



الصحة المدرسية

SCHOOL HEALTH

الطبعة الأولى 2019

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

© المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - **ACMLS**

ردمك : ISBN: 978-9921-700-39-8

www.acmls.org

ص.ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : +965-25338610/1/2 + فاكس : +965-25338618/9

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت



الصحة المدرسية



تأليف : د. عبير عبده بركات

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

2019 م



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
دولة الكويت

الصحة المدرسية

تأليف

د. عبير عبده بركات

مراجعة وتحريـر

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الطبعة العربية الأولى 2019م

ردمك: 978-9921-700-39-8

حقوق النشر و التوزيع محفوظة
للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة
العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت
هاتف : 25338610/1/2 (965)+ فاكس : 25338618/9 (965)+
البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

ج	 :	المقدمة
هـ	 :	المؤلف في سطور
ز	 :	مقدمة الكتاب
1	 : مقدمة عن الصحة المدرسية	الفصل الأول
15	 : الصحة النفسية لطلاب المدارس	الفصل الثاني
29	 : البيئة المدرسية	الفصل الثالث
57	 : التغذية المدرسية	الفصل الرابع
89	 : الأمراض المعدية والتطعيمات	الفصل الخامس
123	 : التثقيف الصحي في المدارس	الفصل السادس
171	 : إدارة الصحة المدرسية	الفصل السابع
193	 :	المراجع

المقدمة

يمثل الاهتمام بالصحة المدرسية وسيلة هامة من أجل تعزيز الصحة العامة في المجتمع ككل، حيث يمثل الأطفال في سن المدرسة نسبة لا يستهان بها من أفراد المجتمع، وكذلك لأن كل أفراد المجتمع بمختلف فئاته يلتحقون بالمدرسة في بداية حياتهم ويتأثرون بها، حيث تعمل على تشكيلهم جسدياً وعقلياً واجتماعياً وعاطفياً وتؤثر على التطورات الشخصية والنضج الذي يطرأ عليهم في تلك الفترة. ولذلك تسعى العديد من الدول إلى تعزيز الصحة المدرسية عن طريق تفعيل مشاركة الطلبة والمعلمين في تخطيط وتنظيم وتنفيذ ومتابعة الأنشطة والبرامج الصحية، وكذلك رفع مستوى الوعي الصحي ودرجة الاهتمام بالنظافة الشخصية والعامة لدى كل من الطلاب والعاملين في المؤسسة التعليمية. وتتضافر جهود كل الجهات ذات الصلة معاً من أجل تحسين الوضع الصحي ورفع قدرات العاملين وتفعيل دور الأهالي والمؤسسات المختلفة في مجال الصحة المدرسية.

وفي هذا الصدد أكدت الحكومات على أهمية التنمية الصحية في المدارس من خلال تنظيم الأنشطة والبرامج المتعلقة بالصحة المدرسية وتخصيص منظومة إدارية للقيام بها مع ضرورة الالتزام بعدد من الإجراءات في المدارس لضمان حماية الأطفال من الأمراض الخطيرة أو المخاطر المحتملة الأخرى التي قد تكون سبباً في إعاقتهم بشكل أو بآخر. هذا ويقوم فريق العمل بالإدارة العامة للصحة المدرسية بعقد دورات تدريبية قائمة على الأنشطة وورش العمل، وفيها يتم تدريب العاملين بالمدارس على المهارات الضرورية للقيام بمهامهم المختلفة في نطاق الصحة المدرسية، مع التأكيد على أهمية المتابعة المستمرة وعمل التقويم اللازم طبقاً لنتائج العمل.

ومن هذا المنطلق، يتناول هذا الكتاب الحديث من خلال فصوله السبعة عن أهم الإطارات التي تهتم بها الصحة المدرسية، فيستعرض الفصل الأول مقدمة عن الصحة المدرسية، ويشرح الفصل الثاني الصحة النفسية لطلاب المدارس، ثم يأتي الفصل الثالث ليتناول البيئة

المدرسية، ويليه الفصل الرابع الذي يوضح التغذية المدرسية، وكذلك يركز الفصل الخامس على الأمراض المعدية والتطعيمات، ويبين الفصل السادس التثقيف الصحي في المدارس، وأخيراً ينتهي الكتاب بالفصل السابع متناولاً إدارة الصحة المدرسية.

نأمل أن يستفيد من هذا الكتاب المتخصصون في مجال الصحة المدرسية وغير المتخصصين بالوطن العربي، وأن يكون إضافة قيمة للكتب العربية.

والله ولي التوفيق،

الأستاذ الدكتور/ مرزوق يوسف الغنيم

الأمين العام المساعد

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

د. عبير عبده بركات

- مصرية الجنسية - مواليد عام 1967م.
- حاصلة على درجة الماجستير في الصحة العامة - كلية الطب - جامعة القاهرة - عام 1997م.
- حاصلة على درجة الدكتوراه في الصحة العامة - كلية الطب - جامعة القاهرة - عام 2002م.
- حاصلة على الشهادة المهنية في اقتصاديات الصحة من اتحاد الأطباء العرب.
- مساعد وزير الصحة والسكان للطب الوقائي والرعاية الأساسية وتنظيم الأسرة سابقاً - جمهورية مصر العربية.
- مؤسس ومدير سابق لوحدة المشورة الطلابية - جامعة القاهرة.
- تعمل حالياً أستاذ إدارة الأنظمة الصحية واقتصاديات الصحة - قسم الصحة العامة - كلية الطب - جامعة القاهرة.

مقدمة الكتاب

تهتم العديد من الدول حول العالم ببرامج الصحة المدرسية، وتحيط أبنائها بالرعاية البدنية والنفسية والاجتماعية، حرصاً منها على صناعة مستقبلها الذي سيقوم على كاهلهم. فالمدرسة هي المكان الأمثل لإعداد المواطن السوي الصالح، وهي المؤسسة التعليمية والتربوية الأولى في المجتمع، وهي البيت الثاني للطالب، حيث تقوم بدور فعال في تكوين الطلاب من الناحية التعليمية والثقافية، إلى جانب رعايتهم من الناحية الصحية السليمة لإكسابهم السلوك الصحي السليم، للنهوض بمستوى الصحة العامة للمجتمع، ولذا تعتبر المدرسة من أفضل المؤسسات لتعزيز الصحة والوقاية من معظم الأمراض.

ويتميز هذا الكتاب عما سبقه من مراجع قيمة في نفس المجال ببعض الملامح، منها التركيز بل والبدء بتناول موضوع الصحة النفسية للتلميذ، فأفراد الأسرة المدرسية يشتركون في المفاهيم وتنتقل الأفكار والسلوكيات بينهم بتلقائية، والتلميذ الذي تُكسبه مدرسته مهارات تقدير الذات والثقة بالمبادئ التي يؤمن بها سيكون دوماً مؤتمناً على صحته ومصالحه على وجه العموم ومصالح جماعته ووطنه، كما استفاد الكتاب في نقل التجارب العالمية والدروس المستفادة من المبادرات السابقة، فليس كل جديد فعالاً ويصلح للاقتباس. وركز الكتاب أيضاً على الجوانب الإدارية، وأشار إلى أهمية تدريب العاملين في الصحة المدرسية عليها مثل، إدارة برنامج لتدخلات الصحة البيئية، ووضع وتنفيذ السياسة الصحية المتعلقة بمكافحة البدانة بين طلاب المدارس.

وأعرض الكتاب عن انتهاج العرض التقليدي للأمراض المعدية داخل المدارس لكثرتها، فاكتفى بإلقاء الضوء على الأمراض ذات التفشيات الوبائية التي تصيب التلميذ وأسرته والمسؤولين بهلع واضطراب. هذا بالإضافة إلى أنه أولى اهتماماً وتفصيلاً لقضية التهيف الصحي في المدارس لما لها من أثر واسع على سلامة أفراد المجتمع داخل وخارج المدرسة.

ونحمد الله الفتح أن وفقنا لوضع هذه اللبنة الوضاعة في صرح الوطن الأكبر الغالي، فقد أضحت خبرات العشرات من العلماء تُعرض بلغتنا الحبيبة بشكل متسلسل ومُبسط. ولا يتبقى إلا أن نعكف عليها دارسين ومُطبقين.

والله ولي التوفيق،،

الدكتورة/ عبير عبده بركات

الفصل الأول

مقدمة عن الصحة المدرسية

تعد المدرسة هي المؤسسة التعليمية والتربوية الأولى في المجتمع، والبيت الثاني للطالب، حيث إنها تقوم بدور أساسي في بلوغ النضج الفكري للطالب وتكوين التلاميذ من الناحية التعليمية والثقافية، إلى جانب رعاية التلاميذ من الناحية الصحية وإكسابهم السلوك الصحي السليم، كما أنها تشمل أكبر قدر ممكن من التطبيقات في جميع هذه المجالات، مما يؤدي في النهاية إلى النهوض بمستوى الصحة العامة للمجتمع.⁽¹⁾ وقد اتضح لكثير من المختصين أن المدرسة من أفضل القنوات لتعزيز الصحة وللوقاية من معظم الأمراض، وأخيراً لمتابعة وعلاج جزء من هذه الأمراض.

وتهتم جميع الدول المتقدمة في الوقت الحاضر بالصحة المدرسية، وتوفر لها جميع الوسائل التي تساهم في نجاحها.⁽²⁾ وذلك بعد أن أثبتت العديد من الدراسات أن نقص التغذية وسوء الوضع الصحي في المدرسة الابتدائية من بين أسباب قلة التحاق الأطفال بالمدارس وكثرة الغياب والتسرب المبكر من الدراسة وسوء الأداء داخل الفصل.⁽³⁾ إن الصحة والتعليم مرتبطان، وقد أفادت الدراسات الحديثة أن الإنسان المتعلم يتمتع بصحة جيدة، وأن صحة الطفل الجيدة تساعده على التحصيل الدراسي. وهكذا تؤدي خدمات الصحة المدرسية الشاملة إلى تحسين الصحة⁽²⁾ والنواتج التعليمي⁽⁴⁾ معاً.

مفهوم الصحة المدرسية

لقد تعددت التعاريف التي وضعت من قبل المتخصصين لمفهوم "الصحة المدرسية"، لكن على الرغم من هذا التعدد، فإن مضمون هذه التعاريف يكاد يكون متقارباً ومؤكداً في الوقت ذاته على العلاقة المميزة بين التعليم والصحة، ويشمل مفهوم "الصحة المدرسية" إشارات عديدة، ويُعد أبسط التعريفات الخاصة بالصحة المدرسية هو الذي يشير إلى كونها مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم لتعزيز صحة الطلاب في السن المدرسي، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس، فيما يعرف بـ "المدارس المعززة للصحة".⁽⁵⁾

كما أن المدارس المعززة للصحة تتبّع مجموعة من السياسات والإجراءات والأنشطة المصممة لحماية وتعزيز وتحسين الصحة والرفاه (الرفاهية) لدى الأطفال في السن المدرسي ومن ثم قدرتهم على التعلم، وتشمل: التثقيف الصحي، والخدمات الصحية المدرسية، والبيئة الحية، والمشورة الصحية، والخدمات النفسية والاجتماعية، والنشاط الرياضي، والتغذية الصحية، وإشراك الأسرة والمجتمع في الصحة المدرسية، وتحسين صحة العاملين بالمدرسة.⁽⁶⁾

وحسب الاتحاد الدولي لتعزيز الصحة والتعليم⁽⁷⁾ يمكن تعريف "تعزيز الصحة في البيئة المدرسية" بأنه أي نشاط يتم القيام به لتحسين و/أو حفظ صحة جميع أفراد المجتمع المدرسي. ولهذا فهو مفهوم أوسع من التثقيف الصحي (التربية الصحية). ويشمل توفير المستلزمات وإقامة الأنشطة المتعلقة بالسياسات الصحية للمدرسة، وبيئة المدرسة المادية والاجتماعية، والمناهج الدراسية، والروابط مع المجتمع، والخدمات الصحية. ويتبنى الاتحاد المشترك للصحة المدرسية بكندا⁽⁸⁾ مفهوم "الصحة المدرسية الشاملة" وهو إطار معترف به عالمياً لدعم تحسين النتائج التعليمية للطلاب والتخطيط لتحسين صحتهم بشكل شامل ومتكامل. وتشمل أعمدة هذا المفهوم:

1. **البيئة الاجتماعية والمادية للمدرسة:** وفيها يكون الارتقاء بطبيعة العلاقات القائمة داخل الإطار المدرسي وضمان صحة الأبنية والمرافق المدرسية.
2. **التعليم والتعلم:** ويكون ذلك بتطوير المناهج بشكل يسهل المعارف والمهارات المناسبة للمرحلة السنية.
3. **سياسات الصحة المدرسية:** وتتمثل في تركيز السياسات والقرارات التي تتخذها السلطات المدرسية في المقام الأول على صحة الطلاب.
4. **الشراكة والخدمات:** وتكون من خلال عقد شراكات داخل المدرسة بين الطلاب والمعلمين، أو خارجها بين المدارس، أو بين المدرسة والهيئات المجتمعية بهدف تحسين صحة الطلاب. ويقضي حوالي 95% من الأطفال في السن المدرسي ست ساعات يومياً لمدة على الأقل اثني عشر عاماً في المدرسة، هذا بالإضافة إلى ملايين العاملين بوزارة التعليم، أي أن أسوار المدارس وحدها تحيط بربع أو ثلث سكان أية دولة. إن المعارف والاتجاهات والسلوكيات والمهارات التي يكتسبها الطلاب نتيجة برامج الصحة المدرسية الفعالة تمكنهم من تبني ممارسات صحية سليمة تؤثر فيهم وفي ذويهم بشكل إيجابي.⁽⁶⁾

وعلى الرغم من تعدد الجهود المبذولة داخل العديد من المدارس بهدف الارتقاء بالمستوى الصحي للطلاب، فإن غياب التنسيق فيما بينها يُضعف المحصلة النهائية لهذه الجهود. فعلى سبيل المثال قد يُحدث المثقف الصحي التلاميذ عن أهمية ممارسة الرياضة بدون أن يناقش ذلك مع مدرس التربية الرياضية، وقد يتحدث مدرس العلوم عن المكروبات المسببة للأمراض المعدية دون أن يصاحب ذلك تجهيز جيد للمرافق المدرسية لإتاحة غسل اليدين، وربما يكون هناك أيضاً ضعف في التنسيق بين الإدارة المدرسية والمؤسسات الصحية بالمجتمع للحفاظ على صحة الطلاب. ومن هنا يأتي مسمى "الخدمات المدرسية التنسيقية".⁽⁶⁾

المبادئ العشرة للصحة المدرسية

إن مفهوم الصحة المدرسية يحمل مبادئ ميثاق تعزيز الصحة الذي دعت إليه منظمة الصحة العالمية في أوتواوا سنة 1986م.⁽⁹⁾ وفي عام 1997م تم انعقاد المؤتمر العالمي للصحة المدرسية في اليونان، حيث حضره متخصصون من 47 دولة، وخرج بتوصيات حث فيها دول العالم بالالتزام بالمبادئ العشرة الآتية:⁽¹⁰⁾

1. **المشاركة والممارسات الديمقراطية:** بحيث يقوم كل من الطلاب وأولياء الأمور وأفراد المجتمع المحيط بالمدرسة بالمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهم سواءً في مجال الصحة أو التعليم. وما برلمان الطلاب ومجلس الآباء ومجموعة التخطيط المدرسي التي تضم أعضاء من المجتمع المحلي إلا نماذج تطبيقية لهذا المبدأ.
2. **العدالة:** وذلك بأن تستوعب المدرسة جميع طلابها وتعاملهم على قدم المساواة، وتخلو من القمع، والخوف والسخرية. ذلك أن هدف المدارس المعززة للصحة هو دعم النمو الاجتماعي والعاطفي للطلاب والاستثمار ببلوغ أقصى الإمكانيات لكل منهم، فلا يقتصر ذلك على الطلاب المتفوقين.
3. **التمكين وكفاءة الأداء:** فالمدرسة هي المكان الذي يعمل فيه التلميذ جنباً إلى جنب مع معلمه ويشاركه في اتخاذ القرارات ذات الأهمية، وبذلك تنمو لديه الاستقلالية وتقدير الذات. ولا تقل أهمية الاستقلالية والحرية في اتخاذ القرارات لدى المعلم عنها لدى الطالب، فقد أشارت الدراسات إلى الأثر الإيجابي الكبير لتوفرهما على ناتج العملية التعليمية.
4. **الاستمرارية:** فعند التخطيط لأية مبادرة جديدة لابد أن نضع في الحسبان ضمان استمراريته بدمجها في العملية التعليمية وتوفير الموارد الداعمة لها.
5. **تعزيز الصحة:** ويكون ذلك من خلال المناهج الدراسية سواءً الرسمية أو غير الرسمية.
6. **الاهتمام بتدريب المعلم:** وذلك بصفته المحرك الأساسي لكثير من الأنشطة.
7. **الاهتمام بالبيئة المدرسية:** وذلك بصنفيها الاجتماعي والمادي.
8. **التعاون والمشاركة:** من خلال إشراك الطالب في اتخاذ القرار، والتخطيط، والتنفيذ.
9. **الاهتمام بالشراكة المجتمعية، وذلك للأسباب التالية:**

أ. لقد أثبتت الدراسات أن لمشاركة الآباء في عمليات التعليم وتعزيز الصحة الأثر الأكبر في تعظيم الناتج التعليمي. فعلى سبيل المثال، فإن تعاون الأسرة سيحسن الحالة التغذوية للتلميذ من خلال تحسين سلوكه التغذوي بالمساعدة في إعداد الوجبات

الصحية بالمنزل، وفي المشاركة بالرأي في وضع السياسات التغذوية في المدرسة، وأخيراً بتقديم المساعدة في إعداد وجبة اليوم الدراسي بشكل صحي.

ب. إن وجود ممثلين من أفراد المجتمع المحلي من ذوي الصلة بشؤون الصحة المدرسية ضمن المجالس واللجان المدرسية سيجعلهم على دراية بمفهوم المدارس المعززة للصحة، بل ويضمن لهم دوراً إيجابياً في دعمها، ومن أمثلة ذلك العاملون بالإدارات الصحية والمدرسية، والمجموعات المجتمعية الرسمية كالجمعيات الأهلية، والمجموعات المجتمعية غير الرسمية كالرابطات أو المبادرات الأهلية.

ج. في حالة وجود وسيط إعلامي محلي كالقنوات المحلية وغيرها، فإنه قد يدعم المبادرات الإيجابية التي تقدمها المدارس المعززة للصحة وذلك بنشرها.

د. عندما تصبح المدرسة مركزاً لتقدم وحركة المجتمع، فإنها قد تفتح أبوابها خارج ساعات اليوم الدراسي لتقدم أنشطة تعليمية للأهالي الراغبين في الاستزادة من العلم، أو دورات تدريبية لتأهيلهم لسوق العمل، أو توفير قاعات لعقد اجتماعات الهيئات المحلية.

هـ. ستتبادل المدرسة المنفعة مع مجتمعها الذي قد يدعمها بتمهيد ورصف الطريق إلى المدرسة، أو بمنع البيع في منافذ الأغذية غير الصحية القريبة من المدرسة، أو بتقديم الخدمات الاستشارية الخاصة لبعض الطلاب الراغبين في ذلك.

و. يعتاد الطلاب الاندماج في المجتمع وتبادل المنفعة معه، فهم يقدمون بعض الرعاية للمسنين في حين يستمعون منهم إلى دروس الحياة، وهم يساهمون في تشجير الطرق، بينما يتلقون بعض المعلومات عن النباتات، وهم يشاركون في تنظيف البيئة وفي نفس الوقت يتعلمون الكثير عن عمليات إعادة التدوير.

10. **الحرص على تقييم مبادرات التغيير:** وذلك بهدف ضمان التقييم المستمر للأنشطة وتعظيم مردود منها.

وتتباين الدول حول العالم في منظورها تجاه الصحة المدرسية للأسباب الآتية:⁽¹¹⁾

1. من الدول من يغلب على برامجها الخدمات العلاجية، ومنها من يقتصر على الخدمات الوقائية، وأيضاً منها من يتحول من الأولى للأخيرة بشكل تدريجي.
2. من الدول من تجعل تبعية إدارة الصحة المدرسية لوزارة التعليم وفي غيرها تتبع وزارة الصحة، وفي أخرى تكون مستقلة وتابعة لرئاسة الوزراء.
3. تفاوتت الدول في درجة تبني السياسة العليا لتفعيل الصحة المدرسية وفي تقديرها لمردودها المرتقب.

الجولة الأولى حول العالم⁽¹⁰⁾

في مدينة كورك بأيرلندا، وتحديدًا في العام الدراسي (2003/2004) قررت مجموعة العمل الخاصة بتعزيز الصحة المدرسية - التي تضم بين أعضائها عدداً من الطلاب والأهالي وأعضاء التدريس - تبني سياسة إشراك الأهالي في أنشطة المدرسة، وتم تطبيقها في صورة برنامج "مجموعة التنزه بعربات الأطفال". ويهدف البرنامج إلى مساعدة الآباء على ممارسة النشاط الرياضي أثناء رعايتهم لأبنائهم، ورفع وعي الآباء بأهمية الرياضة، وتعليمهم الأساليب الصحيحة لممارسة التمرينات وللسير الصحيح، وخفض التحفظ الموجود لدى الأمهات من ممارسة الرياضة في فترة النفاس، وتكوين شبكة دعم للأمهات الجدد، وخفض مشاعر العزلة الاجتماعية.

وهكذا قام بالإعداد للبرنامج أعضاء من جمعية القلب الأيرلندية بالتنسيق مع فريق تعزيز الصحة المدرسية. واستمر النشاط لمدة خمسة أسابيع، فكان اليوم الرياضي يبدأ بتجمع الآباء وأبنائهم داخل المدرسة، ثم قيامهم بتمرين لمدة عشر دقائق لرفع معدل ضربات القلب بالتدرج، ثم الاستمرار في السير لمدة (30-60) دقيقة، بينما يدفعون عربات الأطفال. وكان يمشي خلف كل فريق من المشاركين أحد المدرسين. بعد انتهاء السير يتجمع الأهالي لمدة 15 دقيقة في حجرة الاستراحة فيتبادلون الأحاديث ويمارسون بعض التمرينات الخفيفة لاستعادة معدلات ضربات القلب بالتدرج، بينما يشاهد أطفالهم أحد الأفلام ويلعبون ببعض العرائس، ثم توزع إحدى الوجبات الخفيفة، ويوجه للأهالي حديث أسبوعي عن الصحة كالإقلاع عن التدخين والتغذية السليمة وغيرها. وعندما تم تقييم البرنامج بعد انتهائه، أعرب الأهالي عن إعجابهم الشديد به وذكروا أن أعظم فوائده كانت إتاحة الفرصة لهم للحديث مع الآخرين.

4. اعتماد نمط الصحة المدرسية على طبيعة النظام الصحي في الدولة بشكل عام، فقد يغلب عليه الاهتمام بالشق العلاجي للخدمات الصحية، وقد يسيطر عليه القطاع الخاص بطابعه الربحي.
5. تأثر الصحة المدرسية بالمستوى الصحي المجتمعي بشكل عام، فما طلبة المدارس إلا شريحة من شرائح المجتمع.
6. طبيعة تدريب العاملين في الدولة عموماً وفي التعليم والصحة على وجه الخصوص.
7. مدى توافر الموارد البشرية والمادية في الدولة عموماً وفي التعليم والصحة على وجه الخصوص.
8. تفاوت الكفاءة الإدارية للمؤسسات في الدولة عموماً وفي التعليم والصحة على وجه الخصوص.
9. سيادة القوانين واحترام النظم القومية في الدولة عموماً وفي التعليم والصحة على وجه الخصوص.

