوالدة) العدد والنسبة وقيمة  $k^2$  ومستوى الدالة ..... ٨٣
- ٣٥- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي  
للوالدة) ..... ٨٣
- ٣٦- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عدد افراد الاسرة)  
العدد والنسبة وقيمة  $k^2$  ومستوى الدالة ..... ٨٥
- ٣٧- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عدد افراد الاسرة) ... ٨٥
- ٣٨- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (التأمين الصحي  
للعائلة) العدد والنسبة وقيمة  $k^2$  ومستوى الدالة ..... ٨٧

- ٣٩- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (التأمين الصحي للعائلة) ..... ٨٧
- ٤٠- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عمل الام) ..... ٨٩
- ٤١- العدد والنسبة وقيمة K2 ومستوى الدالة ..... ٨٩
- ٤٢- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عمل الام) ..... ٨٩
- ٤٢- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (الجنس) العدد والنسبة وقيمة K2 ومستوى الدالة ..... ٩١
- ٤٣- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (الجنس) ..... ٩١
- ٤٤- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المسافة بين المنزل والاختصاصي) العدد والنسبة وقيمة K2 ومستوى الدالة ... ٩٣
- ٤٥- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المسافة بين المنزل والاختصاصي) ..... ٩٣
- ٤٦- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (قناعة الاهل بتحويل اطباء الصحة المدرسية) العدد والنسبة وقيمة K2 ومستوى الدالة ..... ٩٥
- ٤٧- المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (قناعة الاهل بتحويل اطباء الصحة المدرسية) ..... ٩٥
- ٤٨- المتغيرات المستقلة وعلاقتها بالمتغير التابع حسب تحليل مصفوفة الانحدار المتدرج ..... ٩٦

## قائمة الملاحق

<u>رقم الصفحة</u>	<u>الملحق</u>
١٠٧	١- اسماء مدارس العينة والمراكز الصحية التي خدمت هذه المدارس .....
١١٠	٢- استبانة الدراسة .....
١١٨	٣- نتائج تحليل كاي تربيع ( $k^2$ ) لجميع الخلايا .....
١٢٨	٤- نتائج تحليل كاي تربيع ( $k^2$ ) للمجموعتين ونتائج تحليل انوفا (ANOVA) .....
١٤٦	٥- تحليل مصفوفة الانحدار .....

## المخلص

عدم متابعة الأهل للحالات المرضية لأطفالهم :  
دراسة ميدانية لطلبة الصف الأول الابتدائي في المدارس الحكومية  
اعداد  
فخري طعمة موسى السميرات  
اشراف  
د. فريد نصيرات

تهدف هذه الدراسة الى معرفة الأسباب التي تمنع الأهل من متابعة الحالة الصحية لأطفالهم المحولين للاختصاصيين في المراكز الصحية أو المستشفيات التي تم ابلاغهم عنها من المدرسة بناء على تحويل طبيب الصحة المدرسية، اذ تشير الاحصاءات المتوافرة في قسم الصحة المدرسية التابع لوزارة الصحة إلى أن ٧٠,٤% من طلبة المدارس الحكومية المفحوصين والمحولين من أطباء الصحة المدرسية الى أطباء الاختصاص، لا تتم متابعتهم من الأهل.

وقد شملت هذه الدراسة طلبة الصف الاول الاساسي في مدارس وزارة التربية والتعليم الذين تم فحصهم وتحويلهم في السنة الدراسية ١٩٩٢/١٩٩٣. حيث تم أخذ عينة نسبتها ٥% من المدارس الحكومية من مديريات التربية والتعليم كافة في الاردن. وباستخدام جدول الارقام العشوائية، تم تحديد المدارس ثم زيارة المراكز الصحية التي تخدم هذه المدارس، وكذلك تم تحديد اسماء الطلبة المحولين من خلال سجل طبيب الصحة المدرسية، حيث تم الاتصال باهالي هؤلاء الطلبة، ووزعت عليهم الاستبانة التي تم اعدادها من الباحث لتعبئتها.

وأشارت نتائج الدراسة الى أهم العوامل المسؤولة عن عدم متابعة الأهل للحالات المرضية لأطفالهم وهي : عدد أفراد الأسرة، وقناعة الأهل بتحويل أطباء الصحة المدرسية، و دخل الأسرة الشهري، و التأمين الصحي للعائلة.

و يتابع الأهل الذين يزيد دخلهم على ١٥٠ ديناراً أطفالهم أكثر من الأهل الذين يقل دخلهم عن ١٥٠ ديناراً بدرجة معنوية  $P < 0.000$ ، ويتابع الآباء الذين يزيد مستوى تعليمهم عن الثانوية بدرجة معنوية  $P < 0.000$ ، و تتابع الأمهات اللواتي يزيد مستوى تعليمهن على الثانوي أطفالهن أكثر من الامهات اللواتي يقل تعليمهن عن ثانوي بدرجة معنوية  $P < 0.000$ ، ويتابع الاهل الذين يبلغ عدد افراد

أسرتهم سبعة أفراد أو أقل أطفالهم أكثر من الأهل الذين يزيد عدد أفراد أسرتهم على سبعة أفراد بدرجة معنوية  $P < 0.000$ ، ويتابع الأهل الحاصلون على تأمين صحي أطفالهم أكثر من الأهل غير الحاصلين على تأمين صحي بدرجة معنوية  $P < 0.000$ ، و يتابع الامهات العاملات أطفالهن أكثر من الامهات غير العاملات بدرجة معنوية  $P < 0,000$ ، و تتم متابعة الاطفال الذكور أكثر من الاناث بدرجة معنوية  $P < 0.049$ ، ويتابع الاهل الذين يسكنون على بعد أقل من خمسة كيلومترات من الاختصاصي أطفالهم أكثر من الأهل الذين يقطنون على بعد أكثر من خمسة كيلومترات من الاختصاصي بدرجة معنوية  $p < 0.012$ ، و يتابع الأهل المقتنعون بأهمية التحويل أطفالهم أكثر من الأهل غير المقتنعين بأهمية التحويل بدرجة معنوية  $P < 0.000$ .

أوصت الدراسة الى ان الفحص الطبي الشامل للطلبة المستجدين قبل بداية العام الدراسي شرط مسبق لدخول الطلاب المدرسة، وينصح بإيجاد عيادات اختصاص خاصة بالطلبة في جميع مناطق المملكة للكشف على الحالات المرضية المحولة ومعالجتها، أو تخصيص اختصاصي وأوقات خاصة لهم لمتابعة حالات الطلبة المحولين، و شمول الطلبة كافة بنظام التأمين الصحي، و ايجاد آلية فعالة لاتصال المدرسة بأولياء أمور الطلبة تعتمد على المدرسة حسب ظروف البيئة الاجتماعية للمنطقة، و زيادة التفاعل بين الاطباء والهيئات التدريسية وأولياء الأمور، و التركيز على رفع مستوى الوعي الصحي عند الأهل وخاصة والمجتمع بعامته بتوعيتهم بالامور الصحية عن طريق التثقيف الصحي، و تنشيط اللجان الصحية داخل المدرسة وتهيئتها للمشاركة في أعمال التثقيف الصحي المدرسي ومساهمتها في توعية المجتمع المحلي، و القيام بدراسه تشمل جميع قطاعات التعليم الحكومي والخاص لتحديد أسباب عدم متابعة الأهل لأطفالهم المحولين الى الاختصاصيين بشكل أكثر شمولية على مستوى المملكة.

الفصل الأول  
الاطار العام للدراسة واهميتها

## الفصل الأول

### الاطار العام للدراسة واهميتها

#### ١-١ مقدمة:

تقرر في المؤتمر الصحي العالمي "المأتا" (١) عام ١٩٧٨ أن تكون الرعاية الصحية الأولية هي الطريق للوصول الى هدف الصحة للجميع بحلول عام "٢٠٠٠" ولذلك فان تقديم الرعاية الصحية لجميع الأطفال من مختلف الأعمار بدءاً من فترة ما قبل الولادة حتى بلوغهم سن الرشد من اهم واجبات المؤسسات الصحية المختلفة، على ان تركز خدمات الرعاية الصحية الأولية اهتمامها على التغذية وموارد المياه والتثقيف الصحي والإصحاح البيئي، وخدمات الأمومة والطفولة وحملات التطعيم وخدمات الصحة المدرسية.

وتتبنى كل مؤسسة من المؤسسات الصحية برامج رعاية صحية أولية متكاملة، إذ تطبق كل جهة برامج صحية تشكل في النهاية برنامجاً صحياً واحداً، فعلى سبيل المثال تتولى مراكز رعاية الأمومة والطفولة برامج رعاية الأمهات الحوامل وتحسين ظروف الولادة والطفل في السنوات الأولى من حياته، فيما تقوم الصحة المدرسية بدعم برامج الرعاية الصحية الأولية، حيث يشكل الطلبة الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦ أعوام و ١٨ عاماً قطاعاً كبيراً ومهماً من قطاعات المجتمع، وهم الجيل الذي سيصبح في مستقبل الأيام عماد الأمة.

يشير حجازي (١٩٨٤) في ترجمته لكتاب الجمعية البريطانية لأطباء المدارس الى انه "في هذه الفترة الهامة من حياة الانسان ينمو الطالب جسدياً، ويتطور عقلياً واجتماعياً وعاطفياً، وعليه فإن للعناية بحالته الصحية في مختلف صورها وأوجهها، أهمية خاصة في كل مرحلة من حياته المقبلة، ولكي يتمكن الطالب من القيام بواجباته المدرسية خير قيام، ينبغي أن يكون صحيح الجسم خالياً من الأمراض والعاهات، ولهذا فإن من الضروري أن نعالجه مما لديه من الأمراض والعاهات، وأن نقيه شر الأمراض السارية والمؤثرات الصحية السيئة" (٢: ٥).

ويقول العالم الأمريكي يوري برونفنبرنر (Uri Bronfenbrenner) كما ورد في كتاب د. أمل عواد معروف، أساليب الامهات في التطبيع الاجتماعي (٣: ١١) "إذا ما أتاحت الفرص أمام أطفال وشباب أي شعب من الشعوب لنمو طاقاتهم وتطويرها إلى حدها الأقصى، وإذا ما تم تزويدهم بالمعرفة التي تمكنهم من فهم العالم الذي يعيشون فيه والحكمة في تغييره، كان الأمل كبيراً في مستقبل مضيء مشرق، وإذا ما أهمل المجتمع أطفاله، انهالت الكوارث، وعم الخراب، وكثر الدمار بغض النظر عن النجاحات التي يكون المجتمع قد حققها في المجالات الأخرى".

ولأهمية هذه الفترة في حياة الطفل انشيء في وزارة الصحة عام ١٩٧٥ قسم للصحة المدرسية من أهم واجباته : الفحص الطبي الدوري الشامل لاكتشاف الامراض العضوية والوراثية، ومعالجة الطلبة الذين يحتاجون الى معالجة في المدرسة، وتحويل الحالات المرضية المكتشفة الى الاختصاصيين في المراكز الصحية أو المستشفيات. ولكن التقارير السنوية لقسم الصحة المدرسية بوزارة الصحة (٤) جدول رقم (١)، للأعوام ١٩٨٣ - ١٩٩٢ تبين ان معدل نسبة الطلبة الذين تمت متابعتهم من قبل الاختصاصيين لا تتجاوز ٢٩,٦٪ من اعداد الطلبة المحولين في أحسن الاحوال، وهذه النسبة العالية من الاطفال غير المتابعين من قبل ذويهم، دفعت الباحث للبحث الى محاولة تحديد الاسباب وراء احجام الأهل عن متابعة حالة ابنائهم، حيث يأتي هذا البحث لتحري هذه الظاهرة لما لها من عواقب وخيمة، وتأثير مباشر على عدة جهات منها الطفل، والاسرة، والمؤسسات الرسمية، والمجتمع.



جدول رقم (١)

أعداد الطلبة المفعومين والمحولين والمتابيعين من سنة ١٩٨٣ - ١٩٩٣

نسبة الطلبة المتابعين الى عدد الطلبة المحولين	المجموع العام للطلبة الذين تابعت متابعتهم	نسبة الطلبة المحولين للمفعومين	المجموع العام للطلبة المحولين	المحولون الى الاختصاصات						المجموع العام للطلبة الذين تم فحصهم	السنة الدراسية
				باطنية	أفك وأذن وحنجرة	المعيون	الجلدية	المنزف التي فحصت	المجموع العام للطلبة الذين تم فحصهم		
٢٣,٦	٣٦٧٠	١٦,٣	١٥٥٢٥	٣٥٠١	٤٨٢٥	٤٠١٠	٣١٨٩	الصف الأول والسابع	٩٥٣٧٨	١٩٨٤-١٩٨٣	
٣٠,٢	٥٠٣١	١٤,٨	١٦٦٣٦	٣٥٧١	٤٦٦٧	٤٥٨٩	٣٨٠٩	الصف الأول والسابع	١١٢٥٧٠	١٩٨٥-١٩٨٤	
٣٢,٥	٦٤٩٣	١٦,٥	١٩٩٨٢	٤٩٦٥	٥٦١٦	٤٩٩٣	٤٤٠٨	الصف الأول والسابع	١٣١١٦٩	١٩٨٦-١٩٨٥	
٢٧,٤	٤٩٠٤	١٤,٧	١٧٩٠٥	٤٥٢٧	٥١٧٨	٤٣٠٤	٣٨٩٦	الصف الأول والسابع	١٢١٤٦٢	١٩٨٧-١٩٨٦	
٣٧	٩٤٢١	١٩,٧	٢٥٣٠٩	٦٥١٦	٧٠٩١	٥٩٨٤	٥٧١٨	الصف الأول والسابع	١٢٨١٦٥	١٩٨٨-١٩٨٧	

\* المصدر: التقارير السنوية لقسم الصحة السريرية بوزارة الصحة للأعوام ١٩٨٣-١٩٩٣

تابع جدول رقم (١)

أعداد الطلبة المفعومين والمحولين والمتابعين من سنة ١٩٨٣ - ١٩٩٣

نسبة الطلبة المتابعين الى عدد الطلبة المحولين	المجموع العام للطلبة الذين تم متابعتهم	نسبة الطلبة المحولين لمجموع الطلبة المفعومين	المجموع العام للطلبة المحولين	المحولون الى الاختصاصات						المجموع العام للطلبة الذين تم متابعتهم	السنة الدراسية
				باطنية	أنف واذن وجراحة	الميون	الجلدية	الصفوف التي نصفت			
٣٥,٤	١٧٤٦٩	٢٠	٤٩٣٥٩	١١٧٠٦	١٥٨٠٦	١٠٤١٢	١١٤٣٥	الاول والرابع والسادس والعاشر	٢٤٤٦٨٦	١٩٨٩-١٩٨٨	
٣٢,٨	١٦٣٢٥	١٨,٥	٤٩٦٩٦	١٠٩٩٤	١٦٣٧٦	٩٨١٧	١٢٥٠٩	الاول والرابع والسادس وعاشر	٢٦٧٨٢٤	١٩٩٠-١٩٨٩	
٣٤,٨	١٥٤٤٣	١٥,٦	٤٤٤١٥	٨٦٤٨	١٣٩٤٧	٨٢٢١	١٣٥٩٩	الاول والرابع والسادس وعاشر	٢٨٣٠٠٩	١٩٩١-١٩٩٠	
٢١,٦	٩٦٠٨	١٥,٥	٤٤٤٤٦	٩٨٥٨	١٣٨١٣	٧٩٨٥	١٣٧٩١	الاول والرابع والسادس وعاشر	٢٨٧١٧٠	١٩٩٢-١٩٩١	
١٧,٤	٦٦٤١	١٣,٢	٣٨١٠٧	٨٤٥٧	١٢١٣٢	٧١٥٩	١٠٣٥٩	الاول والرابع والسادس وعاشر	٢٨٩٧٦٧	١٩٩٣-١٩٩٢	
٢٩,٦	٩٥٠٠٤	١٦,٤٧	٣٢١٣٨٠	٧٢٧٤٣	٩٨٤٥٠	٦٧٤٧٤	٨٢٧١٣		١٩٥١٢٠٠	المجموع	

\* المصدر: التقارير السنوية لقسم الطباعة وتصميم الوثائق بوزارة الصحة للأعوام ١٩٨٣-١٩٩٣

## ٢-١ تاريخ الصحة المدرسية:

ان تاريخ الصحة العامة تاريخ قديم تمتد جذوره إلى الحضارة الصينية والمصرية، اما تاريخ الصحة المدرسية فحديث، ويعزى ذلك إلى قصر نظر الرجل في العصور الماضية لأهمية نمو الاطفال وتطورهم، حيث كان العالم عالم رجال، لا يعطي النساء او الاطفال فيه اي اهتمام. ومع أن التعليم كان يمارس في بعض الأماكن، الا ان ممارسة الصحة لم تكن من اهتمام المدارس(٥).

ولحركة الصحة المدرسية إرث أوروبي، ففي عام ١٧٩٠ أقام بنجامين تومسون (Benjamin Thompson) المعروف بالكونت رامفورد (Rumford Count) برنامجاً لإطعام الأطفال في بافاريا. كما قام جوهان بيتر فرانك (Johann Peter Frank) بكتابة مواضيع علمية في أساسيات الصحة المدرسية. ولاحظ جيس واير (Jeas Wire) في عام ١٨١٢ إصابة بعض طلاب مدارس إنجلترا بقصر النظر، وفي إنجلترا قام أدوين شديوك (Edwin Chadwick) عام ١٨٣٢ بدراسة عن الأطفال العاملين في سوق العمل ومن ثم اهتم بالمدارس، وفي عام ١٨٣٦ بدأ الإشراف على صحة الطلاب في مصر وذلك بإنشاء مكاتب صحية في كل مدرسة. وقام عدد من الأطباء عام ١٨٤٠ بفحص طبي للطلاب في عدد من المدارس والجامعات في السويد، وتعتبر مساهمات كتاب كبار مثل فكتور هيجو (Victor Hugo) وتشارلز ريدز (Charles Reade) وشارلز ديكنز (Charles Dickens) من العوامل التي كان لها دور مؤثر في بدء حركة الصحة المدرسية. ويعتبر هيجو (Hugo) أول من قدم وجبة الغذاء المدرسي للأطفال الفقراء في جزيرة جورنسي (Isle of Guernsey) عام ١٧٦٠، ثم عم ذلك حتى وصلت هذه الوجبة عام ١٩٠٠ إلى نصف المدارس في ألمانيا. وفي عام ١٨٤٢ بدأ الاهتمام بالصحة المدرسية في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي عام ١٨٨٥ جرى تشكيل الاتحاد الأمريكي للتعليم الطبي، وقام هذا الاتحاد بوضع برنامج عن التربية الصحية والنظافة الشخصية لطلبة المدارس. وفي عام ١٨٨٨ قامت الحكومة السويدية بإجراء فحص طبي لحوالي أحد عشر الفا من الطلبة، وفي العام نفسه بدأت الحكومة الفرنسية بعمل فحص طبي شامل لطلبة مدارسها، وفي عام ١٨٩٥ قام ستة أطباء بفحص طلاب المدارس الابتدائية في موسكو (٧،٦،٥). هذا، ويمكن القول إن المفهوم الحقيقي لاحتياجات الطالب الصحية قد أحر عملية استخلاص برنامج صحي

مدرسي متكامل ومتوازن الى ما بعد بدايات النصف الثاني من القرن العشرين، إذ تطورت الحركة الصحية المدرسية، ومرت عملية التطوير في أربع مراحل من البدايات الأولى حتى الوصول الى المفهوم الحديث المتكامل للبرنامج الصحي المدرسي وقد أورد عثمان رمضان (٨، ٧)، هذه المراحل وهي:

١- مرحلة التفهم (١٨٥٠ - ١٨٨٠) (Period of Recognition) وقد اتضحت خلال هذه المرحلة أهمية المدرسة كوسيلة لرفع المستوى الصحي للتلميذ.

٢- مرحلة الكشف (١٨٨٠ - ١٩٢٠) (Period of Exploration) حيث بدأ المربون بدراسة الخواص البدنية والنفسية للتلميذ خلال مراحل تطوره المختلفة كوسيلة لاقتراح برنامج صحي مدرسي.

٣- مرحلة البناء (١٩٢٠ - ١٩٣٥) (Period of Synthesis): وتميزت هذه المرحلة بإجراء العديد من الدراسات الصحية الوصفية التي استخدمت نتائجها في التخطيط للخدمة الصحية المدرسية.

٤- مرحلة التكامل (١٩٣٥ حتى الآن) (Period of Integration): وفي هذه المرحلة بلغت خدمات الصحة المدرسية طور النضوج، واشتمل البرنامج الصحي على ثلاثة أركان أساسية هي:

- |    |                |                    |
|----|----------------|--------------------|
| أ- | الخدمات الصحية | Health Services    |
| ب- | التربية الصحية | Health Instruction |
| ج- | الحياة الصحية  | Health living      |

### ٣-١ الصحة المدرسية في الأردن:

يقوم على تقديم خدمات الصحة المدرسية في الأردن عدة جهات رسمية تتمثل في:

#### ١-٣-١ وزارة التربية والتعليم:

يشكل قانون التربية والتعليم محور الفكر والعمل للكوادر العاملة في وزارة التربية والتعليم. فمن فلسفة التربية تتبع منهجية السياسة التربوية وتستمد، ومن أهداف الوزارة واعمالها الواردة فيه: تبني البرامج والخطط. ومن السياسة التربوية ما هو متعلق بالنواحي الصحية. وقد برز الاهتمام بالنواحي الصحية للطالب (محور

العملية التربوية) منذ وقت مبكر. فقد ورد في قانون التدريسات الابتدائية المؤقت (٩) الذي صدر عام ١٩٢٦ ثلاثة بنود تختص بالأمور الصحية للطلبة وهي البند ٤، ١٤، ١٥ من المادة الأولى من القانون.

**بند ٤:** "مدارس الحضانه في المدارس لمن تتراوح أعمارهم بين الأربع والسبع سنوات وهي تعلم الألعاب والنزه المفيدة والأشغال اليدوية والمنظومات الدينية والوطنية والمكالمات التي تتعلق بدروس الأشياء وما يقوي الأجسام وعقول الأطفال" (٩: ٢).

**بند ١٤:** "يشترط أن تكون غرف الصفوف في جميع المدارس مضيئة وموافقة للصحة وسعتها متناسبة مع عدد الطلاب" (٩: ٣).

**بند ١٥:** "لا يجوز أن يفتح في المدارس نزل أو قهوة أو دوائر تؤثر على تربية وصحة الطلاب" (٩: ٣).

أما قانون المعارف (١٠) رقم ٢٠ لسنة ١٩٥٥ فقد جاء أكثر وضوحاً من من قانون التدريسات المؤقت لعام ١٩٢٦، فقد أفرد للناحية الصحية فصلاً كاملاً هو الفصل العاشر علاوة على ما ورد في المادة التاسعة من الفصل الرابع: "إن الغاية من التعليم الابتدائي هي إعداد الطالب ليكون مواطناً صالحاً وذلك بتتمية شخصيته وتربيته تربية أساسها الجسم السليم" (١٠: ٣٤٧)، أما الفصل العاشر فقد احتوى على ست نقاط تتمحور حول صحة الطلاب وعلاجهم المجاني في المراكز والمستشفيات الحكومية. وحول ضرورة توفر الشروط الصحية في المدارس وحق الأطباء في التفتيش على المدارس".

ومع صدور قانون التربية والتعليم رقم ١٦ (١١) لعام ١٩٦٤ وتعديلاته (١٢) في نهاية عام ١٩٨٢ تحددت صورة التربية والتعليم بما فيها الأمور الصحية. فقد نص البند الثامن من المادة الثالثة/ الفصل الثاني (فلسفة التربية وأهدافها) على "مساعدة كل طالب على النمو السوي جسمياً وعقلياً واجتماعياً وعاطفياً ليصبح مواطناً مسؤولاً عن نفسه وعن مجتمعه" (١١: ٧٢١).

كما أكد البند الخامس من المادة الرابعة (الأهداف العامة للتربية والتعليم) على "رفع المستوى الصحي الفردي والجماعي عن طريق نشر المعلومات الصحية وتنمية العادات الصحية بحيث تتمثل سلوكا وعملا" (١١: ٧٢٣).

أما الفصل الرابع عشر فقد تضمن خمس مواد جميعها خاصة بالشؤون الصحية، وتتص على ضرورة قيام قسم للصحة المدرسية للإشراف على الصحة الوقائية في جميع المؤسسات التعليمية الحكومية والخاصة. وحدد مهام القسم لتنفيذها بالتنسيق مع وزارة الصحة كما هو مبين في المادة ٩٦ من الفصل المذكور. إلا أنه ومن الضروري الإشارة إلى أن قانون ١٩٦٤ أشار لأول مرة وبوضوح، إلى ضرورة توفير الخدمات الصحية والشروط الصحية في المدارس الخاصة تحت طائلة العقاب.

وأما قانون التربية والتعليم المؤقت رقم ٢٧(١٣) لسنة ١٩٨٨ فقد جاء مختصرا للأمور الصحية في النقطة (ل) من المادة الرابعة (الأهداف العامة). والمادة (هـ) من المادة السادسة (أعمال الوزارة). والمادة الثامنة من الفصل الثالث وكلها تركز على توفير الرعاية الصحية الوقائية، وضرورة استيعاب الطلبة للقواعد الصحية، وتكوين العادات الصحية السليمة.

٤٤٥٢٢٨

دور وزارة التربية والتعليم في المجال الصحي:

يتمثل دور وزارة التربية والتعليم في المجال الصحي في محاور أربعة (١٤):

**المحور الأول:** دورها في التعاون مع وزارة الصحة لتنفيذ خدمات الصحة

المدرسية في المدارس الحكومية، ويبدو ذلك واضحا من خلال:

١- تخصيص جزء من موازنة وزارة التربية والتعليم لأغراض

الصحة المدرسية، حيث يتم تحويل الجانب الأكبر من هذه

المخصصات لوزارة الصحة للأنفاق منها على خدمات الصحة

المدرسية، والجزء المتبقي يتم صرفه على طباعة التقارير

والنشرات، وعلى صيانة السيارات الخاصة بالصحة المدرسية.

٢- طباعة البطاقات الصحية والمعائنة والسجلات والنماذج

واللوحات والنشرات.

- ٣- قدمت الوزارة للفرق الصحية من عام ٧٥ - ١٩٨٨ السيارات التي تنتقل فيها الفرق، وكان عددها ٢٨ سيارة وباصا.
- ٤- التنسيق المباشر مع وزارة الصحة (قسم الصحة المدرسية) ومع مديريات الصحة في المملكة من أجل تنفيذ الخدمات الصحية ومتابعة تنفيذها.

**المحور الثاني:** اجراء الكشف البيئي على المدارس بغية اصحاح البيئة المدرسية، والعمل على تلافي السلبيات، وذلك من خلال العاملين في قسم الصحة المدرسية في وزارة الصحة وأقسام شؤون الطلبة في مديريات التربية والتعليم.

