وعي الأمهات بتغذية أطفالهن المصابين بفقر الدم المنجلي والبيتاثلاسيميا في مدينة جدة

ابتهاج عبيد يحيى الناصري[١]

قسم الغذاء و التغذية، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية.

مارية طالب سالم الزهراني[٢]

جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

المجلة العلمية المحكمة لدراسات وبحوث التربية النوعية

المجلد الثانى– العدد الثانى– مسلسل العدد (٤)– يوليو ٢٠١٦

رقم الإيداع بدار الكتب ٢٤٢٧٤ لسنة ٢٠١٦

ISSN-Print: 2356-8690 ISSN-Online: 2356-8690

موقع المجلة عبر بنك المعرفة المصري https://jsezu.journals.ekb.eg

البريد الإلكتروني للمجلة E-mail JSROSE@foe.zu.edu.eg

وعي الأمهات بتغذية أطفالهن المصابين بفقر الدم المنجلي والبيتاثلاسيميا في مدينة جدة

ابتهاج عبيد يحيى الناصري[١] و مارية طالب سالم الزهراني[٢]

١- قسم الغذاء و التغذية، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية.

٢- جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

الملخص:

أجري البحث بهدف قياس وعي الأمهات بتغذية أطفالهن المصابين بفقر الدم المنجلي والبيتاثلاسيميا في مدينة جدة، وقد تم تصميم الاستمارة واشتملت على (٤) محاور وهي البيانات العامة للأم، والوعي الغذائي للأم وممارسات واتجاهات الأم في تغذية الطفل المصاب الاتجاهات الغذائية العامة للام، حيث تم توزيع الاستمارات على (١٠٠) عينة من المترددات على مستشفى الولادة والأطفال في محافظة جدة. وأظهرت النتائج ارتفاع نسبة التعليم المنخفض (٧٦٪) وأن أغلب العينة أصولهن العرقية من الجزيرة العربية (٩٣٪) وأكثر من النصف من محدودي الدخل او من الدخل المنخفض، مع ارتفاع ملحوظ في صلة القرابة القوية بين الأم والأب بنسبة (٧٣٪) وتأكد وجود العديد من الممارسات الغذائية الجيدة، مع أن (٨٠٪) من عينة البحث تعاني من انخفاض في الوعي الغذائي واظهر التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين ارتفاع الوعي الغذائي والمستوى التعليمي للعينة. كما تأكد وجود علاقة ارتباطيه دالة ايجابية إحصائيا بين المستوى الاقتصادي لعينة البحث واتجاهها نحو تغذية طفلها المصاب. وهذا يؤكد أن الاتجاه الايجابي للغذاء يرتبط بالمستوى الاقتصادي ، وخلصت الدراسة إلى وجوب إجراء المزيد من برامج التوعية الغذائية من جميع الجهات ذات العلاقة وبكل الوسائل الممكنة.

الكلمات المفتاحية: فقر الدم المنجلي، البيتاثلاسيميا، قياس وعي.

المقدمة والمشكلة البحثية:

تعد الثلاسيميا وفقر الدم المنجلي من أكثر أمراض الدم الوراثية انتشارا في العالم بشكل عام وفي المملكة العربية السعودية بشكل خاص حيث الأعراف الاجتماعية التي تفرض الزواج من

الأقارب (القبلان، ٢٠٠٤ والحواسي ، ٢٠٠٤). وأكدت الدراسات المنشورة وجود البيتا ثلاسيميا الكبرى والمتوسطة في جميع أنحاء المملكة العربية السعودية وإمكانية تداخلها مع فقر الدم المنجلي (الثبيتي، ٢٠٠٣ و2000 ,Al-Awamy). وتشير إحصائيات مستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الملك عبد العزيز بمدينة جدة أن ٤٥٪ من الأقارب يصرون على زواج الاقارب رغم النتائج الايجابية في حمل الطرفين للجينات المتوارثة. فيما يقتنع ٥٥٪ من الأقارب بقرار العيادة الاستشارية، أما غير الأقارب فان ٨٠٪ يقتنعون بالنتيجة فيما يصر ٢٠٪ منهم على مواصلة الزواج إذا كانت فحوصاتهم ايجابية (داود ، ٢٠٠٧).