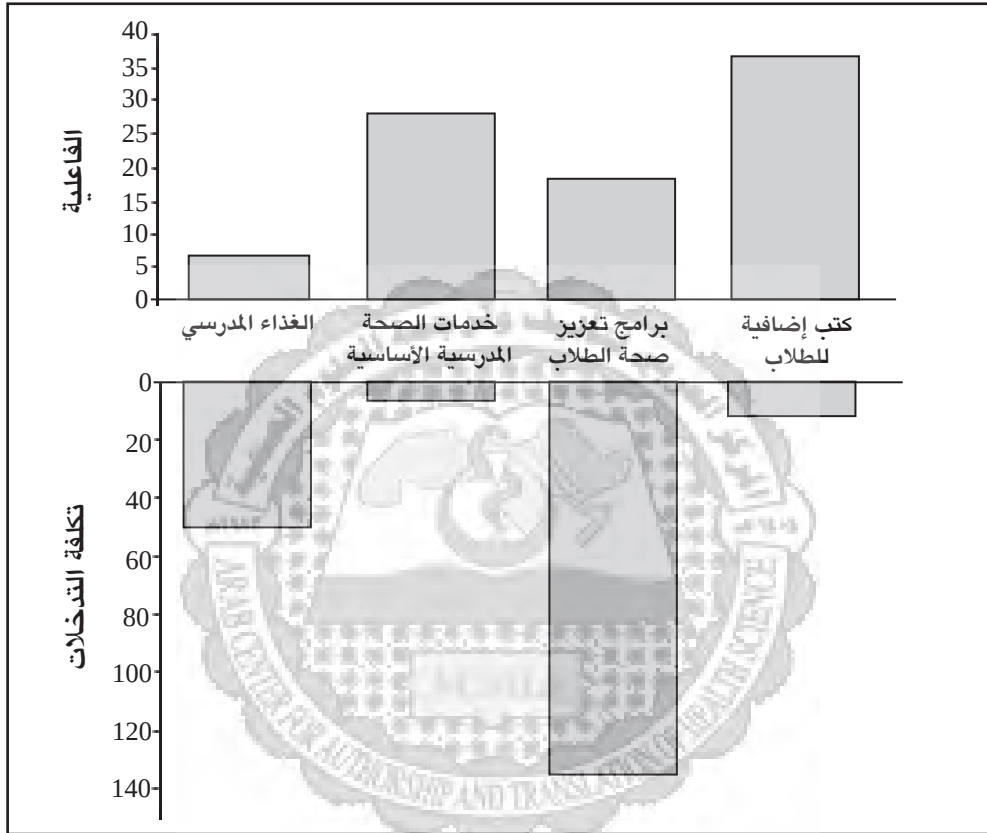
أهمية الصحة المدرسية

يرجع الاهتمام بالحديث عن الصحة المدرسية على المستوى القطري والإقليمي والعالمي

إلى الأسباب الآتية:⁽¹²⁾

1. إن هذه المرحلة من العمر مرحلة نمو وتطور ونضج للطفل، ويحدث خلالها الكثير من التغيرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والعاطفية ولا بد أن تتوفر للطالب في هذا العمر المؤثرات الكافية لحدوث هذه التغيرات في حدودها الطبيعية.
2. يتعرض طلاب المدرسة للإصابة بالأمراض السارية والمعدية وللحوادث وللضغوط النفسية نتيجة السن الصغيرة، بالإضافة لمخاطر البيئة المدرسية، ومن هنا تكمن أهمية برامج الصحة المدرسية في حمايتهم.
3. إن السن الصغيرة لطلاب المدرسة هي سن النشوء واكتساب السلوكيات المتعلقة بالحياة عموماً وبالصحة بصفة خاصة، ومن هنا تكمن أهمية توفر جو تربوي بالمدرسة يساعد على اكتساب العادات والسلوكيات السليمة وتغيير الخاطئة منها.
4. إن مرونة مفهوم برامج الصحة المدرسية تحفز على استخدامه في تناول العديد من القضايا التي يثبت ارتباطها بالصحة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.
5. من خلال مفهوم الصحة المدرسية يسهل تحقيق الاستراتيجية المنشودة التي تهدف للتحول من النمط العلاجي إلى النمط الوقائي.
6. إن أعضاء الأسرة التربوية سيستفيدون استفادة كبيرة من خلال مشاركتهم في برامج الصحة المدرسية، وسوف تمتد هذه الاستفادة إلى ذويهم عند عودتهم إلى منازلهم.
7. إن الطالب الذي ستتحقق فيه أبعاد الصحة المتعددة من خلال التعايش داخل المدرسة سيتحول إلى منارة للتأثير الإيجابي داخل أسرته.
8. يمثل الأطفال في سنوات الدراسة نسبة هامة من المجتمع تصل إلى ربع عدد السكان، هذا بالإضافة إلى العاملين داخل المدارس، فتعلو نسبة المتأثرين بما يدور داخل الإطار المدرسي إلى ثلث المجتمع. أما إذا وضعنا في الحسبان أن كلا منهما سيؤثر إيجابياً في ذويهم عند عودتهم إلى منازلهم، فإننا بذلك نتحدث عن طاقة متوهجة من الإصلاح تتحرك في كل المجتمع.
9. يمر كل أفراد المجتمع بكل فئاته بالمدرسة، حيث تتوفر الفرصة للتأثير فيهم وإكسابهم المعلومات وتوعيدهم على السلوك الصحي.
10. إن المدرسة لا تقوم بإعداد الموارد البشرية التي يحتاجها الاقتصاد فحسب، ولكنها تلد القيادات وتصفقها لنتزعم مسيرة التطوير في جميع مناحي الحياة.⁽¹³⁾ ومن هنا أثبتت

الدراسات أن الإنفاق على الصحة المدرسية هو الأعلى مردوداً من وجهة نظر الاقتصاد الاجتماعي. ويقارن الشكل أدناه بين تكلفة أربعة من التدخلات في إدارة المدارس من ناحية ومردود كل من هذه التدخلات من الناحية الأخرى، ويبين أن خدمات الصحة المدرسية هي الأعلى من حيث المردود، وبالتالي الجدوى الاقتصادية.^(14، 15، 16)



(الشكل 1): مقارنة التكلفة والفاعلية لعدد من التدخلات التعليمية من حيث العائد.^(14، 15، 16)

مستويات خدمات الرعاية الصحية المدرسية

تشمل تغطية خدمات الرعاية الصحية المدرسية عدة مستويات⁽¹⁸⁾ تتضح كما يلي:

1. تعزيز الصحة

وهو المستوى الأول للرعاية الصحية، ويتم بمنع حدوث عوامل الخطر التي تساعد على الإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية. ولتحقيق هذا المستوى الرفيع للرعاية الصحية يجب تغيير البيئة المادية والاجتماعية التي تظهر وتنمو فيها عوامل الخطر،

ويلعب التثقيف الصحي، سواءً على مستوى الأفراد أو المجتمع دوراً كبيراً في تحقيق هذه الخطوة المتقدمة من الرعاية الصحية.

2. الوقاية الأولية

ويقصد بالوقاية الأولية أي الوقاية من الأمراض، وتشمل ما يلي:

أ. الوقاية العامة: وتتم من خلال مجموعة من التدخلات والإجراءات التي تُوجه لكل من الأفراد والأسر والمجتمعات بهدف الوقاية من العديد من الأمراض مجتمعة، وتشمل ما يلي:

- التثقيف الصحي.

- الإصحاح البيئي.

- التغذية السليمة.

- انتهاج أسلوب الحياة الصحي.

- التشريعات الصحية الداعمة للصحة.

- تنمية المجتمع والرعاية المجتمعية.

ب. الوقاية الخاصة: وتتم من خلال مجموعة من التدخلات والإجراءات التي تمنع حدوث مرض بعينه، ومن أمثلة ذلك:

- التحصين من خلال الأمصال واللقاحات.

- الوقاية الكيميائية باستخدام المضادات الحيوية للوقاية من حدوث أحد الأمراض المعدية.

- استخدام مكملات العناصر الغذائية للوقاية من أمراض نقص التغذية.

- ارتداء الملابس الواقية أثناء التعرض لخطر كيميائي.

ج. الوقاية الثانوية، وتشمل:

- التشخيص المبكر للأمراض بين الطلاب من خلال ملاحظتهم أثناء اليوم الدراسي أو عند إجراء الكشف الدوري. وفي حالة وجود قصور في المدارس حول إتمام الفحص الدوري لكل الطلاب نتيجة نقص الموارد بدولة ما، فإنه يكون من الأولى البدء بفحص الأطفال الأكثر عرضة للمخاطر الصحية والنفسية.

- تقديم العلاج المناسب والسريع، في حدود إمكانيات الخدمات الصحية بالمدرسة وحسب توافر طبيب مدرسي من عدمه، بهدف منع المضاعفات.

- تحويل التلميذ إلى الطبيب المتخصص المتواجد خارج المدرسة عند الحاجة لذلك.

- متابعة حالة الطفل المريض، والقيام بتسجيل كل ما يخصه في ملفه الصحي.

3. التأهيل لذوي الإعاقات

وذلك بهدف مساعدتهم ليكونون فاعلين في المجتمع، ونافعين لأنفسهم، ولا يكونون عبئاً على من حولهم، وذلك من خلال التأهيل الصحي والنفسي والاجتماعي.

الجولة الثانية حول العالم⁽¹⁷⁾

ها نحن قد هبطنا إلى الجزيرة الصغيرة سنغافورة ذات الخمس ملايين نسمة فوجدنا أن 20 % منهم تحت سن الخامسة عشر، وأن نسبة القادرين على القراءة والكتابة تتجاوز 95 %. هنا في سنغافورة يرجع تاريخ المدارس المعززة للصحة إلى سبعينيات وثمانينيات القرن السابق حين تعاون وزير الصحة والتعليم على تغيير المناهج التعليمية، وعلى مدى هذه السنوات أعدت وزارة الصحة عدداً كبيراً من البرامج المدرسية مثل مكافحة التدخين واتباع نظام التغذية السليمة وأهمية النشاط الرياضي والصحة العقلية والأمراض التناسلية وصحة الفم والأسنان.

وسعيّاً لتحقيق ما ورد في ميثاق أوتواو وضع مجلس تعزيز الصحة التابع لوزارة الصحة نظاماً لمكافحة المدارس حسب التزامها بالبرامج الصحية تحت مسمى "تحسين صحة المدارس بالجهود البطولية". وتمهيداً لتقديم الجائزة تم عمل تقييم للمدارس فيما نصت عليه منظمة الصحة العالمية من الشروط النموذجية للمدارس المعززة للصحة، كما يلي:

1. النظام المدرسي والبيئة المدرسية.
2. المناهج الدراسية وغير الدراسية.
3. الشراكة مع المجتمع من أسر وأعضاء مجتمع وجهات حكومية وغير حكومية ومقدمي الخدمات الصحية.

ودعا مجلس تعزيز الصحة إلى إنشاء هيكل تنظيمي لتخطيط وتنفيذ البرامج المطلوبة كاللجنة المدرسية لتعزيز الصحة، على أن يرأس هذه اللجنة مدير المدرسة أو وكيله. كما دعا لكتابة ميثاق أو سياسة صحية خاصة بالمدارس، وأمد المدارس بقائمة تضم سبعين عنصراً للتقييم الذاتي فيما يخص العناصر الثلاثة الأساسية. وقام المجلس بدعم المدارس فنياً أثناء تطبيق البرامج، كالإقلاع عن التدخين وغيرها، وأكد على أهمية إجراء المتابعة والتقييم لهذه البرامج. وبناءً على مستوى الأداء يتم حصول المدرسة على جائزة ذهبية أو فضية أو برونزية.

المشكلات الصحية لطلاب المدارس

على الرغم من انخفاض معدلات الوفاة في الفئة العمرية لطلبة المدارس فإنهم قد يعانون مجموعة مشكلات تتمثل كالتالي:

1. **مشكلات سوء التغذية:** كما سيأتي في فصل التغذية المدرسية.
2. **المشكلات النفسية:** كما سيأتي في فصل الصحة النفسية لطلاب المدارس.
3. **الأمراض المعدية:** كما سيأتي في فصل الأمراض المعدية والتطعيمات.
4. **الأمراض غير المعدية:** كداء السكري وأمراض الحساسية الشديدة (الأرجية).
5. **الحوادث والإصابات:** وسيتم التطرق إليها على عجل في فصل التثقيف الصحي في المدارس.
6. **التدخين وتعاطي المخدرات:** وسيتم التطرق إليها على عجل في فصل التثقيف الصحي في المدارس.
7. **العلاقات مع الجنس الآخر:** مما يعرضهم لمخاطر صحية ونفسية وأخلاقية.

أهداف برامج الصحة المدرسية⁽¹⁹⁾

لا تقتصر هذه البرامج على صحة التلاميذ، وإنما تشمل كل العاملين داخل المدرسة، وتتطرق خارج أسوار المدرسة لتشارك في أنشطة المجتمع المحيط فتدعمه، كما تستفيد أيضاً من موارده وطاقاته، وتشمل:

1. تعزيز الصحة والوقاية الأولية، ويتحقق ذلك من خلال الآتي:

- أ. التغذية السليمة، عن طريق:
 - برنامج الوجبة المدرسية: يجب أن تحتوي الوجبة على الأقل على ثلث احتياجات التلاميذ اليومية من الطاقة ونصفها من البروتين.
 - التوعية التغذوية.
 - سلامة الغذاء المدرسي.
 - المقصف المدرسي الصحي.
 - تقديم بعض العناصر التكميلية لمكافحة سوء التغذية.

ب. الوقاية من الأمراض المعدية، عن طريق:

- الإصحاح البيئي داخل المدرسة.
- التثقيف الصحي لتجنب العدوى.

- الارتقاء بالمستوى الصحي والمناعة لدى التلاميذ.
- التطعيمات.
- الكشف المبكر للإصابات والتبليغ عنها والتعامل معها حسب برنامج الترصد.

ج. التثقيف الصحي:

- يهدف التثقيف الصحي للتلاميذ إلى الارتقاء باتجاهاتهم وسلوكياتهم الصحية، ويجب أن يتم ذلك بالتزامن مع:
- الارتقاء بالصحة النفسية للطلاب.
 - اتباع معايير البيئة المدرسية.
 - الاهتمام بالنشاط البدني للتلاميذ.
 - الرعاية الاجتماعية التي يشارك في تقديمها العاملون في المدرسة بتوجيه من الاختصاصي الاجتماعي.

2. الوقاية الثانوية والسيطرة على الأمراض

إن الوقاية الثانوية تشمل التشخيص المبكر للأمراض، وتقديم العلاج المناسب لها أو تحويل المريض المزمّن صحياً ونفسياً للمتابعة، وفيما يلي بعض الأدوات والسياسات المتعلقة بهذا المستوى من الرعاية:

أ. الفحص عند دخول المدرسة: وفيه يتم تقييم التلميذ في النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية بهدف الكشف المبكر عن الأمراض وتحويلها إلى الطبيب المختص وتقديم رسائل التوعية الصحية المناسبة للتلميذ وأسرته. كما يهدف هذا الفحص أيضاً إلى اختبار قدرات الكلام ومستوى الذكاء، ويشمل الفحص فحص الأسنان وتحليل الدم والبول وإجراء حوار شخصي. ويقوم الفريق الطبي بتسجيل نتائج الفحص في الملف المدرسي للتلميذ. ويحتوي الملف المدرسي للتلميذ على:

- البيانات الشخصية للتلميذ.
- نتائج الفحص الأولي عند دخول المدرسة، ثم الفحص الدوري عند استمراره فيها.
- التطعيمات التي يتناولها في المدرسة أو خارجها.
- الإصابات والحوادث.
- الأمراض التي تصيبه أثناء السنوات المدرسية.
- نتائج الحوار الشخصي.

ويضمن الملف المدرسي استمرارية الرعاية الصحية للتلميذ، كما يوفر ما تحتاجه الإدارة الصحية المدرسية من مؤشرات صحية لكي تقوم بوضع أولويات البرامج الصحية والقيام بالتخطيط الجيد لها. ويمكن تحويل الملف الورقي إلى ملف إلكتروني، وهو ما يدعم إدارة البرامج الصحية القومية وعلى رأسها برنامج التأمين الصحي.

ب. الفحص الطبي الدوري: وتُجرى فيه نفس الفحوص وتُسجَل في الملف المدرسي للتلميذ، ويتم على مراحل متفاوتة حسب السياسة الصحية للدولة.

ج. فحص المرضى وعلاجهم وتحويلهم عند اللزوم.

د. إسعاف المصابين وتحويلهم عند اللزوم.

هـ. إجراء اختبار الفرز: بهدف التشخيص المبكر لمرض ما مثل قياسات الوزن والطول والنظر والسمع وتحليل الأنيميا والطفيليات. ومن آليات التشخيص المبكر أيضاً ما يقوم به العاملون داخل المدرسة من ملاحظة للتلاميذ أثناء اليوم الدراسي بدءاً من طابور الصباح حتى نهاية اليوم.

3. الرعاية والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة

توفر برامج الصحة المدرسية كلاً من التأهيل البدني والنفسي والاجتماعي للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، كما سيأتي في فصل الصحة النفسية لطلاب المدارس.

دور الفريق الصحي/المرضة في الصحة المدرسية

ينحصر دور الفريق الصحي/المرضة في الصحة المدرسية بين ثلاثة عناصر أساسية⁽¹⁹⁾ وهي كما يلي:

1. واجبات ومسؤوليات متعلقة بتقديم الخدمات الصحية مثل:

أ. أخذ التاريخ الصحي لكل تلميذ مستجد وتسجيله في السجل الصحي المدرسي وتسجيله في الملف الصحي الخاص به.

ب. قياس وزن وطول كل تلميذ والقياسات الأخرى المتعلقة بالحالة التغذوية، وتسجيلهم في السجل الصحي.

ج. قياس وتسجيل حدة البصر والسمع لكل تلميذ.

- د. الكشف الدوري الشامل، حسب السياسة الصحية للدولة.
- هـ. اكتشاف المصابين بالأمراض وتحويلهم إلى عيادات التأمين الصحي التخصصية التي تم ربط المدرسة بها.
- و. متابعة الحالات المرضية التي تم اكتشافها بالمنزل.
- ز. القيام بالإسعافات الأولية للإصابات والحوادث وتحويل المصابين إلى عيادات التأمين الصحي أو المستشفى إذا لزم الأمر.
- ح. تطعيم المستجدين تحت إشراف الطبيب.
- ط. مراقبة نظافة التلاميذ أثناء طابور الصباح يومياً، واكتشاف الحالات المرضية وتحويلها لطبيب المدرسة للعلاج.
- ي. عدم السماح للمرضى بالأمراض المعدية بمواصلة الدراسة بعد الإجازة المرضية، إلا بعد إحضار شهادة من الطبيب تفيد خلوهم من المرض وشفائهم تماماً.

2. واجبات ومسؤوليات متعلقة بالتثقيف الصحي

- أ. إعطاء التلاميذ وأولياء الأمور توجيهات عن الخدمات الصحية التي تقدمها عيادات ومستشفيات التأمين الصحي.
- ب. تقديم إرشادات صحية للتلاميذ وأولياء أمورهم عن العلاج ومواعيده والجرعة اللازمة وكيفية إعطاء حقن الأنسولين لمرضى داء السكري، علاج التلميذ المريض بالصرع، وكيفية رعايته أثناء حدوث النوبة... وغيرهم من مرضى الأمراض غير المعدية.
- ج. تقديم إرشادات صحية للوقاية من الأمراض المعدية عن طريق التنفس والطعام والتلامس والحشرات والدم، ومكافحتها.
- د. عقد ندوات صحية بالمدرسة يحضرها كل من المدرسين وأولياء أمور التلاميذ.
- هـ. عقد ندوات صحية للتلاميذ في سن المراهقة وإرشادهم إلى التغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي تطرأ في هذه المرحلة العمرية، وأيضاً كيفية العناية الجسمية أثناء الدورة الشهرية لدى الفتيات.
- و. عقد ندوات صحية بالمدرسة يحضرها كل من التلاميذ والمدرسين وأولياء أمور التلاميذ حول مخاطر التدخين والإدمان وأسبابهما ومكافحتها.

3. واجبات ومسؤوليات متعلقة بالبيئة المدرسية الحية

- أ. الإشراف يومياً على الفصول الدراسية للتأكد من النظافة والإضاءة والتهوية.

- ب. التأكد من وجود أدوات نظافة بالمدرسة لرفع المستوى الصحي.
- ج. الإشراف يومياً على المرافق المدرسية للتأكد من نظافتها وصيانتها، ومن وجود الصابون على الأحواض لغسل الأيدي واستخدام المطهرات في نظافة الحمامات، واتخاذ القرارات المناسبة لتصحيح الأوضاع محل القصور.
- د. المرور اليومي على المطعم للتأكد من توافر الشروط الصحية، وتحويل المسؤولين عن تغذية التلاميذ لفحصهم طبياً ومعملياً للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية.
- هـ. منع الباعة المتجولين من التواجد أمام المدرسة.
- و. توعية التلاميذ والعاملين بالمدرسة بأهمية تجميع والتخلص من القمامة.
- ز. الإشراف الدائم على مبنى المدرسة للتأكد من خلوه من الحشرات والقوارض الضارة بالصحة والعمل على مكافحتها في حال وجودها.





الفصل الثاني

الصحة النفسية لطلاب المدارس

نفترض لو أنك وجهت سؤالاً لخمسة أشخاص حول تعريف الصحة النفسية لطلاب المدارس، فستكون النتيجة خمس إجابات مختلفة تماماً، وسيضيف لك القاموس تعريفاً سادساً. وهذا ما سيجعلك تشعر عند قراءة هذا الفصل أنك تنتقل بين مواطن متعددة ومتباينة وكأنك تتحرك في فصول شتى. ويرجع ذلك إلى تعدد مستويات الرعاية الصحية لطلاب المدارس ولأفراد المجتمع ككل، واختلاف وتنوع آليات العمل في كل من هذه المستويات، وقد تقدم الحديث عن مستويات خدمات الرعاية الصحية في الفصل الأول.

تعريف الصحة النفسية

هي قدرة سواء الفرد أو المجتمع على أن يشعر ويفكر ويعمل بالطرق التي تزيد من قدراته على الاستمتاع بالحياة والتعامل مع التحديات التي يواجهها. وهي إحساس إيجابي بالسعادة العاطفية والروحية التي تُقدّر أهمية الحضارة والعدالة والعدالة الاجتماعية والتواصل مع الآخرين، والكرامة الإنسانية.⁽¹⁾

أهداف برامج تعزيز الصحة النفسية

تهدف برامج تعزيز الصحة النفسية لتلاميذ المدارس إلى تنشئة جيل صحيح النفس بجانب كونه سليم البدن⁽²⁾، وذلك من خلال تحقيق كل من:

1. **النضج الانفعالي لدى التلاميذ:** ذلك حيث إن نجاح التلميذ في حياته المستقبلية سواءً في الجانب المهني أو الاجتماعي مبني في الأساس على عوامل انفعالية تتعلق بالرغبة في تحمل المسؤولية، والحافز إلى أداء العمل، والقدرة على حسن معاملة الغير.
2. **إكساب التلاميذ سلوكيات العمل السليمة:** بهدف تحقيق النجاح، ومقابلة الفشل، والنزول عن الرغبات عند اللزوم، وتقبل الأحداث غير المرغوبة، وترك الأنانية وإيثار التعاون والتوافق مع الآخرين.⁽²⁾
3. **دعم المرونة لدى التلميذ:** ويعد دعم المرونة لدى التلميذ أحد أهم أهداف برامج الصحة النفسية بالمدرسة. والمرونة هي القدرة على التغلب على الشدائد والإحباطات

والضغوط، ومساعدة التلاميذ في التعامل مع أحداث الحياة المتباينة بين اليسر والعسر، وتدريبهم على اكتساب مهارات التكيف، مما يحتفظ بهم أسوياءً نفسياً في المستقبل.⁽³⁾

وقد يقع الطفل ضحية في مجتمع مشحون بالضغوط الحياتية والمتاعب الاقتصادية بين رحي مدرس يعاني نفسياً فيصعب عليه جام غضبه عند أول خطأ يرتكبه، وأبوين عاملين متوترين مما يجدها خلال يوم شاق في العمل، يصبان غضبهما على هذا الطفل من خلال القسوة والضرب.⁽²⁾ وقد دقت الرابطة الوطنية للأمراض النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية ناقوس الخطر بإعلانها هذه الإحصاءات الخطيرة.⁽⁴⁾

1. الانتحار هو ثالث أكبر سبب للوفاة في الفئة العمرية من (10-24) عاماً.
2. وُجد أن 90 % من الذين ماتوا منتحرين كانوا يعانون أمراضاً نفسية.
3. 50 % من حالات المرض النفسي تبدأ عند سن 14 عاماً، و 75 % من المرضى يظلون مرضى حتى سن 24 عاماً.
4. متوسط فترة التأخر في بدء علاج الأمراض النفسية يتراوح بين (8-10) سنوات.