**المحور الثالث:** العمل على رفع الوعي الصحي لدى الطلبة، ويتمثل ذلك في:

- ١- اصدار النشرات التثقيفية واللوحات الصحية للمدارس.
- ٢- التنسيق مع الجهات المعنية لتنفيذ برامج تثقيف صحي في المدارس مثل نقابات الأطباء، والكوادر الأخرى في وزارة الصحة مثل: أقسام التثقيف الصحي، والمتقنين الصحيين في مديريات الصحة، وقسمي الأمراض السارية وغير السارية في وزارة الصحة، وكليات الطب والتمريض في الجامعات الأردنية. ويشار هنا الى أن الوزارة تنسق مع قسم التثقيف الصحي وقسم الصحة المدرسية في وزارة الصحة في مجال التثقيف الصحي للطلبة وتدريب المعلمات والمعلمين على كثير من الأمور الصحية الضرورية لمتابعة الأمور الصحية للطلبة في المدارس. ولكن تكمن المشكلة بارتفاع معدل التنقلات بين المعلمين والمعلمات الذين يتم تأهيلهم للقيام ببعض اعمال الصحة المدرسية في مدارسهم، مما يؤدي الى تركيزهم في بعض المدارس، وافتقادهم في مدارس أخرى.

**المحور الرابع:** الاشراف على كيفية تنفيذ خدمات الصحة المدرسية في المدارس الخاصة. ومعلوم أن هناك عقدا موحدا بين المدرسة الخاصة والطبيب الخاص بها يجب ارفاقه سنويا عند تجديد رخصة المدرسة. وعمدت وزارة التربية والتعليم سنة ١٩٨٩ الى تقسيم المدارس الخاصة الى فئات

راعت فيها حجم المدرسة وعدد طلبتها وفروعها في المنطقة الجغرافية الواحدة.

ومن هنا يتبين أن وزارة التربية والتعليم المعنية بالتنسيق التام مع وزارة الصحة والجهات المعنية الأخرى بتوفير الرعاية الصحية الوقائية للطلبة، والعمل على اكسابهم العادات الصحية السليمة.

### ١-٣-٢ وزارة الصحة:

ارتبطت فكرة التنسيق بين وزارتي التربية والتعليم والصحة منذ عام ١٩٦٤، حيث وردت في قانون التربية والتعليم (١١) رقم ١٦ لسنة ١٩٦٤. ورغم أن هناك ما يشير إلى إنشاء قسم خاص للصحة المدرسية عام ١٩٦٤ في وزارة التربية والتعليم، إلى أن الخدمات الصحية لم تأخذ طابعها الجدي إلا بعد أن أنشئ قسم للصحة المدرسية لأول مرة في وزارة الصحة عام ١٩٧٥ (١٥) تابع لمديرية الرعاية الصحية الأولية. ثم أصبح هذا القسم تابعا لمديرية السلامة الصحية التي تعتبر إحدى المديريات الفنية في وزارة الصحة. وقد بدأ القسم بتقديم خدمات الصحة المدرسية لطلبة المدارس منذ ذلك الوقت من خلال فرق طبية خاصة تزور المدارس ضمن برامج زمنية محددة، وقد بدأت أعمالها بثلاث فرق متجولة للصحة العامة وثلاث فرق للأسنان. وكان مجال عمل هذه الفرق في كل من معان والعقبة والمفرق، ثم امتدت هذه الخدمات لتشمل باقي محافظات وألوية المملكة حيث أصبح عدد الفرق مع نهاية العام الدراسي ١٩٨٨/٨٧ ست عشرة فرقة للصحة العامة، وست عشرة فرقة للأسنان. وكان من المفروض أن تفحص هذه الفرق فحصا دوريا شاملا (صحة عامة وأسنان) أربعة صفوف من المدارس الحكومية هي الأول والرابع والسابع والعاشر الأساسي بالإضافة إلى مكافحة الأمراض المعدية والسارية والتوقيف الصحي والكشف البيئي على المدارس، والإشراف على وجبات الطعام والمقاصف المدرسية ووقاية الفم والأسنان. ولكن هذه الفرق لم يكن بمقدورها أن تقدم هذه الخدمات كما ونوعا، فارتأت وزارة الصحة دمج خدمات الصحة المدرسية ضمن خدمات المراكز الصحية في منتصف العام الدراسي ١٩٨٩/٨٨ بحيث أصبح مطلوبا من كل مركز صحي تقديم الخدمات الصحية والنفسية للمدارس المحيطة به على نحو ما يقدم هذه الخدمات لنزلاء المبرات



والمؤسسات الاجتماعية. وكذلك تشرف المراكز الصحية التابعة لمديريات الصحة وأطباء المركز التدريبي على تادية هذه الخدمات في المدارس الخاصة من قبل اطباؤها المتعاقد معهم، وتتمثل أهداف الصحة المدرسية بما يلي:

- ١- تقديم الخدمات الصحية والسنية الوقائية لطلبة المدارس.
- ٢- إكتشاف الأمراض العضوية في مراحلها الاولى ومعالجتها قبل استفحالها.
- ٣- حماية الطلاب من الأمراض السارية.
- ٤- رفع مستوى الوعي الصحي لدى الطلاب والهيئة التدريسية.
- ٥- إصاحاح البيئة المدرسية.

أما الوسائل المتبعة لتحقيق هذه الأهداف فهي:-

#### أولاً- الفحص الطبي الدوري الشامل للصحة العامة والاسنان:

يقوم أطباء الصحة العامة واطباء الاسنان باجراء كشف طبي شامل على الطلاب في شتى المراحل التعليمية (الأول، والرابع، والسابع، والعاشر الاساسي)، بغرض تقويم المستوى الصحي للطلاب، واكتشاف الحالات المرضية وحالات النقص او الانحراف، ومواطن الضعف التي يعاني منها الطلبة (جدول رقم: ٢) وتحويلهم الى الاختصاصيين، لما لهذه الامراض من عواقب وخيمة وتأثير مباشر على عدة جهات منها:-

#### أ- الطفل:

- ١- عدم معالجة الأمراض في مراحلها الاولى يؤدي الى تفاقمها.
- ٢- استفحال هذه الأمراض ووصولها الى مراحل متقدمة يجعل الشفاء منها صعبا.
- ٣- تؤثر هذه الأمراض على نشاط الطلاب الجسمي وتحصيلهم الصحي<sup>الدلومي</sup> وبالتالي تجعلهم افرادا غير منتجين وعالة على ذويهم ومجتمعهم.
- ٤- عدم تمكنهم من انتهاء الدراسة في الوقت المحدد.
- ٥- حالات الإحباط التي تواجههم نتيجة المرض مما يؤثر على حالتهم النفسية والمعنوية.

يبين الحالات المرضية المكتشفة اثناء الفحص الطبي الدوري الشامل للعام ٩٢ / ٩٣  
لطلبة الصف الاول الاساسي في المملكة

الامراض الجلدية			الامراض الداخلية		
الأول		نوع المرض	الأول		نوع المرض
اناث	ذكور		اناث	ذكور	
٣	١١	قراخ	٢٨	٢٤	روماتيزم قلب
٢٠٤	٢٤٩	فطريات في الجسم	١٣١	١٤٦	امراض القلب
١٩٩٠	٦٥٩	قمل	١٧٠	١٨٥	امراض الجهاز التنفسي
٨٠	٦٧	جرب	١٣٤	١٤١	ديدان معوية
٢٨٤	٣١٥	امراض أخرى	٣٢	٥١	تخلف عقلي
٢٥٢٥	١٣٠١	المجموع	١٣	١٦	صرع
الامراض العينية			نقص في الوزن		
الأول		نوع المرض	الأول		نوع المرض
اناث	ذكور		اناث	ذكور	
٢٧٨	٢٣٧	قصر بصري	١٣٤	٨٠	سمنة زائدة
١٦	١٨	طول نظر	٣٥	٤٩	الخصية الهاجرة
١١٤	٨٩	حول	/	١١٦٣	فتق بأنواعه
٣١	٢٨	كثافة قرنية	٣٥	١٤٢	امراض أخرى
١٧٢	٣٠٦	التهاب الملتحمة	٢٣٨	٢٤٢	المجموع
١٦٧	٢١٧	امراض أخرى	٩٥٠	٢٣٣٩	
٧٨٨	٩٩٥	المجموع	امراض الانف والاذن والحنجرة		
الأول		نوع المرض	الأول		نوع المرض
اناث	ذكور		اناث	ذكور	
٦	١٢	انحناء العمود الفقري	٢١	٣٧	جيوب انفية
١٩	١٨	عرج	٣٠	٢٨	ضعف سمع
٤٠	٥٨	امراض أخرى	١٣٠	١٧٢	التهاب اذن
٦٥	٨٨	المجموع	٦٦٨	١٠٣١	تضخم لوزتين
امراض العمود الفقري			امراض اللوز والحلق		
الأول		نوع المرض	الأول		نوع المرض
اناث	ذكور		اناث	ذكور	
٦	١٢	انحناء العمود الفقري	٩٣١	٩٨٧	امراض أخرى
١٩	١٨	عرج	٢١٦	٣٠٨	المجموع
٤٠	٥٨	امراض أخرى	٢١٩٦	٢٥٦٤	
٦٥	٨٨	المجموع			

## ب- الأسرة:

- ١- ازدياد نفقات معالجتهم لأبنائهم في حال استفحال المرض بالاضافة الى نفقات اعالتهم.
- ٢- وجود ابناء غير اصحاء وذوي عاهات يؤثر على وضع جميع افراد الاسرة النفسي والمادي.
- ٣- هدر وقت العائلة في متابعة المعالجة المطلوبة.

## ج- وزارة الصحة:

- ١- هدر وقت الأطباء العاملين بالصحة المدرسية وجهدهم باكتشاف الأمراض دون معالجتها ومتابعتها بسبب عدم تعاون الاهل.
- ٢- زيادة كلفة معالجة الأمراض في مراحلها المتقدمة وانخفاض نسبة الشفاء.
- ٣- تخصيص اموال اضافية لمعالجة الحالات المستعصية مستقبلا بدلا من الاستفادة منها في مجالات اخرى للرعاية الصحية الاولية.

## د- وزارة التربية والتعليم:

- ١- سوء الوضع الصحي للطلاب يؤدي الى هبوط مستواهم التعليمي.
- ٢- انخفاض نسبة ونوعية مخرجات التعليم.
- ٣- ازدياد نسبة الطلاب الذين لا يبنون تحصيلهم العلمي ضمن المدة المحددة مما يزيد من التكاليف التي تتحملها الوزارة.
- ٤- ازدياد كلفة التعليم لكل طالب.

## هـ- المجتمع:

- ١- زيادة الاموال التي سينفقها المجتمع على تقديم خدمات خاصة للذين يعانون من الأمراض في مراحلها المتقدمة.
- ٢- زيادة عدد أفراد المجتمع غير الأصحاء وبالتالي غير المنتجين يؤدي الى انخفاض مستوى دخل الفرد في المجتمع وبالتالي مستوى المعيشة.

تمنع الأهل من متابعة الحالة الصحية لأطفالهم المحولين للأختصاصيين في المراكز الصحية أو المستشفيات والتي تم ابلاغهم عنها من قبل المدرسة بناء على تحويل طبيب الصحة المدرسية.

#### ٥-١ أهداف الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة محاولة لإلقاء الضوء بشكل موسع على الأسباب المؤثرة على عدم متابعة الأهل للحالات المرضية المكتشفة والمحوّلة من قبل أطباء الصحة المدرسية إلى أطباء الاختصاص لدى طلبة الصف الأول الأساسي في المدارس الحكومية للعام الدراسي ٩٢/٩٣، وبشكل أكثر تحديداً فإن هذه الدراسة تهدف إلى ما يلي:

- ١- تحديد أهم الأسباب (العوامل) لعدم متابعة الأهل للحالات المرضية لأطفالهم، وتحديد أهمية كل عامل
- ٢- وضع التوصيات اللازمة لرفع نسبة متابعة الأهل للحالات المرضية لأطفالهم.

#### ٦-١ أهمية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة هي الأولى في الأردن التي تتطرق لموضوع عدم متابعة الأهل للحالة الصحية لأبنائهم، ويأمل الباحث أن تستخدم المعلومات التي ستوفرها الدراسة في تطوير خدمات الصحة المدرسية لتحقيق ما يلي:

#### أولاً: للطلبة:

- ١- معالجة الأمراض في مراحلها الأولى مما يؤدي إلى تحسين نسبة الشفاء منها.
- ٢- عدم استفحال الأمراض ووصولها إلى مراحل متقدمة تصعب معالجتها.
- ٣- تجنيبهم أمراضاً تؤثر على نشاطهم الجسمي وتحصيلهم العلمي.
- ٤- تمكينهم من إنهاء دراستهم في الوقت المحدد وتحقيق مستقبل أفضل لهم.
- ٥- توفير الوقت لهم للاستمتاع بالحياة، وتحسين حالتهم النفسية، ورفع الروح المعنوية لديهم.

### ثانيا: لأسر الطلبة:

- ١- تربية أبناء أصحاب الجسم.
- ٢- توفير نفقات معالجتهم في حال استفحال المرض بالاضافة الى نفقات اعالتهم.
- ٣- توفير وقت الوالدين المجبرين على تقضيته في متابعة علاجهم والعناية بهم باستثماره بالعناية والاهتمام بباقي أفراد الأسرة، والقيام بأعمالهما بشكل أفضل.

### ثالثا: لوزارة الصحة:

- ١- تحقيق مردود اقتصادي ايجابي للأموال التي تتفق على الصحة المدرسية.
- ٢- استثمار وقت عمل الأطباء الاختصاصيين بصورة أكثر (فاعلية) لقيامهم بفحص الطلاب الذين يحتاجون اختصاصهم فقط.
- ٣- المعالجة المبكرة للأمراض في مراحلها الاولى يخفض تكاليف المعالجة، ويجعلها تتم بكفاءة عالية وبناتج ممتازة، ورفع نسبة الشفاء بصورة كبيرة.
- ٤- منع انتشار هذه الأمراض والسيطرة عليها قبل استفحالها يؤدي الى توفير الأموال لمشاريع اخرى ذات مردود صحي اقتصادي.

### رابعا: وزارة التربية والتعليم:

- ١- رفع مستوى صحة الطلاب يؤدي لرفع مستوى، تحصيلهم العلمي.
- ٢- تحسين نسبة ونوعية مخرجات التعليم.
- ٣- تخفيض نسبة الطلاب الذين لا يبنون تحصيلهم العلمي ضمن المدة المحددة مما يخفض التكاليف التي تتحملها الوزارة.
- ٤- تخفيض تكلفة التعليم لكل طالب.

## خامسا: للمجتمع:

- ١- اعداد أفراد اصحاء للمجتمع يساهمون ببنائه ورفع شأنه والدفاع عنه .
- ٢- توفير الأموال التي سينفقها المجتمع على تقديم خدمات خاصة للذين يعانون من الأمراض في مراحلها المتقدمة .
- ٣- الاموال التي يتم توفيرها يمكن انفاقها في مجالات أخرى تحقق مستوى أفضل من الرفاهية للمجتمع .
- ٤- زيادة عدد أفراد المجتمع الأصحاء، يؤدي الى زيادة الانتاج القومي .

## ٧-١ فرضيات الدراسة:

- ١- توجد علاقة بين الحالة المالية للعائلة ومتابعتهم لأبنائهم المحولين لأطباء الاختصاص.
- ٢- توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأب ومتابعته لأبنائه المحولين لأطباء الاختصاص.
- ٣- توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومتابعتها لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص.
- ٤- توجد علاقة بين عدد أفراد الأسرة ومتابعة الأهل لأبنائهم المحولين الى أطباء الاختصاص.
- ٥- توجد علاقة بين وجود تأمين صحي للعائلة ومتابعتهم لأبنائهم المحولين الى أطباء الاختصاص.
- ٦- توجد علاقة بين عمل الأم خارج المنزل ومتابعتها للحالة الصحية لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص.
- ٧- توجد علاقة بين جنس الطفل ومتابعة حالته لدى أطباء الاختصاص من قبل الأهل.
- ٨- توجد علاقة بين اكتظاظ عيادات الاختصاص وصعوبة الحصول على موعد من جهة ومتابعة الأهل لأبنائهم المحولين لأطباء الاختصاص.
- ٩- توجد علاقة بين بعد عيادات الاختصاص عن مكان سكن العائلة ومتابعة حالة الأطفال المحولين من قبل الأهل.
- ١٠- توجد علاقة بين قناعة أهل الطالب بأهمية التحويل للاختصاصي من قبل طبيب الصحة المدرسية ومتابعة حالة الطفل من قبل الأهل.

## نموذج البحث

المتغير التابع

المتغيرات المستقلة

متابعة الحالات

المرضية المحولة

الى الاختصاصي

حجم الاسرة

الدخل

المستوى التعليمي للأب

المستوى التعليمي للأم

التأمين الصحي للعائلة

عمل الأم

جنس الطفل

صعوبة الحصول على موعد

موقع عيادات الاختصاص

قناعة الاهل بجدوى الفحص الطبي

## منهجية الدراسة

### ٨-١ مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من طلبة الاول الأساسي الذين تم فحصهم وتحويلهم في السنة الدراسية ١٩٩٢/١٩٩٣ في المدارس الحكومية في الاردن والمسجلة اسماؤهم رسميا في سجلات اطباء الصحة المدرسية في المراكز الصحية. وقد تم اختيار الصف الاول الأساسي كمجتمع لهذه الدراسة لأنه بداية المرحلة الدراسية، ولأن طلاب الصف الأول الأساسي في مدارس وزارة التربية والتعليم يتم فحصهم بالكامل من قبل اطباء وزارة الصحة ومن قبل الأطباء الاختصاصيين بالنسبة لطلاب المدارس الخاصة وأطباء وكالة الغوث بالنسبة لمدارس وكالة الغوث. ولم يكن هذا ممكنا قبل ذلك، إذ إن كثيرا من هؤلاء الأطفال لم تتم متابعتهم من قبل مراكز الأمومة والطفولة، حيث ان الدراسات التي اجريت على نسبة الاطفال المتابعين من قبل هذه المراكز لا تتجاوز ٦٠٪ (١٦).

### ٩-١ عينة الدراسة:

#### ١-٩-١ اطار العينة:

- أ- قائمة بالمدارس التي لديها صف اول اساسي، ويبلغ عددها ١٦٤٦ مدرسة (١٧).
- ب- جميع طلبة الاول الأساسي المفحوصين في العام الدراسي ١٩٩٢/١٩٩٣ المسجلين في سجلات أطباء الصحة المدرسية في المراكز الصحية.

#### ٢-٩-١ حجم العينة:

- أ- خمسة بالمئة من المدارس التي لديها طلبة صف أول أساسي.
- $$83 = \frac{5}{100} \times 1646$$
- مدرسة تقريبا

- ب- جميع الطلبة المفحوصين والمحولين الى الإختصاصيين من قبل أطباء الصحة المدرسية.



تم حصر أسماء جميع المدارس الحكومية التي لديها صف أول أساسي وعناوينهم من واقع سجلات وزارة التربية والتعليم (١٧)، موزعة على جميع مديريات التربية والتعليم في المدن والقرى كافة وتم أخذ ما نسبته ٥% من مدارس كل من المدن والقرى من كل مديرية من مديريات التربية والتعليم بالمحافظات والألوية المختلفة وذلك عن طريق استخدام جدول الأرقام العشوائية كما هو مبين في الجدول رقم (٣) (ملحق رقم: ١) وبعد استخراج أسماء المدارس التي دخلت بالعينة ثم تحديد المراكز الصحية التي تقدم الخدمات الصحية المدرسية لهذه المدارس (١٨).  
وقام الباحث بزيارة هذه المراكز، ومن خلال سجل طبيب الصحة المدرسية استخراج أسماء الطلبة المحولين من مدارس العينة، وتم الاتصال بأهالي هؤلاء الطلبة، ووزعت الاستبانة عليهم لتعبئتها.

تتضمن الدراسة شملتها الدراسة  
تتضمنها الطلبة اعدادها من المدارس  
جدول رقم (٣)

الرقم	البيان	عدد المدارس في المنطقة		عدد المدارس في المدينة		عدد المدارس في المنطقة	عدد المدارس في المدينة	قرية	عدد المدارس في المدينة	عدد المدارس في المنطقة	عدد الطلاب المرحلين
		مدنية	قرية	مدنية	قرية						
١	مديرية تربيتة عمان الاولى	١٢٠	-	٦	-	٥	١٧	-	١	١٧	٥
٢	مديرية تربيتة عمان الثانية	١١٣	-	٦	-	٣	٩	-	٣	١٥	٣
٣	مديرية تربيتة اضمواحي	١١٢	-	١	-	٦	٣	-	٣	١٥	٣
٤	مديرية تربيتة مادبا	١١١	-	١	-	٣	٣	-	٣	١٥	٣
٥	مديرية تربيتة الزرقاء	٩١	-	٥	-	٣	٣٤	-	٣	١٣	٥
٦	مديرية تربيتة البلقاء	٢٣	-	١	-	٣	١١	-	٣	١١	٣
٧	مديرية تربيتة ديرعلا	-	-	-	-	٢٢	٧	-	١	٧	٧
٨	مديرية تربيتة الشونة الجنوبية	٢	-	٩	-	١	٢٠	-	٢	٢٠	٢٠
٩	مديرية تربيتة اربد	٤٧	-	١١٢	-	٦	١٩	-	٨	١٩	١٩
١٠	مديرية تربيتة الكوه	٤	-	٣٤	-	٢	١٣	-	٣	١٣	١٣
١١	مديرية تربيتة بني كنانة	-	-	٤٩	-	٢	٥	-	١	٥	٥

\* الجدول من اعدادها

\* اعدادها من اعدادها

\* اعدادها من اعدادها

\* اعدادها من اعدادها

١- اعدادها من اعدادها

٢- اعدادها من اعدادها



## ١-١٠ أداة الدراسة:

طور الباحث استبانة واحدة تضمنت ٢٥ فقرة تحتوي على معلومات خاصة عن معبىء الاستمارة، المدرسة، والخدمات الصحية، ومتابعة الاهل لأطفالهم، وجنس الطالب، والمستوى التعليمي للأم والاب، وعمل الاب والام، ودخل العائلة، والتأمين الصحي للعائلة، وموقع عيادات الاختصاص، وصعوبة الحصول على موعد، وقناعة الأهل بجدوى الفحص الطبي. ملحق رقم (٢).

وتمت صياغة الفقرات التي اشتمل عليها المعيار على الاشكال التالية:-

- ١- فقرات تتم الاجابة عنها بناء على مقياس نسبي متدرج/ ممتازة، جيدة جدا، جيدة، متوسطة، مقبولة، ضعيفة، لا يوجد أي اهتمام.
- ٢- فقرات تتم الاجابة عنها بنعم أو لا.
- ٣- فقرات تقرر أموراً ثابتة للعائلة مثل: مدى بعد او قرب الاختصاصيين عن سكن العائلة، والدخل، وطرق الوصول الى الاختصاصيين، والمستوى التعليمي للأب والأم، جنس الطالب، التأمين الصحي للعائلة(١٨).

## صدق أداة البحث:

تم التحقق من صدق مضمون الاستبانة من خلال الاجراءات التي اتبعت في بناء الاستبانة وتصميمها. فقد عرضت الاستبانة على لجنة من اطباء الصحة المدرسية في وزارة الصحة، والمختصين في وزارة التربية والتعليم، والجامعة الاردنية، وذلك للحكم على درجة مناسبة الفقرة من حيث صياغتها ومدى قياسها للبعد الذي تدرج تحته. كما عرضت الاستبانة بشكل عشوائي على مجموعة من اهالي الطلبة في تربية عمان الاولى، وقد اختيرت الفقرات التي أجمع عليها وعدلت بعض الفقرات، وتمت اعادة صياغة بعض الفقرات، كما استبدلت الفقرات التي لم تكن مفهومه. ثم اعيد عرض الاستبانة بصورتها الجديدة على اللجنة واعتبرت موافقة غالبية اعضاء اللجنة على الفقرات مؤشراً الى صدق مضمونها. وقد حظيت الاستبانة بصورتها النهائية على موافقة اللجنة.

## ثبات الاداة:

تم حساب ثبات الاستبانة باستخدام الحاسوب في الجامعة الأردنية وبطريقة استخراج معامل كرونباخ (a) (CRONBACH ALPH )

$$\text{معامل الفا} = \frac{ن}{ن-١} \frac{(١- \text{مج ع}^٢ \text{ك})}{\text{ع}^٢}$$

إذا

ن : عدد أقسام الاختبار  
 ك : هو أحد أقسام الاختبار  
 مج ع<sup>٢</sup> ك : هو مجموع التباينات في هذا القسم  
 ع<sup>٢</sup> : هو تباين الاختبار الكلي  
 حيث كان معامل الثبات ٠,٩٢٦١

اما فقرات الاستبانة التي اجيب عنها بنعم أو لا فقد جرى احتساب ثباتها باستخدام طريقة التجزئة النصفية، وتم احتساب معامل الارتباط بين الفقرات باستخدام معامل بيرسون فكانت النتيجة ٠,٨٤١٣

## ١١-١ اجراءات الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة اسلوب الدراسة المسحية وفق الخطوات التالية :

- أ- تمت زيارة المراكز الصحية التي تقدم خدمات الصحة المدرسية لمدارس العينة، حيث تم حصر اسماء جميع الطلبة المحولين في هذه المدارس من سجلات الاطباء في تلك المراكز.
- ب- قام الباحث بزيارة المدارس الخاضعة للدراسة، وتم الاتصال بأهالي الطلبة المحولين، حيث تم توزيع اداة الدراسة عليهم، وذلك بالتعاون مع مسؤولي الصحة المدرسية في كل من وزارتي الصحة والتربية والتعليم في المديرية المختلفة.
- ج- تم جمع البيانات ومعالجتها احصائيا بواسطة الحاسوب.

## ١-١٢ التعريفات الاجرائية لمتغيرات الدراسة:

أظهرت نتائج الاختبار القبلي Pretest الذي قام به الباحث، أن معظم الاسئلة التي وردت في الاستمارة مفهومة لاولياء امور الطلبة، وبالتالي فان التعريف الاجرائي للمتغيرات، سيكون حسب ما ورد في استمارة الدراسة.

## ١-١٣ الاساليب الاحصائية المستخدمة (المعالجة الاحصائية):

للتعرف على العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ومعرفة ردود فعل افراد عينة الدراسة على نحو ما افترضته الدراسة، فقد اعتمد الباحث على المنهج الاحصائي الوصفي التفسيري، بحيث تم عمل الجداول المتقاطعة التي تسمح بالقاء الضوء على العلاقة بين المتغير التابع (عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين) والمتغيرات المستقلة، وذلك من خلال ايجاد المتوسطات الحسابية، والمعدلات، والنسب المئوية. كما تم استخدام اختبار كاي تربيع ( $\chi^2$ ) لفحص دلالة الفروق في التكرارات والنسب المئوية وفقاً لمستويات المتغيرات المستقلة في الدراسة وذلك من خلال تطبيق المعادلة التالية.

$$\chi^2 = \sum \frac{(K - K_1)^2}{K_1}$$

حيث ك التكرار المشاهد observed frequency

حيث ك<sub>١</sub> التكرار المتوقع expected frequency

$$\text{والمتوسط الحسابي} = \frac{\sum S \times T}{N}$$

حيث س × ت مجموع حاصل ضرب كل درجة في تكرارها.