ويؤكد مصيقر (٢٠٠٦) انه بالرغم من التحسن في الخدمات الصحية والاقتصادية للمجتمعات الخليجية إلا إن هناك العديد من المشاكل الغذائية المنتشرة بين الأطفال. وارجع ذلك إلى العديد من العوامل ومنها العادات الغذائية غير الصحيحة كقلة تناول الخضروات والفواكه وقلة تناول الحليب ومنتجات الألبان والاعتماد على الخدم في شئون تغذية الأطفال والفطام المبكر. وذكرت عبدالقادر (٢٠٠٠) أن دور التغذية العلاجية لا يقتصر على إحداث تأثير صحي إيجابي يتمثل في الشفاء بل أن لها دورا يتمثل في خفض كلفة العلاج عن طريق تقديم بدائل غير مكلفة نسبيا لأنظمة العلاج المكلفة وتقصير فترة البقاء في المستشفى. ونظرا لأن التغذية السليمة تقلل من حدة المرض وتردد الأطفال المصابين بفقر الدم المنجلي والثلاسيميا على المستشفيات, ولقلة الأبحاث التي تناولت وعي ومعارف الأمهات نحو تغذية أطفالهن المصابين بفقر الدم المنجلي والثلاسيميا لذا يهدف هدا البحث التعرف على معارف واتجاهات الأمهات نحو تغذية أطفالهن المصابين بفقر الدم المنجلي والبيتاثلاسيميا.

طرق البحث وأدواته:

عينة البحث:

تم إجراء البحث على عينة قصدية غرضية تتكون من ١٠٠ سيدة سعودية مرافقات مع أطفالهن المقيمين في مستشفي الولادة والأطفال بمدينة جدة التابعة لوزارة الصحة، أو مترددات على أقسام العناية اليومية لإجراء نقل دم شهري لأطفالهن أو مترددات على العيادات الخارجية.

أداة البحث:

وقد اشتملت على استبانه تتكون من (٤) محاور من إعداد الباحثتين وهي :-

١- محور البيانات العامة للأم

٢- محور الوعي الغذائي للأم وفيها قسم إلى ثلاث مستويات وعي غذائي منخفض، ووعي غذائي متوسط ، ووعي غذائي مرتفع.

٣-محور ممارسات الأم في تغذية طفلها المصاب

٤- محور الاتجاهات الغذائية للأم اشتمل على ثلاث اتجاهات ايجابية، ومحايدة ، وسلبية حسب مقياس ليكريت للاتجاهات الخمس

قياس صدق وثبات الاستبيان:

صدق المحكمين: Trustees validity

عُرضت في صورتها الأولية على عدد من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في التغذية وعلوم الأطعمة في كلا من كلية التربية للاقتصاد المنزلي والتربية الفنية بجدة واستشاري أمراض الدم الوراثية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة لمعرفة آرائهم في أسئلة ومحاور الاستبانة ومدى وضوحها وترابطها وملائمتها للاستخدام وتحقيقها لأهداف الدراسة، وقد أبدى المحكمون موافقتهم على غالبية العبارات مع إجراء بعض التعديلات على بعض العبارات. وقد تم إعادة صياغة هذه العبارات ومن ثم يكون الاستبيان قد خضع لصحة وصدق المحتوى.

ثبات الاستبانة:

تم استخدام اختبار كرونباخ الفا cronbach –Alfa لقياس ثبات الاستبانة حيث سجلت استبانه الوعي الغذائي (٠.٩٤٧) والممارسات الغذائية (٠.٨٤٩)، والاتجاهات (٠.٨٨٨) حيث أكدت هذه الدرجات ثبات الاستبانة (الضحيان ، ٢٠٠٢؛ الضحيان وحسن، ٢٠٠٢).

تحليل البيانات والمعالجات الاحصائية:

بعد الحصول على البيانات من الدراسة الميدانية تم إجراء التحاليل الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية للبيانات الوصفية على البرنامج الإحصائي SPSS 13 for windows

وذلك لحساب كلا من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، التكرارات والنسب المئوية كوسيلة لعرض البيانات الخاصة ببعض متغيرات الدراسة، اختبار مربع كاي أو (كا^{2}) ، ومعامل الارتباط بيرسون، اختبار كرونباخ الفا cronbach –Alfa واعتبرت النتائج دالة إحصائيا عند مستوى معنوية ٠.٠٥ أو اقل (الضحيان ، ٢٠٠٢ ؛ الضحيان وحسن ، ٢٠٠٢).

النتائج والمناقشة

أولا: البيانات العامة :

المستوى التعليمي:

يتضح من جدول (١) ارتفاع نسبة التعليم الاولى بين الأمهات بنسبة (٧٦٪)، في حين بلغت نسبة التعليم المتوسط والعالي (٢٤٪). ولم يظهر التحليل الإحصائي وجود فروق دالة إحصائية بين مستوى تعليم الأم وإصابة الطفل بالمرض إلاَّ انه لوحظ من النتائج أن نسبة المرض تزداد مع انخفاض المستوى التعليمي لهن.