وتتضمن أدوات المدرسة لتحقيق أهداف الصحة النفسية لتلاميذها:⁽²⁾

1. **البيئة المادية:** أي المرافق المدرسية من بناء جميل، وفصول واسعة مضيئة وجيدة التهوية، وقاعات نشاط جيدة التجهيز، وفناء واسع آمن، وملاعب متوفرة.
2. **البيئة الاجتماعية التربوية،**⁽⁵⁾ وذلك من خلال:

أ. المنهج الدراسي المتوازن الذي يجمع بين ضبط الطلاب بنظام الثواب والعقاب من ناحية، ومنح درجة من الحرية للطلاب لممارسة نشاطاً بدنياً وذهنياً واجتماعياً يرغبه، فينشأ صحيحاً سوياً.

ب. إتاحة العديد من الأنشطة ذات الجوانب المتباينة.

ج. تكوين علاقات للطلاب خارج إطار الأسرة، وخاصة المجتمع المحيط بالمدرسة، وذلك عن طريق فتح أبوابها لتكون مركزاً للخدمات الاجتماعية والثقافية للحي. ويعمل هذا كله على إشباع حاجة الطفل للإحساس بالذات والنجاح والتقدير وللحب وللتعلم والفضول. كما يُكوّن اتجاهاته نحو مدرسته ومدرسيه ونحو زملائه وتتكون لديه مجموعة من القيم التي تشعره بالأمن وسط الجماعة، ويساعده على الانتقال من مبدأ الحياة بهدف اللذة والتحقيق الكامل للرغبات إلى مبدأ الواقع وقبول مقتضياته، ونقل النشاط من الاعتماد إلى الاستقلال، ونقل التركيز من الذات إلى خارجها.

د. تكوين علاقة بين المدرسة والمنزل.

وفي مدارس مدينة ورقلة بالجزائر أثبت أحد البحوث العلمية وجود علاقة ارتباطية بين نمط المناخ المدرسي السائد في المرحلتين المتوسطة والثانوية ومستوى الصحة النفسية لتلاميذ هذه المدارس.⁽⁵⁾ وفي دولة كندا تبنت برامج الارتقاء بالصحة النفسية لتلاميذ المدرسة نهج التغطية الشاملة للمدرسة بأكملها الذي يتفق والتوصيات العالمية، وذلك عن طريق العناصر الآتية⁽¹⁾:

أ. السماح للطلاب باتخاذ القرارات وتشجيعهم على ذلك. ب. توفير مناخ الثقة والصبر والتعاون والتعاطف. ج. توفير بيئة مريحة للطلاب بتوفير مناظر جمالية، وعرض أقوال وصور للطلاب. د. عرض إنجازات الطلاب والإشادة بتماسكهم ووحدتهم. هـ. تصميم قاعات وساحات مريحة لممارسة التعلم والأنشطة وحرية الحركة.	البيئة الاجتماعية والمادية.
أ. تعليم الطلاب فهم واحترام الآخرين. ب. إدخال مواضيع تتعلق بالثقافات المختلفة في المنهج الدراسي. ج. توفير فرص لتعلم وممارسة المهارات الاجتماعية. د. تهيئة ما يحتاجه كل طالب للتعلم حسب ميوله ورغباته. هـ. دعم استقلالية الطالب بتقليل التحكم فيه والإنصات لوجهة نظره وتقديرها.	التعلم والتعليم.
أ. نشر سياسات التسامح والتغافل بهدف دعم الترابط داخل المدرسة. ب. التأكيد على أهمية التمسك بالسلوك المحترم ومساءلة الطلاب والعاملين عن ذلك. ج. وجود سياسات تحمي أمان الطلاب البدني والعاطفي. د. توفير الدعم والتطوير المهني المستمر للقائمين على الصحة النفسية للطلاب. هـ. إنشاء لجان الصحة المدرسية لتضع سياسات الصحة التي تشمل من بينها سياسات الصحة النفسية.	السياسة الصحية للمدرسة.

الشراكات والخدمات.	أ. العمل مع المنزل فيما يخص الشؤون الدراسية.
	ب. التعاون مع الأسر في تصميم مبادرات تطوير التعليم والمدرسة ككل.
	ج. تبني سياسة لضمان التعاون مع منظمات المجتمع والهيئات الحكومية.
	د. توفير الفرص للطلاب للمشاركة في جمعيات العمل واللجان التي تربط المدرسة بالمجتمع.

الجولة الثالثة حول العالم

دراسة حالة بكندا ونماذج من الأنشطة الداعمة للصحة النفسية:⁽¹⁾

إن تعزيز الصحة النفسية لا يمكنه أن يتحقق بالتخطيط لسلسلة غير مترابطة من الأنشطة، بل يلزم أن تكون هذه الأنشطة جزءاً من إطار استراتيجي كبير. وعلى الطلاب والعاملين بالمدرسة أن يدركوا الهدف من كل نشاط من الأنشطة. وسنعرض نماذج لأنشطة تعزيز الصحة النفسية بالمدارس الكندية على سبيل المثال لا الحصر:

1. تعليق صور لكل طلاب المدرسة والعاملين بها وربطها بحبل واحد ولصقها على الحائط بهدف تكوين صورة ذهنية تُرسخ في مخيلة كل من يراها بأن المدرسة مجتمع واحد.
2. تخصيص جائزة للطلاب المعطاء الذي يتحمل مسؤولية الآخرين داخل المجموعة ويُظهر احتراماً ودعماً لهم، واعتباره مشروع متطوع بالمستقبل.
3. ربط الطلاب ببرنامج إرشادي في المدرسة أو المجتمع يربط كل طالب بمرشد له في المجال العلمي الذي يميل إليه.
4. ربط الطلاب بالمسنين من خلال أنشطة تتم داخل المدرسة أو المجتمع.
5. تخصيص يوم دراسي لممارسة نشاط بعنوان "أد الخير لثالثكنا" وفيه يؤدي الطالب الأول معروفاً للطالب الثاني، فيقوم الأخير بأداء معروف للطالب الثالث وهكذا.
6. مساعدة الطلاب في تصميم صور وملصقات لمعنى مفهوم الصحة النفسية الإيجابية.
7. تبني فاعلية "أسبوع الصحة النفسية" وفيه تمارس كل الأنشطة التي تستعرض جوانب دعم الصحة النفسية للطلاب.

متى تكون البرامج المدرسية للصحة النفسية أكثر فعالية؟

أثبتت البحوث العلمية أن البرامج الأكثر فعالية تحمل السمات الآتية:

1. الشمول وتعدد أوجه التناول والتعامل مع المدرسة ككيان واحد، وعدم التعامل مع عنصر واحد فقط كالمناهج المدرسية، أو التثقيف الصحي أو البيئة المدرسية أو الخدمات الطبية، كل على حدة. وفي دراسة أجريت على طلاب السنة الثالثة الثانوية بإحدى الدول العربية، وُجد أن الخدمات الإرشادية المقدمة من قبل مستشار التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني ليس لها علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بزيادة فعالية الذات لدى هؤلاء التلاميذ. وقد يُستدل بذلك على أهمية التناول الشمولي لبرامج الصحة النفسية للمدرسة ككل.⁽⁶⁾
2. التركيز على رفع المهارات الشخصية للتلميذ.
3. العمل مع الآباء وإشراكهم في البرامج.
4. العمل مع المجتمع وإشراكه في البرامج.
5. استمرار التنفيذ لفترة طويلة من الزمن.

كما أثبتت البحوث العلمية أن النجاح يصاحب برامج تعزيز الصحة على وجه العموم عندما

يتوافر لها الآتي:⁽¹⁾

1. الإرادة السياسية.
2. الشراكة والتعاون بين قطاعي التعليم والصحة.
3. الدعم من مدير المدرسة.
4. تقدير ومكافأة المبادرات الناجحة.
5. تدريب المدرسين على العمل في هذه البرامج، وقد وجد أن التطوير الذاتي للمدرس ينعكس بشكل إيجابي على تقديره لذاته وانتظامه في العمل ورضاه عن وظيفته، وأيضاً على استعداد التلميذ للتعلم منه.
6. الاهتمام باحتياجات العاملين بالمدرسة.
7. دمج أهداف البرامج الصحية مع باقي أهداف المدرسة.
8. السماح للمدرس بقيادة المبادرات وتحمل المسؤولية.
9. ترسيخ نظام لتقييم نتائج المبادرات.

الجولة الرابعة حول العالم

دراسة حالة عن البلطجة الطلابية: (1)

في إحدى المدارس الإعدادية بولاية ماننبيوتا بكندا، توالى الشكاوى والتقارير على إدارة المدرسة بخصوص وجود مضايقات وتسلب من بعض الطلاب على كل من الطالب البدن أو النحيف. وقد اشتكت أسر الطلاب الذين يقعون ضحية لهذا اللمز والمضايقات من أن المشكلة تظهر بوضوح في حصص التربية الرياضية، حيث يتم قياس وزن وطول التلاميذ كأحد متطلبات الحصة، مما يضع الطلاب الضحايا في حرج شديد. وقد أعرض هؤلاء الطلاب عن الذهاب إلى المدرسة ورفضوا حضور حصة التربية الرياضية.

تتوقع ما الإجراءات التي قامت بها إدارة المدرسة لاحتواء هذا الموقف؟ لقد قامت الإدارة أولاً، بدراسة الموقف والتأكد من المعلومات التي بلغتها، ثم رأت أن تقوم بالخطوات التالية:

1. تشجيع الطلاب على احترام جسم وهيئة زملاء شكلاً وحجماً، وذلك من خلال توجيههم للتعبير عن ذلك لفظاً باستخدام رسائل إيجابية.
2. الإعلان للجميع عن رفض سياسات المدرسة حول مضايقات الطلاب لزملائهم بسبب هيئة وحجم أجسامهم.
3. تعليق صور متعددة لطلاب ذوي أشكال متباينة لتهيئة الطلاب لقبول جميع الهيئات على اختلافها.
4. توضيح أن ممارسة الرياضة متعة في حد ذاتها، ولا تُمارَس فقط بهدف إنقاص الوزن أو تغيير هيئة البدن.
5. شرح التغيرات البدنية المصاحبة لسن المراهقة التي تشمل تغيرات كبيرة ومفاجئة في هيئة وحجم الجسم.
6. التوقف عن إجراء قياسات الوزن والطول أثناء حصص التربية الرياضية، والحرص على إكساب الحصص روح المرح والسعادة.
7. تجنب الألعاب الرياضية التي تتضمن قواعدا استبعاد ذوي الوزن الزائد أو المنخفض.
8. عند مكافأة مجموعة على إنجاز ما، يُسمح لهم بفترة لعب في الساحات بدلاً من تناول حلوى أو مشاهدة فيديو.

ويتضمن التأثير الإيجابي لبرامج تعزيز الصحة النفسية ما يلي: (2,1)

1. زيادة الراحة النفسية بين الطلاب.
2. تقوية التحكم في العواطف.
3. التكيف مع الضغوط وعلاج المشكلات.
4. تشجيع الارتباط بالمدرسة، والتحصيل الدراسي وزيادة معدلات الحضور.
5. غرس خُلق التعاطف مع الآخرين، واحترامهم.
6. الحد من البلطجة والتسلط والاعتداءات بين الطلاب.

دور المدرس في الصحة النفسية للطلاب (7,2)

للمدرس دور محوري في تأسيس الصحة النفسية للطلاب في إطار تعاوني مع أعضاء الفريق الصحي بالمدرسة وباقي العاملين بها. ويُعد المدرس أهم شخصية في حياة التلميذ بعد أبويه، والأشد تأثيراً، وقد يمتد أثره في نفسه إلى زمن طويل ومدى عميق، فهو يقوم بدور الأب والقائد والخبير، والصديق، والمعالج. ولكي ينجح في الارتقاء بالصحة النفسية لطلابه يجب أن يتحلى المدرس بالصفات التالية:

1. أن تحكّمه بتلاميذه علاقة الأخ الأكبر وليس علاقة الأمر النهائي.
2. أن يتخلص من الوقار الزائد ويظهر طبيعياً مرحاً مخلصاً.
3. يكون متزنًا مطمئنًا مؤمناً برسائله معطياً إياها بدافع من ضميره كحامل لرسالة سامية.
4. أن يراعي العلاقات الإنسانية بين التلاميذ فيمنحهم الاحترام والثقة، ويشاركهم الأفراح والأحزان، ويساعدهم على حل مشكلاتهم، ويتودد إليهم بإفادتهم.
5. أن يكون قدوة حسنة في تصرفاته، ويجمع بين القوة والحزم في قراراته، والتمسك بالعدل وعدم محاباة تلميذ على حساب آخر.

وللمدرس دور رئيسي ورسالة راقية في رفع المستوى الصحي لطلابه وذلك عن طريق:

1. إثراء أذهان الطلاب بالمعلومات الصحية، وملاحظتهم بعد ذلك من حيث القيام بتطبيقها حتى تصبح في حكم العادات لديهم.
2. اكتشاف الأمراض والاضطرابات النفسية في وقت مبكر، ولو بملاحظة الأعراض غير المباشرة لها كالتأخر الدراسي، والتقصي عما وراء ذلك من أسباب كاضطراب العلاقة بين الوالدين أو القسوة الزائدة في معاملتهما له.

3. تقييد كل المعلومات الخاصة بالطالب في البطاقة الصحية المدرسية من ظروف اجتماعية وبيئية واقتصادية، ومشكلات صحية، ونواحي دراسية، ويكون ذلك بشكل صحيح ومنظم، وعلى إدارة المدرسة مراعاة توفير الوقت الكافي للمدرس للقيام بذلك.

ومن العلامات الخطرة التي يجب أن ينتبه إليها المعلم بناءً على توجيه من الطبيب المدرسي، مما يساعد على التشخيص المبكر للأمراض والاضطرابات النفسية ما يلي:⁽⁸⁾

1. الإحساس بالحزن الشديد أو الانعزال لأكثر من أسبوعين، كالبكاء المتكرر، والإحساس بالإرهاق والإحباط.

2. محاولة إيذاء النفس أو التفكير في ذلك.

3. ممارسة سلوكيات تسبب خطراً على النفس أو الآخرين بشكل لإرادي.

4. إظهار خوف شديد ومفاجئ بدون سبب واضح، مع ضربات القلب السريعة والتعب الجسدي وضيق النفس.

5. الامتناع عن الطعام وفقد الوزن المستمر أو زيادته المستمرة.

6. وجود اضطرابات مزاجية شديدة تُفسد العلاقات مع الآخرين.

7. التعاطي المتكرر للمخدرات والكحوليات.

8. التغييرات الكبيرة في السلوك أو الشخصية أو عادات النوم كالهياج عند الاستيقاظ.

9. الصعوبة الشديدة في التركيز أو البقاء ساكناً أثناء الحصص، مما يؤدي إلى التعرض لمشكلات دراسية نتيجة لذلك.

10. الخوف الشديد من الانخراط في النشاطات اليومية، كمصاحبة زملاء أو دخول الفصل.

وعلى الآباء الذين تظهر علامات الخطر على أبنائهم ضرورة القيام بما يلي:^(8.2)

1. التوجه لزيارة طبيب الأطفال.

2. التوجه لزيارة الطبيب النفسي.

3. التعاون مع المدرسة في متابعة الابن.

4. التعاون مع أسر باقي الطلاب في متابعة الابن.

وقد أظهرت نتائج المسح الذي أُجري في أستراليا عن الصحة النفسية أن 40.5 % من أسر الأطفال الذين يترددون على الطبيب النفسي لعلاج أبنائهم قد سبق وتم توجيههم لذلك من قبل العاملين بالمدرسة، وأن 35.6 % تم توجيههم من قبل المعلم على وجه التحديد.⁽⁹⁾

وتشمل مشكلات الصحة النفسية لدى طلاب المدارس ما يلي:⁽²⁾

1. الاضطرابات النفسية مثل التبول اللاإرادي، وصعوبات النطق، والتأخر الدراسي، والفشل الدراسي، والقلق النفسي والهستيريا.
 2. الاضطرابات السلوكية مثل الكذب، والسرقعة، والعدوانية، والهروب، والإدمان.
 3. الاضطرابات الانفعالية مثل، نوبات الغضب لأقل سبب، وفقد الشهية للطعام، ونوبات الهلع الليلي، والخوف المتكرر دون مبرر، ونوبات البكاء المتكررة ورفض الذهاب إلى المدرسة.
- وفيما يلي نماذج من الفئات الخاصة من الطلاب التي تحتاج لمزيد من الرعاية النفسية:

1. التلاميذ المصابون بالصرع⁽²⁾

يعرف الصرع على أنه حالة بالمخ تسبب نوبات متكررة ومفاجئة نتيجة نشاط كهربائي غير طبيعي.

أسباب الصرع، هناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالصرع، وتتمثل في الآتي:

أ. الوراثة: فلو كان أحد الوالدين مصاباً بالصرع، لأصيب الابن بنسبة 6 %، ولو كان كلا الوالدين مصابين، لأصيب الابن بنسبة 12 %.

ب. إصابات الرأس: نتيجة الولادة المتعسرة أو كسور أو التهابات دماغية أو سحائية.

ج. أسباب أخرى: كالأورام، والفشل الكلوي، ونقص سكر الدم، أو بلا سبب واضح.

أنواع الصرع، يوجد عدة أنواع للصرع، وهي كالتالي:

أ. نوبة الصرع الصغيرة: وتتميز بحدوث غيم في الشعور أو ذهول لمدة ثوانٍ بلا تشنجات أو سقوط.

ب. نوبة الصرع الكبيرة: وتتميز بحدوث فقد الوعي بعد إحساس غامض أو بكاء، ثم سقوط على الأرض في حالة تشنج مع فقد الوعي. وقد يعرض المريض لسانه أو يتبول لا إرادياً.

ج. النوبة النفسية الحركية: وتكون عبارة عن نوبات فقد تام للوعي تصحبها حركات لا إرادية غريبة، كأن يصاب بحالات تخريب، أو يدور حول نفسه، أو يستجدي طعاماً.

د. النوبة المستمرة: وهي نوبة كبرى ولكنها طويلة، وتلقبها نوبة أخرى قبل الانتهاء من الأولى، وفيها خطورة على القلب بسبب الإرهاق الشديد، وقد تحتاج للإدخال إلى المستشفى.

علاج الصرع، يوجد عدة أنواع لمعالجة الصرع تتمثل في:

- أ. علاج دوائي: يكتبه الطبيب المختص وقد يستمر لسنوات.
- ب. علاج غذائي: بالإكثار من الدهون، والتقليل من البروتينات والكربوهيدرات والماء.
- ج. علاج نفسي: لدعم المريض وأسرته في التعايش مع المرض.

دور المدرسة تجاه التلميذ المصاب بالصرع

يقدم الطبيب المدرسي أو الطبيب النفسي الإشراف الطبي على التلميذ المصاب والمتابعة لحالته بالتعاون مع المدرس، ومع أسرة التلميذ، وعليهم الاشتراك للقيام بما يلي:

- أ. التعرف على النوبات الصرعية التي تحدث للتلميذ ونوع الأدوية التي يتناولها.
- ب. التعرف على نسبة ذكاء التلميذ ودرجة تحصيله الدراسي وتجنب تجاهل ذلك في حال انخفاضها، بل والتعرف على قدراته الكامنة وتفجيرها.
- ج. معاملة التلميذ معاملة الطالب العادي، وعدم حمايته من العقاب، وفي نفس الوقت تجنب العقاب الجسمي.
- د. مراعاة حالته أثناء الامتحان، تحسباً أن تصيبه التشنجات.
- هـ. مساعدة التلاميذ أن يفهموا حالته وتوضيح أنها ليست جنوناً أو سحراً، وإخبار ذويهم أنها ليست حالة معدية.

و. تعرّف المدرس على كيفية إسعاف التلميذ عند حدوث النوبة في الفصل. فبعد انتهاء النوبة يرفع المدرس المريض على مرتبة ويضع تحت رأسه مخدة ليست لينة لحين استرداد وعيه، ثم يستدعي أهله لنقله إلى المنزل ليسترخ. كما يضع منديلاً بين أسنانه في بداية التشنجات لحماية لسانه وأيضاً فك الأزرار حول رقبته.

2. التلاميذ ذوو الاحتياجات الخاصة⁽²⁾

هم الأطفال الذين لا يصلون إلى مستوى الأطفال الأسوياء الذين في مثل سنهم بسبب عاهة خاصة، جسمية أو نفسية أو عقلية، مما يجعلهم في حاجة إلى رعاية خاصة.

وتهدف الرعاية المقدمة لهذه الفئة من التلاميذ إلى المحافظة على القدر الموجود من القدرات الجسمية والنفسية لكيلا تتدهور ثم الوصول بها لأقصى الدرجات من الأداء، بحيث يستطيع التلميذ الاعتماد على نفسه قدر الإمكان، ويندمج في المجتمع بل ويخدمه.

ويستوجب تقديم خدمات ذات جودة عالية لذوي الاحتياجات الخاصة وإنشاء جهاز كامل يقوم بالتشخيص والحصر والتسجيل والاختبار ثم التوجيه والتأهيل، على أن يتكون الجهاز من كوادرات طبية وتعليمية وأخرى تابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية. بينما يقوم العاملون بالمدرسة بتقديم الأدوار التالية:

أ. التشخيص المبكر، وذلك لأن إهمالهم ومعاملتهم معاملة الأسوياء يظلمهم من حيث لا يدري الجميع.

ب. متابعة العلاج المقدم لهم.

ج. تقديم أجهزة تعويضية لهم.

د. توفير إحصاء دقيق عنهم لإتاحة الخدمات لهم وتقييمها.

3. الطلاب ممن يدخلون ويتعاطون المخدرات: سيتم تناول هذا الموضوع في فصل التنقيف الصحي في المدارس.

4. التلاميذ الموهوبون⁽²⁾

يجب أن يكون مدرس الأطفال الموهوبين ذا مستوى ذكاء فوق المتوسط، ويكون محباً لهم ويُقدر مواهبهم ويؤمن بأهمية إتاحة الفرصة لكل إنسان لتنمية قدراته إلى أقصى حد ممكن، كما يجب عليه الاحتراس من محاولة التقليل من قدراتهم أو استغلالها في غير المصلحة العامة. وفيما يلي بعض الأدوار الهامة التي يؤديها المدرس تجاه الطفل الموهوب:

أ. التعرف على مواطن موهبته بالتفصيل، بل ودراسة بعض النواحي التي يتفوق فيها.
ب. تهيئة بيئة تُقدم له فرصاً للتطور ومنحه حرية العمل في مجال ميوله.
ج. إرشاده لتقبل التفاوت والفروق الفردية بينه وبين زملائه، مع الحفاظ على علاقة متزنة معهم، وإرشاده إلى مسؤوليته نحو المجتمع.

د. إشراكه في النشاط الرياضي وتوجيهه نحو ممارسات الطفولة الطبيعية.
هـ. تشجيعه على التفكير الواقعي، وتوجيهه لاستخدام قدراته الفائقة في حل مشكلاته اليومية، وفي تنمية قدراته القيادية.

و. العمل مع الآباء لحثهم وتوجيههم للاستفادة من مواهب الطفل.

ز. العمل مع الهيئات المختلفة لتوفير إمكانات أكبر للطفل الموهوب.

ومن وسائل توجيه الآباء وإرشادهم:⁽²⁾

أ. تنظيم مجلس الآباء.

ب. إلقاء محاضرات عن نفسية الطفل والرد على التساؤلات.

ج. طبع مطبوعات تختص بكيفية معاملة الأبناء.

د. استخدام الراديو في حال الإذاعات المحلية.

ال الجولة الخامسة حول العالم

دراسة حالة في لوس أنجلوس عن آلية تقديم خدمات الصحة النفسية بالمدارس⁽¹⁰⁾

أنشأت الإدارة المدرسية الموحدة وحدة للصحة النفسية المدرسية وذلك في عام 1945م. ولقد أتاحت هذه الوحدة الخدمات النفسية لجميع الطلاب من خلال استقبال أي طالب مُحوّل من المدرسة إلى إحدى العيادات النفسية التابعة للوحدة. وشملت الخدمات المقدمة من الوحدة التقييم النفسي والاجتماعي، والعلاج النفسي للطلاب أو لمجموعته أو للأسرة، والتدخل في الأزمات النفسية وإدارتها، وعمل برنامج مدرسي للصحة النفسية وإدارتها.

وتواجدت في الوحدة مجموعة من العاملين من بينهم الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين والمرضات النفسيات وأطباء علم نفس الأطفال. وكان هؤلاء العاملون على صلة مستمرة وتعاون وتشاور مع العاملين بالمدرسة. كما كانت العيادات محلاً لعمل بحوث علمية على المدرسة، بحيث لا يتم تطبيق أي من التدخلات، إلا بعد ثبوت جدواها بشكل قائم على البيّنة. وتقوم الوحدة بتدريب وإدارة الفرق الخاصة بإدارة الأزمات النفسية في إطار الإدارة المدرسية. وهكذا قامت الوحدة بتغطية الخدمات الطبية والتدريبية والبحثية والإدارية.