ن عدد الحالات

كما استخدم الباحث الاسلوب الاحصائي انوفا (ANOVA) لتأكيد النتائج باكثر من تحليل (١٩).

واستخدم الباحث ايضا اسلوب تحليل الانحدار المتدرج لتحديد أهم العوامل المسؤولة عن عدم متابعة الاهل للحالات المرضية لأطفالهم.

الفصل الثاني  
مراجعة أدبيات الموضوع

## الفصل الثاني مراجعة أدبيات الموضوع

### ١-٢ المجال النظري للدراسة:

الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، وقد جرت محاولات كثيرة لتعريفها، ولعلنا نذكر القول: "الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى" وهو تعريف يشير إلى أهمية الصحة للإنسان ولكنه يعجز عن تحديد كنهها ويؤكد عدم الاحساس إلا بالناحية السلبية منها وهي حالة المرض. ومن ناحية أخرى عرف العالم بركنز (Perkins) الصحة بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه (٧).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية مفهوم الصحة بأنه "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز" (٢٠). وقد اعتبر هذا التعريف الأخير بمثابة هدف أكثر من كونه تعريفاً، ولكن من الواضح أنه أكد ارتباط الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية في الإنسان.

وفي المؤتمر الصحي العالمي (١) "المأتا" عام ١٩٧٨ تقرر المبدأ الذي يعتبر الرعاية الصحية الأولية هي المفتاح لبلوغ هدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ (و هو ما يعرف باعلان المأتا) - وقد اعتمد الاردن هذا المبدأ.

### استراتيجية الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ (١):

تعتمد استراتيجية الصحة للجميع بحلول عام الفين:

- (١) الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان.
- (٢) الحكومة مسؤولة عن صحة شعبها.
- (٣) التوزيع العادل للموارد والخدمات الصحية جغرافياً وطبقياً.
- (٤) من حق الناس بل من واجبهم المشاركة في التنفيذ والتخطيط.
- (٥) الصحة جزء أساسي من التنمية الاجتماعية والاقتصادية.



(٦) الاعتماد على الموارد المحلية.

(٧) استغلال الموارد البشرية والمالية على أفضل وأكمل وجه.

والرعاية الصحية الأولية هي نقطة التماس الأولى بين افراد المجتمع وبين الخدمات الصحية، وتختلف عن الطب الوقائي وطب المجتمع من حيث:-  
أولاً: إيصال الخدمات الى اماكن تجمعات الافراد واقامتهم واعمالهم، والزيارات الخارجية لأماكن التجمعات عنصر مهم.  
ثانياً: تغطية جميع افراد المجتمع دون استثناء (مبدأ العدالة للجميع) - وقد خطا الاردن خطوات واسعة في هذا المجال حيث بلغ عدد المراكز الصحية (٩٣٢) (٢١) مركزاً، وقد وجد ان ٩٥% من المراجعين يعالجون في المراكز، والباقون يحولون للخدمات التخصصية (نظام بطاقة المعالجة/صحي وامومة) (٢٢).

### عناصر الرعاية الصحية الأولية:

التثقيف والتعليم بخصوص المشاكل الصحية المنتشرة في المجتمع وطرق تحديدها ومنعها والوقاية منها، والعمل على توفير الغذاء والتغذية الصحية، والعمل من أجل التزويد الكافي بالماء الصالح للشرب والتصريف الصحي للفضلات، والنظافة، والعناية بصحة الأم والطفل وتشمل تنظيم الأسرة، وخدمات الصحة المدرسية، وخدمات الصحة الصناعية، والتطعيم ضد الأمراض السارية، ومعالجة الأمراض الشائعة والإصابات، والوقاية من الأمراض المتوطنة ومكافحتها، وتوفير الأدوية الأساسية.

### الصحة المدرسية:

برنامج الصحة المدرسية من برامج الصحة المتخصصة الذي يوجه اهتمامه للأطفال في السن المدرسي وفي بيئة المدرسة، وتولي المجتمعات المتقدمة عناية خاصة لبرامج الصحة المدرسية لعدة أسباب أهمها (٧، ٢٣):

١- يشكل الطلاب في السن المدرسي قطاعاً كبيراً من السكان .

- ٢- تتميز فترة السن المدرسي بالنمو والتطور السريعين، سواء كان هذا من الناحية البدنية أم النفسية أم الاجتماعية مما يستلزم تهيئة الظروف المناسبة لنمو وتطور متكاملين .
- ٣- يتعرض الطفل في مرحلة الدراسة الى كثير من المشكلات والضغوط الاجتماعية، فقد تكون المدرسة أول خبرات الطفل في الحياة الجماعية خارج المنزل، مما يعرضه للتنافس في اللعب أو الدراسة، وقد يترتب على هذا انطواؤه أو لجوؤه الى النشاط العدواني .
- ٤- إلتقاء الطلاب في المدرسة يعرضهم الى مخاطر الأمراض المعدية، فكل منهم يأتي من بيئة مختلفة عن بيئة الآخرين، فاذا كان أي منهم حاملا لميكروب أو مريضا بمرض معد، انتقلت العدوى للطلاب الآخرين. وقد يحمل الطالب العدوى من زملائه الطلاب الى بيته مما يؤدي الى انتشار العدوى في المجتمع. ومن ناحية أخرى تعتبر المدرسة مركز اشعاع ويعمل بطريق مباشر أو غير مباشر على مكافحة الأمراض المعدية في المجتمع الذي يحيط بها .
- ٥- هناك ظروف كثيرة مهيئة للإصابة بالحوادث داخل المدرسة اثناء لعب الطلاب مع بعضهم بعضا، أو في الطريق اثناء ذهاب الطالب الى المدرسة أو عودته منها .
- ٦- تمتع الطالب بالصحة الجيدة عامل مهم يساعده على التعلم واكتساب المعلومات والخبرات التعليمية التي تهيئها له المدرسة (العقل السليم في الجسم السليم) .
- ٧- التربية الصحية المدرسية تساعد الطالب على اكتساب السلوك الصحي السليم، وقد يساعد هذا على التأثير في أسرته الحالية وأسرته المستقبلية عندما يصبح أبا أو أما، فالطفولة هي صناعة المستقبل .

#### - مكونات برنامج الصحة المدرسية:

يتكون برنامج الصحة المدرسية الشامل من مكونات لا تختلف في أساسها عن مكونات أي برنامج من برامج الصحة العامة الشاملة، وهذه المكونات هي:

أولا : الخدمات الصحية المدرسية:

أ- الرعاية الصحية للطلاب وهيئة المدرسة:

١- تقييم صحة الطلاب:

ويقصد به قياس مستوى صحة الطلاب، ومعدلات نموهم، وتطورهم، وما يصيبهم من أمراض أو مشكلات صحية، وهذه بالضرورة عملية مستمرة نتيجة لاحتمالات التغييرات التي تنشأ على صحة الطلاب في نموهم وتطورهم وتعرضهم للبيئات المختلفة. وتقع مسؤوليته على كل العاملين في المدرسة والصحة المدرسية من أطباء ومدرسين واختصاصيين اجتماعيين وغيرهم، ولكل منهم دوره في هذا المجال.

وتتم عملية التقييم عن طريق ::

١-١- الملاحظات اليومية للمدرسين والاختصاصيين الاجتماعيين وغيرهم

من هيئة المدرسة. وفي الواقع يقوم هؤلاء بدور كبير في اكتشاف الحالات المرضية بين الطلاب وخاصة أنهم يقضون أوقاتا طويلة مع الطلاب، أكثر من طبيب المدرسة، ويمكن لهم اكتشاف أي تغيرات تطرأ على سلوك التلميذ أو مظهره.

١-٢- الفحوص الجماعية للطلاب: مثل فحص البول والبراز للطفلييات،

والكشف بأشعة إكس على الصدر.

١-٣- التاريخ الصحي للطلاب: ويقصد به دراسة الحالة الصحية الماضية

للتلميذ فيما يتعلق بأي أمراض سابقة، أو تطعيم سابق، أو حوادث أصابته أو جراحات أجريت له أو أي أمراض وراثية في العائلة، لما يكون لكل هذا من أثر على حالته الصحية في المستقبل.

١-٤- الفحص الطبي الدوري الشامل: ويجري كشف طبي ابتدائي شامل

على الطلاب المستجدين في شتى المراحل التعليمية بغرض تقييم المستوى الصحي للطلاب، واكتشاف الحالات المرضية، وحالات النقص أو الإنحراف، ومواطن الضعف والقوة، وتكوينهم. علاوة على ذلك يعتبر الفحص الطبي الدوري الشامل، وسيلة فاعلة في التنقيف الصحي للطلاب.

١-٥- الفحص الشامل لصحة الأسنان بغرض التعرف على مدى انتشار

أمراض الأسنان.

١-٦- الاختبارات النفسية: بهدف قياس مستوى ذكاء الطلاب وسلوكهم وتكيفهم النفسي .

## ٢- متابعة صحة الطلاب:

لا يعتبر تقييم صحة الطلاب هدفا في حد ذاته، بل هو وسيلة لغاية أخرى، هي تحقيق الصحة لهم. ويتم هذا بمتابعة صحتهم بما تشتمل عليه من علاج ورعاية صحية وطبية. وتعتمد متابعة صحة الطلاب على الاجراءات التالية:

٢-١- السجلات والبطاقات الصحية والتي يدون فيها كل ما يتعلق بالحالة الصحية للطلاب من تاريخ صحي وتقويم صحي وأمراض واجراءات علاجية وغيرها، ويجب ان تحفظ هذه البطاقات والسجلات. وتنقل البطاقة مع التلميذ من مدرسة الى أخرى .

٢-٢- مناقشة الحالة الصحية للتلميذ مع ولي أمره والاشخاص المهتمين به وتوجيههم إلى إصلاح العيوب المكتشفة ومتابعتها، إذ إن الرعاية الصحية للتلميذ ليست مسؤولية المدرسة وحدها بل هي مسؤولية مشتركة بين المنزل والمدرسة (٧). ومن الثابت أن الكثير من المشكلات الصحية للتلميذ منشؤها المنزل (٧)، كما تعتمد على التعاون الاكيد من جانب المنزل .

٢-٣- الرعاية الطبية والخدمات العلاجية للتلميذ: وبها يجري تيسير علاج الحالات المرضية التي تكتشف بين الطلاب حتى يستعيدوا صحتهم، ويتم هذا اما في العيادات الخارجية أو المستشفيات او عند الاطباء الخاصين.

٢-٤- التوجيه والعلاج النفسي: وذلك للرعاية النفسية للطلاب ذوي المشكلات الصحية النفسية، ويتم هذا في العيادات النفسية المدرسية.

٢-٥- تكييف بيئة المدرسة مع احتياجات الطلاب الصحية وقدراتهم البدنية والعضلية وخاصة الطلاب ذوي العاهات أو المعاقين جسميا مثل ضعاف السمع او ضعاف البصر .

### ٣- الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها:

يعتبر هذا الاجراء - سابقا وحاضرا - أهم مكونات برنامج الصحة المدرسية، وتعتمد اجراءات مكافحة الأمراض المعدية في المدرسة على ما يلي:

- ١-٣- تهيئة بيئة صحية سليمة من تهوية ومياه صالحة وتصريف فضلات .
- ٢-٣- التحصين والتطعيم ضد الأمراض المعدية التي قد تؤكد فاعلية التحصين فيها مثل شلل الاطفال، والدفتيريا، والتيتانوس .
- ٣-٣- اتباع اجراءات مكافحة الامراض المعدية في حالة ظهور اي عدوى في المدرسة من عزل للمرضى ومراقبة للمخالطين وعمل استقصاء وبائي .

### ٤- الرعاية في حالة الطوارئ والاسعافات الأولية:

وهذه مسؤولية مهمة من مسؤوليات المدرسة، ومكوناتها الأساسية هي:

- ١-٤- اعطاء الرعاية السريعة أو الاسعافات الأولية، وهي مسؤولية كل فرد من العاملين في المدرسة مما يستلزم معرفة كافية من كل منهم بالاسعافات الأولية .
- ٢-٤- تبليغ أولياء الأمور عند حدوث اصابة أو حادث حتى يمكنهم المشاركة في الرعاية واتخاذ الاجراءات السريعة .
- ٣-٤- نقل المصاب الى منزله أو المستشفى اذا اقتضى الامر ذلك .
- ٤-٤- اعداد غرفة اسعاف في كل مدرسة يذهب اليها الطلاب عند احساسهم بأية أعراض مرضية أو عند تحويلهم من المدرسين، وذلك لإسعافهم أو انتظار الطبيب. واعداد صيدلية إسعاف فيها المعدات اللازمة للإسعاف توضع بصفة خاصة في الأماكن التي تقع فيها حوادث أكثر من غيرها مثل الملاعب أو المختبرات المدرسية .

### ٥- رعاية الطلاب المعوقين (ذوي العاهات):

ويتم هذا بهدف الارتفاع بمستوى صحتهم وتحقيق الفرص المناسبة لتعليمهم مع مراعاة امكانياتهم واستعداداتهم الحقيقية للتعلم، وقد يتها هذا بصفة خاصة في فصول خاصة بهم أو مدارس خاصة (٢٤).

٦- الرعاية الصحية لهيئة المدرسة من مدرسين وغيرهم:  
يجب اعطاء هذه الرعاية أهمية خاصة، فقد يكون المدرس أو غيره من العاملين في المدرسة مصدرا من مصادر العدوى للطلاب، ومن ناحية أخرى لو تمتع الجميع بالصحة الجيدة لكان هذا مدعاة لقيامهم بمسؤولياتهم التعليمية والتربوية في المدرسة على أكمل وجه.

#### ب- البيئة الصحية المدرسية:

تعتبر البيئة من أهم عوامل الصحة والمرض سواء كان هذا في الأطفال أم الكبار، وقد تؤدي البيئة غير الصحية في المدرسة إلى انتشار الأمراض المعدية أو الأمراض الأخرى البدنية أو النفسية أو الاجتماعية.

#### ١- البيئة الطبيعية من مبان مدرسية ومرافق أخرى:

أولاً: المبنى المدرسي - المدرسة مبنى خاص يضم قطاع الأطفال في السن المدرسي، وهم فئة من الفئات الحساسة التي يلزم توجيه اهتمام خاص لرعايتها صحياً. ويجب أن يحقق المبنى المدرسي الأهداف التالية (٧).

(١) أن يتمشى مع الاحتياجات الفسيولوجية للطلاب طبقاً لتكوينهم الطبيعي بصفاتهم في فترة من فترات النمو البدني والتكوين النفسي والاجتماعي.

(ب) أن يحد من انتشار الأمراض بينهم.

(ج) أن يكون وسيلة من وسائل التربية الصحية لما يهيئه لهم من فرص تعليمية وتربوية فيما يتعلق بالسلوك الصحي السليم سواء كان هذا في المجال البدني أم النفسي أم الاجتماعي، ولذلك يراعى في مبنى المدرسة الشروط التالية:

(أ) الموقع: يراعى اختيار موقع المدرسة كلما أمكن بحيث تكون:

١- في بقعة يسهل الوصول إليها.

٢- في منطقة هادئة بعيدة عن الضوضاء والأماكن الخطرة (الشوارع الرئيسية).

٣- في منطقة طلقه الهواء لتساعد على التهوية الداخلية بالمدرسة.

- ٤- قريبة من المرافق العامة كشبكات المياه الصالحة للشرب والمجاري العمومية ليتمكن توصيلها لها.
- ٥- بعيدة عن الصناعات ذات الروائح والأدخنة والأثرية.
- ٦- بعيدة عن مستودعات المواد القابلة للاشتعال مما قد يعرض سلامة الطلاب للخطر.
- ٧- مشيدة على أرض لم تستعمل سابقا كمقلب عام للقمامة منعا لتعرض المبنى للغازات الناتجة من استمرار عملية تحليل المواد العضوية، كذلك تعرض المبنى للتصدع نتيجة عدم استقرار طبقات الأرض.

(ب) **المساحة:** يراعى اختيار الأرض التي ستبنى عليها المدرسة بحيث تكون كبيرة المساحة للسماح بإمكانية التوسع في المستقبل إذا استدعى الأمر ذلك. ويخصص بصفة عامة ما بين ١٠ و ١٥ مترا مربعا (٧) لكل طالب حسب نوع التعليم، وتشمل المساحة المباني والملاعب والحدائق، وتزداد المساحة في المدارس الثانوية عن الاعدادية والاعدادية عن الابتدائية.

(ج) **اتجاه المبنى:** يوجه بناء المدرسة طبقا لتعرضه للشمس واتجاه الرياح بحيث تدخل الشمس لجميع أركان المبنى مع الاستفادة من الرياح في تهوية المبنى وتلطيف درجة حرارته.

(د) **نوع المبنى:** وهناك نوعان من المباني يمكن أن تبنى على أساسهما المدرسة (٧):

- **المباني ذات الشرفات:** وفي هذه الحالة يكون المبنى بحيث تتوالى الفصول على خط مستقيم يقابلها شرفة تطل على الفناء. وفي هذا التركيب تسهل عملية التهوية وتزداد الاضاءة، كما تقل الضوضاء في الفصول، وتتصل أجزاء المبنى بعضها ببعض على شكل زوايا قائمة. ويفضل أن يكون للمبنى سلمان زيادة في الأمان، وكذلك الا يزيد على

طابقين، كما يقام على أعمدة وقاية من الرطوبة، وفي هذه الحالة يستعمل الدور الأرضي مظلة للطلاب وقت الظهيرة في الأيام الحارة.

- الشكل المركزي: وفي هذه الحالة تكون المدرسة وفصولها على نظام المساكن، أي عبارة عن صالة متوسطة وحولها غرف ولذلك يكون اتجاه الفصول مختلفا من فصل لآخر، كما تتفاوت الاضاءة بينها ويؤدي هذا النوع الى انتقال الضوضاء من فصل للفصول الأخرى، وكذلك يؤدي الى انتشار العدوى من صف للصفوف الأخرى ولذلك يفضل أن تبنى المدرسة بنظام البلوكات (البافليون) وهذا هو النوع المتبع بناؤه حديثا.

ثانيا: غرفة الصف - تعتبر الشروط الصحية الواجب توافرها في غرفة الدراسة ضرورة يجب الحفاظ عليها، لأن صحة الطلاب تتأثر لدرجة كبيرة بالمستوى الصحي لغرفة الدراسة، ففي هذه الغرفة يقضي الطلاب عدة ساعات يوميا لعدة سنوات من حياتهم.

(أ) شكل الفصل ومساحته: يفضل أن يكون الفصل مستطيلا ومتوسط السعة والارتفاع، وذلك لتهيئة الظروف المساعدة على الاستماع للدروس، ورؤية ما يكتب على السبورة دون صعوبة، ويخصص لكل طالب مساحة بالفصل تتراوح بين متر مربع واحد ومتر ونصف، والأبعاد المناسبة للفصل هي  $6 \times 8 \times 4$  م (٧).

(ب) التهوية: وتتم تهوية الصفوف بطريقتين: طريقة طبيعية باستخدام النوافذ، أو طريقة آلية بالمرآح وتكييف الهواء وغيرها من معدات وأفضل أنواع التهوية في الفصول هو التهوية المتقابلة عن طريق نوافذ متقابلة على الضلعين المتقابلين للفصل جهة منها تفتح على الممشى وجهة على الفناء. وتكون مساحة النوافذ متراوحة ما بين  $1/6$  و  $1/4$  مساحة أرضية الفصل (٧). ويراعى أن تكون حافة النوافذ السفلى مرتفعة عن مستوى مقاعد الطلاب حتى لا يكون الطلاب في خطر التيار الهوائي، ويراعى كذلك أن تكون حافة النوافذ



العليا تصل إلى ما يقرب من سقف الفصل لتساعد على خروج الهواء الساخن الذي يخف ويرتفع إلى أعلى.

(ج) الإضاءة: تتم الإضاءة اما بالطريق الطبيعي باستخدام النوافذ أو باستعمال المصابيح الكهربائية في الليل، وتفضل الإضاءة الطبيعية بدلا من الصناعية وبحيث تكون النوافذ  $1/6$  إلى  $1/4$  (٧) مساحة الأرضية وتصل حافتها العليا قريبا من السقف حتى لا يكون للحائط أعلاها أي ظلال، ويراعى أن تكون النوافذ في الجزء الخلفي من الفصل ومن الجانبين والا توجد نوافذ امام الطلاب أو خلف ظهورهم حتى لا تبهر أعينهم أو تتسبب في لمعان السبورة. ومما يساعد على تحسين الإضاءة في الفصول تجنب وجود أسطح لامعة سواء كانت الجدران أم المقاعد أم المناضد أم السبورة. ويجب العناية بنظافة زجاج النوافذ وكذلك المصابيح الكهربائية حتى لا يقلل التراب المتراكم من درجة اضاءتها.

ثالثا: الأثاث المدرسي - يراعى في الأثاث المدرسي البساطة وتقليل التكاليف مع المحافظة على الجودة، وأهم الأثاث:

(أ) السبورة: ويراعى فيها عدة شروط أهمها:

- ١- أن يكون لونها أسود داكنا لا يلمع.
- ٢- أن توضع في منتصف الحائط المواجه للطلاب، وليس على الحائط الجانبي مطلقا، وتكون على ارتفاع مناسب للطلاب.
- ٣- أن يترك بينها وبين الصف الأول من الأدرج ١,٥ متر تقريبا.
- ٤- أن يعمل لها مجرى تترسب فيه ذرات الطباشير.

(ب) المقاعد والأدرج: يجب أن تهيأ طبقا للتكوين البدني للطلاب وكذلك طبيعة نموهم بحيث يكون التلميذ مستريحا في جلسته بطريقة صحية سليمة ويتم ذلك بمراعاة ما يلي:

- ١- أن يكون ارتفاع المقعد مناسباً لطول ساق التلميذ بحيث إذا جلس عليه كانت رجلاه مستقرتين على الأرض، وكان جسمه معتدلاً وظهره مستريحا على المسند.

- ٢- أن يكون المقعد مقوسا قليلا من الأمام للخلف ليناسب تقوس فخذ التلميذ.
- ٣- أن يكون عرض المقعد مناسباً.
- ٤- تكون حافة المقعد الأمامية مستديرة حتى لا تضغط على الأوعية الدموية والأعصاب فتؤثر على حيوية الساق والقدم.
- ٥- يكون ارتفاع المسند مناسباً بحيث يلاقي منحنى الظهر، وتعمل حافته العليا الى مستوى الطرف الأسفل لعظمتي لوح الكتف.
- ٦- تكون حافة المقعد متداخلة تحت حافة الدرج حتى لا يضطر التلميذ الى الإنحناء للأمام عند القراءة والكتابة.
- ٧- يكون سطح الدرج مائلاً للأمام بزاوية ١٥ درجة.
- ٨- يراعى في ترتيب الأدراج في الفصل أن يكون أغلب الضوء على يسار الطلاب.
- ٩- يفصل بين كل صفين من الأدراج ممشى بعرض نصف متر.
- ١٠- يترك بين الصف الجانبي والحائط ٤/٣ متر.
- ١١- يترك بين الصف الأخير والحائط الخلفي متر واحد.
- ١٢- يراعى عند تحديد أماكن جلوس الطلاب اعطاء أولوية في الصفوف الأمامية لضعاف البصر وضعاف السمع.

رابعاً: المرافق الصحية: وتشتمل على المورد المائي والمراحيض والمطاعم وغيرها، ولكل منها شروط صحية تتمشى مع أصول صحة البيئة وبخاصة ما يلي:

- (١) المورد المائي: اذا توافرت مصادر مياه عامة يفضل أن تؤخذ منها المياه كما هو الحال في المدن الكبيرة وبعض القرى، أما اذا لم يتيسر ذلك فيؤخذ الماء من مزود خاص على شكل بئر عميقة يراعى فيها الشروط الصحية للبئر الصحي.
- (ب) تصريف الفضلات الأدمية: يفضل توصيل مرافق المدارس بالمجاري العمومية كلما أمكن ذلك، واذا كان هذا متعذراً كما هو الحال في

القرى، فتصرف الفضلات الأدمية في خزان أصم مناسب الحجم ينضح كلما قارب الامتلاء، أو تصرف الفضلات في خزان تحليل.

(ج) المراحيض والمباول: يجب إقامة مراحيض ومباول في أماكن مناسبة قريبة من الفصول والساحات وموزعة على مجموعات متفرقة، وتراعى فيها الشروط الصحية الأساسية من اضاءة وتهوية ومنع دخول الذباب، الخ، ويراعى تخصيص مراحيض للبنين ومراحيض للبنات، بواقع مرحاض لكل ٥٠ تلميذاً أو ٣٠ تلميذة، ومبولة لكل ٣٠ تلميذاً (٧).

(د) تصريف القمامة: تجمع القمامة في المدرسة في أنية خاصة في كل فصل وفي الممرات والساحات، وتفرغ يومياً وفقاً للنظام المتبع في المدينة أو بالطرق الخاصة.

(هـ) مياه الشرب: يفضل أن يشرب الطلاب من نافورات خاصة تعمل بحيث تكون فوهة ماسورة الشرب أعلى من حافة الحوض حتى لا تتلوث إذا سدت البالوعة وامتأ الحوض بالماء، وكذلك بحيث لا يمكن للطلاب ان يضعوا أفواههم على الحنفيات مباشرة، وإذا لم يتوافر هذا يتم تعليم الطلاب على استعمال أكوابهم الخاصة وعدم استعمال أكواب مشتركة.

(و) أحواض الغسيل: يجب أن تكون على ارتفاع مناسب وقريبة من أماكن الأكل والمراحيض مع عدم تشجيع استعمال المناشف والقوط المشتركة.

(ز) المطعم والنادي: تراعى فيها الاشتراطات الصحية الأساسية من مياه نقية وتصريف الفضلات بطريقة صحية ومنع دخول الذباب وتوفير الاضاءة والتهوية الكافية، الخ

### ج- التربية الصحية المدرسية:

التربية الصحية تمثل الوجه التعليمي لبرامج الصحة، ويجب ان تشمل برامج التربية الصحية المدرسية هيئة المدرسة والطلاب والآباء، وتتكون من:-

١- مقررات دراسية تدخل في الجدول الدراسي في اوقات محددة بحيث تشبع الحاجة الصحية للتلاميذ وتغطي المجالات البيئية المحلية. وهذه

المقررات يمكن ادخالها ضمن اطار المقررات الأخرى مثل:  
التربية الدينية، التربية البدنية، اللغة، علم الاحياء.

٢- دراسة غير مباشرة لا تدخل ضمن الجدول المدرسي، وتتم من خلال:

- أ- البيئة المدرسية الصحية سواء كانت طبيعية أم اجتماعية أم عاطفية اثناء تقييم صحة الطلاب، واثناء مكافحة الامراض المعدية، واثناء الرعاية للأمراض المفاجئة والاصابات، ورعاية الاطفال المعوقين.
- ب- الاشتراك في الجمعيات المدرسية المختلفة مثل: الجمعية الصحية، والهلال الاحمر وغيرها.