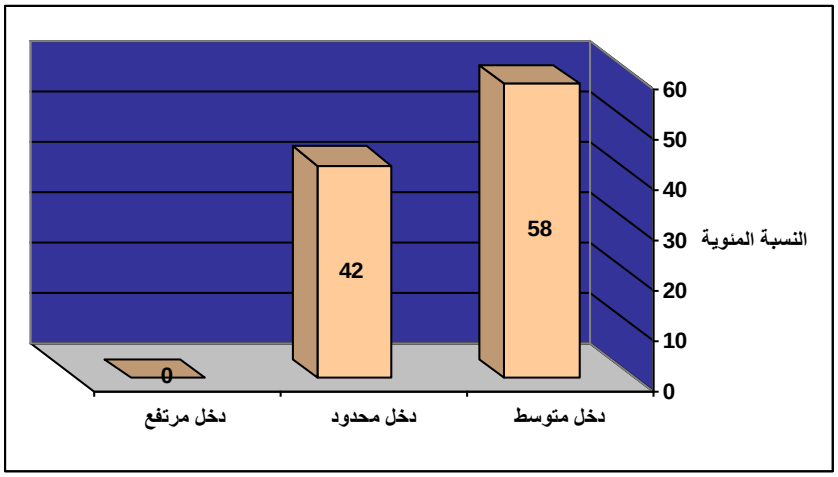
جدول (١): المستوى التعليمي لعينة البحث.

المستوى التعليمي للأم	التكرار	النسبة المئوية
تعليم أولى	٧٦	٧٦
تعليم متوسط	١٢	١٢
تعليم عالي	١٢	١٢
المجموع	١٠٠	١٠٠

وهذا يتفق مع Shawky *et al.* (2002) في إن انخفاض مستوى تعليم الأم وانخفاض سن الزواج وارتفاع العمر الإنجابي لها من أهم العوامل المؤثرة على صحة الطفل في المملكة العربية السعودية وإصابته بالمرض.

الدخل الشهري:

يحدد الدخل المادي احتياجات الأسرة من الغذاء والسكن والدواء، ويختلف مستوى الدخل بين الأفراد الذين يعيشون في مدينة واحدة. ولا تقتصر مشكلة أمراض الدم الوراثية على الجانب الصحي وما ينتج عنه من اعتلال للمصاب ومضاعفات مزمنة له، بل تتعدى ذلك إلى الجانب الاجتماعي والنفسي والاقتصادي للأسرة ويتضح من الرسم البياني (١) أن كل عينة البحث من ذوات الدخل المنخفض والمتوسط أي محدودي الدخل، لذا انعكس ذلك على مكان علاج أطفالهن حيث تم علاجهم بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة (العلاج المجاني) وهذا قد يرجع إلى ارتفاع تكاليف العلاج بمستشفيات القطاع الخاص أو كون عينة البحث لا تمتلك بطاقات التأمين الصحية مما ضاعف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية لديهن ، وهذا يتفق مع Schell *et al.* (2007) في الدراسة التي أجريت بهدف دراسة أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على مستوى وفيات اطفال دول العالم والتي أكدت أن انخفاض الدخل يقلل من الإنفاق على مستوى الصحة وان ارتفاع مستوى الدخل والتعليم يؤدي إلى زيادة المنفق على الصحة العامة مع إمكانية الحد من وفيات الأطفال.



الرسم البياني (١): مستوى الدخل الشهري لعينة البحث.

الأصول العرقية:

يتضح من جدول (٢) أن الأصول العرقية لعينة البحث من الجزيرة العربية حازت على أعلى نسبة (٩٣٪) ولم يظهر انتشار المرض بين الأصول العرقية من دول شرق آسيا.

جدول (٢): الأصول العرقية لعينة البحث.

الأصول العرقية	التكرار	النسبة المئوية	مستوى المعنوية
من الجزيرة العربية	٩٣	٩٣٪	٠.٠٤
من دول حوض البحر المتوسط	٣	٣٪	
من دول شبه القارة الهندية	٣	٣٪	
من دول جنوب شرق آسيا	صفر	صفر	
من السودان	١	١٪	
المجموع	١٠٠	١٠٠٪	

كما اظهر التحليل الإحصائي باستخدام كا^{2} وجود علاقة إحصائية بين طبيعة المرض وتلك الأصول وبفروق ذات دلالة إحصائية (مستوى المعنوية = ٠.٠٤) فقد لوحظ انتشار مرض فقر الدم المنجلي في أطفال الأصول العربية مقارنة بالبيتاثلاسيميا. وهذا يتفق مع ما أكده Crawford *et al.* (2006) أن فقر الدم المنجلي له علاقة قوية بالأصول العرقية وبتاريخ الأسرة الصحي.