جودة خدمات برامج الصحة النفسية المدرسية⁽¹⁰⁾

ينبغي على نظم ضمان الجودة التأكد من جودة خدمات برامج الصحة النفسية المدرسية عن طريق متابعة المعايير الآتية:

1. قيام إدارة البرنامج بمتابعة التدخلات بشكل منتظم، وتصحيح وتطوير مستواها.
2. شمولية واستمرارية وتنوع جوانب الأنشطة.
3. استمرار التطوير المهني للقائمين على إدارة وتنفيذ هذه البرامج وصقل معلوماتهم ومهاراتهم باستمرار.
4. ترابط وتكامل الخدمات.
5. العمل مع الأسرة والمجتمع.

6. العمل والتواصل مع إدارة المدرسة ولجانها المتخصصة.
7. إتاحة الأنشطة للطلاب وجذبها لهم ولس الطلاب لتواجدها.
8. الاكتفاء بتطبيق الأنشطة التي تم ثبوت فعاليتها بالبحث العلمي.
9. مراعاة ذوي الظروف الخاصة من الطلاب والأسر والوفاء باحتياجاتهم.
10. استيفاء التقارير والإحصاءات الدورية.
11. استيفاء المعايير الأخلاقية مثل، الحفاظ على خصوصية الطلاب.

وهكذا يتبين لنا أن خدمات الصحة النفسية بكل مستوياتها؛ التعزيز والوقاية والعلاج والتأهيل، يحتاج إليها كل من أحاطتهم جدران المدرسة بدرجات متفاوتة، من طلاب ومدرسين وعاملين، بينما يقع على كاهل كل منهم جزءاً من مسؤولية توفيرها وتوصيلها في أفضل صورة. وهذا ما أجملته منظمة الصحة العالمية في تصميمها للإطار النموذجي لبرامج الصحة النفسية بالمدارس (الشكل 2)،⁽⁷⁾ فالسلامة النفسية يجب أن تُعَم المجتمع المدرسي بأكمله، ثم تأتي أهمية الارتقاء بالمعلومات والاتجاهات والسلوكيات المتعلقة بالصحة النفسية لدى كل الطلاب والمدرسين، ومراعاة التشخيص المبكر للمشكلات النفسية التي تحدث لحوالي (20-30 %) من الطلاب بهدف سرعة تجاوزها، أما في حال (3-12 %) من الطلاب ممن يعانون بالفعل الاضطرابات النفسية فيجب متابعتهم كما تقدم.



(الشكل 2): الإطار النموذجي لبرامج الصحة النفسية بالمدارس.⁽⁷⁾



الفصل الثالث

البيئة المدرسية

ليست المدرسة مكاناً لتلقي العلم فحسب، بل تلعب البيئة المدرسية دوراً حيوياً في تعزيز صحة أطفالنا وشبابنا ومجتمعنا بأكمله، وأيضاً ترسيخ السلوكيات الصحية مدى الحياة. ومن هنا تتضح أهمية تبني سياسات وممارسات تجعل مدارسنا "معززة للصحة" من خلال برامج الصحة المدرسية وتحسين البيئة المدرسية.

والبيئة المدرسية هي البيئة التي تقدّم برامج تعليمية وتربوية نوعية من أجل إعداد متعلمين دائمي التعلم لاكتساب المعرفة والمعلومات لمواكبة التطورات التي تحدث على صعيد الحياة، ومن أجل التعايش مع الآخرين ويتم ذلك من خلال التركيز على المهارات الأساسية والمهارات العصرية التي تؤدّي للوصول إلى بعض المهارات العقلية في جو يسوده المتعة والرغبة في تحفيز الطلاب على التعلم وتحمل الصعاب للحصول على المعلومات.

لماذا يعد تأثير البيئة المدرسية المادية قوياً على صحة التلاميذ؟⁽¹⁾

1. لأن البيئة هي أحد المحددات الرئيسية للمستوى الصحي للطفل، فالمياه الملوثة تسبب الإسهال، والهواء الملوث يؤخر شفاء الأمراض التنفسية ويثير نوبات الربو، والتعرض للرصاص والزرنيخ والمبيدات يؤدي للمرض بل والوفاة، كما أن الحشرات تساعد على نقل العديد من الأمراض.
2. لأن الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالمرض عند التعرض للمخاطر البيئية نتيجة انخفاض مناعتهم، وصغر حجم أجسامهم، وبقائهم في المدرسة لوقت طويل.
3. لأن سلوكيات الأطفال تجعلهم أكثر عرضة للمخاطر البيئية كمص الأصابع، ومص القطع الملوثة، وعدم غسل الأيدي قبل الأكل وبعده.
4. لأن معظم التحسينات المطلوبة في البيئة المدرسية ليست عالية التكلفة في حين نجد لها مردوداً عالياً على صحة الطفل.
5. لأن القيام بالتحسينات المطلوبة في البيئة المدرسية يؤدي بدوره إلى انتظام التلاميذ في الدراسة.

المواصفات البيئية اللازمة لوقاية طلاب المدارس من المخاطر

أولاً: بيئة المدرسة الخارجية، وتتمثل كالاتي:

1. اختيار موقع جيد للمدرسة قبل إنشائها، ويتم اختيار الموقع بعد مشورة الآباء، والمعلمين، وهيئات المجتمع المدني، بحيث:

أ. تبعد المدرسة عن المصانع وعن أي مرافق ينبعث منها كيمياويات سامة بالهواء أو التربة مسافة ميلين على الأقل، وتبعد عن الطرق السريعة والمزدحمة، وعن مكبات ومقالب النفايات، ومصادر الضوضاء وعوادم السيارات، ومخزّات السيول والفيضانات، ومجال الأعاصير، وأية قشرة أرضية غير مستقرة عُرضة للزلازل.⁽²⁾

ب. بالنسبة للمدارس المنشأة بالفعل فتوجد حلول بديلة مثل إزالة المخلفات والنفايات من محيط المدرسة، أو إنشاء ممر لعبور المشاة وكباري للوصول للمدرسة، أو إنشاء حواجز تقوم بالعمل كمصدات للتخفيف من وصول الأتربة والأدخنة "مصدات من الأشجار"، أو تجنب القيام بالأنشطة المدرسية/الترفيهية في فترة وسط النهار، حيث تصل نسبة التلوث وأشعة الشمس الضارة ومستويات الأوزون إلى ذروتها، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بنوبات الربو الشعبي إلى 40 % لدى الأطفال الذين يعانون أمراض الحساسية (الأرجية) والربو الشعبي.⁽²⁾

ج. تأمين طريق لوصول الطوارئ والإغاثة للمدرسة.

2. تفقد مبنى المدرسة والمباني المحيطة (مصانع، أو محطات وقود) للبحث عن أي انبعاثات للأدخنة أو الغازات، وأيضاً مراعاة:

أ. تتبّع مسار الأدخنة والغازات ونسبة وصولها لجو المدرسة.

ب. تفقد انبعاث أي أدخنة أو غازات في محيط المدرسة بصورة دورية.

ج. تحديد المناطق التي تنبعث منها عوادم المحركات ونسبة وصولها لداخل المدرسة عن طريق النوافذ والأبواب وفتحات التهوية.

د. تقليل الغبار المتصاعد من الطرق المجاورة، وذلك من خلال رصفها، أو رشها ببعض المياه.

هـ. العمل على تقليل تعرض التلاميذ للغبار، كمصدر لتلوث الهواء عن طريق تغطية الطرق المحيطة بالمدرسة بالمواد المناسبة التي تقلل من انبعاث الغبار مثل: الأسفلت، والنجيل، والحصباء، والرقائق الخشبية...إلخ.

3. منع وتقليل انتظار السيارات والمركبات (خمس دقائق انتظار بحد أقصى) بجوار المدرسة، مع مراعاة الآتي:⁽³⁾

أ. إبعاد أماكن الانتظار مسافة مناسبة عن المدرسة.

- ب. وضع لافتات وعلامات "عدم انتظار السيارات" وتغريم المخالفين.
- ج. تبني استراتيجية "عدم انتظار السيارات" مع الطلبة والآباء وشركات الحافلات المدرسية.
- د. إيجاد مناطق بديلة لانتظار السيارات.
- هـ. تقليل انبعاث عوادم محركات الديزل.⁽⁴⁾
- و. استخدام بدائل للديزل.
- ز. تبني استخدام تكنولوجيا الوقود النظيف للحافلات المدرسية.
- ح. تطوير الحافلات المدرسية، وصيانتها، واستخدام الأجيال المتطورة منها قليلة الانبعاثات.
- ط. تشجيع ركوب الدراجات، والمشي، وتقليل استخدام الحافلات للوصول للمدارس، تبني مبادرة "الذهاب للمدرسة سيراً أو بالدراجة"، وتنظيم حدث شهري أو دوري لذلك.
- ي. مراجعة جدول وصول الحافلات المدرسية لتقليل تكدس الحافلات وأوقات انتظارها مما يقلل انبعاث أدخنة المحركات.
4. توفير الطرق الآمنة المستخدمة للوصول إلى المدرسة (طرق ذات بنية تحتية جيدة، وحارات منفصلة للمشبي وأخرى لركوب الدراجات)، بالتعاون مع وزارة النقل والتخطيط، مع تصميم إعلانات لنيل استحسان المجتمع، وأيضاً مراعاة:⁽⁵⁾
- أ. تقييد حدود السرعة بالطرق المجاورة للمدرسة.
- ب. إنشاء مطبات اصطناعية.
- ج. وضع علامات ولافتات واضحة تشير إلى وجود "منطقة مدارس".
- د. وجود حارس لبوابة المدرسة أو رجل مرور، وكذلك علامات ممرورية لتنظيم عبور الطلاب للشارع ودخولهم المدرسة بطريقة آمنة.
5. تبني سياسات منع التدخين في الطرق المحيطة، ونطاق المدرسة الخارجي، وحافلات المدرسة، وأماكن الانتظار الخارجية، من خلال:⁽⁶⁾
- أ. وضع لافتات وعلامات "عدم التدخين"، وتغريم المخالفين.
- ب. تصميم إعلانات ترعاها المدرسة تهدف لمنع التدخين.
6. تفقد أكوام القمامة في محيط المدرسة، ومخاطبة الجهة المنوطة لإزالتها إن وجدت، وتوفير أماكن مناسبة، وحوايات مغلقة ونظيفة لتجميع القمامة، بالإضافة إلى الآتي:
- أ. تفقد تجمع المياه الراكة في محيط المدرسة.

- ب. تفقد تجمع مياه الصرف الصحي في محيط المدرسة، وإن وُجد يتم مخاطبة الجهة المنوطة لإزالتها.
- ج. تفقد وجود أي من الحشرات، والقوارض، والزواحف، والحيوانات التي تهدد صحة الطلاب.
- د. تفقد وجود أي من الباعة الجائلين في محيط المدرسة.
- هـ. تفقد وجود أسلاك كهربائية أو محطات للكهرباء ذات الضغط العالي في محيط المدرسة .

ثانياً: بيئة المدرسة الداخلية، وتتمثل كالآتي: (2)

1. تصميم مبنى آمن وصحي يحمي الطلاب وهيئة التدريس من درجات الحرارة القصوى داخل الفصول؛ فالحرارة الشديدة تقلل التركيز وتشتت الانتباه وتسبب بالإجهاد، والبرودة الشديدة تسبب أمراض الجهاز التنفسي، مع مراعاة:
 - أ. تحديد فترات الإجازات المدرسية كي تتزامن مع أشد أوقات العام برودةً وحرارةً وأمطاراً.
 - ب. صيانة المباني بصفة دورية مثل معالجة الشقوق والتصدعات في الحوائط والأساسات، وإصلاح النوافذ والأبواب ودرجات السلالم والمسامير المكشوفة وقضبان الدَرَج.
 - ج. الإضاءة المناسبة داخل المدرسة؛ وذلك من خلال الجمع بين الإضاءة الطبيعية (ضوء النهار) والإضاءة الصناعية (اللمبات) لتوفير إضاءة جيدة بالفصول والطرق ومداخل المدرسة.
 - د. إصلاح أي تلف في الإنارة.
2. يجب أن يكون عدد الفصول مناسباً (40 طالباً بالفصل كحد أقصى)، ومساحتها مناسبة (1.5م² لكل طالب كحد أدنى لتجنب ازدحام الفصول)، كما يجب أن تكون أيضاً:
 - أ. جيدة الإضاءة.
 - ب. جيدة التهوية، وذلك من خلال نوافذ تمثل مساحتها 20 % من مساحة الفصل، مفتوحة وتسمح بمرور الهواء، وبها أسلاك واقية تمنع دخول الحشرات والحيوانات، وتكون النوافذ أعلى من مستوى رؤوس الطلاب في وضع جلوسهم لتجنب تعرض الطلاب لتيارات الهواء وتسببها في النعاس وأمراض الجهاز التنفسي، وتدعم التهوية المتقابلة بأن تقابل النوافذ بعضها البعض أو تقابل الأبواب.
 - ج. نظيفة، وبها حاويات / سلّات للنفايات (مغلقة، ونظيفة، وغير مكدسة بالنفايات ويتم تفريغها أولاً بأول).

د. بها وسائل مختلفة للشرح والإيضاح (سبورة بيضاء، وجهاز كمبيوتر وجهاز عرض العروض التقديمية،... إلخ).

هـ. أن تكون لوحة الشرح مغناطيسية ذات لون أبيض من النوع الذي يكتب عليه بأقلام الفلوماستر، وأن توضع في منتصف الحائط المواجه للطلاب، وعلى ارتفاع يتناسب مع طول الطلاب والفئة العمرية لمرحلة التعليم وأن تترك مسافة 1.8 بين اللوحة السبورية وبين الصف الأول من أدراج الطلاب.⁽⁷⁾

و. ذات حوائط مطلية بدهانات آمنة، لا تنبعث منها روائح، وألوان ملائمة (أخضر، أصفر) تساعد على التركيز ولا تشتت الانتباه.

3. يجب أن تكون المقاعد سليمة، عددها مناسب للطلاب، مع مراعاة إصلاح أي تلف بها، وصيانتها سنوياً، وأن تكون مصنوعة من خامات لا تؤثر على صحة الطلاب (أخشاب، بلاستيك ذو جودة عالية). ويجب أن تهيأ المقاعد والأدراج طبقاً للتكوين البدني للطلاب وطبيعة نمو الفئة العمرية الخاصة بالمرحلة الدراسية، حتى تحافظ على جلسة الطالب الصحية المريحة، وذلك من خلال:⁽⁷⁾

أ. مناسبة ارتفاع المقعد لطول ساق الطالب، ويراعى استقرار أرجل الطالب واعتدال ظهره عند الجلوس.

ب. أن يكون المقعد مقوَّساً قليلاً من الأمام للخلف يتناسب مع تقوس فخذ الطالب.

ج. أن يكون عرض المقعد مناسباً.

د. أن تكون حافة المقعد الأمامية مستديرة، لا تضغط على الأوعية الدموية والأعصاب فتؤثر على حيوية ساق وقدم الطالب.

هـ. أن يكون ارتفاع المسند مناسباً، بحيث يلاقي منحني الظهر وتصل حافته العليا إلى مستوى الطرف الأسفل لعظمتي لوحة الكتف.

و. أن تكون حافة المقعد متداخلة تحت حافة الدرج، حتى لا يضطر الطالب إلى الانحناء للأمام عند القراءة والكتابة.

ز. أن يترك ممر لا يقل عن عرض 1.61م بين الأدراج، لسهولة سير وأمان انتقال الطالب.

ح. أن تترك مسافة متر واحد بين الصف الأخير والحائط.

ط. أن تراعى أولوية جلوس الطلاب ضعاف البصر وضعاف السمع وقصيري القامة في الصفوف الأمامية في الفصل الدراسي.

ي. أن تكون المقاعد والأدراج مصنوعة من مواد سهلة التنظيف.

4. ضرورة وجود خزانة خاصة بكل طالب لكي يضع فيها أغراضه الخاصة (ملابس، كتب،...).

5. من المعلوم أن التعرض للضوضاء يؤثر تأثيراً سلبياً على حاسة السمع عند الطلاب، فهي تسبب الارتباك، وعدم التركيز والتشويش على الأفكار، مما يترتب عليه ضعف التحصيل العلمي، وتعرض الطلاب للعديد من الأمراض، ويتوجب على المدارس معالجة تلك السلبيات من خلال:⁽⁷⁾

- أ. وضع وتخصيص أماكن الفصول الدراسية بعيداً عن الملاعب، والمدخل الرئيسي للمدرسة، وممرات عبور الموظفين، والالتزام بأنظمة داخلية تحد من الضوضاء.
- ب. تخصيص أوقات أعمال الصيانة التي تسبب الإزعاج بعد الانتهاء من الدوام المدرسي.
- ج. تصميم حواجز عازلة للصوت، مثل الزجاج المفرغ من الهواء.
- د. تصميم فصول دراسية لا يزيد طولها عن 8م وذلك لتفادي ارتداد الأصوات، وفي القاعات الطويلة، مثل قاعات الرياضة والمعامل يتم وضع مواد خاصة ماصة للصوت ومبطنة للجدران المقابلة لأماكن التجمعات الصادرة للضحك، وذلك لمنع انعكاس موجات الصدى، مما يؤدي إلى تفادي صدى الصوت.

6. وجود ملاعب بالمدرسة، مع مراعاة الآتي:

- أ. أن تشمل أراضي رملية لتفادي الارتطام بأرضيات صلبة، ومساحات خضراء، وأن توضع الألعاب والأرجوحات والزلاقات على وسائل رملية لتجنب ارتطام الطلاب بالأرض الصلبة، وأن تكون خالية من مصادر الخطر كأسلاك الكهرباء المكشوفة أو أوتاد الحديد البارزة فوق سطح الأرض، وأن توفر الظل لتجنب تعرض الطلاب لضربات الشمس، وبها أشجار مزروعة يتم تقليمها بصورة دورية، مع التأكد من عدم إيوائها للحشرات والحيوانات، ويجب تعيين مشرف للملاعب لمراقبة الطلاب خاصة صغار السن منهم، كما يجب فحص نسبة عنصر الرصاص والعناصر الثقيلة في التربة في حالة تغطية الأراضي بتربة رملية أو طينية، وتقليل الغبار المنبعث من التربة بتغطيتها برقائق الخشب أو الحصباء أو رشها ببعض المياه.⁽⁸⁾

- ب. اتخاذ الإجراءات الوقائية للحماية من التعرض للأشعة فوق البنفسجية من خلال زراعة الأشجار حول المدرسة وبداخل الملاعب لتوفير الظل، وتأجيل القيام بالنشاط البدني في فترة منتصف النهار حيث تبلغ نسبة الأشعة ذروتها، واستخدام الملابس الواقية من أشعة الشمس، وأغطية الرأس والنظارات الواقية، ووضع كريمات واقية (خصوصاً في الدول التي تتسبب أشعة الشمس فيها بسرطان الجلد).

- ج. زراعة أشجار الظل حول ملاعب المدرسة، مما يقلل تعرض الطلاب لأشعة الشمس الضارة وتعمل أيضاً كمصدات للأتربة والرياح.

د. استخدام أخشاب ذات نوعية جيدة في فناء وملاعب المدرسة وتجنب استخدام الأنواع المُعالَجة بالنحاس والزنبرخ والكريوزوت وخماسي كلور الفينول نظراً لتسرب هذه المواد خصوصاً الزنبرخ إلى أيدي الأطفال أثناء اللعب، مما يشكل خطراً على صحتهم، وفي حالة عدم إمكانية استبدال هذه الأنواع فإنه يمكن استخدام المواد العازلة التي تمنع تسرب الزنبرخ والمواد السامة من الأخشاب مثل مادة البولي يوريثان العازلة.

7. في حالة وجود حمام سباحة، فيجب أن يخضع لإشراف وصيانة دورية، وقياس لنسبة الكلور الحر في المياه بحيث لا تتعدى 1-3 جزء في المليون، وأخذ عينات شهرية من مياه الحمام لفحصها في معامل وزارة الصحة؛ والتأكد من خلوها من جميع أنواع الجراثيم والملوثات.

8. وجود مكتبة واحدة بالمدرسة على الأقل، وتشجيع ممارسة القراءة، وتزويد المكتبة بكتب جديدة في كل المجالات سنوياً

9. تبني مختلف أنواع الأنشطة المدرسية مثل الرسم، والموسيقى، والفرق الرياضية.

10. إنشاء نظام لتشغيل وصيانة تهوية وتدفئة وتكييف هواء المدرسة، وكذلك نظام للتحكم في درجة الرطوبة، ومستوى غازي ثنائي أكسيد الكربون وأحادي أكسيد الكربون، وكذلك نظام لفلتر الغازات السامة، مع مراعاة:

أ. إبقاء درجة الرطوبة داخل المباني بين 30 % إلى 50 %.

ب. وضع محسّات (أجهزة استشعار) لغاز أحادي أكسيد الكربون خصوصاً في المعامل وجراج حافلات المدرسة والأماكن التي بها أجهزة حرق الوقود (لأنه عديم اللون والرائحة).

ج. معايرة هذه المحسّات بصفة منتظمة وصيانتها بصفة دورية طبقاً لجدول محدد سلفاً وتسجيل ذلك في قاعدة البيانات الخاصة.

د. تعيين موظف مختص بتركيب ومعايرة هذه المحسّات.

هـ. المتابعة الدورية لنظام تشغيل وصيانة الأجهزة.

و. إنشاء "سجل تتبع" لبيان تعرض الطلاب أو هيئة التدريس أو العمال لمخاطر تلوث الهواء.

ز. ملاحظة وتدوين أية مشكلات صحية تعزى إلى الخلل في جودة الهواء، مثل: الصداع، والإرهاق، والسعال، وضيق التنفس، وتهيج العين والأذن والحلق والجلد، والدوار، والغثيان.

ح. سؤال هيئة التمريض، والمدرسين، والهيئة الإدارية عن ملاحظتهم لأي من هذه الأعراض في مبنى أو فصل محدد في المدرسة.

ط. أن ملاحظة وجود هذه الأعراض عند دخول الأفراد المدرسة واختفائها بخروجهم منها يؤكد وجود خلل في بيئة الهواء داخل المدرسة، نظراً لتشابه الأعراض في حالات الحساسية والأنفلونزا ونزلات البرد.

ي. تسجيل أية شكاوى بخصوص جودة الهواء داخل المدرسة، ومتابعة إيجاد الحلول لها.
ك. تعيين شخص منوط بهذه المسؤولية وتعريف الطلاب وهيئة التدريس به، وتحديد ساعات يومية للوصول إليه.

ل. ضبط وجود أي أبخرة، أو غازات، أو روائح غريبة داخل المدرسة وتتبع مصدرها.
م. في حالة استخدام الأخشاب والفحم كوقود في مدارس الدول النامية للطهي أو التدفئة، يجب توفير تهوية جيدة لتجنب أخطار الأدخنة والجزيئات الدقيقة المنبعثة، واستخدام المواعيد المحسنة، وتأجيل أوقات الطهي لحين خروج التلاميذ للملاعب.

ن. فحص سخانات المياه ومكيفات الهواء بصورة دورية، وتسجيل ذلك.
س. في حالة وجود مولد احتياطي للطاقة، فإنه يجب تشغيله بصفة دورية للتأكد من كفاءته عند الحاجة إليه، وعمل صيانة دورية لقطع الغيار، والتأكد من عدم انبعاث عوادم عند تشغيله.

ع. منع التدخين تماماً داخل المدرسة.
ف. اختيار أدوات التنظيف بعناية بحيث تكون أقل سُميّة وأقل تلويثاً للبيئة، وأقل في الروائح المنبعثة، والحد من استخدام مواد التنظيف الجاف والزيوت والشمع ومعطرات الجو التي بدورها تهيج الجهاز التنفسي، والتهوية القصوى بعد استعمالها.

ص. استخدام مواد الطلاء المائية، والتشطيبات الخشبية وموانع التسرب.
ق. استخدام المنظفات والكيماويات بعد انتهاء ساعات العمل في المدرسة وفي أيام العطلات.

ر. التقليل من استخدام السجاد والموكيت، لأنها تحتجز الأتربة داخل أنسجتها.
ش. مراعاة استخدام المواد الخالية من الرصاص عند القيام بأعمال الصيانة أو تجديد الطلاء.
ت. القيام بأعمال التجديد والصيانة والطلاء أثناء غياب الطلاب في العطلات الرسمية والإجازات.