ثانيا: تدريب العاملين في مجال الصحة المدرسية:

وهي عملية اساسية لنجاح اي عمل في المجال الصحي، وتهدف إلى اعداد الموظف لتحمل مسؤولياته، ويأتي التدريب على ثلاثة مستويات:-

أ- التدريب الاساسي أو التعليم: ومجاله دور العلم من المدارس والمعاهد والكليات، ويهيء التدريب الافراد ويمدهم بالمعلومات والمهارات الاساسية للمهنة أو العمل، ويعمل في هذا المجال بالنسبة للصحة المدرسية كليات ومعاهد الطب وطب الاسنان والصيدلة والتمريض والمعلمون والمعلمات والخدمات الاجتماعية والفنيون الصحيون ومساعدات الممرضات.

ب- التدريب قبل الالتحاق بالعمل: ويتم عادة بعد صدور قرار التعيين وقبل استلام العمل الحقيقي، ويهدف الى تهيئة الموظف لمباشرة العمل ومعرفة التعليمات والأنظمة المعمول بها.

ج- التدريب في العمل: ويتم تدريب الموظف في هذه الحالة في مكان عمله وبالممارسة الحقيقية للعمل تحت اشراف رؤسائه حيث يكتسب خبرة تدريجية، وكذلك عن طريق الدراسات التشيطية من آن الى اخر بهدف اطلاع الموظف على الجديد في العمل.

### ثالثاً: اجراءات البحوث في الصحة المدرسية:

يمكننا تعريف البحوث بأنها عبارة عن دراسات علمية وعملية الهدف منها التوصل الى نتيجة معينة، وبالتالي دراسة وتحليل هذه النتيجة أو النتائج بشكل تفصيلي للتوصل الى جوهر الموضوع المراد البحث فيه (٢٥).

وتعد البحوث العلمية في مجال الصحة المدرسية من الامور الاساسية في نجاح أو فشل خطط وبرامج الصحة المدرسية، والسبب في ذلك هو ان الصحة المدرسية علم هدفه الرئيس الوصول الى الأهداف المحدده للتأثير على الطالب من جميع الجوانب البدنية والاجتماعية والنفسية المرتبطة بنموه وتطوره.

### ٢-٢ الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على بعض الدراسات الأجنبية المتعلقة بموضوع الصحة المدرسية وتقويم برامج الخدمات الصحية بشكل عام، وجد الباحث دراسة واحدة للباحث كوفمان تتعلق بهذه الرسالة بشكل خاص، ولم يتمكن الباحث من العثور على أي دراسة أردنية سابقة في هذا المجال. ويذكر هنا أن الدول العربية وخاصة سوريا تطبق موضوع الصحة المدرسية بشكل يختلف عن الأردن، حيث إن هناك عيادات متخصصة في الصحة المدرسية تتبع وزارة التربية والتعليم. وقبل البدء بالحديث عن الدراسات الأجنبية السابقة، يشير الباحث الى نقطة مهمة وهي أن هذه الدراسات قد اجريت في بيئات تختلف اختلافاً كلياً عن البيئة الأردنية سواء كان ذلك من حيث التنظيم الإداري لتقديم الخدمات الصحية المدرسية للطلبة في المدارس أم من حيث المناخ السياسي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، الذي يشكل بمجموعه احد أهم محددات البرامج الصحية بشكل عام، وبرامج الخدمات الصحية المدرسية المقدمة للطلبة بشكل خاص. وهذا يوجب الحرص عند مقارنة نتائج تلك الدراسات بما تسفر عنه هذه الدراسة .

وتعتبر دراسة كوفمان (Cuffman) (٢٦) أن العوامل التي تؤثر على متابعة الاطفال من قبل ذويهم من أهم الدراسات في هذا الموضوع في الولايات المتحدة الأمريكية والعالم ، وقد قام الباحث بدراسة أثر المتغيرات المستقلة المبينة فيما بعد على متابعة الأهل لأطفالهم. وهذه المتغيرات هي (الطبقة الاجتماعية، وحجم الاسره، والجانب العرقي، والتأمين الصحي، والمستوى التعليمي للأب، والمستوى التعليمي

للأم، وعمل الأم، والتدين والالتزام به، وقناعة الأهل بأهمية التحويل، ومدى متابعة المدرسه لهذه التحويلات.

وقد اجريت هذه الدراسة على ٤٨ مدرسه اختيرت عشوائيا في مدينة لوس أنجلوس وعدد الطلبة ٤٢٨ طالبا وطالبة من خلال استبانة تمت تعبئتها على الهاتف. ومن أهم النتائج التي توصل اليها الباحث أن الطلبة الذين تتم متابعة تحويلاتهم يأتون من الجهات التالية:

العائلات الصغيرة.

العائلات من أصول قوقازية أو شرقية.

عائلات من مستوى تعليمي ثانوي أو أكثر.

العائلات من الطبقات الغنية.

العائلات اليهودية.

العائلات التي لديها تأمين صحي.

العائلات التي عمر الأم فيها ٣٥ عاما فأكثر.

العائلات المتدينة.

العائلات التي تشعر بأهمية التحويل.

العائلات التي لا تعمل بها الأم.

العائلات التي وصلها أكثر من إشعار من المدرسة.

أما دراسة فريمان وميكر (Freeman & Meeker) (٢٧) في ولاية كاليفورنيا الامريكية بعنوان تقييم برامج خدمات الصحة المدرسية سنة ١٩٨١، فقد هدفت الى ايجاد خدمات رعاية صحية رئيسة في المدارس، وخاصة "مدارس الاطفال"، خصوصا أولئك الذين يتلقون رعاية صحية مدرسية غير ملائمة، وقد تم توزيع استبانة على ثلاثين مدرسة تم اختيارها من الولاية، وقد تمت الاجابة على هذا الاستبيان من قبل الطلبة والمشرفين على برامج الصحة المدرسية، وتشير نتائج هذه الدراسة الى أن تقديم الخدمات الصحية للطلبة تتم بصورة متوسطة وبخاصة في مدارس الاطفال.

وفي دراسة بعنوان "فاعلية متابعة المؤشرات الصحية للخدمات الصحية المدرسية قام بها جوزيف باترسون (Joseph Patterson) (٢٨) سنة ١٩٦٩، تبين

أن الطلبة المسجلين في المدارس ذات المناطق الاجتماعية الراقية وذوات الاقتصاد العالي، يستقبلون عناية فائقة بالمقارنة مع الطلبة ذوي الطبقة الاجتماعية العادية. وأجرى هاويل ومارتن (HOWELL & MARTIN) (٢٩) من ولاية فرجينيا في الولايات المتحدة سنة ١٩٧٨ دراسة بعنوان: "تمودج تقييمي للخدمات الصحية المدرسية" هدفت الى تقويم كفاية برامج الخدمات الصحية المدرسية. وقد استخدم الباحثان نموذجا صمم بحيث يلبي الحاجة لتحليل السياسة الصحية باعتبارها خطوة من خطوات عملية التعبير عن الحالة العامة لبرامج الخدمات الصحية في الولاية، وتبين من نتائج الدراسة أن معظم مدارس ولاية فرجينيا تتصف بعدم كفاية البرامج الصحية اذا ما قورنت بالسياسات الموصى بها.

وأجريت دراسة اخرى بعنوان السلوك المرضي (Illness Behavior) عند الأطفال: العوامل المؤثرة على استفادة الاطفال من الخدمات الصحية المدرسية" قام بها كبلان شيري هيل (KAPLEN SHERRIE MALE) (٣٠) سنة ١٩٨٣، وتعد هذه الدراسة جزءا مهما لتقييم برنامج الصحة المدرسية العالمي، اذ تضمنت عينات عشوائية لأكثر من ثلاث آلاف مدرسة ابتدائية من ثلاث ولايات هي (نيويورك، ونورث داكوتا، ويوتا)، وقد هدفت هذه الدراسة الى معرفة السلوك المرضي عند الطلاب من خلال العوامل المؤثرة على استفادتهم من الخدمات الصحية المدرسية، إذ إن استفادة الطالب من برنامج الصحة داخل المدرسة تمثل فرصة جيدة بالمقارنة مع استفادته من الصحة خارج المدرسة، ولذلك فإن المعلم المشرف على الخدمات الصحية له دور أساسي في توضيح السلوك المرضي للطلاب، وقد وجهت هذه الدراسة الاسئلة التالية:-

- ١- هل يتبنى الطلبة نموذجا ثابتا للاستفادة من خدمات الصحة المدرسية؟
- ٢- هل يتبنى المدرسون استعدادات وميولا لارشاد الطلبة من أجل الرعاية الصحية؟.

وقد تبين من نتائج هذه الدراسة ان استفادة الطلبة من الخدمات الصحية المدرسية منتظمة بشكل جيد من السنة الدراسية الأولى حتى السنة الدراسية الثالثة المتواصلة، وبالمقابل فإن ميول المعلمين ونزعاتهم الطبيعية تجاه ارشاد الطلبة ورعايتهم الصحية قلما تغيرت، وبقيت ثابتة طوال الوقت، بالرغم من تغير الطلبة

الفصل الثالث

# تحليل البيانات



## الفصل الثالث تحليل البيانات

### ١-٣ التحليل الوصفي:

اعتمد في هذه الرسالة على استخدام الاسلوب الاحصائي الوصفي، وذلك من خلال حساب النسب المئوية للمتغيرات التي ادخلها الباحث في استمارة البحث التي تضمنت ٢٥ سؤالاً مستقلاً عن موضوع البحث الرئيسي وهو (عدم متابعة الاهل للحالات المرضيه لأطفالهم والمحولة الى اطباء الاختصاص لدى طلبة الصف الاول الابتدائي في المدارس الحكومية) الذي يعتبر المتغير التابع لهذه الدراسة.

ومن خلال تطبيق الاسلوب الاحصائي الوصفي لاسئلة الاستبانة التي وزع منها ٣٢٦ نسخة على عينة البحث، وزعت على اولياء امور الطلبة في ٧٦ مدرسة من اصل ٩٣، وذلك عائد الى أن ١٥ مدرسة لم يكن بها طلاب محولون للاختصاص وألغى الباحث مدرسة من هذه المدارس بسبب دمج طلاب المدرسة في مدارس اخرى، ملحق رقم (٧).

ومن خلال الاستبانات المستردة التي بلغ عددها ٣١٠ استبانات الغى الباحث واحدة بسبب عدم اكتمال الاجابات المقررة فيها، وبهذا يعتبر العدد النهائي للاستبانات المعتمدة للدراسة (٣٠٩) استبانات تمثل ٩٤,٨% من اجمالي الاستبانات الموزعة، وكانت نسبة الذين تابعوا ابناهم ٤٢,٧% والذين لم يتابعوا ٥٧,٣.

وقد تم تلخيص وتفريغ البيانات المتعلقة بالمتغير التابع (عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين) والمتغيرات المستقلة (قناعة الاهل بجدوى الفحص الطبي، وجنس الطفل، والمستوى التعليمي للوالد، والمستوى التعليمي للوالدة، وعمل الام، والتأمين الصحي للعائلة، والدخل، وحجم الاسرة، وموقع عيادات الاختصاص) وذلك في جداول تحمل الارقام التالية (١٢، ١٥، ١٨، ١٩، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥) كما تم تلخيص وتفريغ باقي البيانات الموجودة في الاستبانة في جداول تحمل الارقام التالية (٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٣، ١٤، ١٦، ١٧، ٢٠، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩) وفيما يلي تحليل لهذه الجداول.

## ٣-١-١ صلة القرابة بين معيى الاستبيان والطالب / الطالبة :

يتضح من الجدول رقم (٤) أن ٤٩٪ من أولياء أمور الطلبة الذين يتابعون الحالات المرضية لابنائهم قام أبائهم بتعبئة الاستبانة، بينما قامت امهات ٤٠٪ منهم بتعبئتها، أما النسبة الباقية وهي ١١٪ فقام غيرهم بذلك. أما بالنسبة لحالات عدم المتابعة، فبين الجدول ان ٥٣,٧٪ من أولياء أمور الطلبة الذين لا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم، قام أبائهم بتعبئة الاستبانة بينما قامت امهات ٢٠,٩٪ منهم بتعبئتها، اما النسبة الباقية وهي ٢٥,٤٪ فقام غيرهم بذلك. وتشير البيانات الى ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع او لم يتابع) والعامل المستقل (صلة القرابة).

## جدول رقم (٤)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب معيى الاستبيان

النسبة المئوية	العدد	معيى الاستبيان	البيان المتغير التابع
٤٩	٦٤	والده	يتابع
٤٠	٥٣	والدته	
١١	١٥	غير ذلك	
٥٣,٧	٩٥	والده	لم يتابع
٢٠,٩	٣٧	والدته	
٢٥,٤	٤٥	غير ذلك	

٣-١-٢ عمر معي، الاستبيان :

تشير المعلومات الواردة في الجدول رقم (٥) الى أن ٦,٨٪ من الذين تابعوا الحالات المرضية لاطفالهم، وقاموا بتعبئة الاستبيانات كانت أعمارهم اقل من ٢٠ سنة. في حين بلغت النسب المئوية (٢٩,٥٪ ، ٤٠,٢٪ ، ١٦,٧٪ ، ٦,٨٪) للذين بلغت أعمارهم (٢١-٣٠ سنة، ٣١-٤٠، ٤١-٥٠، اكثر من ٥٠ سنة) على التوالي.

اما بالنسبة لحالات عدم المتابعة فيشير الجدول نفسه الى أن ٢٣,٢٪ من حالات عدم المتابعة للذين قاموا بتعبئة الاستبيانات كانت اعمارهم اقل من ٢٠ سنة، في حين بلغت النسب المئوية (٦,٢٪ ، ٢٨,٨٪ ، ٧٢,٣٪ ، ١٨,١٪) للذين بلغت اعمارهم (٢١-٣٠ ، ٣٠-٤٠ ، ٤٠-٥٠ ، اكثر من ٥٠ سنة) على التوالي. وتبين النسب أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (عمر معي، الاستبيان).

#### جدول رقم (٥)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عمر معي، الاستبانة

النسبة المئوية	العدد	عمر معي، الاستبيان	البيان المتغير التابع
٦,٨	٩	اقل من ٢٠ سنة	يتابع
٢٩,٥	٣٩	٢١-٣٠ سنة	
٤٠,٢	٥٣	٣١-٤٠ سنة	
١٦,٧	٢٢	٤١-٥٠ سنة	
٦,٨	٩	اكثر من ٥٠ سنة	
٢٣,٢	٤١	اقل من ٢٠ سنة	لم يتابع
٦,٢	١١	٢١-٣٠ سنة	
٢٨,٨	٥١	٣١-٤٠ سنة	
٢٣,٧	٤٢	٤١-٥٠ سنة	
١٨,١	٣٢	اكثر من ٥٠ سنة	

تبين المعلومات الواردة في الجدول رقم (٦) أن ٤٩,٢٪ من الذين تابعوا الحالات المرضية لأبنائهم، كانت اجابتهم (ممتازة) بخصوص اهتمام المدرسة بصحة ابنائهم. وكانت النسب المئوية (٢٣,٥، ١٧,٤، ٣، ٣، ٣، ٢,٣، ٥,١) للذين كانت اجاباتهم جيداً، جيداً، متوسطاً، مقبولاً، ضعيفاً، لا يوجد اي اهتمام، على التوالي.

أما فيما يتعلق بعدم المتابعة فيوضح الجدول نفسه ان ٣٥٪ من حالات عدم المتابعة للذين قاموا بتعبئة الاستبيانات كانت اجاباتهم (ممتازة) بخصوص اهتمام المدرسة بصحة ابنائهم. وكانت النسب المئوية (١٥,٣، ١٩,٢، ٢٢,٢، ٥٥,٦، ٢,٣، ٠,٦) للذين كانت اجاباتهم جيداً، جيداً، متوسطاً، مقبولاً، ضعيفاً، لا يوجد اي اهتمام، على التوالي. وتشير الارقام الى أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع او لم يتابع) والعامل المستقل (مدى اهتمام المدرسة).

جدول رقم (٦)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب مدى اهتمام المدرسة

النسبة المئوية	العدد	مدى اهتمام المدرسة بصحة ابنائكم	البيان المتغير التابع
٤٩,٢	٦٥	ممتاز	يتابع
٢٣,٥	٣١	جيد جداً	
١٧,٤	٢٣	جيد	
٣	٤	متوسط	
٣	٤	مقبول	
٢,٣	٣٠	ضعيف	
١,٥	٢	لا يوجد اي اهتمام	
٣٥	٦٢	ممتاز	لم يتابع
١٥,٣	٢٧	جيد جداً	
١٩,٢	٣٤	جيد	
٢٢	٣٩	متوسط	
٥,٦	١٠	مقبول	
٢,٣	٤	ضعيف	
٠,٦	١	لا يوجد اي اهتمام	

يتضح من المعلومات الواردة في الجدول (٧) ان ٤٤,٧٪ من الذين تابعوا الحالات المرضية لابنائهم كانت اراؤهم بخدمات الصحة المدرسية (ممتازة)، وكانت النسب المئوية (٢٢، ١٥,٩، ٦,١، ٥,٣، ١,٥، ٤,٥) للذين كانت اراؤهم بهذه الخدمات (جيدة جدا، جيد، متوسط، مقبول، ضعيف، لا يوجد اي اهتمام على التوالي اما فيما يتعلق بعدم المتابعة فيوضح الجدول نفسه ان ٣٢,٢٪ من حالات عدم المتابعة للذين قاموا بتعبئة الاستبيانات كانت اجاباتهم (ممتازة) بخصوص رأيهم بخدمات الصحة المدرسية، وكانت النسب المئوية (٢٢، ١٤,١، ١٢,٤، ١٠,٢، ٦,٨، ٢,٣) للذين كانت اراؤهم بخدمات الصحة المدرسية (جيدة جدا، جيدة، متوسطة، مقبولة، ضعيفه، لا يوجد اي اهتمام). على التوالي. وتبين النتائج ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (رأي الاهل بخدمات الصحة المدرسية).

جدول رقم (٧)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب رأيهم في خدمات الصحة المدرسية

النسبة المئوية	العدد	رأي الاهل بخدمات الصحة المدرسية	البيان المتغير التابع
٤٤,٧	٥٩	ممتازة	يتابع
٢٢	٢٩	جيدة جدا	
١٥,٩	٢١	جيدة	
٦,١	٨	متوسطة	
٥,٣	٧	مقبولة	
١,٥	٢	ضعيفة	
٤,٥	٦	لا يوجد اي اهتمام	
٣٢,٢	٥٧	ممتازة	لم يتابع
٢٢	٣٩	جيدة جدا	
١٤,١	٢٥	جيدة	
١٢,٤	٢٢	متوسطة	
١٠,٢	١٨	مقبولة	
٦,٨	١٢	ضعيفة	
٢,٣	٤	لا يوجد اي اهتمام	

## ٣-١-٥ متابعة الاهل للتحصيل العلمي :

يبين الجدول رقم (٨) ان ٥٣٪ من الذين تابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كانوا دائما يتابعون التحصيل الدراسي لاطفالهم. في حين كانت النسب المئوية (٢٤,٢٪ ، ١٧,٤٪ ، ٥,٤٪) للذين كانت متابعتهم لتحصيل ابنائهم الدراسي (غالبا ، احيانا ، لا اتابع) على التوالي . وبخصوص حالات عدم المتابعة يبين الجدول نفسه ان ١٢,٩٪ من الذين لم يكونوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كانت متابعتهم لتحصيل ابنائهم الدراسي (دائما). في حين بلغت النسب المئوية (٢٠,٩٪ ، ٣١,١٪ ، ٢٥,١٪) للذين كانت متابعتهم لتحصيل ابنائهم الدراسي (غالبا ، احيانا ، لا اتابع) على التوالي . وتشير الى النسب ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (متابعة الاهل للتحصيل الدراسي لابنائهم).

جدول رقم (٨)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب متابعة التحصيل الدراسي

النسبة المئوية	العدد	متابعة التحصيل الدراسي	البيان المتغير التابع
٥٣	٧٠	دائما	يتابع
٢٤,٢	٣٢	غالبا	
١٧,٤	٢٣	احيانا	
٥,٤	٧	لا اتابع	
٢٢,٩	٤٠	دائما	لم يتابع
٢٠,٩	٣٧	غالبا	
٣١,١	٥٥	احيانا	
٢٥,١	٤٥	لا اتابع	

## ٣-١-٦ زيارة اولياء امور الطلبة للمدرسة :

يتضح من الجدول رقم (٩) ان ٣٧,٩% من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كانت اخر زيارة لهم للمدرسة (شهر او اقل) وكانت النسب المئوية (١٩,٧% ، ٢٩,٧% ، ١٢,٩%) للذين كانت زياراتهم للمدرسة (قبل شهرين ، قبل ٦ اشهر، لم ازرها) على التوالي .

اما فيما يتعلق بعدم المتابعة للحالات المرضية فيبين الجدول نفسه ان ١٠,٢% كانت زيارتهم للمدرسة (شهر او اقل) . وكانت النسب المئوية ( ١٠,٧% ، ١٤,٧% ، ٦٤,٤%) للذين كانت زياراتهم للمدرسة (قبل شهرين ، قبل ٦ اشهر، لم ازرها) على التوالي . وتشير البيانات الى ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع او لم يتابع) والعامل المستقل (اخر زيارة للمدرسة من قبل الاهل) .

## جدول رقم (٩)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب اخر زيارة للمدرسة

النسبة المئوية	العدد	اخر زيارة للمدرسة	البيان المتغير التابع
٣٧,٧	٥٠	شهر او اقل	يتابع
١٩,٧	٢٦	قبل شهرين	
٢٩,٧	٣٩	قبل ٦ اشهر	
١٢,٩	١٧	لم ازرها	
١٠,٢	١٨	شهر او اقل	لم يتابع
١٠,٧	١٩	قبل شهرين	
١٤,٧	٢٦	قبل ٦ اشهر	
٦٤,٤	١١٤	لم ازرها	

## ٣-١-٧ الاتصال بين الأهل والمدرسة :

تشير المعلومات الواردة في الجدول رقم (١٠) ان ٢٤,٢٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان الاتصال بهم من قبل المدرسة (شهر او اقل) وكانت النسب المئوية ( ١٤,٤ ، ٦,٨ ، ٢٢,٧ ، ٣١,٩ ) للذين كانت اجاباتهم فيما يتعلق باتصال المدرسة (قبل شهرين ، قبل ٦ اشهر، قبل سنة ، لم تتصل نهائيا) على التوالي .

اما فيما يتعلق بعدم المتابعة للحالات المرضية فيشير الجدول نفسه الى ان ٥,٦٪ من الذين لم يكونون يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان الاتصال بهم من قبل المدرسة (شهر او اقل) . وكانت النسب المئوية ( ١٢,٤ ، ٥٤٥,١ ، ٦,٨ ، ٧,١ ) للذين لم تتصل بهم المدرسة (قبل شهرين ، قبل ٦ اشهر، قبل سنة ، لم تتصل نهائيا) على التوالي . وتشير الارقام ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (اخر اتصال من قبل المدرسة) .

## جدول رقم (١٠)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا او لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب الاتصال من قبل المدرسة

النسبة المئوية	العدد	الاتصال من قبل المدرسة	البيان المتغير التابع
٢٤,٢	٣٢	شهر او اقل	يتابع
١٤,٤	١٩	قبل شهرين	
٦,٨	٩	قبل ٦ اشهر	
٢٢,٧	٣٠	قبل سنة	
٣١,٩	٤٢	لم تتصل نهائيا	
٥,٦	١٠	شهر او اقل	لم يتابع
١٢,٤	٢٢	قبل شهرين	
٥,١	٩	قبل ٦ اشهر	
٦,٨	١٢	قبل سنة	
٧٠,١	١٢٤	لم تتصل نهائيا	



## ٣-١-٨ الابلاغ من قبل المدرسة :

يوضح الجدول رقم (١١) ان ٤٧ ٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان يتم ابلاغهم من قبل المدرسة بارشادات طبيب الصحة المدرسية بضرورة مراجعة أبنائهم للاختصاصي او المركز الصحي كانت اجاباتهم (دائما) . وكانت النسب المئوية (٢٢,٢ ٪ ، ٢٤,٢ ٪ ، ٦,٨ ٪) للذين كان ابلاغهم من قبل المدرسة ( غالباً، احيانا، لا اتابع) على التوالي .

ويوضح الجدول نفسه ان ١٤,٧ ٪ من الذين لم يكونوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان يتم ابلاغهم من قبل المدرسة بارشادات طبيب الصحة المدرسية بضرورة مراجعة أبنائهم للاختصاصي او المركز الصحي كانت اجاباتهم (دائما) . وكانت النسب المئوية ( ١٤,٧ ٪ ، ٣٦,٢ ٪ ، ٣٤,٤ ٪) للذين كان ابلاغهم من قبل المدرسة ( غالباً، احيانا، لا اتابع) على التوالي . وتبين النتائج أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (التبليغ من قبل المدرسة بضرورة مراجعة الاختصاصي) .

جدول رقم (١١)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب الابلاغ من قبل المدرسة

النسبة المئوية	العدد	الابلاغ من قبل المدرسة	البيان المتغير التابع
٤٧	٦٢	دائما	يتابع
٢٢	٢٩	غالباً	
٢٤,٢	٣٢	احياناً	
٦,٨	٩	لا اعرف	
١٤,٧	٢٦	دائماً	لم يتابع
١٤,٧	٢٦	غالباً	
٣٦,٢	٦٤	احياناً	
٣٤,٤	٦١	لا اعرف	

## ٣-١-٩ قناعة الاهل بجدوى التحويل :

تبين المعلومات الواردة في الجدول رقم (١٢) أن ٦٨,٢٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لابنائهم كانوا (دائما) مقتنعين باهمية وصحة تحويل أطفالهم الى الاختصاصي من قبل طبيب الصحة المدرسية. وكانت النسب المئوية (٢١,٢٪ ، ٤,٥٪ ، ٦,١٪) للذين كان اقتناعهم بضرورة التحويل ( غالبا ، احيانا ، غير مقتنع) على التوالي .

اما فيما يتعلق بعدم المتابعة فيبين الجدول ان ٤١,٨٪ من الذين لم يكونوا يتابعون الحالات المرضية لأطفالهم (دائما) مقتنعون باهمية وصحة تحويل أطفالهم الى الاختصاصي من قبل طبيب الصحة المدرسية. وكانت النسب المئوية (١٥,٨٪ ، ٢٠,٤٪ ، ٢٢٪) للذين كان اقتناعهم بضرورة التحويل (غالبا ، احيانا ، غير مقتنع) على التوالي . وتشير المعلومات الى أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (قناعة الاهل بصحة التحويل) ، حيث ان ازدياد الوعي لدى الأهل يؤدي الى تكوين قناعات ايجابية بان ما يطلبه الاطباء في الصحة المدرسية ليس له غرض سوى مصلحة ابنائهم .