صلة القرابة بين الزوجين:

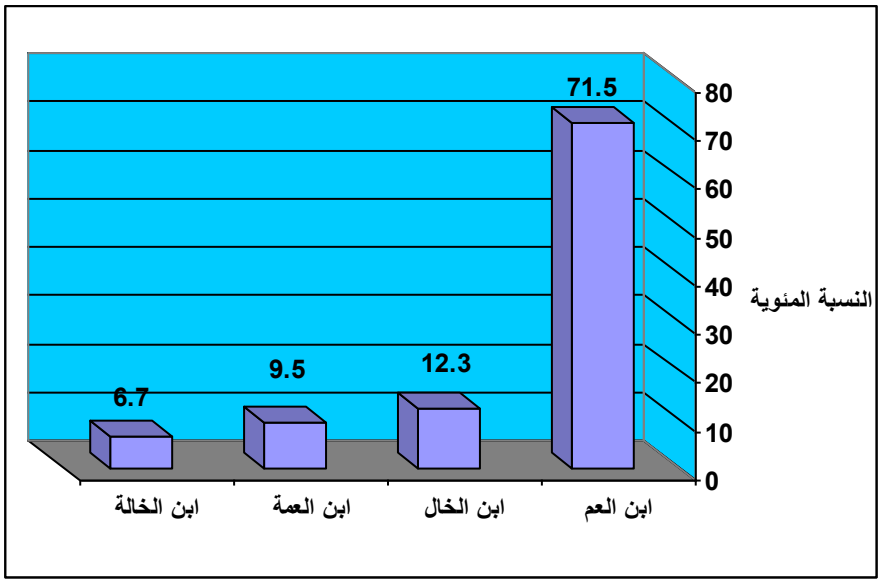
يتضح من جدول (٣) ارتفاع ملحوظ في نسبة قرابة الأم بالأب حيث مثلت صلة القرابة القوية أعلى نسبة (٧٣٪) في مقابل (٦٪) من القرابة البعيدة. كما ظهر المرض بين أطفال لم تربط الزوجين أي صلة قرابة بنسبة (٢١٪) وهذا يتفق مع ما ذكره Tarek *et al.* (2005) في ظهور البيتاثلاسيميا الكبرى في أسر سعودية لا توجد بينها صلة قرابة ، لكنهم حاملين لنوعين مختلفين من طفرات الثلاسيميا.

جدول (٣): صلة قرابة الأب بالأم.

صلة القرابة	التكرار	النسبة المئوية	الفروق المعنوية
قرابة قوية	٧٣	٧٣	٠.٠٤ دال إحصائيا

قرابة بعيدة	٦	٦	غير دال إحصائيا
لا توجد صلة قرابة	٢١	٢١	
المجموع	١٠٠	١٠٠	

وعند الاستفسار عن طبيعة تلك القرابة في الزواج اتضح ارتفاع نسبة الزواج من ابن العم (٧١.٥٪)، يليه الزواج من ابن الخال (١٢.٣٪). وانخفضت نسبة الزواج من ابن العمة وابن الخالة فلم تتجاوز (٩.٥٪ ، ٦.٧٪) على التوالي، مما يؤكد دور القرابة في ارتفاع معدل الإصابة بالمرض والرسم البياني (٢) يوضح ذلك. وهذا يتفق مع ما ذكره (Al-Odaib *et al.*, 2003) أن زواج الأقارب في شبه الجزيرة العربية أدى لارتفاع نسبة الأمراض الوراثية، حيث مثلت نسبته (٦٠٪) من مجمل الزيجات بالمملكة العربية السعودية وظهرت أعلى نسبة زواج لابنة العم بنسبة (٣٣.١٪).



الرسم البياني (٢): طبيعة القرابة بين الزوجين

عدد الأطفال المصابين:

تبعا لقاعدة مندل الوراثية فان إصابة أحد الزوجين أو حمل كلاهما للمرض يعرضهما إلى إنجاب أطفال مصابين بذلك المرض. ويتضح من جدول (٤) ارتفاع نسبة الإناث المصابات مقارنة بالذكور فقد بلغت (٨١٪) في مقابل (٧٥٪) على التوالي. واظهر التحليل الإحصائي