ث. تخزين مواد الطلاء والتنظيف في أوعية محكمة الغلق وبعيداً عن متناول الأطفال.
خ. التأكد من ابتعاد مداخل الهواء عن عوادم المركبات وأماكن انتظار السيارات وعوادم المصانع.

ذ. إبعاد الحيوانات عن الفصول، نظراً لتسببها للحساسية لدى بعض الطلاب.
ض. تنظيف فتحات التهوية ومداخل الهواء بصورة دورية، وإزالة الأتربة، وتسجيل ذلك في السجلات الخاصة بصحة البيئة المدرسية.

11. التأكد من خلو المباني من الفطر/العفن، وتتبع وإصلاح مصادر الرطوبة وتسريب المياه التي بدورها تؤدي إلى نمو الفطر، ويجب مراعاة الآتي:

أ. مراقبة تسرب المياه من الأسقف، ومواسير السباكة، وأنباب المياه، والنوافذ، أو أي شقوق في المباني، وكذلك ملاحظة تسرب مياه الفيضانات، وسوء تصريف مياه الصرف

- الصحي، وزيادة رطوبة الهواء أثناء أعمال الطلاء أو تنظيف الأرضيات، وسوء تشغيل وصيانة نظام التهوية، أو عدم تهوية المباني جيداً خصوصاً في فصل الصيف.⁽⁹⁾
- ب. إنشاء "سجل تتبع الفطر" لفحص المباني بصفة دورية، وفحص مصادر الرطوبة وأي شقوق في المباني، لمنع تكون الفطر.
- ج. تبليغ الهيئة الإدارية عن وجود الفطر فوراً حال اكتشافه.
- د. تنظيف المباني، والأسطح، والأثاث الذي حدث به تسريب للمياه خلال (12-24) ساعة وذلك لتجنب نمو الفطر.
- هـ. تهوية المراحيض وخزانات الملابس والأماكن ذات الرطوبة العالية.
- و. استخدام مكيفات الهواء وأجهزة التحكم بالرطوبة عند الحاجة.
- ز. إزالة الفطر من الأسطح بمنظفات خاصة، واستبدال الأسطح والأرضيات التالفة.
- ح. تجنب تغطية الأرضيات الرطبة (بجوار نافورات المياه والأحواض، والأرضيات الخرسانية) بالسجاد.
- ط. عزل الأسطح الباردة، مثل أنابيب المياه.
- ي. زيادة حرارة الأسطح وتقليل درجة الرطوبة مما يساعد على منع نمو الفطر العفن.
- ك. إبقاء مصارف مياه أجهزة التكييف والتسخين والتهوية نظيفة، تتدفق بشكل صحيح دون عوائق.
- ل. تحويل مخارج الأجهزة المولدة للحرارة والبخار والرطوبة للهواء الخارجي بقدر الإمكان.
12. وضع مشايات أرضية عازلة عند مدخل المدرسة والفصول يمتد طولها ليكفي خمس خطوات، مما يقلل معظم الأتربة والأوساخ العالقة بالأقدام، وبالتالي تكلفة تنظيف المدرسة، كما يجب:
- أ. تنظيف هذه المشايات يومياً باستخدام مكانس ذات قوة شفط جيدة، والتنظيف في اتجاهين متعامدين.
- ب. اختيار أجهزة لشفط الأتربة تحجب ذرات الأتربة الأقل من ثلاثة ميكرون.
- ج. إزالة الأتربة بأقمشة مبللة وفي حركة دائرية لتجنب تناثر الأتربة.
- د. التأكد من عدم رجوع الأتربة التي تم شفطها إلى الهواء مرة أخرى.
13. وضع خطة مكتوبة للتحكم بالمخاطر الكيميائية، وتعيين فريق عمل، مع الأخذ في الاعتبار:⁽¹⁰⁾
- أ. إنشاء قائمة دائمة التحديث بالمواد الكيميائية التي يتم شراؤها وتصنيفها وتخزينها واستخدامها والتخلص منها.
- ب. وضع ملصقات على المواد الكيميائية وتخزينها في أماكن آمنة بعيداً عن الطلاب.

- ج. أن يكون مخزن المواد الكيميائية ذو درجة حرارة ورطوبة مناسبة، وإضاءة جيدة، وتهوية جيدة، مع وضع العبوات على أرفف تخزين ترتفع عن سطح الأرض.
- د. الصيانة الدورية لهذه المخازن، التخلص من الكيماويات المنتهية الصلاحية، وذلك بالاتصال بالجهة التي يتم الشراء منها وتعبئتها في عبوات خاصة لضمان عدم التسرب وتلويث البيئة.
- هـ. إنشاء ملف دائم التحديث عن مدى سلامة المواد الكيميائية وتأثيرها على أجهزة الجسم.
- و. وجود تعليمات وإرشادات خاصة بكيفية التعامل عند التعرض لخطر المواد الكيميائية باستنشاقها أو ملامستها أو بلعها، ووجود الإسعافات الأولية الخاصة بذلك.
- ز. التخلص من مصادر الزئبق مثل الترمومتر الزئبقي، وناظم الحرارة الزئبقي، والاتصال بجهة حماية البيئة للتخلص منه بطريقة آمنة.
- ح. وضع خطة لفحص المباني والخامات المحتوية على "الأسبست" من خلال الفحص الدوري كل ثلاث سنوات، والترصد الدوري للمواد المحتوية على الأسبست كل ستة أشهر (الأسقف المعلقة، المواد العازلة للحرارة والمضادة للحرائق،).⁽¹¹⁾
- ط. إنشاء "سجل تتبع" لتسجيل تاريخ الفحص، واسم الشركة والموظف القائم بأعمال الفحص، ونتائج الفحص، والإجراءات التي يتم اتخاذها في حالة اكتشاف مواد تحتوي على الأسبست.
- ي. في حالة القيام بأعمال تجديد أو صيانة، يجب التأكد من عدم وجود الأسبست نهائياً، وأخذ شهادة تثبت خلوّ المباني من الأسبست.
- ك. إقامة دورات توعية عن الأسبست وأخطاره على الجهاز التنفسي، بحد أدنى ساعتين للهيئة الإدارية بالمدرسة.
- ل. عند القيام بأعمال التجديد، والإصلاح، أو الطلاء يجب التأكد من خلو المواد المستخدمة من الرصاص.
- م. القيام بفحص وجود الرصاص في التربة والطلاء، وتسجيل اسم الشركة والعامل القائم بالفحص، وتاريخ الفحص.
- ن. ممارسة أعمال الإحلال والتجديد للمدارس التي أنشئت قديماً لضمان أعمال إنشائية خالية من مركبات الرصاص.
- س. اختبار نسبة مركبات "ثنائي الفينيل متعدد الكلور" في الهواء وألاً تتعدى النسبة المسموحة (20 نانوجرام/كجم من وزن الجسم/اليوم)، وتتبع مصادرها مثل المصابيح التألقية والمحولات القديمة.

14. فحص وجود الآفات والحشرات مثل النمل، والبعوض، والذباب، والصراصير، والفئران، في الأماكن مثل الأبواب، والنوافذ، والفتحات الخارجية، وحول الأنابيب وأسلاك الكهرباء، وفي استراحة المدرسين، والمطبخ، والمطعم، كما يجب عمل الآتي:

أ. إبقاء الأماكن نظيفة وخالية من بقايا الطعام، إغلاق أية فتحات في الحوائط، والنوافذ، واستعمال المصائد، والكيماويات الآمنة الطاردة للحشرات من قبل شخص مرخص لاستخدام المبيدات الحشرية.

ب. وضع خطة خاصة بالمدرسة للتخلص من الآفات، تشمل إجراء فحص دوري لوجود الآفات، وتدوين النتائج في السجلات الخاصة، وتحديد مصدر الآفات لها، وتدمير العائل الأولي لها.

ج. جدول متابعة لتتبع مصادر الآفات والحشرات، ونقاط دخولها، والعائل الأولي، ومصادر المياه والطعام لها، والتهوية.

د. في حالة وجود المدرسة بجوار أراضي زراعية أو ملاعب جولف، فإنه يجب إخطار المدرسة بمواعيد رش المبيدات وإغلاق النوافذ والأبواب ومنع القيام بالأنشطة الترفيهية خارج الفصول لحين انتهاء عملية الرش.

هـ. توزيع "سجل مشاهدة" على المدرسين، لتسجيل أوقات رؤيتهم للآفات والحشرات، وهذه طريقة سهلة لتقييم أداء برنامج منع الآفات.

و. استخدام المبيدات الحشرية عند ظهور الآفات وليس بصفة دورية، وتسجيل طريقة الاستخدام والمواد المستخدمة، والوقت والتاريخ.

ز. إخبار الآباء مسبقاً بـ 24 ساعة على الأقل عند استخدام المبيدات الحشرية من خلال الرسائل الإلكترونية، أو الاتصال الهاتفي، أو من خلال إرسال رسالة مع الطالب.

ح. وضع علامات ولافتات تحذيرية قبل البدء في الاستخدام مباشرة، ولمدة 24 ساعة بعد الانتهاء.

ط. حفظ المبيدات الحشرية في أماكن مخصصة، بعيداً عن الأطفال في مكان مغلق جيداً، وأيضاً جيد الإضاءة والتهوية، ولا يوجد تسريب للمياه أو المبيدات فيه.

ي. تبني سياسة مكافحة الحشرات واستخدام المبيدات بحيث تكون مكتوبة ومُتاحة للجميع، مع قيام الشخص/الجهة المعتمدة فقط باستخدام المبيدات عند الضرورة وليس لغرض جمالي فقط كزراعة الأعشاب بحديقة المدرسة!

ك. التحكم في الحشرات الناقلة للأمراض عبر إزالة النفايات والمخلفات ومستنقعات المياه التي تمثل مواقع التكاثر الرئيسية، تركيب أسلاك بالنوافذ والأبواب، والتأكد من أن الأسقف سليمة وليس بها شقوق.

15. وضع خطة لإدارة النفايات والمخلفات (التي تشمل النفايات الخطيرة للمعامل والنشاط الفني، ونفايات البلدية) تتضمن:

أ. تقليل حجم النفايات الناتجة، وإعادة تدويرها مثل إعادة استخدام الأوراق في حصص النشاط الفني.

ب. فصل النفايات، وتصنيفها (صلبة، وسائل، وخطرة،....).

ج. تجميع وتعبئة الزيوت المستخدمة في النشاط المعمل أو الفني في عبوات محددة وتصنيفها كـ "زيوت سبق استخدامها"، وتسليمها للجهة البيئية المختصة بذلك.

د. تجميع مخلفات الطلاء والمذيبات العضوية المستخدمة في النشاط الفني في عبوات محكمة الغلق ويكتب عليها تاريخ تجميعها ونوعها.

هـ. تعبئة مخلفات البطاريات (الهواتف، اللاب توب) في عبوات بلاستيكية محكمة الغلق غير قابلة للتسريب.

و. حفظ الأجهزة المحتوية على الزئبق (الترمومتر الزئبقي، وناظرات الحرارة، وأجهزة قياس الضغط الزئبقي، والساعات،...) في مكان آمن.

ز. في حالة حدوث تعرض للزئبق (مثال: انكسار الترمومتر الزئبقي)، يتم فتح النافذة وإغلاق الباب.

ح. يجب مراعاة العوامل الآتية أثناء إجراء التجارب في معامل العلوم: المخاطر المتعلقة بإجراء التجارب، والتأثير المحتمل على جودة الهواء، ومعدات الحماية المطلوبة (أقنعة الوجه، والنظارات الواقية، والقفازات)، وما ينتج من نفايات خطيرة.

16. أثناء حصص النشاط الفني والمواد الحرفية يجب مراعاة أن يتعامل الطلاب فيها مع المواد بصورة آمنة، والتقليل من الغبار والتراب المنبعث وذلك بمسح الأرضيات بدلاً من كنسها، والتنظيف الجيد بعد انتهاء حصص النشاط الفني، ومنع الطلاب من تناول الطعام والمشروبات أثناء هذه الحصص، وغسل الأيدي جيداً بعد الانتهاء، والتهوية الجيدة لفصول النشاط الفني، وإبقاء الطلاب بعيداً أثناء خلط المواد الجافة بالماء، وحرق منتجات السيراميك بالأفران الخاصة⁽²⁾، وتجنب المنتجات التالية:

أ. الطين الجاف، والدهانات المسحوقة، والصبغات، والملمعات، وعجينة القمح، والرذاذ في دهانات الرش أو المثبتات، واستبدالها بالمنتجات الرطبة أو السائلة غير الأيروسول أو الرذاذ، وفي حالة استخدام المواد الجافة فإنه يجب خلطها في عدم وجود الأطفال.

ب. المنتجات الخطرة القائمة على المذيبات، مثل الأسمت المطاطي، واستبدالها بالغراء والطلاء والمواد القائمة على الماء.

ج. أصباغ الماء البارد أو الأصباغ التجارية، واستبدالها بالأصباغ الطبيعية من النباتات والخضراوات.

د. المعجون الورقي سريع التحضير الذي يمكن أن يحتوي على ألياف الأسبست أو الرصاص أو المعادن الأخرى من الأصباغ في أحبار الطباعة الملونة، واستبداله بآخر مصنوع من عجينة الماء والدقيق أو من الورق المعاد تدويره.

هـ . المواد التي تحتوي على الرصاص والعناصر الثقيلة كمواد الطلاء وبعض الألوان الصناعية، واستخدام الأنواع الأكثر أماناً.

17. إبقاء ممرات وطرقات المدرسة نظيفة، واستخدام الحد الأدنى من المنظفات الكيماوية، ومحاولة استبدالها بأخرى طبيعية، ويجب أيضاً:

أ. وضع حاويات مُصنَّفة لمختلف أنواع النفايات (الأوراق، والبلاستيك، والمخلفات العضوية، والنفايات القابلة للتدوير، والمعادن والصفائح،... إلخ).

ب. تبني برنامج "إعادة تدوير المخلفات"، إنشاء ورش عمل لتنفيذ بعض الأفكار، مثل إعادة استخدام الأوراق.

ج. مشاركة الطلاب في تنظيف فصولهم وعزل النفايات القابلة للتدوير وإعادة الاستخدام، مما يخلق إحساساً بالمسؤولية لديهم، ويجعل المدرسة بيئة أفضل للتعلم والنمو.

د. الاحتفال بيوم "مدرستي نظيفة وصحية" مرة شهرياً، ومشاركة التلاميذ في تنظيف فصولهم.

هـ . توفير عدد مناسب من المراحيض الصحية (مراحيض لكل 20 طالباً)، وتخصيص بعضها للإناث وأخرى للذكور، وتنظيفها يومياً، كما يجب أن تحتوي على أحواض وصابون لغسل الأيدي ومناشف ورقية وحاويات لتجميع النفايات مع مراعاة الحفاظ على الأرضيات نظيفة وجافة لتجنب حوادث الانزلاق، بالإضافة إلى ضرورة وجود نوافذ للتهوية متصلة بأنابيب صرف صحي تعمل جيداً دون تسريبات أو انسداد.

18. **العيادة الطبية.** يجب أن يوجد فيها الآتي:⁽⁷⁾

أ. حوض غسيل مع صنبور به ماء بارد وساخن.

ب. مقعد.

ج. سرير المريض.

د. خزانة إسعافات أولية، وأدوية للحالات المزمنة.

هـ. مكتب للممرض.

و. جهاز حاسب آلي.

ز. هاتف.

ح. أجهزة وأدوات القياسات الحيوية (جهاز قياس ضغط الدم، وجهاز قياس درجة حرارة الجسم، وجهاز قياس سكر الدم، وسماعة طبية، وجهاز قياس الوزن، وجهاز قياس الطول.... إلخ).

ط. ثلاثة لحفظ الأنسولين والأدوية الضرورية التي تحفظ بدرجة تبريد.

19. توفير مياه شرب آمنة وصحية؛ خالية من الجراثيم والطفيليات والكيماويات السامة من خلال إنشاء محطة لمعالجة المياه بالمدرسة، مع مراعاة الآتي:⁽²⁾

أ. في حالة تخزين المياه بالخزانات، يجب غسل الخزانات يومياً أو عندما تفرغ من المياه، وإغلاقها بإحكام، ووضعها عالية فوق سطح الأرض.

ب. تعقيم المياه بإضافة الكلور أو بالغلان.

ج. في حالة وجود خزان كمصدر للمياه، فيجب وضع البئر في مستوى أعلى من سطح الأرض، وإبعاده 30 متراً عن أي مصدر للتلوث كمرافق الصرف الصحي، وعدم استخدام المبيدات الحشرية في نطاق 100 متر حوله، وفحص السلامة الهيكلية له بصفة دورية، وإنشاء حائط أو سور حوله لإبعاد الحيوانات، حفر مجرى تصريف للمياه حوله لتجنب تلوثه بالمياه السطحية، إبقاء مدخل المياه نظيفاً، إبقاء الخزان مغطى.

د. في حالة تلوث المياه بالديدان الطفيلية، يجب تخزين مياه الشرب لأكثر من 24 ساعة ثم تصفيتها أو ترشيحها لإزالة الديدان وبيضها، ومن ثم غلي المياه، وهذه طريقة فعالة لقتل الديدان وإبادة بيضها والجراثيم، واستخدام أنظمة فلترة مصنوعة من الأحجار والرمال والشاش.

هـ. اختبار وجود الرصاص والنحاس بالمياه.

و. معالجة النفايات الخطيرة، والكيماوية لمنع تسربها لمياه الشرب.

ز. تفقد الأحواض ومصارف المياه في مختبرات العلوم، وفصول النشاط الفني، وأماكن الصيانة، ووضع علامات ولافتات تحمل عبارة: "ممنوع التخلص من المواد الكيماوية في هذه الأحواض والمصارف".

ح. استبدال الصنابير بنوافير للشرب، وذلك لتجنب انتقال العدوى بين الطلاب، وتكون هذه النوافير مصنوعة من مواد آمنة "لا تحتوي على الرصاص".

ط. استبدال خزانات المياه القديمة المصنوعة من الرصاص بأخرى آمنة لا تحتوي على الرصاص.

ي. إذا لم يتم استبدال المواسير والصنابير والخزانات المصنوعة من الرصاص بعد، فإنه يجب تنظيفها يومياً في بداية اليوم الدراسي.

ك. البحث عن أي تسريبات أو وصلات بين أنابيب مياه الشرب وأية أنابيب أخرى (مراجل نظام التدفئة، ومبردات المياه، ومرشحات العشب، وأنظمة رشاشات الحريق).

ل. إزالة أية وصلات بين أنابيب مياه الشرب وأي أنظمة أخرى، وإنشاء صمامات لمنع ارتجاع المياه.

م. التخلص من مياه الصرف من خلال أنابيب الصرف الصحي أو خزان تجميع مياه الصرف، وملاحظة إذا ما يتم إفراغ الخزان بصورة منتظمة.

20. برنامج سلامة الغذاء بالمدرسة، ويتضمن: (12)

- أ. وجود مطبخ بالمدرسة ومطعم يقدم وجبات صحية للطلاب.
- ب. أن يكون العمال بالمطبخ والمطعم حاصلين على ترخيص من وزارة الصحة والبيئة للتعامل مع الطعام وتقديمه، وأن يخضعوا للفحص الطبي السنوي لتجديد هذا الترخيص أو سحبه.
- ج. استقدام الطعام الصحي العضوي من جهات موثوقة، وحماية شحنات الغذاء من الحشرات والحيوانات والقوارض.
- د. استخدام مصدر آمن للمياه.
- هـ. طهي الطعام جيداً، بحيث تصبح جميع أجزاء الطعام ساخنة ودرجة حرارتها 70 درجة مئوية على الأقل.
- و. تجنب تخزين الطعام المطهو.
- ز. تخزين الطعام غير القابل للتلف (الحبوب، والبقول، والأرز).
- ح. تجنب الخلط بين أجزاء الطعام النيء والمطهو، لتجنب تلوث الطعام.
- ط. غسل الأواني بعد التعامل مع الطعام النيئ وقبل طهو الطعام.
- ي. غسل الأيدي بصفة متكررة، وخصوصاً عند التعامل مع اللحوم والدجاج.
- ك. غسل الخضراوات والفاكهة جيداً.

21. المطبخ والمطعم مطابقان للشروط الصحية والبيئية التي تشتمل الإضاءة المناسبة،

والتهوية الجيدة، والأسطح النظيفة، والأرضيات النظيفة والخالية من المياه وبقايا الطعام، وأدوات الطعام النظيفة والمصنوعة من المواد الآمنة التي لا تتفاعل مع الطعام ولا تؤثر على صحة الطلاب (تجنب البلاستيك والألومنيوم واستخدام بدائل آمنة مثل الفولاذ مقاوم للصدأ)، خلو المطبخ والمطعم من الحشرات والحيوانات، مع مراعاة الآتي.

أ. توفير حاويات للنفايات بأعداد مناسبة ويسهل الوصول إليها، ومغلقة ونظيفة من الخارج، وغير مكدسة بالنفايات، ويتم إفراغها دورياً.

ب. وجود أحواض ومناشف وصابون لغسل الأيدي قبل وبعد إعداد الطعام وتقديمه (أحواض خاصة بالعاملين وأخرى خاصة بالطلاب).

ج. الوقاية من الأمراض المنقولة عبر تلوث الطعام ومياه الشرب مثل الإسهال والنزلات المعوية.

د. تقليل ومنع الوجبات الضارة مثل الوجبات السريعة، والأطعمة المقلية، والأغذية المحفوظة التي تحتوي على الألوان الصناعية، والأغذية ذات المحتوى العالي من السكريات والأملاح والدهون المشبعة، والمياه الغازية.

هـ. منع الإعلانات الداعمة للطعام السريع وغير الصحي داخل وفي محيط المدرسة.
و. تقديم وجبات صحية تراعي الاحتياجات الغذائية ومعدلات النمو المتزايدة للطلاب حيث تشمل الوجبة العناصر الأساسية من كربوهيدرات، وبروتين، ودهون، وفيتامينات وأملاح معدنية، ومياه وفقاً للقواعد الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية وكما سيأتي في فصل التغذية المدرسية.

22. **التثقيف الصحي في المدارس**، من خلال تدريب موظفي المدارس ورفع وعيهم حول صحة البيئة المدرسية وتأثيرها على مستوى صحة وتعليم الطلاب، وجعلهم نماذج إيجابية للطلاب.⁽²⁾ ورفع وعي الطلاب حول صحة البيئة المدرسية وتأثيرها على مستوى صحتهم وتعليمهم.

23. **منع وتحريم التدخين** داخل جميع مرافق المدرسة، مثل الملاعب، وأماكن الانتظار الداخلية، أو في الحفلات التي تقيمها المدرسة، وتطبيق ذلك على المعلمين وزوار المدرسة من خلال:

أ. إقامة ندوات تثقيفية للتوعية بأضرار التدخين وكيفية الإقلاع عنه وإدخال محتوى تعليمي للمناهج، وعدم الاقتصار على الوسائل العقابية كالحجز أو الاستبعاد من الأنشطة المدرسية.

ب. التوعية بمخاطر التدخين في كتيبات الطلاب، والنشرات الإخبارية مثل ذكر أنه يزيد من مخاطر الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي والربو الشعبي والحساسية والسرطان.

ج. منع ارتداء ملابس أو حمل شعارات تدعم التدخين.

• أما فيما يخص البيئة الاجتماعية للمدرسة فيحتويه الفصل الخاص بالصحة النفسية.

سلامة الغذاء المدرسي

تهدف خدمة الوجبة المدرسية والمقصف المدرسي في المقام الأول إلى الارتقاء بالمستوى الصحي للتلميذ وتقوية مناعته، لذا فإنه من الأهمية الحرس على حماية التلميذ من الأمراض المنتقلة عن طريق الطعام والشراب. ومن هنا يجب على إدارة المدرسة توعية العاملين في إعداد الطعام المدرسي وتوعية الطلاب بمبادئ سلامة الغذاء. وهنا سنعرض بعض الرسائل التثقيفية الخاصة بسلامة الغذاء التي يتعين إدراجها في برامج التثقيف الصحي الموجهة للعاملين بالمدرسة خاصة القائمين منهم على إعداد الطعام، والتلاميذ.

أهم العوامل التي تؤثر على نمو ونشاط الأحياء الدقيقة الملوثة للغذاء

1. درجة الحرارة والزمن.
2. محتوى الرطوبة أو درجة النشاط المائي.
3. درجة الحموضة.
4. جودة ونوعية المغذيات.
5. تركيب الغذاء.
6. وجود المواد المضادة للمكروبات.
7. الغازات.
8. ظروف تخزين الغذاء.
9. الخطوات التصنيعية.
10. التداخل بين العوامل السابقة.