جدول رقم (١٢)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لأطفالهم حسب قناعة الاهل بصحة التحويل

النسبة المئوية	العدد	قناعة الاهل بصحة التحويل	البيان المتغير التابع
٦٨,٢	٩٠	دائما	يتابع
٢١,٢	٢٨	غالبا	
٤,٥	٦	احيانا	
٦,١	٨	غير مقتنع	
٤١,٨	٧٤	دائما	لم يتابع
١٥,٨	٢٨	غالبا	
٢٠,٤	٣٦	احيانا	
٢٢	٣٩	غير مقتنع	

١٠-١-٣ مدى مراجعة الاخصائي :

يشير الجدول رقم (١٣) الى ان ٤٢,٧ ٪ من افراد العينة راجعوا الاختصاصي او المركز الصحي مع ابنائهم . في حين ان النسبة المتبقية البالغة ٥٧,٣ ٪ من افراد العينة لم يقوموا بمراجعة الاختصاصي او المركز الصحي مع ابنائهم .

جدول رقم (١٣)

التوزيع النسبي لافراد العينة حسب مراجعة الاختصاصي

النسبة المئوية	العدد	مراجعة الاخصائي
٤٢,٧	١٣٢	نعم
٥٧,٣	١٧٧	لا

## ٣-١-١١ اسباب عدم متابعة الاختصاصي :

تشير المعلومات الواردة في الجدول رقم (١٤) الى أن ٣٧,٧٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كانت لأسباب مالية. وكانت النسب المئوية (١٦,١) ، ٤,٧٪ ، ٩,٨ ، ٣١,٧٪) لأسباب (صعوبة الوصول الى الاختصاصي)، وصعوبة الحصول على موعد قريب لرؤية الاختصاصي، وعدم وجود فائدة من مراجعة الاختصاصي، وأسباب أخرى، على التوالي.

جدول رقم (١٤)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب اسباب عدم المتابعة

النسبة المئوية	العدد	اسباب عدم المتابعة	البيان المتغير التابع
٣٧,٧	١١٩	اسباب مالية	لم يتابع
١٦,١	٥١	صعوبة الوصول الى الاختصاصي	
٤,٧	١٥	صعوبة الحصول على موعد	
٩,٨	٣١	عدم وجود فائدة	
٣١,٧	١٠٠	اسباب اخرى	
١٠٠	٣١٦	المجموع	

## ٣-١-١٢ جنس الطالب :

يوضح الجدول رقم (١٥) ان ٦٥,٩٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لابنائهم كان ابناؤهم ذكورا، في حين بلغت نسبة الاناث ٣٤,١٪، ويشير الجدول الى ان ٥٤,٧٪ من الذين لم يكونوا يتابعون الحالات المرضية لابنائهم كان جنس المولود ذكرا، في حين بلغت نسبة الاناث ٤٥,٣٪. وتشير النسب الى ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (جنس الطالب) حيث مازالت ثقافتنا توجه الاهتمام للذكور بصورة اساسية .

## جدول رقم (١٥)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب جنس الطالب

النسبة المئوية	العدد	جنس الطالب	البيان
			المتغير التابع
٦٥,٩	٨٧	ذكر	يتابع
٣٤,١	٤٥	انثى	
٥٤,٧	٩٧	ذكر	لم يتابع
٤٥,٣	٨٠	انثى	

١-١٣-١ عدد الاخوة (ذكور):

يبين الجدول رقم (١٦) ان ١٧,٥٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان عدد الاخوة (طفل واحد او لا يوجد). في حين بلغت النسب المئوية (٢٧,٢٪، ١٥,٩٪، ٦,١٪، ٣,٨٪، ٢,٣٪) للذين كان لديهم اخوة (اثنان، ثلاثة، اربعة، خمسة، ستة، سبعة فأكثر) على التوالي.

أما بالنسبة لحالات عدم المتابعة فبين الجدول نفسه ان ٣,٤٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان عدد الاخوة (واحد او لا يوجد). في حين بلغت النسب المئوية (١٨,٦٪، ٢٣,٧٪، ٢٧,١٪، ١٢,٤٪، ١٠,٢٪، ٤,٦٪) للذين لديهم اخوة على النحو التالي (اثنان، ثلاثة، اربعة، خمسة، ستة، سبعة فأكثر) على التوالي.

١-١٣-٢ عدد الاخوات (الاناث):

كما يبين الجدول رقم (١٧) ان ٢٥٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كانت لديهم (اخت او لا يوجد) في حين بلغت النسب المئوية (٢٩,٥٪، ٢٣,٥٪، ٩,٨٪، ٤,٥٪، ٣,٨٪، ٣,٩٪) للذين كان لديهم (اختان، ثلاث، اربع، خمس، ست، سبع، فأكثر) على التوالي.

اما فيما يتعلق بحالات عدم المتابعة فبين الجدول نفسه ان ٩,٦٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان لديهم اخت واحدة او لا يوجد، في حين بلغت النسب المئوية (١٥,٣٪، ١٩,٢٪، ٢٢,٦٪، ١٧,٥٪، ٩٪، ٧٪) للذين لديهم (اختان، ثلاث، اربع، خمس، ست، سبع، فأكثر) على التوالي.

## جدول رقم (١٦)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عدد الاخوة في العائلة

النسبة المئوية	العدد	عدد الاخوة في العائلة	البيان المتغير التابع
,٨	١	صفر	يتابع
١٦,٧	٢٢	١	
٢٧,٢	٣٦	٢	
٢٧,٢	٣٦	٣	
١٥,٩	٢١	٤	
٦,١	٨	٥	
٣,٨	٥	٦	
١,٥	٢	٧	
,٨	١	٨	
		٩	
		١٠	
,٦	١	صفر	لم يتابع
٢,٨	٥	١	
١٨,٦	٣٣	٢	
٢٣,٧	٤٢	٣	
٢٧,١	٤٨	٤	
١٢,٤	٢٢	٥	
١٠,٢	١٨	٦	
٢,٨	٥	٧	
,٦	١	٨	
,٦	١	٩	
,٦	١	١٠	

## جدول رقم (١٧)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضيه لاطفالهم حسب عدد الاخوات في العائلة

النسبة المئوية	العدد	عدد الاخوات في العائلة	البيان المتغير التابع
٤,٥	٦	صفر	يتابع
٢٠,٥	٢٧	١	
٢٩,٥	٣٩	٢	
٢٣,٥	٣١	٣	
٩,٨	١٣	٤	
٤,٥	٦	٥	
٣,٨	٥	٦	
١,٥	٢	٧	
,٨	١	٨	
,٨	١	٩	
,٨	١	١٠	
٢,٣	٤	صفر	لم يتابع
٧,٣	١٣	١	
١٥,٣	٢٧	٢	
١٩,٢	٣٤	٣	
٢٢,٦	٤٠	٤	
١٧,٥	٣١	٥	
٩,٠	١٦	٦	
٥,١	٩	٧	
١,١	٢	٨	
,٦	١	٩	
-	-	١٠	



٣-١-١٤ ترتيب الطالب أو الطالبة بين الاخوة والاخوات :

يبين الجدول رقم (١٨) أن ١٨,٩٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان ترتيب ابنهم هو الاول في العائلة، في حين كانت النسب المئوية (٢٢,٧٪، ١٥,٩٪، ١٤,٧٪، ٩,٨٪، ٤,٥٪، ١٣,٥٪) للذين ترتيب اطفالهم في العائلة (الثاني، الثالث، الرابع، الخامس، السادس، السابع فأكثر) على التوالي.

اما فيما يتعلق بحالات عدم المتابعة فيبين الجدول نفسه ان ٤٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان ترتيب ابنهم هو الاول في العائلة، في حين كانت النسب المئوية (٣,٤٪، ١١,٩٪، ١٥,٨٪، ٧,٥٪، ١٨,١٪، ٢٩,٣٪) للذين كان ترتيب ابنهم (الثاني، الثالث، الرابع، الخامس، السادس، السابع فأكثر) على التوالي. وتبين الارقام ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (ترتيب الطالب أو الطالبة بين الاخوة والاخوات).

## جدول رقم (١٨)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب ترتيب الطالب في الاسرة

النسبة المئوية	العدد	ترتيب الطالب في الاسرة	البيان
			المتغير التابع
١٨,٩	٢٥	١	يتابع
٢٢,٧	٣٠	٢	
١٥,٩	٢١	٣	
١٤,٧	١٩	٤	
٩,٨	١٣	٥	
٤,٥	٦	٦	
١,٥	٢	٧	
٣,٠	٤	٨	
٤,٥	٦	٩	
٣,٠	٤	١٠	
١,٥	٢	١٢	
٤	٧	١	
٣,٤	٦	٢	
١١,٩	٢١	٣	
١٥,٨	٢٨	٤	
١٧,٥	٣١	٥	
١٨,١	٣٢	٦	
١٢,٤	٢٢	٧	
٩,٠	١٦	٨	
٢,٨	٥	٩	
٣,٤	٦	١٠	
١,١	٢	١١	
,٦	١	١٥	

## ٣-١-١٥ المستوى التعليمي للاب :

يبين الجدول رقم (١٩) ان ٩,١٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لابنائهم كان مستوى الاب التعليمي (أمي)، في حين بلغت النسب المئوية (٦,١٪، ٧,٦٪، ١٤,٤٪، ٢٨،٠٪، ٣٤,٨٪) للذين مستواهم التعليمي (يقرأ و يكتب، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، اكثر من ثانوي) على التوالي .

ويشير الجدول نفسه الى ان ١٨,٢٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان مستوى الاب التعليمي (أمي)، في حين بلغت النسب المئوية (٤,٥٪، ٢٦،٠٪، ١٩,٢٪، ٢٠,٩٪، ١١,٢٪) للذين مستواهم التعليمي (يقرأ و يكتب، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، اكثر من ثانوي). وتبين المعلومات أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (المستوى التعليمي للأب) حيث ان التعليم يعني تغيرا في المفاهيم وزيادة الوعي العام، وبالتالي ازدياد الوعي الصحي .

## جدول رقم (١٩)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب المستوى التعليمي للاب

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي للوالد	البيان المتغير التابع
٩,١	١٢	أمي	يتابع
٦,١	٨	يقرأ و يكتب	
٧,٦	١٠	ابتدائي	
١٤,٤	١٩	اعدادي	
٢٨,٠	٣٧	ثانوي	
٣٤,٨	٤٦	اكثر من ثانوي	
١٨,٢	٣٢	أمي	لم يتابع
٤,٥	٨	يقرأ و يكتب	
٢٦,٠	٤٦	ابتدائي	
١٩,٢	٣٤	اعدادي	
٢٠,٩	٣٧	ثانوي	
١١,٢	٢٠	اكثر من ثانوي	

## ٣-١-١٦ المستوى التعليمي للأُم :

يوضح الجدول رقم (٢٠) ان ١٥,٩٪ من الذين يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان المستوى التعليمي لامهاتهم (أمية)، في حين بلغت النسب المئوية (٣٪، ١٨,٢٪، ٢٤,٤٪، ٢١,٢٪، ٢٧,٣٪) للذين كان مستوى امهاتهم التعليمي (تقرأ او تكتب، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، اكثر من ثانوي) على التوالي .

ويوضح الجدول نفسه ان ٣٩,١٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان المستوى التعليمي لامهاتهم (امية)، في حين بلغت النسب المئوية (٦,٢٪، ٢٠,٩٪، ١٨,٦٪، ٦,٢٪، ٩٪) للذين كان المستوى التعليمي لوالدهم (تقرأ وتكتب، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، اكثر من ثانوي) على التوالي . وتشير المعلومات الى ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (المستوى التعليمي للوالدة)، حيث ان التعليم يعني تغيرا في المفاهيم وزيادة الوعي العام، وبالتالي ازدياد الوعي الصحي .

جدول رقم (٢٠)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب المستوى التعليمي للام

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي للوالدة	البيان المتغير التابع
١٥,٩	٤١	أمية	يتابع
٣,٠	٤	تقرأ وتكتب	
١٨,٢	٢٤	ابتدائي	
١٤,٤	١٩	اعدادي	
٢١,٢	٢٨	ثانوي	
٢٧,٣	٣٦	اكثر من ثانوي	
٣٩,١	٦٩	أمية	لم يتابع
٦,٢	١١	تقرأ وتكتب	
٢٠,٩	٣٧	ابتدائي	
١٨,٦	٣٣	اعدادي	
٦,٢	١١	ثانوي	
٩,٠	١٦	اكثر من ثانوي	

## ٣-١-١٧ عمل الاب :

يبين الجدول رقم (٢١) ان ٣٤,١% من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان عملهم (موظف حكومي)، في حين كانت النسب المئوية (٢١,٢%، ٢٢%، ٩,١%، ٣%، ١٠,٦%) للذين كانت وظائفهم (عسكري، يعمل لحسابه الخاص، مستخدم من قبل الغير، عاطل عن العمل، غير ذلك) على التوالي.

ويبين الجدول نفسه ان ١٥,٨% من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان عملهم (موظف حكومي) في حين كانت النسب المئوية (١٧,٥%، ١٠,٧%، ٢١,٥%، ١٠,٢%، ٢٤,٣%) كانت وظائفهم (عسكري، يعمل لحسابه الخاص، مستخدم من قبل الغير، عاطل عن العمل، غير ذلك) على التوالي. وتشير الارقام الى أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (عمل الوالد).

## جدول رقم (٢١)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عمل الوالد

النسبة المئوية	العدد	عمل الوالد	البيان المتغير التابع
٣٤,١	٤٥	موظف حكومي	يتابع
٢١,٢	٢٨	عسكري	
٢٢,٠	٢٩	يعمل لحسابه الخاص	
٩,١	١٢	مستخدم من قبل الغير	
٣,٠	٤	عاطل عن العمل	
١٠,٦	١٤	غير ذلك	
١٥,٨	٢٨	موظف حكومي	لم يتابع
١٧,٥	٣١	عسكري	
١٠,٧	١٩	يعمل لحسابه الخاص	
٢١,٥	٣٨	مستخدم من قبل الغير	
١٠,٢	١٨	عاطل عن العمل	
٢٤,٣	٤٣	غير ذلك	

## ٣-١-١٨ عمل الام باستثناء الاعمال المنزلية :

يبين الجدول رقم (٢٢) ان ٢٣,٥٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كانت امهاتهم يعملن وان ٧٦,٥٪ منهم لم تكن امهاتهم يعملن . ويشير الجدول الى ان ٥,١٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كانت امهاتهم يعملن و ٩٤,٩٪ لم يكن يعملن .

جدول رقم (٢٢)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عمل الام

انحراف معياري	متوسط	النسبة	العدد	عمل الوالدة	البيان	
					المتغير التابع	البيان
,٤٣	١,٧٧	٢٣,٥	٣١	نعم	عمل	يتابع
		٧٦,٥	١٠١	لا	الام	
,٢٢	١,٩٥	٥,١	٩	نعم	عمل	لم يتابع
		٩٤,٩	١٦٨	لا	الام	

## ١-١-٣ التأمين الصحي للعائلة :

يبين الجدول رقم (٢٣) أن ٣٨,٦٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان لديهم تأمين صحي لدى وزارة الصحة، في حين كانت النسب المئوية (٣١,١٪، ١,٥٪، ٤,٥٪، ٢٤,٣٪) للذين كان لديهم تأمين في (القوات المسلحة، وكالة الغوث، مؤسسات اخرى، غير مؤمن صحيا) على التوالي.

ويتضح من الجدول نفسه ان ١٥,٨٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان لديهم تأمين صحي في وزارة الصحة، وكانت النسب المئوية (٢٣,٧٪، ٨,٥٪، ٥,٢٪) تمثل الذين لديهم تأمين صحي في (القوات المسلحة، مؤسسات اخرى، غير مؤمن صحيا) على التوالي. وتشير البيانات الى أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (التأمين الصحي للعائلة). فوجود التأمين الصحي لدى رب العائلة يقابله اهتمام كبير بمتابعة ابنائهم بسبب عدم وجود تكاليف اضافية.

جدول رقم (٢٣)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب التأمين الصحي للعائلة

النسبة المئوية	العدد	التأمين الصحي للعائلة	البيان المتغير التابع
٣٨,٦	٥١	وزارة الصحة	يتابع
٣١,١	٤١	القوات المسلحة	
١,٥	٢	وكالة الغوث	
٤,٥	٦	مؤسسات اخرى	
٢٤,٣	٣٢	غير مؤمن صحيا	
١٥,٨	٢٨	وزارة الصحة	لم يتابع
٢٣,٧	٤٢	القوات المسلحة	
-	-	وكالة الغوث	
٨,٥	١٥	مؤسسات اخرى	
٥٢,٠	٩٢	غير مؤمن صحيا	

يشير الجدول رقم (٢٤) الى أن ٤,٥% من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان دخل أسرهم اقل من خمسين ديناراً اردنيا شهرياً، في حين كانت النسب المئوية (١٧,٤%، ٢٦,٥%، ١٨,٩%، ٩,٣%، ٩,٨%، ١٣,٦%) تمثل الذين دخل الاسرة (٥٠ الى اقل من ١٠٠ دينار، ١٠٠ الى اقل من ١٥٠ دينار، ١٥٠ الى اقل من ٢٠٠ دينار، ٢٠٠ الى اقل من ٢٥٠ دينار، ٢٥٠ الى اقل من ٣٠٠ دينار، ٣٠٠ دينار شهرياً فأكثر) على التوالي.

ويشير الجدول نفسه الى ان ١٤,١% من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان دخل الاسرة اقل من ١٠٠ دينار شهرياً، وكانت النسب المئوية (٢٥,٤%، ٤٣,٥%، ٩%، ١,٢%، ٤%، ٢,٨%) تمثل الذين دخل الاسرة (٥٠ الى اقل من ١٠٠ دينار، ١٠٠ دينار الى اقل من ١٥٠ دينار، ١٥٠ دينار الى اقل من ٢٠٠ دينار، ٢٠٠ دينار الى اقل من ٢٥٠ دينار، ٢٥٠ دينار الى اقل من ٣٠٠ دينار، ٣٠٠ دينار شهرياً فأكثر) على التوالي. وتبين النتائج أن هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (دخل الاسرة الشهري) حيث ان الحالة المادية للعائلة تحدد كثيراً من الاولويات.

## جدول رقم (٢٤)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا ولم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب دخل الاسرة

النسبة المئوية	العدد	دخل الاسرة	البيان المتغير التابع
٤,٥	٦	اقل من خمسين دينار	يتابع
١٧,٤	٢٣	٥٠ - اقل من ١٠٠ دينار	
٢٦,٥	٣٥	١٠٠ - اقل من ١٥٠ دينار	
١٨,٩	٢٥	١٥٠ - اقل من ٢٠٠ دينار	
٩,٣	١٢	٢٠٠ - اقل من ٢٥٠ دينار	
٩,٨	١٣	٢٥٠ - اقل من ٣٠٠ دينار	
١٣,٦	١٨	٣٠٠ دينار فأكثر	
١٤,١	٢٥	اقل من خمسين دينار	لم يتابع
٢٥,٤	٤٥	٥٠ - اقل من ١٠٠ دينار	
٤٣,٥	٧٧	١٠٠ - اقل من ١٥٠ دينار	
٩,٠	١٦	١٥٠ - اقل من ٢٠٠ دينار	
١,٢	٢	٢٠٠ - اقل من ٢٥٠ دينار	
٤,٠	٧	٢٥٠ - اقل من ٣٠٠ دينار	
٢,٨	٥	٣٠٠ دينار فأكثر	



٣-١-٢١ عدد افراد الاسرة الذين تتم اعالتهم :

يوضح الجدول رقم (٢٥) ان ١٢,٩٪ من الذين يتابعون الحالات المرضية لابنائهم كان عدد افراد اسرهم خمسة افراد. في حين كانت النسب المئوية (٢٢,٧٪، ٢٢٪، ١٢,٠٪، ٨,٣٪، ٨,٣٪، ٦,١٪، ٣,٨٪، ١,٥٪، ٢,٤٪) تمثل الذين عدد افراد اسرهم (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤ فأكثر) على التوالي.

ويتضح من الجدول نفسه ان ٦٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كان عدد افراد اسرهم خمسة افراد. في حين كانت النسب المئوية (٤,٥٪، ٨,٥٪، ٩٪، ٢٤,٩٪، ٢١,٥٪، ١٣٪، ٦,٨٪، ٧,٩٪، ٢,٣٪، ١,٢٪) تمثل الذين عدد افراد أسرهم (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٦ فأكثر) على التوالي. وتشير الارقام الى ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (عدد افراد الاسرة الذين تتم اعالتهم) فما تستطيع تقديمه لفرد يختلف عن مايمكن ان يقدم لآخر من فرد.

## جدول رقم (٢٥)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عدد افراد الاسرة

النسبة المئوية	العدد	عدد افراد الاسرة	البيان المتغير التابع
١٢,٩	١٧	٥	يتابع
٢٢,٧	٣٠	٦	
٢٢,٠	٢٩	٧	
١٢,٠	١٦	٨	
٨,٣	١١	٩	
٨,٣	١١	١٠	
٦,١	٨	١١	
٣,٨	٥	١٢	
١,٥	٢	١٣	
,٨	١	١٤	
,٨	١	١٦	
,٨	١	١٨	
,٦	١	٥	لم يتابع
٤,٥	٨	٦	
٨,٥	١٥	٧	
٩,٠	١٦	٨	
٢٤,٩	٤٤	٩	
٢١,٣	٣٨	١٠	
١٣,٠	٢٣	١١	
٦,٨	١٢	١٢	
٧,٩	١٤	١٣	
٢,٣	٤	١٤	
,٦	١	١٦	
,٦	١	١٩	

## ٣-١-٢٢ البعد الجغرافي عن الاختصاصي :

يبين الجدول رقم (٢٦) ان ١٠,٦٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كانوا لا يعرفون المسافة بين المنزل والاختصاصي في حين كانت النسب المئوية (١٢,٩٪، ٢٠,٥٪، ١٠,٦٪، ٩,٨٪، ٣٥,٦٪) تمثل المسافات التالية بين المنزل والاختصاصي (اقل من كيلومتر، ١-٢ كيلومتر، ٢-٥ كيلومتر، ٥-١٠ كيلومتر، اكثر من ١٠ كيلومتر) على التوالي .

ويبين الجدول نفسه ان ٩٪ من الذين لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم كانوا لا يعرفون المسافة بين المنزل والاختصاصي، وكانت النسب المئوية (٦,٨٪، ١٤,٧٪، ٩,٦٪، ٧,٩٪، ٥٢٪) تمثل المسافات التالية بين المنزل والاختصاصي، (اقل من كيلومتر، ١-٢ كيلومتر، ٢-٥ كيلومتر، ٥-١٠ كيلومتر، اكثر من ١٠ كيلومتر) على التوالي . وتبين النسب ان هناك علاقة محتملة بين العامل التابع (تابع أو لم يتابع) والعامل المستقل (المسافة بين المنزل والاختصاصي) حيث ان المسافة ترتبط بجهد، ووقت، وتكلفة مساوية، وبالتالي فان زيادة المسافة تعني زيادة في التكاليف .

## جدول رقم (٢٦)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا أو لم يتابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب بعد المسافة بين مكان السكن والاختصاصي

النسبة المئوية	العدد	المسافة بين المنزل والاختصاصي	البيان المتغير التابع
١٠,٦	١٤	لا اعرف	يتابع
١٢,٩	١٧	اقل من كيلومتر	
٢٠,٥	٢٧	١-٢ كيلومتر	
١٠,٦	١٤	٢-٥ كيلومتر	
٩,٨	١٣	٥-١٠ كيلومتر	
٣٥,٦	٤٧	اكثر من ١٠ كيلومتر	
٩,٠	١٦	لا اعرف	لم يتابع
٦,٨	١٢	اقل من كيلومتر	
١٤,٧	٢٦	١-٢ كيلومتر	
٩,٦	١٧	٢-٥ كيلومتر	
٧,٩	١٤	٥-١٠ كيلومتر	
٥٢,٠	٩٢	اكثر من ١٠ كيلومتر	

## ٣-١-٢٥ زيارة اولياء امور الطلبة الى للاختصاصي :

يبين الجدول (٢٩) ان ٣٧,٩٪ من الذين كانوا يتابعون الحالات المرضية لاطفالهم كان عدد زياراتهم للاختصاصي زيارة واحدة، ٢٦,٥٪ زيارتان، ١٢,١٪ ثلاث زيارات و ٢٣,٥٪ كان عدد زياراتهم للاختصاصي اكثر من ثلاث زيارات .

جدول رقم (٢٩)

التوزيع النسبي لافراد العينة الذين تابعوا الحالات المرضية لاطفالهم حسب عدد مرات زيارتهم للاختصاصي

انحراف معياري	متوسط	النسبة المئوية	العدد	عدد مرات زيارة الاختصاصي	البيان المتغير التابع
١,١٩	٢,٢١	٣٧,٩	٥٠	زيارة واحدة	يتابع
		٢٦,٥	٣٥	زيارتان	
		١٢,١	١٦	ثلاث زيارات	
		٢٣,٥	٣١	اكتر من ذلك	

## ٢-٣ التحليل المتقدم:

كما اعتمد ايضا في هذه الدراسة على استخدام الاسلوب الاحصائي كاي تربيع (K2) لفحص دلالة الفروق في التكرارات والنسب المئوية وفقا لمستويات المتغيرات المستقلة في الدراسة بمستوى ٥%. ومن خلال الحاسوب في الجامعة الاردنية تم حساب التكرارات والنسب المئوية وقيمة كاي تربيع (K2) ومستوى الدلالة لكل خلية من خلايا العوامل المستقلة. لكن بعد تحليل النتائج وجد ان الاجابات في بعض الخلايا عددها اقل من خمسة في المستوى التعليمي للوالدة والتأمين الصحي وعدد افراد الاسرة، وهذا ما يجعل تحليل كاي تربيع غير مناسب لهذه الاسئلة (ملحق رقم:٣).

لذا فقد قسمت الاجابات في العوامل المستقلة الى مجموعتين واجرى عليها اختبار كاي تربيع (K2) وانوفا (ANOVA) (ملحق رقم: ٤) وهذه التقسيمات هي:-

- ١- الدخل: اقل من ١٥٠ ديناراً، اكثر من ١٥٠ ديناراً.
  - ٢- المستوى التعليمي للوالد: اقل من ثانوي ، ثانوي واكثر.
  - ٣- المستوى التعليمي للوالدة: اقل من ثانوي، ثانوي واكثر.
  - ٤- حجم الاسرة: اقل من سبعة افراد، اكثر من سبعة افراد.
  - ٥- التأمين الصحي للعائلة: مؤمن، غير مؤمن.
  - ٦- عمل الام: بقي كما هو.
  - ٧- جنس الطفل: بقي كما هو.
  - ٨- اكتظاظ عيادات الاختصاص: لان الاكتظاظ موجود في جميع العيادات وان هذا الاكتظاظ يؤثر على الذين تابعوا اطفالهم، او لم يتابعوا لذلك لم تحلل هذه الفرضية.
  - ٩- بعد عيادات الاختصاص عن مكان سكن العائلة: اقل من ٥ كيلومتر، اكثر من ٥ كيلومتر.
  - ١٠- قناعة الاهل بتحويل طبيب الصحة المدرسية: غالبا ودائما، احيانا وغير مقتنع. كما اجري اختبار الانحدار المتدرج لتحديد اهم العوامل التي تؤثر على عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين (ملحق رقم:٥)، كما اجري اختبار الانحدار المتدرج لتحديد اهم العوامل التي تؤثر على عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين (ملحق رقم: ٥)
- وكانت نتائج تحليل كاي تربيع وانوفا والانحدار المتدرج كما يلي:-

## أختبار الفرضيات

### ٣-٢-١ الفرضية الأولى:

HO1 لا توجد علاقة بين الحالة المالية للعائلة ومتابعتهم لأبنائهم المحولين لاطباء الاختصاص.