وجود علاقة ارتباطيه عكسية دالة إحصائيا (ر=- ٠.٢٨ عند مستوى معنوية = ٠.٠٠٠٥) في نسبة الإصابة بين الذكور والإناث مما يؤكد ارتفاع نسبة الإصابة بين الإناث مقارنة بالذكور، كما يشير الجدول إلى وجود أكثر من طفل مصاب بين عينة البحث مما يعني إصرار عينة البحث على إنجاب المزيد من الأطفال المصابين خاصة وان بعضهن اجبن بوفاة بعضاً من أولادهن في عمر ١٨ سنة وقد يرجع ذلك إلى انخفاض المستوى التعليمي لهن والعادات والتقاليد السائدة وعدم إقرار فحوص ما قبل الزواج في تلك السنوات إضافة إلى انخفاض عدد برامج التوعية الصحية عن هذه الأمراض وهذا يختلف مع نتائج دراسة Udezue and Girshab (2004) اللذان أشارا إلى ارتفاع نسبة الإصابة بين الذكور مقارنة بالإناث في منطقة الإحساء بالمملكة العربية السعودية

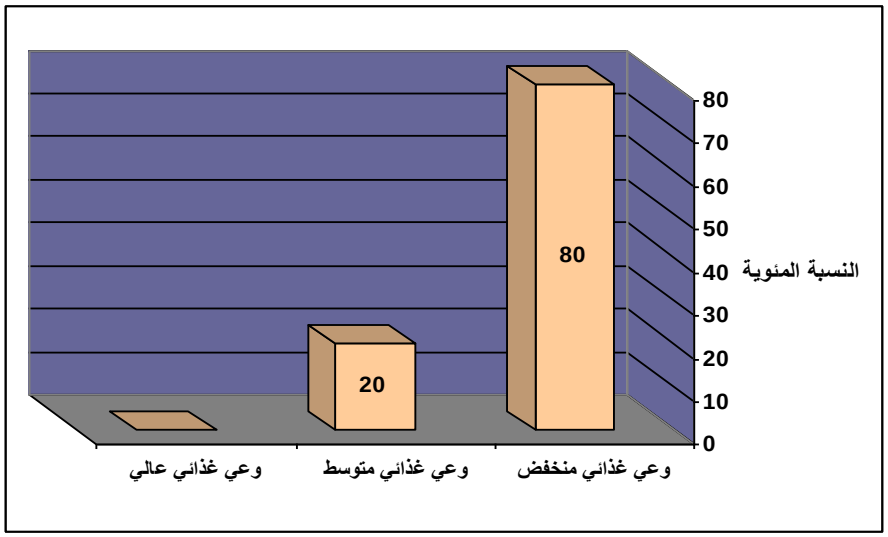
جدول (٤): عدد الأطفال المصابين.

عدد الأطفال	لا يوجد	اقل من ٣	المجموع
الإناث	١٩	٨١	١٠٠
الذكور	٢٥	٧٥	١٠٠

ثانيا: الوعي الغذائي لعينة البحث:

يشير الرسم البياني (٣) إلى مستوى الوعي الغذائي لعينة البحث حيث تبين أن (٨٠٪) من الأمهات تعاني من انخفاض في الوعي الغذائي في مقابل (٢٠٪) لديها وعي غذائي متوسط، صفر% من العينة لديهم وعى غذائى مرتفع مما يؤكد أهمية تزويدهن بالمعلومات الغذائية المناسبة لصحة الطفل.

وهذا يتفق مع دراسة كل من Parmente *et al.,* 2000 ; Krebs-Smih *et al.,* (1995) حيث وجدوا انخفاض الوعي والمعرفة بالفيتامينات وعلاقتها بالأمراض ، وأكدوا أن المبحوثين ذوي المستوى التعليمي العالي ارتفعت نسبة وعيهم ومعرفتهم بالتوصيات الغذائية وخاصة عن الفواكه والخضروات .



الرسم البياني (٣): مستوى الوعي الغذائي لعينة البحث.

كما أظهر التحليل الإحصائي باستخدام معامل الارتباط وجود علاقة ارتباطيه قوية دالة إحصائيا (ر=٠.٨٥٧ عند مستوى معنوية = ٠.٠٠٠١) بين مستوى تعليم عينة البحث ودرجات الوعي الغذائي، مما يؤكد دور المستوى التعليمي في ارتفاع الوعي الغذائي وخاصة التعليم الثانوي والعالي. في حين أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطيه قوية (ر= – ٠.٧٦٨ عند مستوى معنوية = ٠.٠٠٠١) بين الحاصلات على التعليم المنخفض ومستوى الوعي الغذائي لهن ويعنى هذا ان الحاصلات على التعليم المنخفض (الاولى) يتبعه انخفاض فى مستوى الوعى الغذائى، حيث أن غالبيتهن اجبن بلا اعرف. مما يؤكد احتياج تلك الفئة إلى المزيد من برامج التوعية الغذائية من جميع الجهات ذات العلاقة وبكل الوسائل الممكنة كوزارة الصحة (المستشفيات والمراكز الصحية) والتربية والتعليم وجمعية الأطفال الخيرية والجمعية السعودية للغذاء والتغذية وجمعية أمراض الدم الوراثية.