سبل الوقاية من تلوث الغذاء، وتتمثل هذه السبل كالاتي:

1. تقليل تداول وملامسة الأغذية بالأيدي كلما أمكن ذلك.
2. الفصل التام بين الغذاء المعد للاستهلاك والأغذية الخام غير المطهية.
3. التخلص الآمن من الفضلات والمخلفات والأغذية التالفة وغير الصالحة.
4. نقل الأغذية في حاويات مغطاة.
5. قيام متداول الأغذية بارتداء ملابس نظيفة.
6. قيام متداول الأغذية بتنظيف يديه بالماء والصابون وفركهما جيداً.
7. الحرص على اتباع قواعد النظافة العامة.
8. تجنب السلوك الشخصي غير الصحي.
9. مكافحة الحشرات والقوارض.
10. طهي الطعام جيداً.
11. حفظ الطعام في ثلاجات عند درجة حرارة خمس درجات سلبية.
12. الإبلاغ عن حالات التسمم الغذائي.
13. الحذر من تجهيز سلطة الخضراوات بالأيدي المكشوفة غير النظيفة مما يؤدي لتلوثها.
14. استخدام المناشف الورقية وتجنب المناشف المنسوجة.
15. استعمال الأدوات المناسبة في تداول وتعبئة الأغذية المطهية والمعدة للاستهلاك مما يضمن عدم تلوثها.

مصادر تلوث الغذاء

يوضح الجدول الآتي مصادر تلوث الغذاء وكيفية تقليل هذا التلوث.

(الجدول 1): مصادر تلوث الغذاء وكيفية تقليل هذا التلوث.

مصدر التلوث	كيفية تقليل التلوث
التربة	الغسيل الجيد وإزالة الأتربة.
الحشرات والقوارض	مكافحتها.
المجاري (الصرف الصحي)	ضمان عدم وجود أي اتصال بين مصادر المياه النظيفة والصرف الصحي والاهتمام بغسل أيدي العاملين خصوصاً بعد استعمال دورة المياه.
الهواء	الاهتمام بنظافة الأماكن المحيطة بالمنشأة.
الماء	استخدام مصادر مياه مطابقة للمواصفات وخالية من التلوث.
التلوث من المستودعات	• نظافة المستودعات. • التخزين أو التبريد أو التجميد للأغذية سريعة التلف. • ضرورة مطابقة المستودعات للشروط الصحية. • ضرورة مطابقة المستودعات لقواعد النظافة العامة.
التصنيع والإعداد	• اتباع قواعد التصنيع الجيد. • مراعاة الشروط الصحية القياسية أثناء الإعداد والتصنيع.
تداول الغذاء	• ملائمة وثبات درجة حرارة الغذاء. • مطابقة أماكن التداول لكافة الشروط الصحية. • الكشف الدوري على العاملين.

الأغذية المغشوشة

يُعد الغذاء مغشوشاً وضاراً بالصحة في أي من الحالات التالية:

1. إذا احتوى على أية مادة سامة أو ضارة باستثناء المبيدات أو الملوثات التي تم تحديد الحد الأعلى لبقايا أي منها في الغذاء بواسطة المواصفات القياسية الدولية إذا كانت هذه البقايا ضمن المسموح به.

2. إذا احتوى على مضاف غذائي ممنوع.
3. إذا كان قذراً أو متعفنًا أو متحللاً كلياً أو جزئياً.
4. إذا تم تناوله في أحوال أو ظروف جعلته ضاراً بالصحة.
5. إذا كان من نتاج حيوان مريض بمرض لا يسمح باستعمال نتاجه للاستهلاك الآدمي أو من حيوان قد نفق قبل ذبحه.
6. إذا كانت العبوة التي تحتوي عليه مصنعة من مواد غير صالحة لتعبئة ذلك الغذاء.
7. إذا كان قد تلوث بالإشعاع وكانت نسبة النشاط الإشعاعي فيه أعلى من الحد المسموح به دولياً.
8. إذا احتوى على هرمونات أو مواد كيميائية أو أدوية بيطرية أو أية بقايا منها، وكانت بنسبة أعلى من الحد المسموح به وفقاً للقواعد الفنية أو للمواصفات القياسية الدولية.
9. إذا انتهت مدة صلاحيته كما هو مدون في بطاقة البيان الملصقة على العبوة، وثبت بالفحص المخبري عدم صلاحيته للاستهلاك الآدمي.
10. إذا احتوى على مضاف غذائي مجاز استعماله في ذلك المنتج، ولكن بحد أعلى مما هو منصوص عليه أو مسموح به بموجب القواعد الفنية.

الأغذية الفاسدة

يتضمن فساد الغذاء حدوث تغيرات غير مرغوبة في صفة أو أكثر من الصفات التي يتميز بها الغذاء الطبيعي إما تغيرات فيزيائية (اللون، والطعم، والرائحة، والقوام، والملمس) أو كيميائية (تحلل مكوناته)، أو حيوية، وتشمل أسبابها الآتي:

1. التغيرات الفيزيائية:

أ. الذبول والانكماش (الخضراوات الورقية).

ب. الخدوش.

ج. الإصابات الحشرية.

2. التغيرات الكيميائية:

أ. الأكسدة.

ب. التفاعل بين مكونات الغذاء.

ج. التفاعل بين أحد مكونات الغذاء ومادة العبوة.

3. التغيرات الحيوية:

أ. الأحياء الدقيقة (خميرة - فطر - وجراثيم).

ب. الإنزيمات (العوامل المساعدة الحيوية).

الأمراض التي تصيب الإنسان عن طريق الغذاء

يوضح الجدول الآتي أعراض الأمراض التي تنتقل عن طريق الغذاء بواسطة العاملين المصابين:

(الجدول 2): الأمراض التي تنتقل عن طريق الغذاء وأعراضها.

المكروب	إسهال	حمى	قيء	يرقان	التهاب الحلق
فيروس الالتهاب الكبدي (A)	✓	✓		✓	
السلمونية التيفية	✓	✓			
أنواع الشيجيلة	✓	✓	✓		
المكورات العنقودية	✓	✓	✓		
المكورات العقدية	✓	✓	✓		✓
الأميبية	✓	✓			
جراثيم القولون المسببة للنزف المعوي	✓				
جراثيم القولون المنتجة للسم المعوي	✓		✓		
السلمونية شبيهة التيفية	✓	✓			
الكوليرا	✓	✓	✓		
اليرسنية المُلْهبة للمعى والقولون	✓	✓	✓		

إدارة برامج تحسين البيئة المدرسية

من خلال الجزء السابق تعرفنا على عدد هائل من المواصفات البيئية التي يتعين على المسؤولين داخل الإدارة المدرسية السعي وراء تحقيقها حرصاً منهم على صحة التلاميذ. إلا أن تحقيق هذه المواصفات يتطلب العمل على تغيير المعلومات والاتجاهات والسلوكيات المتعلقة بالبيئة المدرسية وما يحيطها، وهو ما يحتاج إلى رفع كفاءة العاملين بالمدرسة من خلال التدريب والمتابعة المستمرين لكي يتمكنوا من إدارة برامج تحسين البيئة المدرسية بيسر ونجاح. وتوضح الخطوات الآتية طريقة العمل في برامج تحسين البيئة:⁽¹⁾

1. إنشاء فريق الصحة المدرسية

يوصي خبراء إدارة البرامج المدرسية بالبدء بتحديد فريق من داخل المدرسة يقوم بتنسيق ومتابعة السياسات والأنشطة الخاصة بتعزيز الصحة، على أن يضم الفريق بعض المدرسين والإداريين وممرضة المدرسة، وعدداً من التلاميذ وأولياء الأمور، ومديري النقل بالمدرسة، ومدير المدرسة أو من ينوب عنه، ومدير الحراس أو من ينوب عنه. وينبثق من هذا الفريق الكبير مجموعات عمل تتولى كل منها شؤون قضية صحية محددة، كالترصد الصحي، أو تقييم الخدمات الصحية، أو تقديم الخدمات الصحية، مثل التأكد من سلامة المباني، وجودة المياه، وإعداد الطعام والتأكد من سلامته، وإدارة نقل المخلفات، ومكافحة الأمراض المنقولة عن طريق الحشرات، وخفض استخدام المبيدات، ووضع قائمة بالتجديدات المطلوبة في مباني وأثاث المدرسة، وكذلك المشتريات، وفحص مدى سلامة الأراضي والملاعب.

2. إنشاء اللجنة الاستشارية المجتمعية

إن تخصيص لجنة من أبناء المجتمع لتعمل في برنامج صحة البيئة المدرسية يتيح لأعضاء الفريق العمل خارج المدرسة، خاصة لو كان لدى أعضاء هذه اللجنة خبرة واهتمام في العلاقة بين الصحة والبيئة، ويشارك في هذه اللجنة بعض أولياء الأمور، وأعضاء مراكز صحة الطفل، وممثلون من الإدارة المحلية، ورجال أعمال، وبعض سكان المنطقة، وأعضاء من الجمعيات الأهلية، ومقدمو الخدمات الصحية، ومنظمات متخصصة في شؤون البيئة، وخبراء معماريون، وخبراء في إدارة المخلفات والنقل ومكافحة الأمراض المعدية. وتقوم لجنة خبراء المجتمع بالأدوار الآتية:

أ. التعرف على المشكلات البيئية ومناقشة الحلول المتاحة واختيار أنسبها.⁽¹³⁾

ب. المشاركة بالخبرات الذاتية في وضع خطط التطوير وتنفيذها.

ج. نشر الوعي البيئي بين الطلاب.⁽¹⁴⁾

د. تشجيع المشاركة المجتمعية في خطط التطوير على نطاق واسع.

هـ. إدارة الموارد المتاحة وجمع التبرعات وتنظيم جهودات المتطوعين سعياً لتحقيق الأهداف المرجوة.

ال الجولة السادسة حول العالم⁽¹⁵⁾

دراسة تأثير البيئة المادية في المدارس الابتدائية في محافظات غزة

في عام 2014م تمت دراسة تأثير البيئة المادية في المدارس الابتدائية في محافظات غزة من وجهة نظر معلمي المرحلة. ولقد أوضحت وجود فروق ذات دلالة بين متوسط تقديرات عينة الدراسة لكل محور من محاور البيئة المدرسية المدرجة في الدراسة والمحاور مجتمعة معاً تعزى إلى الجهة المشرفة أو المنطقة التعليمية وذلك لصالح المدارس التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. وقد يشير هذا إلى الدور الكبير الذي تلعبه الجهة الإشرافية وتأثير التزامها السياسي أو كفاءتها الإدارية بجانب توافر الموارد لديها. وبناءً على النتائج فقد وضعت الدراسة عدداً من التوصيات ومنها الآتي:

1. العمل على تطوير احتياجات المدارس الحكومية ومدارس وكالة الغوث في ضوء المعايير الدولية. بحيث تقوم كل من وزارة التربية والتعليم ووكالة الغوث بغزة بعمل خريطة تربوية لتحديد الاحتياجات المدرسية.
2. ضرورة أن تقوم كل من وزارة التربية والتعليم ووكالة الغوث على تحديث الدليل المستخدم لمواصفات المباني المدرسية بما يتناسب مع المواصفات الدولية.
3. عقد لقاءات وورش عمل بين المهندسين والتربويين، وكذلك مديري المدارس والمعلمين والطلاب لدراسة الاحتياجات اللازم توافرها في المدارس.
4. استخدام الدراسات المختلفة والتقارير حول احتياجات البيئة المادية للدول المانحة لدعم تطوير البيئة المادية في المدارس المختلفة في محافظات غزة.
5. تطوير أدوات خاصة لتقييم البيئة المادية لمدارس محافظات غزة.
6. تخصيص ميزانيات مناسبة في كل من وزارة التربية والتعليم ووكالة الغوث لتطوير البيئة.

3. خطوات وضع خطة التدخل المدرسية

- أ. صياغة الهدف العام: مثل الحاجة إلى الحد من الخطر البيئي، ورفع جودة البيئة، وضمان الأمان، والتوعية وتقديم الخدمة الصحية.
- ب. تحديد المشكلة: تُحدد المشكلات وتُصنف حسب أهميتها، لكي يتم التركيز على المشكلات ذات الأولوية نظراً لنقص الإمكانيات وعجزها عن حل كل المشكلات الملموسة.

- ج. تحديد الأهداف: بحيث تحمل مستهدفات دقيقة الإطار، وقابلة للقياس، ومناسبة للسياق، وممكنة للتحقيق، مع تحديد زمن إنجازها.
- د. وضع السياسات الإجرائية: توضع السياسات الإجرائية الخاصة بتنظيم المشاركة، وضمان الشفافية في اتخاذ القرارات، ووضع قواعد الوصول إلى المعلومات، وسرية معلومات المريض، والتحذير من المخاطر، والاستجابة السريعة للتهديدات الهامة.
- هـ. وضع الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل: التي تتعلق بتحسين البيئة المدرسية في مجال التغذية وسلامة الغذاء أو مجال جودة الماء، أو جودة الهواء، أو المراحيض، أو المواصلات، أو إدارة المخلفات، أو تصميم المنشآت، أو الصيانة والإنشاء والتجديد، أو إصلاح الأراضي، أو تخزين المواد الخطرة، أو استخدام المبيدات، والمشتريات.
- و. الدمج مع الاستراتيجية التعليمية: يجب على كل خطة استراتيجية تعليمية، أن تُدرج بعض المشكلات والنقاط الهامة في المناهج الدراسية والأنشطة الطلابية.
- ز. تكليف الأطراف المسؤولة: تسند المسؤوليات المحددة لأفراد محددين ليقومون بإعداد أجزاء معينة من الخطة والقيام بتنفيذها.
- ح. التحليل المالي: بتقدير تكلفة كل هدف، وتحديد مصادر التمويل لكل هدف والمتطوعين بالخدمة أو بالأمور العينية.
- ط. التقييم: توضع مؤشرات لمتابعة الأداء أثناء التنفيذ، وأخرى لتقييمه بعد انتهاء فترة الخطة.
- ي. التواصل مع المجتمع: وذلك لكي تتم الاستفادة من الخبرات المتوفرة في المجتمع المحيط بالمدرسة، والمتطوعين بالعمل، والمتبرعين بالمال.

4. تحديد المعلومات المطلوبة

- إن كلاً من البيانات الكمية والكيفية يُعد ضرورياً لوضع خطة صحيحة وواقعية، ولدراسة الواقع قبل بدء التنفيذ تمهيداً لتقييم أداء البرنامج بقدر تطويره لهذا الواقع. على سبيل المثال فإن الحصول على المعلومات الآتية سيساعد مسؤولي البرنامج على تحديد أولويات العمل:
- أ. المؤشرات الصحية والبيئية على مستوى القطر، والإقليم، والمحافظات، والمدرسة.
- ب. المعارف والاتجاهات والسلوكيات المتعلقة بالصحة والبيئة.
- ج. الموارد البشرية والمالية المتاحة، ومدى الاهتمام بالصحة داخل المدرسة والمجتمع.
- د. المبادرات والبرامج القائمة بالفعل في المجتمع، وفي المدارس الأخرى، وفي الدولة التي يمكن الاستفادة منها.

نماذج لطرق جمع البيانات للاستيفاء بالمعلومات المطلوبة

1. لمعرفة المشكلات الصحية التي يعانيها الطلاب بهدف معرفة ما إذا كان لها علاقة بالبيئة يتم عمل الآتي:

أ. مراجعة البيانات الصحية للمحافظة والإقليم والدولة. وتشمل معدلات الوفاة والمرض، والعيب المرضي.

ب. مراجعة بيانات تغيب التلاميذ من المدارس.

ج. مراجعة الأمراض التي أصابت التلاميذ عند ترددهم على العيادة المدرسية والأدوية الموصوفة لهم.

د. الرجوع إلى رأي الطبيب المدرسي، ومدير المديرية الصحية، ومدير المستشفى، وعميد كلية الطب المحلية.

2. لمعرفة طبيعة المشكلة البيئية المتواجدة في المدرسة التي تسبب خطراً على صحة الطلاب كتلوث مياه الشرب، أو سوء تخزين المواد الخطرة أو حرق الأخشاب داخل المدرسة يتم عمل الآتي:

أ. إجراء مقابلات مع مسؤولي المدرسة والمدرسين، ومشرف المنشآت، وطبيب المدرسة وطبيب الأطفال أو طبيب الرعاية الأساسية (طبيب الأسرة) المتواجدين بالمنطقة وأولياء الأمور.

ب. إجراء مسح وتوزيع استبيانات.

ج. التدوين في استمارات الملاحظات.

د. الحصول على نتائج بحوث سابقة قامت بها المديرية الصحية على سبيل المثال.

3. لمعرفة مدى توافر المعلومات الأساسية الخاصة بعلاج الإسهال والأمراض التنفسية لدى المدرسين والمرضات والطلاب وأسرههم يتم عمل الآتي:

أ. إجراء مسح وتوزيع استبيانات.

ب. التدوين في استمارات الملاحظة.

4. لمعرفة مدى توافر المياه الآمنة للشرب والطهي والنظافة ونوعية المخاطر الصحية المترتبة على نقيض ذلك يتم عمل الآتي:

أ. إجراء مقابلات مع مسؤول المدرسة وقيادات المجتمع.

ب. التدوين في استمارة الملاحظات.

ج. أخذ عينات من المياه وتحليلها في المعامل المركزية بوزارة الصحة.

5. لمعرفة مدى سلامة المباني المدرسية ومدى سلامة وأمن مواد البناء وتجهيزات الأبنية وتجهيزات الملاعب وسلامة الأثاث والسلام يتم القيام بالآتي:

أ. التفتيش الدوري.

ب. مراجعة السجلات المدون بها حالة الأبنية والأثاث.

5. الالتزام السياسي

إن كسب الالتزام السياسي يُعد ضرورة من ضرورات إحداث التحسين البيئي، وحسب خبرات الدول فإن إثارة الاهتمام بالمشكلات البيئية لدى صناع القرار في مجتمع ما يكون نتيجة لمجهودات المجتمع المدني، أما تنفيذ التحسينات البيئية فيطلب عمل المجالس التشريعية القومية ويتطلب جهد الخبراء ودعمًا مالياً خاصة في الدول الفقيرة. وللدعم السياسي صور عدة منها إجراء البحوث الداعمة للتغيير أو تقديم الدعم الفني في صورة وضع معايير فنية للرجوع إليها أو توفير التمويل اللازم لمشروعات التغيير.

ويتم تحقيق التزام المجتمع من خلال تعاون كل أطراف المجتمع ويحدث ذلك في صورة الاجتماعات المتتالية التي تقوم بها مجموعات المجتمع، والمؤتمرات للقاء المدرسين بأولياء الأمور، وإجراء النقاشات المفتوحة بين الأطراف المعنية. ومما يحث أفراد المجتمع على المشاركة:

- تقديرهم للأثر البيئي على الصحة.

- وجود لجنة مجتمعية مختصة بتطوير جانب معين من البيئة المدرسية.

- توافر التمويل لديهم للقيام بمهام التطوير.

- نجاح أعضاء اللجنة في التنسيق مع أي برامج مجتمعية مشابهة قائمة بالفعل والاستفادة منها؛ كمكافحة الملاريا أو إعادة التدوير أو رفع الوعي الخاص بالمبيدات الحشرية.

- بذل المجهودات لجذب انتباه أفراد المجتمع وإعلامهم من خلال توزيع المطبوعات وعقد الفعاليات المدرسية والمجتمعية.

6 .دمج تحسينات الصحة البيئية في مختلف مكونات المدرسة التي تعزز الصحة

إن مكونات البرامج المدرسية المعززة للصحة تتمثل في:

أ. التثقيف الصحي القائم على المهارات.

ب. البيئة المدرسية السليمة.

ج. خدمات الصحة المدرسية.

د. سياسات الصحة المدرسية.

عندما تقرر إدارة المدرسة أن تقوم بالتحسينات البيئية داخل المدرسة، فإن عليها أن تسعى إلى تغيير السياسات الصحية القائمة وتقوم بتحديثها لكي تفي بالتحسينات البيئية، كما أن الإدارة ستشعر ربما لأول مرة في إنشاء فريق للصحة المدرسية وتكوين لجنة من الخبراء المجتمعين التي سبق ونوهنا إليها. وستقرر الإدارة البدء في عمل إطار لنشاط التثقيف الصحي واستكمال متطلباته من خبراء وفريق تنفيذي من الطلاب والعاملين بالمدرسة ومن رسائل تثقيفية وطرق لنشر هذه الرسائل وأساليب لدمجها في المناهج الدراسية أو في الأنشطة المدرسية، ثم ستحدد طرقاً لقياس نجاح وتأثير عملية التثقيف الصحي. وأخيراً ستلجأ الإدارة المدرسية للفريق الطبي بالمدرسة لكي يثري خطة تحسين البيئة المدرسية بما لديه من إحصاءات عن صحة الطلاب، وبما لديه من خدمات وقائية وعلاجية للأمراض المتعلقة بالبيئة؛ وهكذا فإن البدء بمكون البيئة المدرسية كأحد مكونات البرامج المدرسية المعززة للصحة يمهّد الطريق لاستكمال باقي المكونات بيسر وسهولة.

ومما يجدر الإشارة إليه أهمية اختيار أولويات كل مكون للبدء بإدراجه في خطة التغيير، فمهما كان حجم الموارد المالية والبشرية المتاحة فهي غير قادرة على الوفاء بكل احتياجات التغيير. كما يجدر أيضاً الإشارة إلى علاقة كل مكون من المكونات بالآخر فكلها مكمل ومُعززة لبعضها البعض.

ال الجولة السابعة حول العالم⁽¹⁾

دراسة حالة في دلهي بالهند:

لقد شارك العشرات من أطفال المدارس في الفترة العمرية من (10-13) عاماً في برنامج "نشر المعلومات الصحية بين الشباب" وتلقوا فيه تدريباً عن الصحة البيئية. وعندما تقدموا في المراحل الدراسية التحقوا ببرنامج "شبكة العمل الطلابي الصحي"، وهكذا اكتسب هؤلاء الطلاب مهارات معلوماتية كبيرة حول المشكلات الصحية بدءاً من التعرف عليها حتى فهم علاقتها بباقي السياسات الحكومية. ولقد شجعتهم هذه الخبرة على التعبير عن آراءهم واقتراح بعض الحلول وتقديمها للحكومة محتجين بأن الأطفال هم الضحية الكبرى للمخاطر البيئية. ولأنهم المتضررون الأول من هذه المشكلات، فقد أصبحوا الوكيل الأقوى لتغيير المجتمعات في هذا الشأن.

7. تقييم البرنامج

تهدف خطوة التقييم إلى قياس مردود خطة البرنامج وكفاءة تنفيذ هذه الخطة، ثم العمل طبقاً لنتائج هذا التقييم، بهدف تطوير خطة العام القادم والسياسات التنفيذية الخاصة بها، كما تُعرض نتائج التقييم أيضاً على أفراد المجتمع ومؤسساته لتحفيزهم على المشاركة في دعم خطة العام القادم. وينقسم التقييم إلى صنفين، الصنف الأول، وهو تقييم العمليات، والصنف الثاني، وهو تقييم النتائج، وفيما يلي نماذج من المواضيع التي يتم تناولها في صُنفي التقييم ووسائل القياس المناسبة لها.

- الصنف الأول: تقييم العمليات وهو ما يطلق عليه أيضاً المتابعة، ويحدث أثناء التنفيذ بشكل دوري بحيث يُصحح مسار العملية التنفيذية لأنشطة البرنامج ويزيل العقبات عن طريقها.

(الجدول 3): تقييم العمليات.

تقييم العمليات	وسائل القياس
أ. هل لدى المدرسة سياسات لتحسين البيئة والمحافظة عليها؟ وهل يتم تطبيقها؟ وهل تشمل كل أوجه البيئة من هواء وماء وطعام ونظافة ومخلفات وموقع ومخاطر كيميائية ومواصلات ومكافحة حشرات؟	- إجراء مقابلات مع العاملين بالمدرسة ومنسقي برنامج تعزيز الصحة البيئية.
ب. هل أهداف البرنامج محددة، وهل ما تهدف لتحقيقه قابل للقياس؟	- إجراء مقابلات مع العاملين بالمدرسة ومنسقي برنامج تعزيز الصحة البيئية.
ج. هل يشارك كل من الطلاب والمدرسين والعاملين بالمدرسة والأسر وأعضاء المجتمع في وضع خطة التحسين البيئي؟	- إجراء مقابلات مع كل هؤلاء.
د. هل تم إدراج التثقيف البيئي في المناهج الدراسية وفي الأنشطة الطلابية؟ وهل تم تدريب المثقفين قبل القيام بأنشطة التثقيف وأثناءها؟ وهل يشعر المدرس بالراحة لتدريس هذا المنهج؟	- إجراء مقابلات مع المدرسين ومنسقي البرامج.
هـ. هل يقوم فريق الخدمات الصحية داخل المدرسة بالفحص الدوري للمشكلات الصحية المتعلقة بالبيئة؟	- إجراء مقابلات مع أعضاء فريق الخدمات الصحية ومنسقي البرامج.