HA1 توجد علاقة بين الحالة المالية للعائلة ومتابعتهم لأبنائهم المحولين لاطباء الاختصاص.

يبين الجدول رقم (٣٠) ان عدد الذين دخلهم اقل من ١٥٠ ديناراً (٢١١) عائلة، منهم ما نسبته ٣٠,٣٣ % تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٦٩,٦٧ % لم يتابعوا. اما عدد الذين تجاوز دخلهم ١٥٠ ديناراً شهرياً فقد بلغ (٩٨) عائلة، منهم ما نسبته ٦٩,٣٩ % تابعوا اطفالهم، بالمقارنة مع ما نسبته ٣٠,٦١ % لم يتابعوا اطفالهم. حيث كانت قيمة الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد (٤١,٧٥١) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى ( $P < ٠,٠٠٠$ ).

وكما هو مبين في الجدول رقم (٣١) فان قيمة الاحصائي أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٣٣,٧٢) وهي ذات دالة احصائية على مستوى  $Pr>F 0.0001$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين دخل الاسرة ومتابعتهم لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين.

### جدول رقم ٣٠

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (دخل الاسرة الشهري) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

المتغير التابع	مستوى المتغير المستقل			
	أقل من ١٥٠ د.		أكثر من ١٥٠ د.	
	العدد	%	العدد	%
تابعوا اطفالهم	٦٤	٣٠,٣٣	٦٨	٦٩,٣٩
لم يتابعوا اطفالهم	١٤٧	٦٩,٦٧	٣٠	٣٠,٦١
				٤١,٧١٥
				٠,٠٠٠

## جدول رقم ٣١

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (دخل الاسرة الشهري)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q20	Q10	١	٧٣,٦٠٦	٧٣,٦٠٦	٣٣,٧٢	٠,٠٠٠١

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الأصلية بدرجة حرية مقدارها ستة (٤٧,٢٢٧) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة بين دخل الأسرة ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٣٩١ مما يشير الى علاقة طردية ضعيفة نسبيا. رفضت الفرضية القائلة بأنه لا توجد علاقة بين الحالة المالية للعائلة ومتابعتهم لأبنائهم، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين حاله الماليه للعائله ومتابعتهم لأبنائهم، وهذا يعني ان الاهل الذين دخلهم اكثر من ١٥٠ ديناراً يتابعون اطفالهم اكثر من الاهل الذين دخلهم اقل من ١٥٠ ديناراً بدرجة معنوية  $P < ٠,٠٠٠$

فقد تابع ما نسبته ٣٠,٣٣٪ من الاهل الذين دخلهم اقل من ١٥٠ ديناراً اطفالهم بالمقارنه مع ما نسبته ٦٩,٦١٪ من الاهل الذين دخلهم اكثر من ١٥٠ ديناراً وتابعوا اطفالهم.

وتفسير ذلك ان الحالة المادية للعائلة تلعب دورا كبيرا في كثير من الامور الحياتية وتحدد كثيرا من الأولويات. وهذا يفسر ما توصلت اليه هذه الدراسة، وهو ايضا ما توصل اليه الباحث كوفمان (٢٦) في دراسته المشار اليها سابقا.

## ٣-٢-٢ الفرضية الثانية:

H02 لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأب ومتابعته لأبنائه المحولين لأطباء الاختصاص.

HA2 توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأب ومتابعته لأبنائه المحولين لأطباء الاختصاص.

يبين الجدول رقم (٣٢) ان عدد الحاصلين على اقل من ثانوي ١٦٩ أبا، منهم ما نسبته ٢٨,٩٩٪ تابعوا اطفالهم، بالمقارنة مع ما نسبته ٧١,٠١٪ لم يتابعوا. اما الحاصلون على ثانوي واكثر فقد بلغ عددهم ١٤٠ أبا، منهم ما نسبته ٥٩,٢٩٪ تابعوا اطفالهم، بالمقارنة مع ما نسبته ٤٠,٧١٪ لم يتابعوا. حيث كانت قيمة الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد ٢٨,٧١٣ وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0,0001$ .

كما يبين الجدول رقم (٣٣) ان قيمة الاحصائي أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٣٧,٤٥) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $Pr > F 0.0001$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين المستوى التعليمي للوالد ومتابعته لاطفاله المحولين الى الاخصائيين.

### جدول رقم ٣٢

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي للوالد) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

مستوى الدالة	قيمة (K2)	مستوى المتغير المستقل				المتغير التابع
		اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي		
		%	العدد	%	العدد	
٠,٠٠٠	٢٨,٧١٣	٥٩,٢٩	٨٣	٢٨,٩٩	٤٩	تابعوا اطفالهم
		٤٠,٧١	٥٧	٧١,٠١	١٢٠	لم يتابعوا اطفالهم

### جدول رقم ٣٣

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي للوالد)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q15	Q10	١	١١٣,٨٣٨	١١١,٣٣٨	٣٧,٤٥	٠,٠٠٠١



كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الأصلية بدرجة حريه مقدارها خمسة (٤١,٠٣٨) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقه ذات داله بين المستوى التعليمي للاب ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقه واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٣٦٤ مما يشير الى علاقه طرديه ضعيفه نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بانه لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للاب ومتابعته لأبنائه المحولين لأطباء الاختصاص، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين المستوى التعليمي للاب ومتابعته لأبنائه المحولين لأطباء الاختصاص. وهذا يعني أن الاباء الذين مستوى تعليمهم ثانوي واكثر يتابعون اطفالهم اكثر من الاباء الذين مستوى تعليمهم اقل من ثانوي بدرجة معنوي  $P < ٠,٠٠٠$ ، فقد تابع ما نسبته ٢٨,٩٩٪ من الاباء الذين مستوى تعليمهم اقل من ثانوي ابناءهم، بالمقارنة مع ما نسبته ٥٩,٢٩٪ من الاباء الذين مستوى تعليمهم اكثر من ثانوي وتابعوا. وفي تفسير ذلك ان التعليم يعني تغيرا في المفاهيم وزيادة الوعي العام، وبالتالي ازدياد الوعي الصحي تبعا لزيادة المستوى التعليمي مما يؤكد العلاقة التي تم التوصل اليها في الدراسة. كما اكد هذه العلاقه الباحث كوفمان (٢٦) في دراسة عن اسباب عدم متابعة الاهل لأطفالهم المحولين.

### ٣-٣-٣ الفرضية الثالثة:

HO3 لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومتابعتها لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص.

HA3 توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومتابعتها لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص.

يبين الجدول رقم (٣٤) ان عدد الحاصلات على اقل من ثانوي (٢١٨) أما، منهن ما نسبته ٣١,١٩٪ تابعن اطفالهن بالمقارنة مع ما نسبته ٦٨,٨١٪ لم يتابعن اطفالهن، اما الحاصلين على ثانوي فاكثر فقد بلغ عددهن (٩١) أما، منهن ما نسبته ٧٠,٣٣٪ تابعن اطفالهن، بالمقارنة مع ما نسبته ٢٩,٦٧٪ لم يتابعن اطفالهن. حيث كانت قيمة الاحصاء (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد (٢٨,٧١٣) وهي ذات دلالة

احصائيه على مستوى  $P < 0,000$ .

كما يبين الجدول رقم (٣٥) ان قيمة الاحصاء أنوفا بدرجة حريه مقدارها واحد (٤٥,٩٠) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P > F 0.0001$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية تبين المستوى التعليمي ومتابعتها لاطفالها المحولين الى الاختصاصيين.

### جدول رقم ٣٤

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي للوالدة) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة (K2)	مستوى المتغير المستقل				المتغير التابع
		اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي		
		%	العدد	%	العدد	
٠,٠٠٠	٤٠,١٨٧	٧٠,٣٣	٦٤	٣١,١٩	٦٨	تابعوا اطفالهم
		٢٩,٦٧	٢٧	٦٨,٨١	١٥٠	لم يتابعوا اطفالهم

### جدول رقم ٣٥

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المستوى التعليمي للوالدة)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q16	Q10	١	١٣٣,٥٩٤	١٧٣,٥٩٤	٤٥,٩٠	٠,٠٠٠١

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها خمسة (٤٤,٩٠٨) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة بين المستوى التعليمي للام ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi)

(Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٣٨١ مما يشير الى علاقة طردية ضعيفة نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بانه لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومتابعتها لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومتابعتها لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص. حيث ان الامهات اللواتي مستوى تعليمهن ثانوي واكثر يتابعن اطفالهن اكثر من الامهات اللواتي تعليمهن اقل من ثانوي بدرجة معنوية  $P < 0,000$  فقد تابعت ما نسبته ٣١,١٩٪ من الامهات اللواتي مستوى تعليمهن اقل من ثانوي تابعن بالمقارنة مع ما نسبته ٧٠,٣٣٪ من الامهات اللواتي مستوى تعليمهن اكثر من ثانوي.

وتفسير ذلك ان التعليم يعني تغيرا في المفاهيم وزيادة الوعي العام وبالتالي ازدياد الوعي الصحي تبعا لزيادة المستوى التعليمي مما يؤكد العلاقة التي تم التوصل اليها. كما اكد هذه العلاقة الباحث كوفمان (٢٦) في دراسته عن اسباب عدم متابعة الاهل لأطفالهم المحولين.

#### ٣-٣-٤ الفرضية الرابعة:

H04 لا توجد علاقة بين عدد افراد الاسرة ومتابعة الاهل لأبنائهم المحولين الى اطباء الاختصاص.

HA4 توجد علاقة بين عدد افراد الاسرة ومتابعة الاهل لأبنائهم المحولين الى اطباء الاختصاص.

يبين الجدول رقم (٣٦) ان عدد الاسر التي عدد افرادها سبعة او اقل (١٠٠) اسرة، منهم ما نسبته ٧٦٪ قد تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٢٤٪ لم يتابعوا، اما الاسر التي عدد افرادها ثمانية او اكثر فقد بلغ عددهم (٢٠٩) اسرة، منهم ما نسبته ٢٦,٧٩٪ قد تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٧٣,٢١٪ لم يتابعوا اطفالهم. حيث كانت قيمة الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد (٦٦,٩٢٥) وهي ذات دلالة احصائية  $P < 0.005$ .

كما يبين الجدول رقم (٣٧) ان قيمة الاحصاء أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٨٤,٨٧) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P > F 0.0001$ . ومن هنا

يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين عدد افراد الاسرة ومتابعتهم لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين.

### جدول رقم ٣٦

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عدد افراد الاسرة) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

المتغير التابع	مستوى المتغير المستقل			
	اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي	
	العدد	%	العدد	%
تابعوا اطفالهم	٧٦	٧٦,٠٠	٥٦	٢٦,٧٩
لم يتابعوا اطفالهم	٢٤	٢٤,٠٠	١٥٣	٧٣,٢١
قيمة (K2)	٦٦,٩٢٥			
مستوى الدلالة	٠,٠٠٠			

### جدول رقم ٣٧

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عدد افراد الاسرة)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q21	Q10	١	٧١٧,٨١٨	٧١٧,٨١٨	٨٤,٨٧	٠,٠٠٠١

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها اثنا عشر (٨٤,٦٢٥) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة بين عدد افراد الاسرة ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٥٢٢ مما يشير الى علاقة طردية ضعيفة نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بأنه لا يوجد علاقة بين عدد افراد الاسرة ومتابعة الاهل لأبنائهم المحولين الى اطباء الاختصاص، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين عدد افراد الاسرة ومتابعة الاهل لأبنائهم المحولين الى اطباء الاختصاص. حيث ان الاهل الذين افراد اسرتهم سبعة افراد او اقل يتابعون اطفالهم اكثر من الاهل

الذين عدد افراد اسرتهم اكثر من سبعة افراد بدرجة معنوية  $P < 0,0001$  فقد تابع ما نسبته ٢٦,٧٩% من الاهل الذين عدد افراد اسرتهم اكثر من سبعة افراد اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٧٦,٠٠% من الاهل الذين افراد اسرتهم سبعة افراد او اقل وتابعوا اطفالهم.

وتفسير ذلك ان هذه العلاقة علاقة صحيحة، فما تستطيع ان تقدمه لفرد يختلف عن ما يمكن ان تقدمه لأكثر من شخص، ومع ربط هذا العامل مع عامل الدخل فان العاملين مع بعضهما البعض يدعم كل منهما الاخر، مما يؤيد هذه النتيجة وهذا ما اكده الباحث كوفمان (٢٦) في دراسته.

### ٣-٣-٥ الفرضية الخامسة:

H05 لا توجد علاقة بين وجود تأمين صحي للعائلة ومتابعتهم لأبنائهم المحولين الى اطباء الاختصاص.

HA5 توجد علاقة بين وجود تأمين صحي للعائلة ومتابعتهم لابنائهم المحولين الى اطباء الاختصاص.

يبين الجدول رقم (٣٨) ان عدد المؤمنين (١٨٥) عائلة، منهم ما نسبته ٥٤,٠٥% قد تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٤٥,٩٥% لم يتابعوا اطفالهم. اما غير المؤمنين فقد بلغ عددهم (١٢٤) عائلة، منهم ما نسبته ٢٥,٨١% قد تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٧٤,١٩% لم يتابعوا اطفالهم. حيث كانت قيمة الاحصاء (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد (٢٤,٢٠٨) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0,0001$ .

كما يبين الجدول رقم (٣٩) ان قيمة الاحصاء أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٢٦,١٠)، وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P > F 0,0001$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين التأمين الصحي للعائلة ومتابعتهم لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين.

## جدول رقم ٣٨

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (التأمين الصحي للعائلة) العدد والنسبة  
وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة (K2)	مستوى المتغير المستقل				المتغير التابع
		اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي		
		%	العدد	%	العدد	
٠,٠٠٠	٢٤,٢٠٨	٢٥,٨١	٣٢	٥٤,٠٥	١٠٠	تابعوا اطفالهم
		٧٤,١٩	٩٢	٤٥,٩٥	٨٥	لم يتابعوا اطفالهم

## جدول رقم ٣٩

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (التأمين الصحي للعائلة)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q19	Q10	١	٩٣,٠٦٠	٩٣,٠٦٠	٢٦,٧٠	٠,٠٠٠١

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها اربعة (٣٥,٨٠٤) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة بين وجود تأمين صحي للاسرة ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٣٤٠ مما يشير الى وجود علاقة طردية ضعيفة نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بعدم وجود علاقة بين وجود تأمين صحي للعائلة ومتابعتها لابنائها المحولين الى اطباء الاختصاص، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين وجود تأمين صحي للعائلة، ومتابعتها لابنائها المحولين الى اطباء الاختصاص، حيث ان الاهل الحاصلين على تأمين صحي يتابعون اطفالهم اكثر من الاهل غير الحاصلين على تأمين صحي بدرجة معنوية  $P < ٠,٠٠٠$ ، فقد تابع ما

نسبته ٢٥,٨١٪ من الاهل غير الحاصلين على تامين صحي اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٥٤,٠٥٪ من الاهل الحاصلين على تامين صحي وتابعوا اطفالهم. وتفسير ذلك ان هذا العامل يرتبط ارتباطا كليا مع عامل الدخل بصورة كاملة فعندما كان رب الاسره حاصلا على تامين صحي، كان الاهتمام عاليا لانه لا يكلفه شيئا. وعندما كان مضطرا لدفع اجور الخدمات العلاجية التخصصية او جزء منها كان يظهر عدم الاهتمام، وهذا واضح في العائلات التي لديها تامين صحي لدى مؤسسات اخرى حيث يجب ان يدفع رب الأسرة جزءا من التكاليف. وهذا يؤكد ان العامل المادي هو الذي يلعب الدور الكبير في اهتمام الاهل، فبرغم المعرفة وتوافر الاهتمام الا ان عدم وجود الامكانيات المادية كانت السبب الاساسي في عدم المتابعة، وهذا ما اكده الباحث كوفمان (٢٦) في دراسته.

### ٣-٦ الفرضية السادسة:

H06 لا توجد علاقة بين عمل الام خارج المنزل ومتابعتها لحاله الصحيه لابنائها المحولين لأطباء الاختصاص.  
HA6 توجد علاقة بين عمل الام خارج المنزل ومتابعتها للحالة الصحية لابنائها المحولين لأطباء الاختصاص.

يبين الجدول رقم (٤٠) ان عدد الامهات العاملات (٤٠) أما، منهن ما نسبته ٧٧,٥٠٪ قد تابعن اطفالهن بالمقارنة مع ما نسبته ٢٢,٥٠٪ لم يتابعن، اما عدد الامهات غير العاملات فقد بلغ (٢٦٩) أما، منهن ما نسبته ٣٧,٥٥٪ تابعن اطفالهن بالمقارنة مع ما نسبته ٦٢,٤٥٪ لم يتابعن اطفالهن. حيث كانت قيمة الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد (٢٢,٧١٦) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < ٠,٠٠٠$ .

كما يبين الجدول رقم (٤١) ان قيمة الاحصاء أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٢٦,٣٦) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $Pr > F ٠,٠٠٠١$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين عمل الام ومتابعتها لاطفالها المحولين الى الاختصاصيين.

## جدول رقم ٤٠

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عمل الام) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة (K2)	مستوى المتغير المستقل				المتغير التابع
		اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي		
		%	العدد	%	العدد	
٠,٠٠٠	٢٢,٧١٦	٣٧,٥٥	١٠١	٧٧,٥٠	٣١	تابعوا اطفالهم
		٦٢,٤٥	١٦٨	٢٢,٥٠	٩	لم يتابعوا اطفالهم

## جدول رقم ٤١

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (عمل الام)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q18 A1	Q10	١	٢,٥٦٠	٢,٥٦٠	٢٤,٣٦	٠,٠٠٠١

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها واحد (٢٢,٧١٦) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة بين عمل الام ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٢٧١، مما يشير الى علاقة عكسية ضعيفة نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بعدم وجود علاقة بين عمل الام خارج المنزل ومتابعتها للحالة الصحية لأبنائها المحولين لأطباء الاختصاص، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين عمل الام خارج المنزل ومتابعتها للحالة الصحية لابنائها المحولين لأطباء الاختصاص، حيث ان الامهات العاملات يتابعن اطفالهن اكثر من الامهات غير العاملات بدرجة معنوية  $P < 0,000$  فقد تابع ما نسبته ٧٧,٥٠% من الامهات العاملات اطفالهن بالمقارنة مع ما نسبته ٢٢,٥٠% من الامهات



غير العاملات اللواتي تابعن أطفالهن.

تفسير هذه الظاهرة بان الامهات العاملات بشكل عام في السوق الاردني مستوى تعليمهن ثانوي واكثر، وهذا يعني تغيرا في المفاهيم وازدياد الوعي الصحي، وهذا عكس ما اكده الباحث كوفمان في دراسته.

### ٣-٣-٧ الفرضية السابعة:

H07 لا توجد علاقة بين جنس الطفل ومتابعة حالته لدى اطباء الاختصاص من قبل الاهل.

HA7 توجد علاقة بين جنس الطفل ومتابعة حالته لدى اطباء الاختصاص من قبل الاهل.

يبين الجدول رقم (٤٢) ان عدد الذكور (١٨٤) وعدد الاناث (١٢٥) وان ما نسبته ٤٧,٢٨% من الذكور قد توبعوا بالمقارنة مع ما نسبته ٥٢,٧٢% لم يتابعوا، وان ما نسبته ٣٦,٠% من الاناث قد توبعن بالمقارنة مع ما نسبته ٦٤,٠% لم يتابعن. حيث كانت قيمه الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد ٣,٨٧٢ وهي ذات دلالة احصائية ٠,٠٤٩ < P.

كما يبين الجدول رقم (٤٣) ان قيمة الاحصائي أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٣,٩٠) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى ٠,٠٤٩٣ > Pr. ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين الجنس ومتابعة الاهل لتحويل أطفالهم.

## جدول رقم ٤٢

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (الجنس) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدالة

مستوى الدالة	قيمة (K2)	مستوى المتغير المستقل				المتغير التابع
		اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي		
		%	العدد	%	العدد	
٠,٠٠٠	٣,٨٧٢	٣٦,٠٠	٤٥	٤٧,٢٨	٨٧	تابعوا اطفالهم
		٦٤,٠٠	٨٠	٥٢,٧٢	٩٧	لم يتابعوا اطفالهم

## جدول رقم ٤٣

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (الجنس)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q12	Q10	١	٠,٩٣٣	٠,٩٣٣	٣,٩٠	٠,٠٤٩٣

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها واحد (٣,٨٧٢) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.049$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين جنس الطالب ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,١١٢ مما يشير الى علاقه طرديه ضعيفه نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بانه لا توجد علاقة بين جنس الطفل ومتابعة حالته لدى اطباء الاختصاص من قبل الاهل، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقه بين جنس الطفل ومتابعة حالته لدى اطباء الاختصاص من قبل الاهل، حيث إن الذكور يتابعون اكثر من الاناث بدرجة معنوية  $P < 0.049$  فقد تمت متابعة ما نسبته ٤٧,٢٨% من الاناث من قبل الاهل بالمقارنة مع ما نسبته ٣٦,٠٠% من الذكور تمت

متابعتهم من قبل الاهل.

وتفسير ذلك ان هذه العلاقة ما زالت توضح ان مجتمعنا مازال مجتمعاً ذكوريا اي انه مازالت ثقافتنا توجه الاهتمام للذكور بصورة اساسية.

### ٣-٣-٨ الفرضية الثامنة:

توجد علاقة بين اكتظاظ عيادات الاختصاص وصعوبة الحصول على موعد من جهة ومتابعة الاهل لابنائهم المحولين لاطباء الاختصاص من جهة اخرى: لم يفحص الباحث هذه الفرضية لانه بعد ان قام بزيارات ميدانية الى عيادات الاختصاص في جميع المناطق، وجد ان الاكتظاظ موجود في جميع العيادات، وان هذا الاكتظاظ يؤثر على الجميع.

### ٣-٣-٩ الفرضية التاسعة:

HO9 لا توجد علاقة بين بعد عيادات الاختصاص عن مكان السكن ومتابعة حالة الاطفال المحولين من قبل الاهل.  
HA9 توجد علاقة بين بعد عيادات الاختصاص عن مكان سكن العائلة ومتابعة حالة الاطفال من قبل الاهل.

يبين الجدول رقم (٤٤) ان عدد الاسر التي تبعد عن الاختصاصي اقل من خمسة كيلو متر (١٤٣) اسرة، منها ما نسبته ٥٠,٣٥% تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٤٩,٦٥% لم يتابعوا اطفالهم، اما الاسر التي تبعد اكثر من خمسة كيلو متر فقد بلغ عددهم (١٦٦) اسرة، منهم ما نسبته ٣٦,١٤% تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٦٣,٨٦% لم يتابعوا اطفالهم. حيث كانت قيمة الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد (٦,٣٣٥) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < ٠,٠٠٠$

كما يبين الجدول رقم (٤٥) ان قيمة الاحصائي أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (٦,٤٣) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P > F 0.0117$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين صعوبة الوصول الى الاختصاصي ومتابعة الاهل لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين.

## جدول رقم ٤٤

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المسافة بين المنزل وعبادة الاختصاصي) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

مستوى الدلالة	قيمة (K2)	مستوى المتغير المستقل				المتغير التابع
		أكثر من ثانوي		أقل من ثانوي		
		%	العدد	%	العدد	
٠,٠١٢	٦,٣٣٥	٣٦,١٤	٦٠	٥٠,٣٥	٧٢	تابعوا اطفالهم
		٦٣,٨٦	١٠٦	٤٩,٦٥	٧١	لم يتابعوا اطفالهم

## جدول رقم ٤٥

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (المسافة بين المنزل وعبادة الاختصاصي)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q22	Q10	١	٢٥,١٩٠	٢٥,١٩٩	٦,٤٣	٠,٠١١٧

كما ان قيمة الاحصائي كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها خمسة (٩,٥٥٩) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.089$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة بين صعوبة الوصول للاختصاصي ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,١٧٦ مما يشير الى علاقة طردية ضعيفة نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بانه لا توجد علاقة بين بعد عيادات الاختصاص عن مكان السكن ومتابعة حالة الاطفال المحولين من قبل الاهل، وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين بعد عيادات الاختصاص عن مكان سكن العائلة ومتابعة حالة الاطفال من قبل الاهل، حيث ان الاهل الذين يسكنون على بعد اقل من خمسة

كيلومتر من الاختصاصي يتابعون اطفالهم اكثر من الاهل الذين يسكنون على بعد اكثر من خمسة كيلومتر من الاختصاصي بدرجة معنوية  $p > 0,012$ .

فقد تابع ما نسبته ٣٦,١٤٪ من الاهل الذين يسكنون على بعد اكثر من خمسة كيلومتر اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٥٠,٣٥٪ من الاهل الذين يسكنون على بعد اقل من خمسة كيلومتر ويتابعون اطفالهم. وتفسير ذلك ان هذا العامل يرتبط بعامل الدخل، حيث ان المسافة ترتبط بتكاليف اضافية، ووقت اضافي، وبالتالي فان زيادة المسافة تعني زيادة في التكاليف وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

### ٣-٣-١٠ الفرضية العاشرة:

HO10 لا توجد علاقة بين قناعة اهل الطالب لاهمية التحويل للاختصاص من قبل طبيب الصحة المدرسية ومتابعة حالة الطفل من قبل الاهل.  
HA10 توجد علاقة بين قناعة اهل الطالب لاهمية التحويل للاختصاص من قبل طبيب الصحة المدرسية ومتابعة حالة الطفل من قبل الاهل.

يبين الجدول رقم (٤٦) ان عدد المقتنعين (٢٦٢) أسرة، ويمثلون ما نسبته ٨٤,٧٩٪، وان عدد غير المقتنعين (٤٧) اسره، يمثلون ما نسبته ١٥,٢١٪، كما يتبين ان ما نسبته ٤٧,٣٣٪ من المقتنعين قد تابعوا اطفالهم و٥٢,٦٧٪ لم يتابعوا اطفالهم. كما يلاحظ ان ما نسبته ١٧,٠٢٪ من غير المقتنعين قد تابعوا اطفالهم بالمقارنة مع ما نسبته ٨٢,٩٨٪ لم يتابعوا اطفالهم. حيث كانت قيمة الاحصائي (K2) بدرجة حرية مقدارها واحد ١٤,٩٥٩، وهي ذات دلالة احصائية  $P < 0,0001$ .