ثالثا: الممارسات الغذائية للأم في تغذية الطفل المصاب:

أظهرت النتائج أن القائم بإعداد طعام الطفل المصاب هي الأم بنسبة (١٠٠٪) ولم تعتمد على أي مساعد لها في إعداد الطعام حيث لم تسجل الأخوات والخادمة أي نسبة في إعداد طعام الطفل المصاب وربما يعود ذلك لكون جميعهن ربات بيوت وغير عاملات كما اتضح أن تناول الطفل المصاب وجباته مع العائلة سجلت النسبة الكلية وهي (١٠٠٪) ، مما يشير إلى إشراك

جميع أفراد الأسرة في طعام واحد بغض النظر عن الحالة الصحية للطفل المصاب واحتياجاته الغذائية.

ممارسة الأم في حال رفض الطفل الطعام:

يوضح جدول (٥) إن نصف الامهات (٥٢٪) تترك الطفل المصاب بدون اجبار على تناول الوجبة الخاصة به. وأظهرت النتائج حلولا أخرى تستعملها عينة البحث فقد أوضحت (٢٨٪) أنها تحاول ترغيب الطفل وتعليمه فائدة الوجبة الغذائية المقدمة. في حين أكدت (١٣٪) توفير الطعام من الخارج للطفل المصاب. وأضافت (١٠٪) أنها تجبر طفلها على تناول تلك الوجبة. وأكد التحليل الإحصائي باستخدام كا٢ وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى تعليم الأم والممارسات المختلفة في حال رفض الطفل للطعام. فقد ارتفعت الممارسة الجيدة بترغيب الطفل بالطعام من خلال تعليمه بفوائده مع مستوى التعليم العالي وبفروق معنوية (٠.٠٠٠١) في حين لوحظ إجبار الطفل على تناول الوجبة وبفروق معنوية (٠.٠٠١) بين عينة البحث ذات التعليم المنخفض وخاصة الأميات وذات التعليم الابتدائي.

جدول (٥): الممارسة في حالة رفض الطفل الطعام.

الممارسة	دائماً%	أحيانا ً%	نادراً%	لا%
تتركيه بدون طعام	٥٢	٠	٠	٤٨
تجبريه على تناول الوجبة	١٠	٥	٠	٨٥
تحاولي ترغيبه وتعليمه بفائدة الوجبة	٢٨	٠	١	٧١
توفري له طعام آخر من الخارج	١٣	٨	١	٧٨

ممارسة الأم في تنويع الوجبة:

يتضح من جدول (٦) أن التنويع في الوجبات الثلاث المقدمة للطفل المصاب قد حاز على نسب جيدة، حيث احتلت وجبة الغذاء على أعلى نسبة من التنويع وهي (٨٦٪) ، تلتها وجبة العشاء. وسجل التنويع في وجبة الإفطار (٤٠٪) بين أفراد العينة، ونوعت ثلث العينة (٣٢٪)

بين الوجبات مما يشير إلى ممارسات جيدة تتبعها الأمهات ليتمكن الطفل من تناول كميات أكثر من الطعام.

جدول (٦): ممارسة الأم في تنويع الوجبة المقدمة للطفل المصاب.

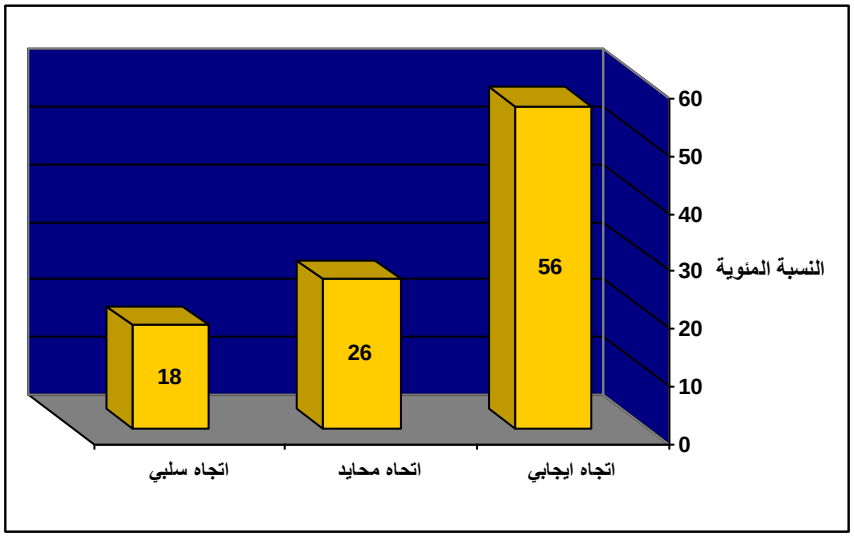
الممارسة	دائماً%	أحياناً%	نادراً%	لا%	الفروق المعنوية
الإفطار	٤٠	٥٣	٢	٥	٠.٠٠٢دال إحصائيا
الغداء	٨٦	١٣	صفر	١	٠.٠٠٠٤دال إحصائيا
العشاء	٥٥	٤٠	٢	٣	٠.٠٠٣دال إحصائيا
بين الوجبات	٣٢	٤٧	٨	١٣	٠.٠٠٧دال إحصائيا