- الصنف الثاني: تقييم النتائج إذ يقيّم ويرصد ما حققته البيئة المدرسية من إنجازات عقب انتهاء هذا البرنامج، والذي لا تزال البيئة المدرسية في حاجة إليه من تحسينات. ولا تعتبر عملية التقييم كاملة إلا بعد تسجيل نتائجها ونشرها على المسؤولين، مع مراعاة كتابتها وعرضها بشكل مبسط ومثير للاهتمام، ويمكن عرضها أثناء فعالية تهدف إلى جذب الدعم للخطوة القادمة.

(الجدول 4): تقييم النتائج.

تقييم النتائج	وسائل القياس
أ. رأي مديري المدرسة والمدرسين والطلاب والأسر في مدى قدرة السياسات المدرسية على تحسين البيئة المدرسية.	- توزيع استبيانات عليهم. - إجراء مقابلات معهم. - إجراء مناقشات لمجموعات بؤرية (وفيها يُجري الباحث حواراً مع بضعة أفراد متجانسي الصفات ليتعرف على آراء هذه الفئة في السياسات المدرسية).
ب. تحسن الحالة الصحية لكل الفئات المرتبطة بالبيئة الصحية.	- إجراء مقابلات مع مقدمي الخدمات الصحية.
ج. نسبة الطلاب والأسر التي استفادت من التدخلات البيئية للبرامج.	- إجراء مناقشات مع المثقفين والعاملين بالمدرسة.
د. تأثير التثقيف الصحي البيئي بشكل مباشر على معارف واتجاهات ومهارات وسلوكيات الطلاب والعاملين بالمدرسة.	- الاستبيانات. - المقابلات. - مناقشات المجموعات البؤرية.
هـ. قيام فريق الخدمات الصحية داخل المدرسة بالفحص الدوري للمشكلات الصحية المتعلقة بالبيئة.	- إجراء مقابلات مع أعضاء فريق الخدمات الصحية ومنسقي البرامج.





الفصل الرابع

التغذية المدرسية

تتمتع المدرسة بإمكانية الوصول إلى شريحة عريضة من الأطفال، ومن هنا تقدم المدرسة فرصة قيمة للتأثير في عادات الأطفال الغذائية،⁽¹⁾ كما يوفر المنهج الدراسي وسيلة لتعزيز التربية الغذائية من خلال إثراء معلوماتهم واتجاهاتهم التغذوية، بل ويسهل التأثير في سلوك الطفل نفسه من خلال التدخلات الروتينية أثناء اليوم الدراسي، حيث يتناول غالبية الطلاب والموظفين وجبة واحدة على الأقل خلال اليوم الدراسي، هذا بالإضافة لما يشكله المقصف المدرسي من فرصة سانحة ومثالية للارتقاء بهذا السلوك بشكل عملي وتطبيقي.

ويُقصد بالتغذية الصحية حصول الطالب على جميع العناصر الغذائية الضرورية للجسم عن طريق الطعام الصحي وبكميات كافية لنمو الجسم وأداء الأعضاء الحيوية. وتقيد الدراسات أن طلبة المدارس معرضون لبعض الأمراض نتيجة سلوكياتهم التغذوية، فهم لا يتناولون كفايتهم من الكالسيوم والحديد والزنك وحمض الفوليك وفيتامين B₆، ويكون غذاؤهم قليل الألياف الغذائية. كما وُجد أن تناول الدهون يكون عالياً خاصة في مرحلة المراهقة.⁽²⁾

الأضرار المترتبة على عدم تناول الطعام وسوء التغذية⁽²⁾

يكون الطالب الجائع أكثر قابلية للمشكلات السلوكية والعاطفية والأكاديمية في المدرسة، وقد أوضحت الدراسات أن عدم تناول وجبة الفطور يؤثر حتماً على التحصيل الدراسي والإنجاز الرياضي. ويكون الطالب الذي لديه عادات غذائية خاطئة أكثر عُرضة للإصابة بمشكلات التغذية مثل، فقر الدم أو السمنة أو النحافة، وقد يؤدي ذلك إلى نتائج عكسية في السنوات اللاحقة، حيث يصبح الطالب عرضة للأمراض المزمنة.

الاحتياجات الغذائية لطلبة المدارس⁽²⁻³⁻⁴⁾

الاحتياجات الغذائية هي أقل كمية من العناصر الغذائية التي يمكن بواسطتها المحافظة على سلامة الجسم وأداء وظائفه الطبيعية، وتختلف الاحتياجات الغذائية باختلاف أعمار الطلبة ونشاطهم البدني وحالتهم الصحية. وعادة، يكون النمو بطيئاً خلال المرحلة العمرية من (6-10) أعوام، ويتساوى الأولاد والبنات في الطول والوزن (وإن كان ذلك يعتمد على عوامل أخرى وراثية وفيزيولوجية). لذا نجد أن الاحتياجات الغذائية متساوية للجنسين عند هذه الفئة العمرية. وعندما يدخل الطالب المرحلة الإعدادية والثانوية تبدأ عنده أعراض البلوغ والنمو

السريع، وغالباً يحدث النمو بشكل مبكر لدى البنات من (8-15) عاماً ومن سن (10-15) عاماً عند الأولاد، وهذه الأرقام عبارة عن المتوسط العمري وقد يبدأ النمو السريع قبل عامين أو بعد عامين من هذه الأعمار. ومن الجدير بالذكر أن البنات تكون أطول من الأولاد في نفس العمر. وعلى الرغم من أن الأولاد يبلغون في سن متأخر عن البنات فإنهم يزدادون عليهم طولاً بعد سن 14 عاماً.

1. الطاقة الحرارية

تختلف احتياجات الطاقة الحرارية لطلبة المدارس حسب العمر والجنس ومقدار النشاط البدني المبذول يومياً، وبصفة عامة فإن احتياجات الطاقة للأولاد والبنات خلال المرحلة العمرية من (6-10) أعوام متساوية وتتراوح بين (1800-2000) سعرة في اليوم. وترتفع كمية الطاقة التي يحتاجها المراهقون الذكور إلى 3000 سعرة عند عمر (15-18) عاماً. أما عند المراهقات فتكون كمية الطاقة التي يحتجن إليها أقل من المراهقين وتبلغ حوالي 2200 سعرة خلال المرحلة العمرية من (11-17) عاماً. وتختلف الطاقة التي يحتاجها الجسم حسب نوع النشاط كما يلي:

(الجدول 5): اختلاف الطاقة التي يحتاجها الجسم حسب نوع النشاط.

نوع النشاط	عدد السعرات لكل كيلو جرام من وزن الجسم/الساعة
نشاط خفيف	1.7
نشاط متوسط	2.5
نشاط شاق	5

2. البروتين

تفيد البروتينات في تعويض وتجديد خلايا الجسم وبناء الأنسجة، كذلك فإن الهرمونات والمضادات الحيوية (التي تدافع عن الجسم ضد الجراثيم)، وجميع الإنزيمات تتكون من مواد بروتينية. يعطي الجرام الواحد من البروتين حوالي 4 سعرات، وتتوقف الاحتياجات الغذائية من البروتين لطلبة المدارس على معدل النمو ونوعية البروتينات الموجودة في الوجبة الغذائية، فالمعروف أن البروتينات ذات المنشأ الحيواني تحتوي على جميع الأحماض الأمينية التي يحتاجها الجسم، أما البروتينات ذات المنشأ النباتي فغالباً ما ينقصها نوع أو أكثر من هذه الأحماض، ويتم التغلب على هذا النقص بخلط أنواع مختلفة من الحبوب والبقول ليقترب الخليط

من النمط المثالي للبروتين الحيواني مع احتفاظه بمحتوى منخفض من السعرات. ويحتاج تلاميذ المرحلة الابتدائية من (7-10) أعوام حوالي 28 جراماً من البروتين في اليوم، وترتفع هذه الكمية من (45 - 59) جراماً للمراهقين في المرحلة العمرية من (11-14) عاماً و(15-18) عاماً على التوالي. وتتساوى البنات مع الأولاد في احتياجاتها من البروتين عند عمر (11-14) عاماً، ولكن يحتجن إلى كميات أقل من الأولاد في المرحلة العمرية من (15-18) عاماً.

3. الدهون

تُعد الدهون مصدراً مكثفاً للطاقة الحرارية وحوالي جرام واحد من الدهون يعطي تسع سعرات، ويوصى ألا تتجاوز الطاقة المتناولة من الدهون 20 % من الطاقة المتناولة في اليوم. كما يُنصح دائماً بالتقليل قدر الإمكان من استخدام الدهون. وتنقسم مصادر الدهون إلى:

أ. دهون حيوانية: كالزبد وصفار البيض واللحوم، وتحتوي على قدر كبير من الأحماض الدهنية المشبعة التي تضر الإنسان في حال تناولها بكثرة، ويُستثنى من ذلك دهون الأسماك.

ب. زيوت نباتية: وتوجد في الزيتون والذرة، وبها كثير من الأحماض الدهنية غير المشبعة، ويُستثنى منها زيت النخيل وجوز الهند.

ج. دهون صناعية: وتنتج عند هدرجة الزيوت النباتية كالمسلي الصناعي والمارجارين، ولها آثار سيئة على الصحة خاصة القلب والشرابين.

4. الكربوهيدرات

تُعد الكربوهيدرات المصدر الأساسي للطاقة الحرارية، وكل جرام واحد من الكربوهيدرات يوفر أربع سعرات، ويجب أن توفر الكربوهيدرات (45-60 %) من السعرات التي يحتاجها الطالب، وهذا يتوقف على عمر الطالب ونشاطه البدني. وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن يكون جزء كبير من الكربوهيدرات المتناولة من الحبوب الكاملة وذلك لأهمية تناول كميات كافية من الألياف الغذائية التي توجد بكثرة في نخالة القمح والحبوب الكاملة وأيضاً في الفاكهة والخضراوات والمكسرات.

5. الفيتامينات

تفيد الفيتامينات في تنظيم عمليات الصيانة والنمو في الجسم ومقاومة الأمراض وبعضها ضروري في عمليات التمثيل الغذائي وإنتاج الطاقة الحرارية في الجسم. وهناك نوعان من الفيتامينات، فيتامينات ذائبة في الدهون وهذه تشمل فيتامينات (K, E, D, A)، وفيتامينات ذائبة في الماء وتشمل فيتامينات (B) وفيتامين (C). وتزداد احتياجات طلبة المدارس لمعظم الفيتامينات خلال مرحلة المراهقة من (11-18) عاماً وذلك لتلبية متطلبات

النمو. وعادة ما يعاني بعض الطلبة نقص بعض هذه الفيتامينات خاصة فيتامينات (C، A) نتيجة عدم تناول وجبات غذائية متوازنة. وهذا يسبب ظهور أعراض نقص هذه الفيتامينات على هؤلاء الطلبة. وللفيتامينات نوعان:

أ. الفيتامينات التي تذوب في الدهون:

وهي الفيتامينات (K, E, D, A) وتحتزن في دهون الجسم ولذلك يسبب الإسراف في تناولها تسمماً مثل:

فيتامين (A):

- يوجد في الطعام الحيواني كاللبن، وصفار البيض (المح)، واللبن الدسم، والخضراوات والفاكهة الصفراء والخضراء الداكنة.

- يحمي الجسم ضد العدوى.

- هام للرؤية ولأغشية العين.

- أحد مضادات الأكسدة التي تبطل المفعول الضار والمسرطن للعوامل المؤكسدة مثل الأشعة الضارة، والوجبات السريعة.

فيتامين (D):

- يتكون تحت الجلد عند التعرض لأشعة الشمس، كما يتوافر في دهون الأسماك وصفار البيض.

- يعمل على تكوين العظام بترسيب الكالسيوم والفسفور بها وأيضاً سلامة الأسنان.

ب. الفيتامينات التي تذوب في الماء:

مثل مجموعة فيتامين (B) المركب وفيتامين (C):

فيتامين (B₁) (الثيامين):

- يتوافر في الخميرة والحبوب الكاملة، والأغذية الحيوانية كاللحم والكبد.

- يحافظ على سلامة الجهاز العصبي، لذا يؤدي نقصه لمرض البري بري (التهاب الأعصاب).

فيتامين (B₂) (الريبوفلافين):

- يتوافر في الغذاء الحيواني كاللبن والكبد والبيض، كما يوجد في الخضراوات الورقية والخميرة.

- يحافظ على سلامة الجلد، لذا يؤدي نقصه إلى التهابات بالفم وتشقق زوايا الفم والشفاه.

النياسين:

- يتوافر في كل الأغذية الحيوانية كاللحم والكبد والبيض واللبن، والنباتية كالحبوب والبقول وجنين القمح.

- يحافظ على الجلد والقناة الهضمية والجهاز العصبي وعملية التمثيل الغذائي، لذلك يؤدي إلى مرض البلاجرة (خشونة الجلد) وتشقق الجلد.

فيتامين (B₆) (البيريدوكسين):

- يوجد في الأغذية الحيوانية كاللحم والكبد والسالمون، والنباتية كالحبوب والسبانخ والبروكلي والموز.

- يؤدي نقصه إلى الصداع والغثيان والقيء والتشنجات.

حمض الفوليك:

- يتوافر في الكبد والبيض والخضراوات الورقية.

- يساعد في تكوين الحمض النووي وخلايا الدم الحمراء لذا يؤدي نقصه لفقر الدم.

فيتامين (B₁₂) (السيانوكوبالامين):

- يتوافر فقط في الأغذية الحيوانية كاللحم والكبد والبيض واللبن.

- يؤدي نقصه لفقر الدم الخبيث ومرض الأعصاب.

فيتامين (C):

- يوجد أساساً في الخضراوات والفاكهة الطازجة لسرعة تلفه في الهواء.

- يحافظ على أنسجة الجلد والكرات الحمراء، لذلك يؤدي نقصه إلى نزيف اللثة والجلد، وفقر الدم، وتأخر التئام الجروح، وفي حالة النقص الشديد يؤدي إلى مرض الإسقربوط (البثع).

6. العناصر المعدنية

تساعد العناصر المعدنية في التفاعلات الكيميائية الحيوية وتحافظ على التوازن الحامضي والقاعدي في الجسم، وكذلك عملية بناء الأنسجة والعظام والوقاية من الأمراض. ويحتاج الطلبة في مرحلة المراهقة إلى زيادة ما يقارب من 50 % من كمية الكالسيوم والفسفور التي يحتاجها طالب المرحلة الابتدائية وذلك لمتطلبات النمو السريع وخاصة زيادة الطول عند مرحلة البلوغ. وتكون احتياجات البنات من الحديد أكثر من الأولاد وذلك لتعرض البنات للدورة الشهرية (الحيض) والحاجة إلى تعويض الحديد المفقود في الدم. وتشمل أهم المعادن الغذائية ما يلي:

أ. الكالسيوم: ويوجد في اللبن والخضراوات الورقية، وعظام الأسماك والفاكهة المجففة والحبوب، غير أن امتصاصه بالمعدة يكون أفضل مع الغذاء الحيواني ويعمل على سلامة العظام والأسنان من خلال مساعدة عمل فيتامين (D)، ويساعد في تجلط الدم عند النزيف، وينظم الجهاز العصبي وانقباض العضلات.

ب. الحديد: وله مصادر حيوانية كاللحم والأحمر وصفار البيض، ومصادر نباتية كالحبوب الكاملة والأوراق الخضراء والعسل الأسود والبطاطس والبلح، وتناول المصدرين معاً يساعد بشكل أكبر على الامتصاص. كما يدخل في تركيب الهيموجلوبين الموجود بكرات الدم الحمراء لذا يؤدي نقصه إلى فقر الدم، ويساعد أيضاً في كفاءة الجهاز المناعي.

ج. اليود: يتوافر في الأماكن الساحلية فيتواجد في الأكلات البحرية، والخضراوات، ولحوم الماشية التي تنمو وترعى فيها. كما أنه هام لهرمونات الغدة الدرقية، وللنمو العقلي والجسمي للأطفال.

د. الفلورين: يتوافر في ماء الشرب ويقاوم تسوس (نخر) الأسنان.

7. الماء

وهو العنصر الذي لا يُعطى الاهتمام الكافي من قبل الأسرة والمدرسة، ويشكل الماء نسبة عالية من تركيب الجسم، ويُعد عنصراً ضرورياً لإتمام جميع التفاعلات الكيميائية ونقل العناصر الغذائية أثناء العمليات البيولوجية في الجسم وتنظيم درجة الحرارة، كما أن الماء يدخل في تركيب أنسجة الجسم وخلاياه. ويسبب نقص تناول الماء أو السوائل التعب والإرهاق وضعف التركيز وضعف الإنجاز الرياضي عند طلبة المدارس. ويفقد الجسم الماء عن طريق العرق والتنفس، وتتوقف كمية الماء التي يحتاجها الطالب حسب وزنه وعمره والنشاط الجسمي، وبصفة عامة يحتاج طلبة المدارس حوالي ربع كوب من الماء يوميا لكل كيلو جرام من وزن الجسم، وإن كان ذلك يتوقف على حرارة الجو والرطوبة ومقدار النشاط الجسمي.

8. مضادات الأكسدة^(5,3)

إن مضادات الأكسدة تلعب دوراً مهماً وفعالاً في حماية أجسادنا من الأمراض الخطيرة لما لها من دور فعال ضد الجذور الحرة التي قد تسبب الأورام الخبيثة، وعندما تتعرض خلايا جسم الإنسان للأكسدة عن طريق الجذور الحرة التي هي عبارة عن جزيئات غير مستقرة ومدمرة تهاجم الخلايا، فإنها تقوم بتقسيم جزيئات الخلية وتدميرها، كما تدمر الأحماض الدهنية والنوية الموجودة في الخلية، مما يجعل أجسامنا عرضة للعديد من الالتهابات والفيروسات والسرطانات. وكما نعصر على التفاحة عصير الليمون المضاد للأكسدة كي

تحتفظ بلونها فإن مضادات الأكسدة تحافظ على الخلية، إذ أنها تعد خط الدفاع الأساسي للخلية، وعن طريق تلك المضادات، يتم منع دخول السموم والفيروسات إليها من خلال تعزيز المناعة. وقد أظهرت بعض الدراسات أن حتى التركيزات القليلة من مضادات الأكسدة تمنع التأثير المدمر. وتشمل مضادات الأكسدة الفيتامينات كفيتامين (C, E, A, B₂, B₆)، والمعادن كالمغنيزيوم والسيلينيوم والزنك، والأعشاب. **وتوجد في:**

- أ. المكولات البحرية لغناها بالزنك.
- ب. جنين القمح والبذور لغناها بفيتامين (E).
- ج. الفلفل الأخضر والحمضيات كالبرتقال والليمون لغناها بفيتامين (C).
- د. الجزر لغناه بمادة البيتاكاروتين التي يصنع منها الجسم فيتامين (A).
- هـ. الرخويات والمحاريات والأفوكادو لغناها بالسيلينيوم.
- و. بعض الفاكهة مثل التوت الأزرق والبرقوق، والخضراوات كالخرشوف والكرنب الأحمر والبروكلي.
- ز. المكسرات لغناه بالنحاس.
- ح. زيت الزيتون لغناه بالكاروتينويد وفيتامين (E).
- ط. الحمضيات والعنب لغناها بالفلافينويدات الحيوية.
- ي. التانين المتواجد بوفرة في الشاي والقهوة.
- ك. الأنثوسيانيدينات وهي أقوى 50 مرة من فيتامين (E)، وتتوفر في فاكهة معينة تحتوي الألوان الأحمر والبنفسجي والأزرق.

وتعد أفضل الأطعمة على الإطلاق التوت والفراولة، والطماطم، والعنب الأحمر، والثوم، والسبانخ، والشاي الأخضر، والجزر، وفول الصويا، والحبوب الكاملة. **ومن النصائح السريعة التي يتعين علينا توجيهها للتلاميذ وللعاملين بالمدرسة:**

- أ. وضع التوت على الزبادي بالعسل للحصول على فوائد أكثر.
- ب. وضع البروكلي على البخار مع زيت الزيتون وزيتون أسود مقطع وفلفل أسود.
- ج. وضع الطماطم الطازجة مع الريحان وزيت الزيتون على المكرونة أو البطاطس المهروسة.
- د. تجنب إضافة اللبن للشاي لأنه يقلل من قيمته كمضاد للأكسدة.

أسباب زيادة الجذور الحرة

- أ. زيادة استهلاك المواد المضافة للأغذية والمستخدم في التلوين أو التثبيت أو النكهة لذا يُنصح بتناول الأغذية الطازجة.
- ب. رفع درجة الحرارة عند إعداد الطعام وخاصة القلي، لذا يُنصح بتجنبه.

- ج. زيادة استهلاك الأكسجين خلال الرياضة العنيفة، لذا يُنصح بممارسة الرياضة العنيفة بتناول كمية كبيرة من الخضراوات والفاكهة.
- د. المبيدات والأسمدة الكيميائية، لذا يُنصح باستهلاك الأغذية العضوية.
- هـ. التلوث بعوادم السيارات والمصانع.
- و. التدخين والتدخين السلبي.

التخطيط للتغذية الصحية (4.3.2)

إن تكامل العناصر الغذائية وتحديد كمية تناولها يساعد في الوقاية من الإصابة ببعض الأمراض المرتبطة بالتغذية في السنوات اللاحقة، مثل أمراض القلب وداء السكري والسمنة وارتفاع ضغط الدم وبعض أنواع السرطان.

ولتسهيل أمور تخطيط الوجبة الصحية يتم مراعاة القواعد الآتية:

1. تقسيم الأغذية إلى ست مجموعات رئيسية.
2. تناول حصص (كميات) محدودة من كل مجموعة لضمان الحصول على جميع العناصر الغذائية المهمة للنمو والوقاية من الأمراض.
3. يُفضل أن تحتوي الوجبات اليومية على نوع أو أكثر من الأغذية المذكورة في هذه المجموعات، فإن لم تجتمع في وجبة ففي الوجبة التالية أو التي بعدها، بحيث لا يمضي اليوم إلا ويكون الطالب قد حصل على أغذية من جميع المجموعات الغذائية.

مجموعات الغذاء

1. مجموعة الحبوب والخبز

- أ. تشمل الخبز والمعجنات والمعكرونة، والقمح والذرة، والشعير والشوفان والأرز.
- ب. تعتبر هذه المجموعة مصدراً مهماً للطاقة وللألياف الغذائية والفيتامينات (B_2 , B_1) والكاروتين ومعدني الكالسيوم والحديد. ومن فوائد الألياف أنها تنشط حركة الأمعاء فتمنع الإمساك والبواسير، والسرطان والسمنة.

2. مجموعة الخضراوات

- أ. تشمل جميع الخضراوات بأنواعها والبطاطا الحلوة والقرع.
- ب. تُعد هذه المجموعة مصدراً غنياً للنشا خاصة البطاطا ومصدراً ضعيفاً للبروتين ويشكل كل من فيتامين (C) والبيتاكاروتين أهم الفيتامينات. كما أن هذه المجموعة تعد مصدراً مهماً لبعض المعادن مثل الحديد والكالسيوم الموجودين بكثرة في الخضراوات الورقية.

3. مجموعة الفاكهة

- أ. تشمل الفاكهة بأنوعها، ومن الثمار التي تنتمي إليها هذه المجموعة التمر والثمار المجففة.
- ب. تعد مصدراً مهماً لبعض الأملاح المعدنية والفيتامينات.
- ج. تعد غذاءً غنياً بالطاقة الحرارية الناتجة من السكريات.

4. مجموعة الحليب ومنتجات الألبان

- أ. تشمل هذه المجموعة الحليب ومنتجاته المختلفة سواءً في صورة سائلة أو صلبة.
- ب. توفر هذه المجموعة نسبة عالية من البروتين والكالسيوم والفيتامينات (B_{12} , B_6 , B_2 , A)، وحمض الفوليك، وتعد مصدراً جيداً للفسفور والصوديوم والبوتاسيوم والمغنيزيوم والزنك، بينما تعد هذه المجموعة مصدراً فقيراً بالحديد وفيتامين (C).
- ج. تعد هذه المجموعة غنية بالدهون المشبعة التي يُنصح بالابتعاد عنها، لذا يفضل أن يكون الحصول على هذه المجموعة من الأطعمة منزوعة أو قليلة الدسم.