كما يبين الجدول رقم (٤٨) ان قيمة الاحصائي أنوفا بدرجة حرية مقدارها واحد (١٥,٦٢)، وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $Pr > F 0.0001$ . ومن هنا يتضح ان هنالك علاقة ذات دلالة احصائية بين قناعة الاهل بتحويل اطباء الصحة المدرسية ومتابعتهم لاطفالهم المحولين الى الاختصاصي.

## جدول رقم ٤٦

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (قناعة الاهل بتحويل اطباء الصحة المدرسية) العدد والنسبة وقيمة (K2) ومستوى الدلالة

المتغير التابع	مستوى المتغير المستقل				
	قيمة (K2)	اكثر من ثانوي		اقل من ثانوي	
		%	العدد	%	العدد
تابعوا اطفالهم	١٤,٩٥٩	١٧,٠٢	٨	٤٧,٣٣	١٢٤
لم يتابعوا اطفالهم	٠,٠٠٠	٨٢,٩٨	٣٩	٥٢,٦٧	١٣٨

## جدول رقم ٤٧

المتغير المستقل وعلاقته بالمتغير التابع (قناعة الأهل بتحويل أطباء الصحة المدرسية)

المتغير المستقل	المتغير التابع	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	احتمالية ف
Q9	Q10	١	١٧,٣٦٣	١٧,٣٦٣	١٥,٦٢	٠,٠٠٠١

كما ان قيمة الاحصاء كاي تربيع للفئات الاصلية بدرجة حرية مقدارها ثلاثة (٣٧,٦٨٢) وهي ذات دلالة احصائية على مستوى  $P < 0.000$ ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين قناعة الاهل بجدوى التحويل ومتابعة الاهل، ولمعرفة درجة هذه العلاقة واتجاهها تم حساب معامل الاقتران فاي (Phi Coefficient) لهذين المتغيرين فبلغت قيمته ٠,٣٤٩ مما يشير الى علاقة طردية ضعيفة نسبيا.

رفضت الفرضية القائلة بانه لا توجد علاقة بين قناعة اهل الطالب لاهمية التحويل للاختصاص من قبل طبيب الصحة المدرسية ومتابعة حالة الطفل من قبل الاهل. وقبلت الفرضية القائلة بوجود علاقة بين قناعة اهل الطالب لاهمية التحويل للاختصاص من قبل طبيب الصحة المدرسية ومتابعة حالة الطفل من قبل الاهل.

حيث ان الاهل المقتنعين باهمية التحويل يتابعون اطفالهم اكثر من الاهل غير المقتنعين باهمية التحويل بدرجة معنوية  $P < 0,000$ ، فقد تابع ما نسبته ١٧,٠٢% من الاهل غير المقتنعين او احيانا مقتنعين بالمقارنة مع ما نسبته ٤٧,٣٣% من الاهل المقتنعين وتابعوا. وفي رأي الباحث ان ازدياد الوعي لدى الاهل يؤدي الى تغير في المفاهيم وبالتالي الى توليد قناعات ايجابية بان ما يطلبه الاطباء في الصحة المدرسية ليس له غرض سوى مصلحة ابنائهم، بالاضافة الى ان اجراء التحويل جديد بالنسبة لاولياء الامور، وهو عمل ايجابي يدل على الاهتمام بصحة ابنائهم.

١١-٣-٣ بين الجدول رقم (٤٨) (تحليل الانحدار المتدرج) ان أهم العوامل المؤثرة في عدم متابعة الاهل لأطفالهم المحولين من قبل اطباء الصحة المدرسية حسب اهميتها هي كما يلي: عدد افراد الاسرة، قناعة الاهل بتحويل اطباء الصحة المدرسية، دخل الاسرة الشهري، التأمين الصحي للعائلة، وذلك اعتمادا على قيم ف واحتمالاتها.

### جدول رقم (٤٨)

#### ملخص الانحدار المتدرج للعامل التابع

احتمالية ف	ف	معامل التحديد الكلي	معامل التحديد الجزئي	الرقم	العامل المستقل
٠,٠٠٠١	٦١,٤٥٤٤	٠,١٦٦٨	٠,١٦٦٨	١	١- عدد افراد الاسرة .
٠,٠٠٠١	٣٦,١٠٦١	٠,٢٥٤٧	٠,٠٨٧٩	٢	٢- قناعة الاهل بالتحويل.
٠,٠٠٠١	٢٥,٥٤٤٤	٠,٣١٢٣	٠,٠٥٧٦	٣	٣- دخل الاسرة الشهري.
٠,٠٠٠٣	١٣,٤٢٢٩	٠,٣٤١٤	٠,٠٢٩١	٤	٤- التأمين الصحي.
٠,٠٤٦٨	٣,٩٨٥٧	٠,٣٥٠٠	٠,٠٠٨٦	٥	٥- عمل الام.

الفصل الرابع

# النتائج والتوصيات



## الفصل الرابع النتائج والتوصيات

### ٤-١ نتائج الدراسة

تناولت الدراسة موضوع عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية، وقد توصلت الى النتائج التالية :

٤-١-١ تلعب الحالة المادية للعائلة دورا كبيرا في كثير من الامور الحياتية، وتحدد كثيرا من الاولويات، ولذلك فان دخل العائلة كلما ازداد، كلما ازدادت متابعتها لاطفالها المحولين الى الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية.

٤-١-٢ يعني التعليم تغيرا في المفاهيم وزيادة في الوعي العام، وبالتالي فان الوعي الصحي يزداد تبعا لازدياد المستوى التعليمي، ولذلك نلاحظ ان الاباء والامهات الحاصلين على تعليم ثانوي فأعلى يتابعون اطفالهم المحولين الى الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية اكثر ممن هم دون ذلك تعليما.

٤-١-٣ ان كثرة افراد الاسرة تؤثر سلبيا على اهتمامها بكل منهم، ولذلك فان اهتمام الاسر بمتابعة اطفالها المحولين الى الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية يقل بازدياد هؤلاء الاطفال.

٤-١-٤ للتأمين الصحي دور ايجابي في اهتمام الاسر باطفالها، ولذلك فان رب الاسرة الحاصل على تأمين صحي اكثر اهتماما بمتابعة اطفاله المحولين الى الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية، وذلك لان متابعته لن تكلفه اجورا يدفعها مقابل الخدمات العلاجية التخصصية المقدمة لاطفاله المحولين.

٤-١-٥ ان الامهات العاملات اكثر اهتماما بمتابعة اطفالهن المحولين الى الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية، لانه معنى ان تكون

الام عاملة هو انها حاصلة على تعليم ثانوي فأكثر، اي انها اكثر وعيا صحيا باطفالها، حيث اوجد التعليم هذا الوعي لديها.

٦-١-٤ ان مجتمعنا ما زال مجتمعا ذكوريا، اي ان ثقافتنا ما زالت توجه الاهتمام للذكور بصورة اساسية، ولذلك فان الاطفال الذكور يتابعون صحيا اكثر من الاناث بشكل عام، وبالتالي فان متابعة الاهل لاطفالهم المحولين الى الاطباء الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية تزداد اذا كان الاطفال ذكورا.

٧-١-٤ يؤثر البعد عن عيادة الاختصاصي تأثيرا سلبيا على متابعة الاهل لاطفالهم المحولين الى الاطباء الاختصاصيين من قبل اطباء الصحة المدرسية، لان هذا البعد يعني زيادة التكاليف، كما يعني بذل جهد اكبر في وقت اطول، وهذه كلها تشكل عقبات امام هذه المتابعة، وبالتالي فانها (اي المتابعة) لا تعطى الاهتمام الذي يمكن ان تعطى له لو كانت المسافة قريبة.

٨-١-٤ ان ازدياد الوعي لدى الاهل يؤدي الى تغير في المفاهيم، وبالتالي الى توليد قناعات ايجابية بأن ما يطلبه الاطباء في الصحة المدرسية ليس له غرض سوى مصلحة ابنائهم، والاهل المقتنعون باهمية تحويل اطفالهم يتابعون هؤلاء الاطفال المحولين اكثر من غير المقتنعين.

٩-١-٤ ان من اهم الاسباب المؤثرة على عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين من قبل اطباء الصحة المدرسية، حسب اهميتها هي :

- عدد افراد الاسرة.
- قناعة الاهل بالتحويل.
- دخل الاسرة الشهري.
- التأمين الصحي.

## ٤-٢ التوصيات:

بناء على النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، ومن واقع الاحتكاك المباشر مع المعلمين والمعلمات وأولياء أمور الطلبة والطلبة، يود الباحث ان يورد بعض التوصيات التي يرجو ان تسهم في تحسين متابعة الاهل لاطفالهم المحولين من قبل اطباء الصحة المدرسية الى اطباء الاختصاص، ويأمل الباحث ان تسهم هذه التوصيات في ارساء قواعد ابحاث أخرى جديدة ومتنوعة عن الصحة المدرسية في الاردن، وهذه التوصيات هي:

اولاً: جعل الفحص الطبي الشامل للطلبة المستجدين قبل بداية العام الدراسي

شروطاً مسبقاً لدخول الطلاب للمدرسة، وذلك للفوائد التالية:

- أ- الفحص الطبي الشامل اكثر دقة لتوافر الامكانيات الفنية داخل المركز وعدم وجودها في المدرسة.
- ب- تواجد اولياء امور الطلبة مع اطفالهم اثناء الفحص مما يسهل متابعه حالتهم الصحية اذا كانت هناك ضرورة لذلك.
- ج- يتم تسجيل حالة الطالب على بطاقته الصحية من قبل طبيب المركز، والمعلومات العامة عن الطالب والاسرة من قبل اولياء الامور مباشرة مما يسهل الحصول على معلومات دقيقة وموثوقة بشكل اكبر بكثير مما لو تم ذلك داخل المدرسة.
- د- حصول الطلاب على جميع المطاعيم التي هم بحاجة اليها مما يوفر الوقت والجهد والمال وخوفاً من فساد المطاعيم اثناء نقلها من المركز الى المدرسة وبالعكس.
- هـ- نتائج هذه الفحوصات ستشكل مصدر معلومات اولياء عن الحالة الصحية للمجتمع اذا ما اخذنا بعين الاعتبار ان المعلومات الصحية عن الفئة العمرية (صفر - ٥ سنوات) متوافرة في مراكز الامومة والطفولة، مما يوفر معلومات شاملة تغطي الفئات العمرية حتى ١٨ عاماً، مما يسهل على المخطط الصحي تحديد اولويات الخدمات الصحية الواجب توافرها في المستقبل.

ثانياً : ايجاد عيادات اختصاص خاصة بالطلبة في جميع مناطق المملكة للكشف على الحالات المرضية المحولة ومعالجتها، او تخصيص

- اختصاصيين و اوقات خاصة لهم لمتابعة حالات الطلبة المحولين.
- ثالثا : شمول الطلبة كافة بنظام التأمين الصحي.
- رابعا : ايجاد آليه فعالة لاتصال المدرسة باولياء امور الطلبة تعتمدها المدرسة حسب ظروف البيئه الاجتماعية للمنطقة.
- خامسا : زيادة التفاعل بين الاطباء والهيئات التدريسية واولياء امور الطلبة.
- سادسا : التركيز على رفع مستوى الوعي الصحي عند الاهل بخاصة والمجتمع بعامة وذلك بتوعيتهم بالامور الصحية عن طريق التثقيف الصحي.
- سابعا : تنشيط اللجان الصحية - والتي هي عبارة عن لجنة مكونة من معلم الصحة المدرسية وطالب نشيط ومهتم بالامور الصحية من كل صف، ومن مهامها اعداد برامج صحية تثقيفية بالتنسيق مع المركز الصحي - داخل المدرسة وتهيئتها للمشاركة في اعمال التثقيف الصحي المدرسي ومساهمتها في توعية المجتمع المحلي.
- ثامنا : القيام بدراسة تشمل جميع طلبة المدارس في وزارة التربية والتعليم والقطاع الخاص والمدارس التابعة للقوات المسلحة ووكالة الغوث الدولية لتحديد اسباب عدم متابعة الاهل لاطفالهم المحولين الى الاختصاصيين بشكل اكثر شمولاً على مستوى المملكة.

## المراجع

- ١- منظمة الصحة العالمية، الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، جنيف ١٩٨١، ص ٢-٣٨.
- ٢- الجمعية البريطانية لأطباء المدارس، ترجمة سعد حجازي وآخرون، دليل الصحة المدرسية في المدارس البريطانية، الطبعة الأولى، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان، ١٩٨٤، ص ٥.
- ٣- أمل عواد معروف، أساليب الأمهات في التطبيق الاجتماعي، مؤسسة الرسالة، بيروت ١٩٨٧، ص ١١.
- ٤- وزارة الصحة، التقارير السنوية عن خدمات الصحة المدرسية من عام ١٩٧٥-١٩٩٢
- 5- Willgoode, C., E.: Health Education in the Elementary School, Saunders Company, (1969) pp28.
- ٦- عبد اللطيف احمد نصر، ابناؤنا في رعاية الصحة المدرسية، الدار السعودية للنشر، جدة، ١٩٨٥، ص ٩.
- ٧- فوزي علي جادالله، الصحة العامة والرعاية الصحية، الطبعة الثالثة، دار المعارف، مصر، ١٩٨٢، ص ٣، ٣٦٨-٣٨٢.
- ٨- عثمان السعيد رمضان وآخرون، دليل المدرس في الخدمات الصحية المدرسية، الطبعة الأولى، وزارة التربية والتعليم، قطر، ١٩٨٨، ص ١١.
- ٩- الجريدة الرسمية لحكومة شرقي الاردن، قانون التدريبات الابتدائية المؤقت، العدد ١٢٧، عمان ايار ١٩٢٦م، ص ٢-١١.
- ١٠- الجريدة الرسمية للمملكة الاردنية الهاشمية، قانون المعارف العام رقم ٢٠، العدد ١٢٢٤، عمان، ١٦ نيسان ١٩٥٥م، ص ٣٤٦ - ٣٥٢.
- ١١- الجريدة الرسمية للمملكة الاردنية الهاشمية، قانون التربية والتعليم رقم ١٦، العدد ١٧٦٣، عمان، ٢٦ ايار ١٩٦٤م، ص ٧٢٠ - ٧٣٩.
- ١٢- الجريدة الرسمية للمملكة الاردنية الهاشمية، قانون التربية والتعليم رقم ٣٥، العدد ٣٠٩٤، عمان، ايلول ١٩٨٢م، ص ١١٢٧ - ٢١٤٦.

- ١٣- الجريدة الرسمية للمملكة الاردنية الهاشمية، قانون التربية والتعليم رقم ٢٧، العدد ٣٥٧٦، عمان، ١ تشرين اول ١٩٨٨م، ص ٢٠١٣ - ٢٠٣٨.
- ١٤- وزارة التربية والتعليم، التقرير السنوي لمديرية شؤون الطلبة، عمان، ١٩٩٣، ص ٩.
- ١٥- وزارة الصحة، التقرير السنوي لقسم الصحة المدرسية، عمان، ١٩٩٢-١٩٩٣، ص ٤.
- ١٦- وزارة الصحة بالتعاون مع اليونيسيف، دراسة معوقات الاقبال على خدمات الأمومة والطفولة في الأردن، عمان، ١٩٩١، ص ٢.
- ١٧- المديرية العامة للتخطيط والبحث والتطوير التربوي، وزارة التربية والتعليم/ قسم الاحصاء.
- 18- Kother, R.: Research Methodolgy first edition, Wiley Eastern Limited, New Delphi, 1985.
- 19- Wayne, W., D.: Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, third edition, John Wiley & sons, USA, 1983, pp366-365.
- ٢٠- منظمة الصحة العالمية، تقييم البرامج الصحية، جنيف، ١٩٨١، ص ٧.
- ٢١- وزارة الصحة، مديرية التخطيط الاستراتيجي، التقرير الاحصائي السنوي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، ١٩٩٢.
- ٢٢- وزارة الصحة، تغطية خدمات الرعاية الصحية الاولية في الاردن بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، عمان، ١٩٨٨، ص ٢٣.
- ٢٣- حكمت فريحات وآخرون، مبادئ الصحة المدرسية، مكتبة الشركة الدولية للطباعة والنشر، عمان، ١٩٨٧، ص ٥٥، ٢١٤.
- ٢٤- هشام أبرهاني، دليل المعلم في التوعية الصحية للوقاية من الاعاقة، دمشق ١٩٨٣، ص ٥.
- ٢٥- رضا عبد الرزاق وهيب، العلاقات العامه في المؤسسات الصحيه، الطبعه الأولى، مؤسسه المعاهد الفنيه، بغداد، ١٩٨٥، ص ١٦٥.
- 26- Cauffman, J., Petreson, L., and Emrick, J.: "Medical Care of School Children: Factors Influencing Outcome of Referral from a School Health program". American Journal of Public Health, January 1967, volume 57, pp60-73.

- 27- Freeman, Marker.: National School Health Services Program Evaluation, 1981-1982, Machine Readable Data file Guide to Health Services Records Form, September 1981, Volume 4, No. 3, pp650-683.
- 28- Joseph, P. : "Effectiveness of Follow-up of Health Referrals for School Health Services Under Two Different Administrative Patterns", Journal of School Health, 1969, Volume 39, No. 10, pp1450-1485.
- 29- Howell, K.,A., and Martin, J. E.: An Evaluation Model for School Health Services Journal of School Health, 1978, Volume 48, No. 7, pp (433-442).
- 30- Kaplen, S.,M.: Illness Behavior Among Children: Factor Influencing Children's Use of School Health Services, Disseration Abstrcats International, (1983), Volume (44), PP. 1793 - 2125.
- 31- George, A.,S.: Redefining School Health Services: Comrehensive Child Care as the Framework, Paper Presented at the Annual Meeting of the American School Health Association,(1980).
- 32- Rebot Wood Johnson Foundation.: National School Health Service Program, (1985), Special Report, p (22).
- 33- Denever Public Schools.: Division of Health Services, Fourty sixth Annual Report (1970-1971)
- 34- Brophy, H.: Criteria for Evaluation the School Health Services Program, California State Dept. Of Education Sacramento, (1982), PP. (17-37).

الرقم	المديرية	المدرسة	المركز الصحي
١	مديرية تربية عمان الاولى	١- اسعاف النشاشيبي ٢- الامام الشافعي ٣- نفيسة بنت الحسن ٤- أم عمارة ٥- بنت عدي ٦- الشميساني الغربي	١- جبل الحسين ٢- جبل النزهة ٣- ماركا ٤- المنارة ٥- المركز التدريبي الصحي
٢	مديرية تربية عمان الثانية	٧- نديم الملاح ٨- الامير محمد ٩- خريبة السوق ١٠- وادي عبدون ١١- النهضة ١٢- ضاحية الرشيد	٦- وادي السير ٧- المصدر ٨- خريبة السوق ٩- راس العين
٣	مديرية تربية الضواحي	١٣- سحاب ١٤- الزميلة ١٥- حوض الحمام ١٦- ام منصير ١٧- العدسية ١٨- المنصورة ١٩- الروضة	١٠- مركز سحاب ١١- مركز الزميلة ١٢- مركز ضبعة ١٣- مركز المقابلين ١٤- مركز العدسية ١٥- المنصورة ١٦- الروضة
٤	مديرية تربية مادبا	٢٠- عكاظ ٢١- العالية ٢٢- منشية حسان ٢٣- حسان	١٧- ديبان ١٨- المديرية ١٩- حسان
٥	مديرية تربية الزرقاء	٢٤- الاسكان ٢٥- حي الامير حسن ٢٦- حي الحديقة ٢٧- قدامة بن جعفر ٢٨- عانكة بنت عبد ٢٩- الهاشمية ٣٠- ريمانة بنت زيد ٣١- الرياضز ٣٢- السخنة	٢٠- الزرقاء الجديدة ٢١- الزواهره ٢٢- شبيب ٢٣- الامير طلال ٢٤- الهاشمية ٢٥- الضليل ٢٦- بيرين ٢٧- السخنة



الرقم	المديرية	المدرسة	المركز الصحي
٦	مديرية تربية البلقاء	٣٣- اليرموك الاساسية المختلطة ٣٤- يرقا الاساسية الجديدة الاولى ٣٥- دعم الاساسية المختلطة ٣٦- ابو الشول الاساسية المختلطة	٢٨- المنشية ٢٩- يرقا ٣٠- أم جوزة ٣١- الصيحي
٧	مديرية تربية دير علا	٣٧- الرويحة الاساسية المختلطة	٣٢- دير علا
٨	مديرية تربية الشونة الجنوبية	٣٨- الشونة الاساسية للبنين ٣٩- سويمة الاساسية للبنات	٣٣- الشونة ٣٤- السويمة
٩	مديرية تربية أربد	٤٠- النوار بنت مالك الاساسية الاولى ٤١- الشفاء الاساسية المختلطة ٤٢- جحفة الاساسية للبنين ٤٣- قطبيقات حوارة الاساسية للبنين ٤٤- مدرسة اسعرة الاساسية للبنات ٤٥- الزعترة الاساسية المختلطة ٤٦- مثلث دير السخنة الاساسية المختلطة ٤٧- زينب بنت الرسول الاساسية المختلطة	٣٥- ابن سينا ٣٦- البارحة ٣٧- مجفة ٣٨- حوارة ٣٩- نواعرة ٤٠- صمد ٤١- دير السخنة ٤٢- ايدون
١٠	مديرية تربية الكورة	٤٨- دير ابي سعيد الاساسية المختلطة ٤٩- كفر الماء الاساسية الثانية للبنين ٥٠- جعنين الاساسية للبنات	٤٣- دير ابي سعيد ٤٤- كفر الماء ٤٥- جعنين
١١	مديرية تربية بن كنانة	٥١- ايدر الاساسية للبنات ٥٢- السيلة الاساسية المختلطة	٤٦- الروسان
١٢	مديرية تربية الاغوار الشمالية	٥٣- اليرموك الاساسية للبنين ٥٤- كريمة الاساسية للبنات ٥٥- سليمان الاساسية للبنين	٤٧- الشونة الشمالية ٤٨- كريمة
١٣	مديرية تربية الرمثا	٥٦- عز الدين بن عبد السلام الاساسية ٥٧- الطرة الاساسية للبنين	٤٩- الرمثا ٥٠- الطرة
١٤	مديرية تربية جرش	٥٨- الجبل الاخضر الاساسية المختلطة ٥٩- الرشايدة الاساسية للبنين ٦٠- بنات ثغرة عصفور الاساسية ٦١- الواحد الاساسية المختلطة ٦٢- المجر الاساسية المختلطة	٥١- جرش

المرکز الصحي	المدرسة	المديرية	الرقم
٥٢- عجلون ٥٣- خربة الوهادنة	٦٣- عجلون الاساسية المختلطة ٦٤- صنعاء الاساسية للبنين ٦٥- بنات خربة الوهادنة الاساسية ٦٦- عفنا الاساسية للبنات	مديرية تربية عجلون	١٥
٥٤- الحي الجنوبي ٥٥- ام الجمال ٥٦- حرش ٥٧- الخالدي ٥٨- الباعج ٥٩- الخالدية ٦٠- بلعما	٦٧- الاميرة عالية بنت الحسين الاساسية ٦٨- ام الجمال الاساسية للبنين ٦٩- الحرش الاساسية للبنين ٧٠- المبروكة الاساسية الاولى للبنين ٧١- ام بطفة الاساسية للبنات ٧٢- صوثما الثانوية للبنات ٧٣- نادرة الاساسية للبنات ٧٤- الباعج الاساسية للبنات ٧٥- الخالدية الثانوية المختلطة ٧٦- البستان الاساسية المختلطة الجديدة	مديرية تربية المفرق	١٦
٦١- الكرك ٦٢- غور المزرة ٦٣- بنات قيفا ٦٤- العراق	٧٧- الصافي الاساسية المختلطة ٧٨- المزرة الاساسية للبنين ٧٩- بنات قيفا الاساسية المختلطة ٨٠- العراف الاساسية المختلطة	مديرية تربية الكرك	١٧
٦٥- المزار ٦٦- مؤاب	٨١- المزار الاساسية المختلطة الاولى ٨٢- بنات الحسينية الاساسية المختلطة	مديرية تربية المزار الجنوبي	١٨
٦٧- القصر ٦٨- حرقا	٨٣- بنات القصر الاساسية المختلطة ٨٤- بنات مرفا الاساسية المختلطة	مديرية تربية لواء القصر	١٩
٦٩- الطفيلة ٧٠- غرندال ٧١- العين	٨٥- صفية بنت عبد المطلب الثانوية ٨٦- غرندال الاساسية المختلطة ٨٧- الحارث بن عمير الاساسية المختلطة	مديرية تربية الطفيلة	٢٠
٧٢- معان ٧٣- الشوبك ٧٤- الطيبة ٧٥- وادي موسى	٨٨- بنات مسيبة المازنية الاساسية ٨٩- ذكور بئر فرار الجديدة ٩٠- بنات الراجف الاساسية ٩١- بنات حي النوافلة الاساسية	مديرية تربية معان	٢١
٧٦- العقبة ٧٧- الدية	٩٢- العقبة الاساسية المختلطة ٩٣- الدية الثانوية للبنات		٢٢

ضع اشارة (✓) في المربع المناسب:

١. صلة القرابة بين معيني الاستبيان والطالب، الطالبة:

١. والده
٢. والدته
٣. غير ذلك اكتب

٢. عمر معيني الاستبيان

١. اقل من ٢٠ سنة.
٢. ٢١ - ٣٠ سنة.
٣. ٣١ - ٤٠ سنة.
٤. ٤١ - ٥٠ سنة.
٥. أكثر من ٥٠ سنة.

٣. ما رأيكم بمدى اهتمام المدرسة بصحة أبنائكم؟

١. ممتازة
٢. جيدة جدا
٣. جيدة
٤. متوسطة
٥. مقبولة
٦. ضعيفة
٧. لا يوجد أي اهتمام

٤. ما رأيكم بخدمات الصحة المدرسية؟

١. ممتازة
٢. جيدة جدا
٣. جيدة
٤. متوسطة
٥. مقبولة
٦. ضعيفة
٧. لا يوجد أي اهتمام

٥. هل تتابع تحصيل ابنكم الدراسي؟

١. دائما
٢. غالبا
٣. احيانا
٤. لا اتابع

٦. متى كانت لك آخر زيارة للمدرسة؟

١١١


١. شهر أو أقل
٢. قبل شهرين.
٣. قبل ٦ أشهر.
٤. لم أزرها.

٧. متى تم الاتصال بك من قبل المدرسة آخر مره؟


١. شهر أو أقل.
٢. قبل شهرين.
٣. قبل ٦ أشهر.
٤. قبل سنة.
٥. لم تتصل نهائيا.