وأظهر التحليل الإحصائي لمعامل الارتباط وجود علاقة ارتباطيه عكسية دالة إحصائيا – (ر = – ٠.٢٢ عند مستوى معنوية= ٠.٠٠٢) لوجبة الإفطار، (ر=– ٠.٢٩ عند مستوى معنوية = ٠.٠٠٣) لوجبة الغداء، (ر=– ٠.٤٠ عند مستوى معنوية = ٠.٠٠٠١) لوجبة العشاء – بين طبيعة المرض وحرص عينة البحث على ممارسة التنوع في الوجبات. وهذا يؤكد انه كلما زادت نسبة المرض وعدد المصابين في الأسرة كلما قل التنوع في الوجبات والأطعمة المقدمة.

وعموما يؤكد Deshmukh–Taskar *et al.* (2007) أن الاستهلاك الغذائي والممارسات الغذائية مرتبطة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية ومستوى الدخل والتعليم والجنس والنشاط البدني المبذول، وعادة ما ينخفض المتناول من اللحوم والدهون والعصائر الطازجة والفواكه مع انخفاض الدخل، ويزداد المتناول عند ارتفاع مستوى التعليم ومن ثم الدخل الشهري للأسرة. وترى Appoh and Krekling (2005) من الواجب توافر المقررات التعليمية الخاصة برعاية الطفل وتغذيته في المناهج الدراسية كون علم الأمومة والطفولة من أهم العلوم المفترض تعلمها من قبل الأمهات.

رابعا : الاتجاهات الغذائية للأم في تغذية طفلها المصاب:

يتضح من الرسم البياني (٤) أن أكثر من نصف العينة (٥٦٪) كان اتجاههن ايجابي نحو التغذية السليمة للطفل ويفوق في نسبته الاتجاه المحايد والسلبي حيث سجلت ربع العينة اتجاهاً غذائياً محايداً بنسبة (٢٦٪) وسجل الاتجاه السلبي نسبة منخفضة تقدر (١٨٪).



الرسم البياني (٤): الاتجاهات الغذائية لعينة البحث.

وقد اظهر التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا (ر= ٠.٤٧٥ عند مستوى معنوية = ٠.٠٠٠١) بين تعليم الأم واتجاهها الايجابي نحو تغذية طفلها المصاب مما يؤكد دور المستوى التعليمي في تحسين الاتجاهات الغذائية. كما اتضح من التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا (ر= – ٠.٨٧٩ عند مستوى معنوية= ٠.٠٠٠١) بين المستوى الاقتصادي للأم واتجاهها الايجابي نحو تغذية طفلها المصاب مما يشير إلى انخفاض الاتجاه السلبي للتغذية بارتفاع المستوى الاقتصادي للأسرة ، ويؤكد أن الاتجاه الايجابي للغذاء يرتبط بالمستوى الاقتصادي.

التوصيـــات:

١- ضرورة عمل البرامج الغذائية التثقيفية التي تساهم في رفع الوعي الغذائي لدى أمهات الأطفال المصابين بفقر الدم المنجلي والبيتاثلاسيميا.

٢- ضرورة تطبيق برامج صحية تثقيفية لتوعية طالبات وطلاب المدارس المتوسطة والثانوية وخاصة الإناث بالأضرار الناجمة عن زواج المصابين والحاملين لأمراض الدم الوراثية والعواقب الصحية والنفسية والمالية التي تتحملها الأسرة كنتيجة لإهمال نتائج الفحص الطبي.

٣- عمل برامج توعية صحية للجنسين بأهمية استخدام وسائل منع الحمل في حالة ولادة طفل مصاب بالمرض، بهدف التقليل أو الحد من ولادة أطفال مصابين.

المراجع:

١- **الثبيتي ، عبد المغني عيضه (٢٠٠٣):** "مقدمة في علم وأمراض الدم وطرق الكشف عنها في المختبر" ، الطبعة الأولى ، فهرسة مكتبة الملك فهد أثناء النشر.

٢- **الحواسي ، منصور ناصر (٢٠٠٤):** سرية تامة تحيط بنتائج الفحوصات الطبية وجاهزية كاملة للمختبرات ، جريدة الرياض اليومية ، العدد ١٢٩٧٧ ، السنة ٣٩.

٣- **الضحيان ، سعود بن ضحيان (٢٠٠٢):** تجهيز البيانات باستخدام برنامجSPSS ، الجز الأول الرياض : مطابع التقنية للأوفست.

٤- **الضحيان ، سعود بن ضحيان وحسن ، عزت عبدالحميد محمد (٢٠٠٢):** معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS10 ،الجزء الثاني، الرياض.

٥- **القبلان ، عبد الله صالح (٢٠٠٤):** زواج الأقارب يرفع نسبة الإصابة ببعض الأمراض الوراثية ، جريدة الرياض اليومية العدد ١٢٩٧٧ ، السنة ٣٩.

٦- **عبد القادر ، منى خليل (٢٠٠٠):** "التغذية العلاجية"، الطبعة الثانية ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة ، مصر.

٧- **داود، محمد (٢٠٠٧):** زواج عرسان الثلاسيميا رغم أنف الأطباء ، جدة: جريدة عكاظ العدد ٢٠٨٥.

8- **Al-Awamy, B. (2000):** Thalassemia Syndromes in Saudi Arabia. Saudi Med J.21(1):8:17.

9- **Al-Odaib, A. Abu-Amero, K. Ozand, T. Al-Hellani, M. (2003):** A new era for preventive genetic programs in the Arabian Peninsula Saudi Medical Journal, Vol. 24 (11):1168-1175

10-**Appoh, L.Y. and Krekling, S. (2005):** Maternal nutritional knowledge and child nutritional status in the Volta region of Ghana, Matern Child Nutr. 1(2):100-10.

11-**Crawford, M. Galton, S. Abdelhaleem, M. (2006):** Preoperative screening for sickle cell disease in children: clinical implicationsCan J Anaesth; 53 (6):632.

12-**Deshmukh-Taskar, P. Nicklas, T. A. Yang, S.J. Berenson, G.S. (2007):** Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adults? The Bogalusa Heart Study.J AM Diet Assoc;107 (2):234-6.

13-**Krebs-Smith, S. M., Heimendinger, J., Patterson, B. H., Subar, A. F. Kessler, R. and Pivonka, E. (1995):** Psychosocial factors associated with fruit and vegetable consumption.American Journal of Health Promotion, 10, 98–104.

14-**Parmente, K. Waller, J. and Wardle, J.(2000):** Demographic variation in nutrition knowledge in England, Health Education Research, Vol. 15, No. 2, 163-174.

15-**Schell, C. Reilly, M. Rosling, H. Peterson, S. Ekström, H. (2007):** Socioeconomic determinants of infant mortality: a worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. Scand J Public Health.; 35 (3):288-97.

16-**Tarek, M. Mahasen, M., Al-Hellani, A. (2005):** Hemoglobin b-thalassemia and b-thalassemia major in a Saudi family Saudi Medical Journal, Vol.26(4) : 674-677.

17-**Udezue, E. Girshab, A.M. (2004):** Differences between males and females in adult in sickle cell pain crisis in eastern Saudi Arabia. Ann Saudi Med., 24 (3):179-82.

NUTRITIONAL AWARENESS OF MOTHERS WHOSE CHILDREN WITH SICKLE-CELL ANEMIA AND BETA-THALASSEMIA

Ebtihag Obid Yehia Alnassri [1] and Mariyah Al-Zahrani [2]

1. Food and Nutrition Department, Faculty of Home Economics, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia
2. Om-Qura University, Makkah, Saudi Arabia .

Abstract:

The aim of this study was to gain reliable information about the nutritional awareness of mothers whose children are affected with sickle cell anemia and δ-thalassemia in the city of Jeddah. Four different forms were designed that include data about the mothers of the sick children; namely, their social status, questions clarifying their nutritional awareness and their dietary practices and attitude towards feeding of their sick children. The study included 100 cases that attended the Maternity and Child Hospital in Jeddah Province. The data obtained showed that 76% of the mothers had low educational level and 93% of them had ethnic root that belonged to the Arabian Peninsula. The results also showed that half of the sample belonged to the middle and low income levels, while 73% of mothers and fathers were nearly relatives. Eighty per cent of mothers had low nutritional awareness about how to feed their children. Statistical analysis proved a positive significant correlation between the high nutritional aware mothers and their educational level, in the meantime, the results showed a positive significant correlation between the economic level and the nutritional attitude of the mothers towards their child's feeding. These findings highlight the importance of starting a nutritional programs that involve all health agencies to improve the nutritional awareness of such mothers.

Keywords: Nutritional Awareness, Sickle-Cell Anemia, Beta-Thalassemia.