٨. هل يتم ابلاغكم من قبل المدرسة بارشادات طبيب الصحة المدرسية بضرورة مراجعة الأخصائي او المركز الصحي بخصوص ابنكم أو ابنتكم.

\* ملاحظة: الرجاء سؤال جميع أفراد العائلة \*


١. دائما
٢. غالبا
٣. احيانا
٤. لا اتابع

٩- هل انت مقتنع بأهمية وصحة تحويل طفلكم الى الاخصائي من قبل طبيب الصحة المدرسية؟


١. دائما
٢. غالبا
٣. أحيانا
٤. غير مقتنع

١٠. هل قمتم (أو أي شخص من أفراد العائلة) بمراجعة الاخصائي او المركز الصحي مع ابنكم أو ابنتكم؟


١. نعم
٢. لا

ملاحظة: في حالة الاجابة (بنعم) نرجو تعبئة ما تبقى من الاستبيان ما عدا السؤال رقم " ١١ "

١١. ما هي الاسباب التي دعتكم لعدم مراجعة الأخصائي أو المركز الصحي؟

١. أسباب ماليه.
٢. صعوبة الوصول للأخصائي أو المركز الصحي (بعد المركز أو عدم توفر موصلات)
٣. صعوبة الحصول على موعد قريب لرؤية الاخصائي.
٤. عدم وجود فائدة من مراجعة الاخصائي.
٥. أسباب أخرى الرجاء ذكرها.

١٢. جنس الطالب

١. ذكر
٢. انثى

١٣. عدد الاخوة والاخوات.

١. ذكور
٢. اناث

١٤. ترتيب الطالب او الطالبة بين الاخوة والاخوات

١. الاول
٢. الثاني
٣. الثالث
٤. الرابع
٥. الخامس
٦. السادس
٧. السابع
٨. الثامن
٩. التاسع
١٠. العاشر

١٥. المستوى التعليمي للوالد.

١. أمي
٢. يقرأ ويكتب
٣. ابتدائي
٤. اعدادي
٥. ثانوي
٦. اكثر من ثانوي

## ١٦. المستوى التعليمي للوالده

١. اميه  
٢. تقرأ وتكتب  
٣. ابتدائي  
٤. اعدادي  
٥. ثانوي  
٦. اكثر من ثانوي

## ١٧. نوع عمل الوالد

١. موظف حكومي.  
٢. عسكري  
٣. يعمل لحسابه الخاص  
٤. مستخدم من قبل الغير " شركة خاصة "  
٥. عاطل عن العمل.  
٦. غير ذلك اذكر.

## ١٨. هل تعمل الام " خلاف الاعمال المنزلية " ؟

١. نعم  
٢. لا  
اذا كان الجواب نعم.  
ا) هل تتقاضى اجرا؟  
١. نعم  
٢. لا  
ب) ما نوع العمل؟  
١. جزئي  
٢. كامل  
ج) مكان العمل  
١. داخل المنزل.  
٢. خارج المنزل.

١٩. التأمين الصحي للعائلة عن طريق:

١. وزارة الصحة.
٢. القوات المسلحة.
٣. وكالة الغوث.
٤. مؤسسات أخرى.
٥. غير مؤمن صحياً.

٢٠. دخل الاسرة الشهري " من جميع المصادر:

١. أقل من خمسين دينار
٢. ٥٠ الى أقل من ١٠٠ دينار
٣. ١٠٠ الى أقل من ١٥٠ دينار
٤. ١٥٠ الى أقل من ٢٠٠ دينار.
٥. ٢٠٠ الى أقل من ٢٥٠ دينار.
٦. ٢٥٠ الى أقل من ٣٠٠ دينار.
٧. ٣٠٠ فأكثر.

٢١. عدد أفراد الاسره الذين يتم اعالتهم من هذا الدخل؟

٢٢. المسافة بين منزلكم والأخصائي.

١. لا أعرف.
٢. أقل من كيلومتر.
٣. ١ - ٢ كيلو متر.
٤. ٢ - ٥ كيلو متر.
٥. ٥ - ١٠ كيلو متر.
٦. أكثر من ١٠ كيلو متر.

٢٣. اذا أردتم الذهاب للأخصائي فكيف تصلون اليه؟

١. مشياً على الأقدام.
٢. بواسطة نقل عام ( باص، سرفيس، تكسي)
٣. سيارة خاصة.
٤. أخرى

٢٤. كم من الوقت تحتاجون للوصول الى الاخصائي

١. لا أعرف.
٢. اقل من ١٥ دقيقة (ربع ساعة).
٣. من ١٥ - ٣٠ دقيقة (من ربع الى نصف ساعة).
٤. ٣٠ - ٦٠ دقيقة (من نصف ساعة الى ساعة).
٥. أكثر من ٦٠ دقيقة (أكثر من ساعة).

٢٥. عدد مرات زيارة الأخصائي في حال تمت مراجعة الاخصائي:

١. زيارة واحدة
٢. زيارتان
٣. ثلاث زيارات
٤. أكثر من ذلك



ملحق رقم (٤)

Q10 Q20

TABLE OF Q10 BY Q20

The SAS System

14:34 Monday, April 16, 1994 8

Frequency Percent Row Pct Col Pct	1:	2:	3:	4:	5:	6:	7:	Total
1	6	23	35	25	11	13	18	132
	1.94	7.44	11.33	8.09	3.88	4.21	5.83	42.72
	4.55	17.42	26.52	18.94	9.09	9.85	13.64	
	17.35	33.82	31.25	60.98	85.71	65.00	78.26	
2	25	45	77	16	2	7	9	177
	8.09	14.56	24.92	5.18	0.65	2.27	1.62	57.28
	14.12	25.42	43.50	9.04	1.13	3.95	2.82	
	80.65	66.18	58.75	39.02	14.29	35.00	21.74	
Total	31	68	112	41	14	20	23	309
	10.03	22.01	36.25	13.27	4.53	6.47	7.44	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q20

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square			
Likelihood Ratio Chi-Square	6	47.227	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	6	48.865	0.000
Phi Coefficient	1	37.294	0.000
Contingency Coefficient		0.391	
Cramer's V		0.364	
		0.391	

Sample Size = 309

The SAS System

14:34 Monday, April 18, 1994

TABLE OF Q10 BY Q15

Frequency Percent Row Pct Col Pct	1	2	3	4	5	6	Total
1	12	8	10	19	37	46	132
	3.98	2.59	3.24	6.15	11.97	14.89	42.72
	9.09	6.06	7.58	14.39	28.03	34.85	
	27.27	20.00	17.86	35.85	50.00	69.70	
2	32	8	46	34	37	30	177
	10.36	2.59	14.89	11.00	11.97	6.47	57.28
	18.08	4.52	25.99	19.21	20.90	11.30	
	72.73	80.00	82.14	64.15	50.00	50.30	
Total	44	16	56	53	74	66	309
	14.24	5.18	18.12	17.15	23.95	21.36	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q15

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square			
Likelihood Ratio Chi-Square	5	41.038	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	5	42.765	0.000
Phi Coefficient	1	25.424	0.000
Contingency Coefficient		0.364	
Cramer's V		0.364	

Sample Size = 309

TABLE OF Q10 BY Q16

Frequency:	Percent	Row Pct	Col Pct	1	2	Total
1	6.80	1.29	7.77	24	19	43
2	15.91	3.03	18.18	14.39	21.21	35.60
Total	23.53	26.67	59.54	38.94	71.79	109.23
1	21	4	24	19	28	47
2	69	11	37	33	11	80
Total	90	15	61	52	39	91

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q16

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	5	44.908	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	5	45.965	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	35.295	0.000
Phi Coefficient		0.381	
Contingency Coefficient		0.356	
Cramer's V		0.381	

Sample Size = 309

The SAS System

14:34 Monday, April 18, 1994 9

TABLE OF Q10 BY Q21

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Q10	Q21	51	61	71	81	91	101	111	Total
1	17	30	5.50	9.71	4.39	5.18	11	11	8	132
	12.88	22.73	21.97	12.12	8.33	8.33	6.06	2.59	42.72	
	94.44	78.95	65.91	50.00	20.00	22.45	25.81			
2	1	8	0.32	2.59	4.85	5.18	14.24	12.30	7.44	177
	0.56	4.32	3.47	9.04	24.86	21.47	12.99		57.28	
	5.56	21.05	34.07	50.00	80.00	77.55	74.19			
Total	18	38	5.83	12.30	14.24	10.36	17.80	15.85	31	309
	(Continued)									100.00

TABLE OF Q10 BY Q21

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Q10	Q21	121	131	141	161	181	191	Total
1	5	2	1.62	0.65	0.32	0.32	0.32	0	132
	3.79	1.52	0.76	0.76	0.76	0.76	0.00		42.72
	29.41	12.50	20.00	50.00	100.00	0.00			
2	12	14	3.86	4.53	1.29	0.32	0	1	177
	6.78	7.91	2.26	0.56	0.00	0.32			57.28
	70.59	87.50	80.00	50.00	0.00	100.00			
Total	17	16	5.50	5.18	1.62	0.65	0.32	1	309
									100.00

The SAS System

14:34 Monday, April 18, 1994 10

STATISTICS FOR TABLE OF 010 BY 021

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	12	84.265	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	12	91.059	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	51.371	0.000
Phi Coefficient		0.522	
Contingency Coefficient		0.463	
Cramer's V		0.522	

Sample Size = 309

WARNING: 31% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

14:34 Monday, April 18, 1994

The SAS System

TABLE OF Q10 BY Q19

Q10 Q19

Frequency Percent Row Pct Col Pct	1	2	3	4	5	Total
1	51	41	2	6	32	132
	16.50	13.27	0.65	1.94	10.56	42.72
	38.64	31.06	1.52	4.85	24.24	92
	64.56	49.40	100.00	28.57	25.81	177
2	28	42	0	15	92	177
	9.06	13.59	0.00	4.85	29.77	57.28
	15.82	23.73	0.00	8.47	51.98	124
	35.44	50.60	0.00	71.43	74.19	309
Total	79	83	2	21	124	309
	25.57	26.86	0.65	6.80	40.13	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q19

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square			
Likelihood Ratio Chi-Square	4	35.804	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	4	37.274	0.000
Phi Coefficient	1	32.189	0.000
Contingency Coefficient		0.340	
Cramer's V		0.322	
		0.340	

Sample Size = 309

TABLE OF Q10 BY Q18A1

Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct	Total
31	10.03	25.48	77.50	132
101	32.69	76.52	37.55	42.72
168	54.37	94.92	62.45	177
269	87.06	100.00	309	100.00
40	12.94			

*Handwritten notes:*  $\chi^2$  (above table),  $\chi^2$  (above 101),  $\chi^2$  (above 168),  $\chi^2$  (above 269),  $\chi^2$  (above 40)

The SAS System

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q18A1

Statistic	DF	Value	PrOb
Chi-Square	1	22.716	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	23.087	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	21.113	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	22.643	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			1.000
			(Right)
			1.90E-06
			2.12E-06
Phi Coefficient		0.271	
Contingency Coefficient		0.262	
Cramer's V		0.271	

The SAS System

14:56 Saturday, APR11 16, 1994 35

TABLE OF Q10 BY Q12

	Q10	Q12	Total
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	1	2	Total
1	87	45	132
	28.16	14.56	42.72
	65.91	34.09	
	47.28	36.00	
2	97	80	177
	31.39	25.89	57.28
	54.80	45.20	
	52.72	64.00	
Total	184	125	309
	59.55	40.45	100.00

Q10,

The SAS System

14:56 Saturday, APR11 16, 1994 36

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q12

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	3.672	0.049
Likelihood Ratio Chi-Square	1	3.899	0.048
Continuity Adj. Chi-Square	1	3.425	0.064
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.860	0.049
Fisher's Exact Test (Left)			0.982
(Right)			0.032
(2-Tail)			0.061
Phi Coefficient		0.112	
Contingency Coefficient		0.111	
Cramer's V		0.112	



TABLE OF 010 BY 022

Frequency Percent Row Pct Col Pct	1	2	3	4	5	6	Total
1	14 4.53 10.61 46.67	17 5.50 12.88 58.62	27 8.74 20.48 50.94	14 4.53 10.61 45.16	13 4.21 9.85 48.15	47 15.21 35.61 33.81	132 42.72
2	16 5.18 9.04 53.33	12 3.88 6.78 41.38	26 8.41 14.69 49.06	17 5.50 9.60 54.84	14 4.53 7.91 51.85	92 29.77 51.98 66.19	177 57.28
Total	30 9.71	29 9.39	53 17.15	31 10.03	27 8.74	139 44.98	309 100.00

The SAS System

14:34 Monday, April 18, 1994 11

STATISTICS FOR TABLE OF 010 BY 022

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	5	9.559	0.089
Likelihood Ratio Chi-Square	5	9.604	0.087
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	6.745	0.009
Phi Coefficient		0.176	
Contingency Coefficient		0.173	
Cramer's V		0.176	

Sample Size = 309

The SAS System

TABLE OF Q10 BY Q9

14:34 Monday, April 18, 1994 1

Q10	Q9	1	2	3	4	Total
Frequency:						
Percent						
Row Pct						
Col Pct						
1	90	28	6	8	132	
	29.15	9.06	1.94	2.57	42.72	
	66.18	21.21	4.55	6.06		
	54.88	50.00	14.29	17.02		
2	74	28	36	37	177	
	23.95	9.06	11.65	12.62	57.28	
	41.81	15.82	20.34	22.03		
	45.12	50.00	85.71	82.98		
Total	164	56	42	47	309	
	53.07	18.12	13.59	15.21	100.00	

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q9

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	3	37.682	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	3	41.032	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	32.678	0.000
Phi Coefficient		0.349	
Contingency Coefficient		0.330	
Cramer's V		0.349	

Sample Size = 309

10:36 Saturday, April 1 23, 1994 10

The SAS System  
TABLE OF Q10 BY Q20

	Q10	Q20	Total
Frequency:			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	1	5	Total
1	64	68	132
	20.71	22.01	42.72
	48.48	51.52	
	30.33	69.39	
2	147	30	177
	47.57	9.71	57.28
	83.05	16.95	
	69.67	30.61	
Total	211	98	309
	68.28	31.72	100.00

ملحق رقم (٤)

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q20

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square			
Likelihood Ratio Chi-Square	1	41.715	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	42.100	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	40.134	0.000
Fisher's Exact Test (Left)	1	41.580	0.000
			1.00E-10
			1.000
Phi Coefficient		-0.367	
			1.40E-10
Contingency Coefficient		0.345	
Cramer's V		-0.367	

Sample Size = 309

The SAS System 10:27 Saturday, April 1 23, 1994 32

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q20

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	73.60571654	73.60571654	33.72	0.0001
Error	307	670.16127375	2.18293575		
Corrected Total	308	743.76699029			
		R-Square	C.V.	Root MSE	Q20 Mean
		0.098963		1.47747614	1.73786408
		85.01678			
Source	DF	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	73.60571654	73.60571654	33.72	0.0001

The SAS System

10:27 Saturday, April 13, 1994 6

TABLE OF Q10 BY Q15

	Q10	Q15	Total
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	1	5	Total
1	49	83	132
	15.86	26.86	42.72
	37.12	62.88	
	28.99	59.29	
2	120	57	177
	38.83	18.45	57.28
	67.80	32.20	
	71.01	40.71	
Total	169	140	309
	54.69	45.31	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q15

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	28.713	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	29.054	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	27.488	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	28.620	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			6.78E-08
(Right)			1.000
(2-Tail)			9.31E-08
Phi Coefficient		-0.305	
Contingency Coefficient		0.292	
Cramer's V		-0.305	

Sample Size = 309

Y11

The SAS System

10:27 Saturday, April 13, 1994 27

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q15

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	113.83848689	113.83848689	31.45	0.0001
Error	307	1111.27478172	3.61978756		
Corrected Total	308	1225.11326861			
		R-Square	Q15 Mean		
		0.092921	2.81229773		
		C.V.	Q15 Mean		
		67.65194	2.81229773		
		Root MSE	Q15 Mean		
		1.90257393	2.81229773		
Source	DF	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	113.83848689	113.83848689	31.45	0.0001

The SAS System

10:27 Saturday, April 13, 1994 7

TABLE OF Q10 BY Q16

Q10	Q16	Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct	Total
1	1	68	22.01	20.71	51	132
	2	51.52	48.48	70.33	51	103
	Total	119.52	70.33	70.33	103	222
2	1	150	48.54	8.74	51	177
	2	84.75	15.25	29.67	51	136
	Total	234.75	70.55	70.55	103	313
Total		218	70.55	29.45	100.00	309

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q16

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	40.187	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	40.528	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	38.603	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	40.057	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			2.25E-10
(Right)			1.000
(2-Tail)			3.01E-10
Phi Coefficient		-0.361	
Contingency Coefficient		0.539	
Cramer's V		-0.361	

Sample Size = 309

The SAS System

10:27 Saturday, April 11 23, 1994 28

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q16

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	133.59350956	133.59350956	45.90	0.0001
Error	307	893.61684643	2.91080406		
Corrected Total	308	1027.21035599			

R-Square 0.130055  
 C.V. 78.33393  
 Root MSE 1.70610787  
 Q16 Mean 2.17799355

Source	DF	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	133.59350956	133.59350956	45.90	0.0001



10:27 Saturday, April 11 23, 1994 12

The SAS System  
TABLE OF Q10 BY Q21

Q10	Q21		Total
Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct
1	76	56	132
	24.60	18.12	42.72
	57.58	42.42	
	76.00	26.79	
2	24	153	177
	7.77	49.51	57.28
	13.56	86.44	
	24.00	73.21	
Total	100	209	309
	32.36	67.64	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q21

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	66.925	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	68.630	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	64.929	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	66.709	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			1.000
(Right)			1.78E-16
(2-Tail)			2.03E-16
Phi Coefficient		0.465	
Contingency Coefficient		0.422	
Cramer's V		0.465	

Sample Size = 709

The SAS System 13:18 Monday, April 25, 1994 3

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variables: Q21

Source	Df	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	717.81832144	717.81832144	84.87	0.0001
Error	307	2596.42116076	8.45739792		
Corrected Total	308	3314.23948220			
		R-Square		Q21 Mean	
		0.216586		5.73462783	
		C.V.			
		50.71228			
		Root MSE			
		2.90816057			
Source	Df	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	717.81832144	717.81832144	84.87	0.0001

The SAS System

10:27 Saturday, April 23, 1994 10

TABLE OF Q10 BY Q19

	Q10	Q19	
Frequency:			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	1	5	Total
1	100	32	132
	32.36	10.36	42.72
	75.76	24.24	
	54.05	25.81	
2	85	92	177
	27.51	29.77	57.28
	48.02	51.98	
	45.95	74.19	
Total	185	124	309
	59.87	40.13	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q19

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	24.208	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	24.928	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	25.068	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	24.130	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			1.000
(Right)			5.64E-07
(2-Tail)			7.69E-07
Phi Coefficient		0.280	
Contingency Coefficient		0.270	
Cramer's V		0.280	

Sample Size = 309

The SAS System  
TABLE OF Q10 BY Q18A1

Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct	1	2	Total
1	31	10.03	77.50	101	37.55	132
2	23.48	7.41	54.37	76.52	27.28	90
Total	40	12.94	87.06	269	100.00	309

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q18A1

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	22.716	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	23.087	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	21.113	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	22.643	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			1.000
(Right)			1.90E-06
(2-Tail)			2.12E-06
Phi Coefficient		0.271	
Contingency Coefficient		0.262	
Cramer's V		0.271	

Sample Size = 309

The SAS System

10:27 Saturday, April 23, 1994 30

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q18A1

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	2.55993662	2.55993662	24.36	0.0001
Error	307	32.26206985	0.10508918		
Corrected Total	308	34.82200647			
		R-Square		Q18A1 Mean	
		0.073515		1.87055016	
		C.V.			
		17.33036			
		Root MSE			
		0.32417306			
Source	DF	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	2.55993662	2.55993662	24.36	0.0001

The SAS System

10:27 Saturday, April 13, 1974 25

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q12

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	0.93275814	0.93275814	3.90	0.0493
Error	307	73.50089882	0.23941661		
Corrected Total	308	74.43365696			
		R-Square		Q12 Mean	
		C.V.		1.40453074	
		0.012531			
		34.83741			
		0.48930216			
Source	DF	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	0.93275814	0.93275814	3.90	0.0493

The SAS System  
TABLE OF Q10 BY Q12

Q10	Q12	Total
1	87	132
2	97	177
Total	184	309
Frequency:		
Percent		
Row Pct		
Col Pct		
1	1	2
2	1	2
1	87	45
2	28.16	14.56
1	65.91	34.09
2	47.28	36.00
1	31.39	25.89
2	54.80	45.20
1	52.72	64.00
1	184	125
2	59.55	40.45
1	100.00	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q12

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	3.872	0.049
Likelihood Ratio Chi-Square	1	3.899	0.048
Continuity Adj. Chi-Square	1	3.425	0.064
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.860	0.049
Fisher's Exact Test (Left)			0.982
(Right)			0.032
(2-Tail)			0.061
Phi Coefficient		0.112	
Contingency Coefficient		0.111	
Cramer's V		0.112	

Sample Size = 309

The SAS System

TABLE OF Q10 BY Q22

Q10	Q22	Total
1	72	60
1	23.30	19.42
1	54.55	45.45
1	50.35	36.14
2	71	106
2	22.98	34.30
2	40.11	59.89
2	49.65	63.86
Total	143	166
	46.28	53.72
		100.00

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q22

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	6.335	0.012
Likelihood Ratio Chi-Square	1	6.346	0.012
Continuity Adj. Chi-Square	1	5.768	0.016
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	6.314	0.012
Fisher's Exact Test (Left)			0.996
(Right)			8.13E-03
(2-Tail)			0.015
Phi Coefficient		0.143	
Contingency Coefficient		0.142	
Cramer's V		0.143	

Sample Size = 309



The SAS System

10:27 Saturday, APR 11 23, 1994 33

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q22

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	25.19935574	25.19935574	6.43	0.0117
Error	307	1203.95274782	3.92167019		
Corrected Total	308	1229.15210356			
		R-Square	Q22 Mean		
		0.020501	3.14886731		
		C.V.			
		62.88994			
		Root MSE			
		1.98032073			
Source	DF	Anova SS	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	25.19935574	25.19935574	6.43	0.0117

The SAS System

10:36 Saturday, April 13, 1994 3

TABLE OF Q10 BY Q9

Q10	Q9	Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct	Total
1	1	118	14	4.53	15.73	132
	2	38.19	4.53	10.61	51.13	42.72
	Total	89.39	10.61	15.73	100.00	132
2	1	102	75	24.27	13.83	177
	2	33.01	24.27	42.37	46.36	57.28
	Total	57.63	42.37	84.27	100.00	177
Total		220	89	59	100.00	309

STATISTICS FOR TABLE OF Q10 BY Q9

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	37.208	0.000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	40.508	0.000
Continuity Adj. Chi-Square	1	35.675	0.000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	37.088	0.000
Fisher's Exact Test (Left)			1.000
(Right)			2.57E-10
(2-Tail)			4.76E-10
Phi Coefficient		0.347	
Contingency Coefficient		0.328	
Cramer's V		0.347	

Sample Size = 309

The SAS System 10:27 Saturday, April 23, 1994 24

Analysis of Variance Procedure

Dependent Variable: Q9

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	1	17.36281359	17.36281359	15.62	0.0001
Error	307	341.29738059	1.11171785		
Corrected Total	308	358.66019417			
		R-Square		Q9 Mean	
		C.V.		1.45631068	
		Root MSE			
		1.05438032			
		72.40078			
		0.048410			
		Anova SS			
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Q10	1	17.36281359	17.36281359	15.62	0.0001

All variables left in the model are significant at the 0.1500 level.  
 No other variable met the 0.1500 significance level for entry into the model.

ملحق رقم (٥)

Summary of Stepwise Procedure for Dependent Variable Q10

Step	Variable Entered	Variable Removed	Number In	Partial R**2	Model R**2	C(p)	F	Prob>F
1	Q21		1	0.1668	0.1668	82.0612	61.4544	0.0001
2	Q9		2	0.0879	0.2547	43.2105	36.1061	0.0001
3	Q20		3	0.0576	0.3123	18.4554	25.5444	0.0001
4	Q19		4	0.0291	0.3414	6.9465	13.4229	0.0003
5	Q18A1		5	0.0086	0.3500	4.9743	3.9857	0.0468

## ABSTRACT

Failure of Parents to Follow up the Medical Cases of their Children:  
Field Study for Students in the First elementary Classes in the Government  
School

By

Fakhri Tu'meh Musa Al-Smiarar

Supervised by

Dr. Farid Nseirat

The aim of this study is to find out the reasons why parents don't follow up the health condition of their children who had been transferred to specialist, in to the health centeres or hospitals.

The statistics from the school health department which follows the ministry of health show, that 70.4% of the student have no follow up from their parents after transferring them to a specialist by the school health doctors.

This study includes the students of the first elementary grade in public schools examined and transferred, in the academic year (1992-1993) in Jordan and whose names are registered officially in the school health doctors records in the health centers.

The size of the study includes 5% specimen from the government schools distributed all over the educational directorates in Jordan. To pick out the sample I have used the tables of random numbers. After we have found the schools and the health centers that offer them there services, parents were contacted and the questionnaire which was formulated by the researcher was distributed among them.

٤٤٥٢٢٨

The study concluded that the most important reasons why children were not followed by their parents were: the number of family members, the content of the parents in the transferring of the health school doctors, the monthly family income, the family health insurance.

Parents with over 150 J.D income per month, follow up their children better than parents' income is below 150 J.D per month with a significant degree  $P < 0.000$ , fathers with a secondary and more education, follow up their children better than fathers with less-education with a significant degree  $P < 0.000$ .

Mothers with a secondary and more education, follow up their children better than mothers with less-education, with significant degree  $P < 0.000$ , parents with a family of seven or less, follow up their children better those with more than seven, with a significant degree  $p < 0.000$ .

Parents with health insurance, follow up their children better than parents without health insurance with significant degree  $P < 0.000$ , non-working mothers follow up their children better than working mothers with a significant degree  $P < 0.000$ .

Males follow up better than females with a significant degree  $P < 0.049$ , parents living in an area less than five kilometers from the specialist doctor, follow up their children better than parents living in an area exceeding the five kilometers, with a significant degree  $P < 0.012$ , and parents convinced with the transfer of their children follow up their children better than unconvinced parents with a significant degree  $P > 0.000$ .

The researcher recommends that the comprehensive medical examination is a must for all new students before the start of a new academic year, private special students clinics must be found in all parts of the kingdom to detect and treat all the sick cases transferred, or specify specialist doctors and private times for them to pursue the transferred students, all students must be included in an insurance system.

Find effective ways for the school body to contact the parents according to the social environment of each area, increase the interaction between doctors education bodies and parents.

Increase the level of the health education received, especially in parents and the community by enlightening them on health matters through health education, health committees inside the schools must be activated and prepared to participate in school health education and contribute to enlighten the local community.

Launch a study that includes all sectors in the government and private schools to determine the real reasons of why parents do not follow up their children's health who are transferred to specialists on a more comprehensive method throughout the kingdom.