5. مجموعة اللحوم والأسماك والبقوليات والمكسرات

- أ. تشمل كل من اللحوم الحمراء مثل لحوم البقر والأغنام واللحوم البيضاء مثل: لحوم الطيور والأسماك والبقوليات والبيض والمكسرات.
- ب. تعد هذه المجموعة مصدراً غنياً بالبروتينات ذات القيمة العالية بخاصة في اللحوم والأسماك والبيض.
- ج. تحتوي اللحوم الحمراء على نسبة عالية من الكوليستيرول لذا ينصح بعدم الإكثار منها واستبدالها قدر الإمكان باللحوم البيضاء والبقول، كما ينصح بإزالة الجلد عن لحوم الطيور لاحتوائها أيضاً على نسبة عالية من الكوليستيرول.
- د. تعد البقول مصدراً نباتياً غنياً بالبروتين منخفض القيمة مقارنةً بالبروتين الموجود باللحوم، ولكن يمكن أن يصبح متكامل إذا ما خلط بالحبوب أو بقول أخرى. ومن أمثلة البقوليات الفول والعدس والفاصوليا البيضاء والتمرس والصويا، كما تعد البقول مصدراً مهماً للألياف الغذائية ومصدراً تكميلياً للطاقة والفيتامينات (B_3 , B_2 , B_1) والفولاسين (أحد الفيتامينات) وتخلو من البيتاكاروتين وفيتامين (C).
- هـ. تعتبر كل من المكسرات مثل الكاجو والفسق والجوز والبندق واللوز والبذور كحب البطيخ والشمام وحب دوار الشمس من المصادر الغنية جداً بالطاقة، وذلك لارتفاع نسبة الدهون بها التي تتراوح بين (30-60 %) من وزنها ومصدراً جيداً لبعض الفيتامينات والأملاح المعدنية، وتتميز المكسرات باحتوائها على نسبة عالية من الأحماض الدهنية غير

المشبعة التي ينصح بتناولها لما لها من دور وقائي للإنسان من أمراض القلب، وينصح بالحرص على تناولها بكميات صغيرة كمصدر تكميلي للطاقة.

6. مجموعة الدهون والحلويات

وتعد هذه المجموعة غنية بالسعرات الحرارية وبعض الأملاح المعدنية والفيتامينات وهي تشمل المواد الغذائية الغنية بالدهون والسكريات مثل، الزبدة والشوكولاتة والحلويات الأخرى.

7. السوائل

يحتاج الطالب إلى كميات كافية من السوائل، ولكن ليس على حساب الحليب وعصائر الفاكهة، إذ أن هذه الأغذية مهمة للنمو وتوفير العديد من العناصر الغذائية الرئيسية للجسم. وتشير الدراسات أن الطلبة الذين يتناولون كميات كبيرة من عصائر الفاكهة يحصلون على كميات أعلى من بعض الفيتامينات والعناصر المعدنية من أولئك الذين لا يتناولونها، ولكن الطلبة الذين يتناولون كميات عالية من عصائر الفاكهة لا يشعرون بالجوع وهذا يجعلهم لا يتناولون إحدى الوجبات الأساسية مما يحرمهم من عناصر غذائية أخرى مهمة لنموهم.

ويعطي الجدول التالي مثالاً للحصص من كل مجموعة من المجموعات الغذائية مع الإشارة إلى أهمية الأخذ في الحسبان عدد الحصص اليومية الواجب تناولها من كل مجموعة حسب عمر الطالب وجنسه.

(الجدول 6): مقدار الحصص الواجب تناولها يومياً من المجموعات الغذائية حسب عمر الطالب.

المجموعة الغذائية	المرحلة العمرية	عدد الحصص	أمثلة للحصص وكميتها
الحبوب، والخبز	6-10	9 حصص	شريحة من خبز التوست أو ربع رغيف
	11-18 (البنات)	9 حصص	من الخبز أو 30 جراماً من رقائق الذرة أو القمح أو نصف كوب من الحبوب
	11-18 (الأولاد)	11 حصة	المطبوخة (أرز، هريس، شوفان) أو ست قطع صغيرة من البسكويت المالح.

تابع (الجدول 6): مقدار الحصص الواجب تناولها يومياً من المجموعات الغذائية حسب عمر الطالب.

المجموعة الغذائية	المرحلة العمرية	عدد الحصص	أمثلة للحصص وكميتها
الخضراوات	10-6	4 حصص	2/1 كوب واحد من الخضراوات الورقية (مقطعة)، أو الخضراوات المطبوخة بأنواعها أو 4/3 كوب من عصير الخضراوات مثل عصير الجزر أو غيره.
	18-11 (البنات)	4 حصص	
	18-11 (الأولاد)	5 حصص	
الفاكهة	10-6	3 حصص	فاكهة متوسطة الحجم (موز، تفاح، مانجو، برتقال، كمثرى) أو 2/1 كوب من الفاكهة المقطعة أو المطبوخة أو المعلبة، أو 4/3 كوب عصير فاكهة بأنواعها.
	18-11 (البنات)	3 حصص	
	18-11 (الأولاد)	4 حصص	
الحليب ومنتجات الألبان	10-6	حصة	كوب حليب أو لبن رائب أو زبادي، شريحة جبن أو قطعة واحدة جبن مثلثات أو ملعقة طعام جبنة كريمية بأنواعها.
	18-11 (البنات)	حصة	
	18-11 (الأولاد)	حصة	
اللحوم والأسماك والبقوليات والمكسرات	10-6	حصة	قطعة من اللحم أو الدجاج أو السمك (50-80) جراماً بما يعادل قطعة من اللحم بحجم الهمبرجر الصغير أو نصف صدر دجاجة أو سمكة صغيرة، أو بيضة واحدة، أو ملعقة طعام من زبدة الفول السوداني، أو كوب من البقوليات المطبوخة (بسلة، فول، حمص، لوبيا) أو 3/1 كوب مكسرات.
	18-11 (البنات)	حصة	
	18-11 (الأولاد)	حصة	
الدهون والزيوت والحلويات	10-6	ينصح بالإقلال من تناولها قدر الإمكان	الأغذية الغنية بالدهون مثل، الزبدة واللبنه والمارجرين والأغذية الغنية بالسكريات مثل، البقلاوة والكنافة والشوكولاتة والحلويات وغيرها.
	18-11 (البنات)		
	18-11 (الأولاد)		

تخطيط الوجبات المدرسية اليومية

لا تتأثر احتياجات التلميذ الغذائية بفروق السن والجنس فحسب، ولكنها تتفاوت حسب الحالة الفيزيولوجية (سن البلوغ ومرحلة النمو) بالزيادة أو النقصان، كما تتأثر بالعوامل الوراثية والجينية، وأيضاً بنمط الحياة والنشاط الحركي للتلميذ. ومن أشهر وسائل تحديد الاحتياجات الغذائية اليومية "المخصصات الغذائية اليومية" الصادرة عن المجلس القومي للبحوث بأمريكا و"الهرم الغذائي". وللإستفادة من المخصصات الغذائية اليومية يجب التعرف على المعايير والأوزان وكيفية تحويلها إلى النظام المتري المعروف الذي يوضحه الجدول الآتي:

(الجدول 7): المعايير والأوزان وكيفية تحويلها إلى النظام المتري.

المعيار	المكافئ	النظام المتري
ملعقة واحدة صغيرة (شاي).	60 نقطة - 5 ملي لتر.	5 جرامات.
ملعقة واحدة كبيرة (سفرة).	3 ملعقة شاي - 15 ملي لتر.	15 جراماً.
كوب ماء واحد.	16 ملعقة سفرة - 240 ملي لتر.	240 جرام.
لتر ماء واحد.	1000 ملي لتر.	1000 جرام.
2.2 رطل.		كيلو جرام واحد.

أما الهرم الغذائي فيتكون من طبقات متفاوتة الحجم، تتناسب كل طبقة مع الكميات الموصى بها من مجموعات الغذاء المختلفة. ويقوم معهد الاقتصاد المنزلي ومركز البحوث الزراعية بأمريكا بتحديث هذا الدليل الذي يُستخدم في تخطيط الوجبات. ويقوم تخطيط الوجبة المستند إلى دليل الهرم الغذائي باتباع الخطوات الآتية:

1. تحديد عدد وحدات التقديم اللازمة لكل تلميذ: وتعتمد على السن والجنس والنشاط كما سبق وأشرنا. ويعرض الجدول القادم مثالا لغذاء يوم عند ثلاث مستويات من الطاقة لدى تلميذ في المرحلة الثانوية.

(الجدول 8): مثال لغذاء يوم عند ثلاثة مستويات من الطاقة لدى تلميذ بالمرحلة الثانوية.

الكمية			مجموعات الأغذية
11	9	6	مجموعة الحبوب والخبز (وحدة تقديم).
5	4	3	مجموعة الخضراوات (وحدة تقديم).
4	3	2	مجموعة الفاكهة (وحدة تقديم).
3-2	3-2	3-2	مجموعة الحليب (وحدة تقديم).
7	6	5	مجموعة الدهون (جرام).
93	73	53	مجموعة اللحوم (جرام).
18	12	6	مجموعة الحلويات (ملعقة شاي).
2800	2200	1600	مجموع عدد السعرات.

2. توزيع وحدات التقديم على وجبات اليوم: وتقسّم احتياجات اليوم على ثلاث وجبات ووجبتين خفيفتين، وقد تكون الوجبات الثلاث مدرسية في حالة المدارس الداخلية، وقد تكفي المدرسة بوجبة الغذاء فقط في حال المدرسة اليومية، ولكنها توفر قدراً معقولاً من البروتينات والفيتامينات والأملاح للتلاميذ. وفيما يلي يوضح الجدول نموذج للوجبات اليومية لتلميذ في المرحلة الثانوية متوسط النشاط (أي يحتاج لـ 2200 سعر يومياً):

(الجدول 9): نموذج للوجبات اليومية لتلميذ في المرحلة الثانوية متوسط النشاط.

الإفطار	وحدتان تقديم. وحدة تقديم واحدة. وحدة تقديم واحدة.	مجموعة الحبوب والخبز. مجموعة الفاكهة. مجموعة الحليب.	2 شريحة من خبز التوست. 2/1 كوب عصير برتقال. قطعة جبن.
الغذاء	4 وحدات تقديم. وحدتان تقديم. 4 وحدات تقديم. وحدة تقديم واحدة.	مجموعة الحبوب والخبز. مجموعة اللحوم. مجموعة الخضراوات. مجموعة الفاكهة.	رغيف خبز. 4/1 دجاجة. سلطة خضار مطهي. برتقالة.
العشاء	3 وحدات تقديم. وحدة تقديم واحدة. وحدة تقديم واحدة.	مجموعة الحبوب والخبز. مجموعة الفاكهة. مجموعة الحليب.	1.5 كوب مكرونة. موزة. 45 جراماً من الجبن الرومي.

3. الالتزام بالتوجيهات الغذائية بهدف الارتقاء بالصحة وتجنب الأمراض المزمنة: وذلك من خلال تحقيق التوازن والتنوع داخل الوجبات وأثناء اليوم، وتجنب المأكولات ذات المحتوى العالي من الدهون المشبعة والسكريات والمواد الحافظة والمكسبات، والمحافظة على الوزن المثالي وممارسة الرياضة، والإكثار من الخضار والفاكهة، وتناول الحبوب الكاملة قدر المستطاع، وتناول الحليب والمياه، والتأكد من سلامة الغذاء كما تطرقنا إليه في فصل البيئة المدرسية.

طرق التغذية الصحية لطلبة المدارس (4.3.2)

لكي يحصل الطالب على العناصر الغذائية الأساسية التي تساعد على نموه ووقايته من الأمراض يجب أن يراعي الجوانب التالية:

- أ. التنوع في تناول الأغذية.
- ب. ممارسة النشاط البدني يومياً أو على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع.
- ج. الإكثار من تناول الخضراوات والفاكهة والحبوب الكاملة.
- د. تناول الأطعمة قليلة الدهون قدر الإمكان.
- هـ. الإقلال من تناول المواد السكرية والحلويات والشوكولاتة.
- و. الإقلال من تناول الأطعمة المالحة.
- ز. الإقلال من تناول الأطعمة الحارة (التي تحتوي على الكثير من البهارات).
- ح. الإقلال قدر الإمكان أو الامتناع عن تناول المشروبات الغازية.
- ط. الإقلال من تناول المنبهات مثل الشاي والقهوة.
- ي. الحرص على أن يتناول الطالب كميات مناسبة من الحليب ومنتجات الألبان.

المشكلات الصحية المتعلقة بالتغذية عند طلبة المدارس (3.2)

يعاني طلبة المدارس مجموعة من المشكلات الغذائية التي تؤثر على إنجازهم الدراسي، وكذلك على صحتهم في المستقبل. ويمكننا استعراض أهم هذه المشكلات كالتالي:

1. فقر الدم الناتج عن نقص الحديد

غالباً ما يُشار إلى فقر الدم الناتج عن نقص الحديد عندما تكون نسبة الهيموجلوبين في الدم أقل من المعدل المطلوب حسب العمر والجنس. وهناك أنواع عديدة من فقر الدم، لكن معظم الدراسات اكتشفت أن فقر الدم الناتج عن نقص الحديد هو النوع السائد عند طلبة

المدارس. ويؤثر فقر الدم على التحصيل الدراسي واللغوي والتفاعل الصفّي للطالب. وهناك عدة أسباب للإصابة بفقر الدم أهمها:

أ. العادات الغذائية الخاطئة مثل قلة تناول الأطعمة الغنية بعنصر الحديد، أو الاعتماد على المصادر النباتية دون الحيوانية.

ب. الإكثار من تناول الأطعمة التي تقلل من امتصاص الحديد مثل الشاي والقهوة.

ج. قلة تناول الأطعمة والمشروبات التي تساعد على امتصاص الحديد وهي الأطعمة الغنية بفيتامين (C) الذي يوجد بكثرة في بعض أنواع الفاكهة وعصائرها مثل البرتقال والجوافة والمانجو. وقد أثبتت الدراسات أن فيتامين (C) يساعد على زيادة امتصاص الحديد بحوالي مرتين إلى عشر مرات حسب نوع الطعام المتناول.

د. النزيف المزمن كما في حالة الإصابة بالديدان الطفيلية كالأنكلستوما والملاريا وغير ذلك.

وتشمل أعراض فقر الدم

أ. شحوب الجلد وفقد الشهية وضعف النشاط والتركيز.

ب. ضعف المناعة.

ج. سرعة التنفس وضربات القلب مع أقل مجهود.

وللوقاية والسيطرة على فقر الدم يُنصح باتّباع ما يلي:

أ. يجب أن يكون غذاء الطالب متوازناً، أي يحتوي على الحصص المطلوبة من كل مجموعة من المجموعات الغذائية.

ب. الحرص على تناول الحصص الموصى بها من مجموعة اللحوم والأسماك، حيث إن هذه المجموعة الغذائية من أفضل مصادر الحديد جيد الامتصاص.

ج. الحرص على أن يتناول الطالب عصير الفاكهة مثل البرتقال والمانجو والأناناس والبطاطم لاحتوائه على نسبة جيدة من فيتامين (C) الذي يساعد على امتصاص الحديد. وهذا يعني عدم تقديم المشروبات الغازية للطالب عند تناول وجبة الغداء أو العشاء

د. عدم تناول الشاي أو القهوة بعد تناول وجبة الغداء أو العشاء إلا بعد مرور ساعة أو ساعتين.

هـ. الحرص على أن يتناول الطالب وجبة الفطور بشكل يومي ويفضل التنوع في الأطعمة المقدمة في وجبة الفطور قدر الإمكان حتى يتقبلها الطالب.

و. إمداد المصابين بأقراص أو شراب الحديد حال ارتفاع معدلات انتشار فقر الدم في المدرسة.

ز. قيام الدولة بتعزيز بعض الأطعمة بالحديد مثل الألبان والخبز.

ح. تشخيص وعلاج الطفيليات، كما يتعين على الإدارة المدرسية اتخاذ الإجراءات البيئية والتثقيفية اللازمة للوقاية من الإصابة بها.

ط. متابعة علاج الأمراض المسببة لفقر الدم إن وجدت.

ي. يمكن تقديم الأطعمة المدعمة بالحديد والفيتامينات للطالب ومثال ذلك، الحليب المدعم بالحديد ورقائق الذرة المدعمة بالحديد والفيتامينات والعصير المدعم بالحديد.

2. زيادة الوزن والسمنة

لقد ارتفعت في الآونة الأخيرة نسبة الإصابة بزيادة الوزن والسمنة عند طلبة المدارس بشكل ملفت للنظر. والمعروف أن السمنة عامل خطر للعديد من الأمراض في المراحل العمرية اللاحقة ومن أهمها أمراض القلب وداء السكري وارتفاع ضغط الدم وبعض أنواع السرطان. وترجع أسباب السمنة عند طلبة المدارس إلى قلة الحركة وعدم ممارسة النشاط الرياضي وتناول أطعمة غنية بالسعرات الحرارية، كما وجد أن الاضطرابات النفسية والاجتماعية والتربوية تلعب دوراً مهماً في زيادة الوزن خاصة عند المراهقين. وللوقاية للسيطرة على السمنة ينصح بالتالي:

أ. التقليل من تناول الدهون، ولكن ليس منع الدهون عند الطالب فإن ذلك يؤثر على نموه ويمكن أن يتم ذلك بإزالة الدهون من اللحم وإزالة جلد الدجاج واستعمال كميات قليلة من زيت الطبخ واستخدام طرق الطبخ التي لا تتطلب استعمال زيت مثل السلق والشواء.

ب. الإكثار من تناول الأغذية الغنية بالألياف الغذائية وهذه توجد بكثرة في الحبوب ومنتجاتها وكذلك في الخضراوات والفاكهة.

ج. يمكن إعطاء الطالب الذي لديه استعداد للسمنة الحليب ومنتجات الألبان نصف الدسمة، ولكن لا يعطى المنتجات الخالية من الدسم فالدهون مهمة لنمو الجسم.

د. يجب ألا يُحرم الطالب من تناول الحلويات والشوكولاتة بشكل تام، بل يمكن أن يتناول كميات صغيرة من هذه الأطعمة بعد تناول الوجبة.

هـ. الحرص على توازن الغذاء وذلك بتوفير الحصص المطلوبة من المجموعات الغذائية.

و. التقليل من عادة تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون فقد يؤدي ذلك إلى زيادة تناول الطعام.

ز. عدم استخدام الطعام كأسلوب لعقاب أو ثواب الطالب مثل، حرمانه من الطعام المفيد كالفاكهة والخضراوات كنوع من العقاب، فإن ذلك يجعله غير مرتاح نفسياً وسيحاول أن يتناول أي طعام آخر لسد جوعه، كما أن هذه الأطعمة أفضل من غيرها.

ح. تشجيع الطالب على ممارسة الرياضة بأنواعها والنشاط البدني ويجب أن يكون الوالدان نشيطين ويزاولان الرياضة، فالطالب عندما يجد والديه يمارسان الرياضة فإنه يشجع على ممارستها.

3. نقص الوزن

هناك نسبة ليست بالقليلة مصابة بنقص الوزن، وهذه النسبة نجدها أعلى في المرحلة الابتدائية، ثم تبدأ في التناقص مع تقدم عمر الطالب حتى تصل إلى أقل معدل لها في أواخر المرحلة الثانوية. والطالب المصاب بنقص الوزن يعني أنه لا يتناول كفايته من الطاقة الحرارية، وهذا بدوره قد يؤدي إلى نقص في بعض العناصر الغذائية نتيجة قلة تناول الأطعمة. وقد ترجع أسباب نقص الوزن إلى بعض العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية والتربوية، فمثلاً القلق والتوتر والخوف من العقاب نتيجة ضعف الأداء المدرسي قد يؤدي إلى فقدان الشهية لتناول الطعام، وبالتالي حدوث نقص الوزن. وغالباً ما نجد أن الطالب النحيف لا يتناول الأطعمة الغنية بالطاقة الحرارية بكميات كافية، وتكون شهيته محدودة للطعام. وهنا يجب معرفة الأسباب الحقيقية وراء هذه السلوكيات ومحاولة حلها، ومن الأمور الهامة لترغيب الطالب لتناول الطعام، توفير المناخ والجو البهيج أثناء تناول الطعام وعدم الإلحاح أو الضغط عليه لتناول غذاء معين وتشجيع تناول الوجبات الرئيسية مع الأصدقاء والأهل.

4. تسوس (نخر) الأسنان

يُعد تسوس الأسنان أحد أهم المشكلات الصحية والغذائية المنتشرة عند طلبة المدارس ويؤثر تسوس الأسنان على الهضم والاستفادة من الطعام وترجع الإصابة بتسوس الأسنان إلى:

أ. قلة الاهتمام بتنظيف الأسنان والفم والإكثار من تناول الحلويات والمواد السكرية مع عدم الاهتمام بتنظيف الأسنان بعد تناولها، حيث تقوم الجراثيم بتخمير السكر أو بقايا الطعام وينتج عن ذلك حمض اللاكتيك الذي يذيب الأسنان.

ب. قلة تناول بعض الأطعمة التي تساعد على تقليل الإصابة بتسوس الأسنان أو تساعد على تنظيفها مثل الفاكهة والخضراوات الطازجة.

ج. نقص تناول الغذاء الغني بالكالسيوم وفيتامين (D) والفسفور.

وللوقاية والسيطرة على تسوس الأسنان يجب القيام بالأمور التالية:

أ. تناول الحصص المطلوبة من مجموعة الخضراوات والفاكهة.

ب. الاهتمام بتنظيف الأسنان بعد تناول كل وجبة.

- ج. تنظيف الأسنان بالفرشاة جيداً قبل النوم.
- د. في حالة تناول الأطعمة والمشروبات السكرية يجب أن يقوم الطالب بالمضمضة للتخلص من بقايا هذه الأطعمة في الفم ويُفضل استخدام الفرشاة لأنها أضمن.
- هـ. الإقلال من تناول الأطعمة والمشروبات الغنية بالسكريات بخاصة المشروبات الغازية والشوكولاته والحلويات.
- و. فحص الأسنان عند الطبيب المختص كل ستة أشهر للتأكد من صحة الأسنان والاكتشاف المبكر لأي تسوس.
- ز. استخدام الفلورين في ماء الشرب.

5. نقص فيتامين (A)

يؤدي نقص فيتامين (A) لجفاف الجلد والعين، وقد يؤدي إلى فقد الإبصار ومرض العمى الليلي وزيادة القابلية للعدوى.

6. نقص فيتامين (D)

يؤدي نقص فيتامين (D) في الحالات الشديدة إلى ضعف العظام وتأخير نمو الأسنان وتسوسها.

7. مرض نقص البروتين والطاقة

يحدث ذلك المرض نتيجة عدم تناول البروتينات والفيتامينات بشكل كاف. وتنتج الحالات الثلاث الأخيرة في الأسر الفقيرة والدول ذات الدخل المتدنية.

8. فقد الشهية العصبي (القَهْم العصبي)⁽³⁾

ويحدث ذلك المرض لدى الفتيات في سن المراهقة نتيجة التفكير المتواصل في الوزن. وتتخلص أعراضه في الرفض الشديد للطعام، وانقطاع الطمث، والفقد الوخيم للوزن (الذي يزيد عن 25 % من الوزن الطبيعي للجسم). ويمكن إيجاز الأسباب المحتملة كما يلي:

أ. يمكن أن يكون المرض مرتبطاً ببعض الأعراض الهستيرية إذ تحاول الفتاة جذب الأنظار إليها ولو عن طريق المرض.

ب. عن طريق اضطراب الوسواس القهري الذي يرغب الفتاة على عدم الأكل.

ج. أحياناً يكون عرضاً لمرض الكآبة.

د. يمكن أن يكون اضطراباً في صورة الجسم، حيث تعتقد الفتاة أن جسمها ممتلئ دائماً على الرغم من أن الآخرين يرونها شديدة النحافة.

9. حب الشباب⁽³⁾

يعد حب الشباب شائعاً بين المراهقين، وقد يُنصح بعضهم بتجنب بعض المأكولات مثل الشيكولاته والمكسرات والأطعمة الدهنية والمقلية والمشروبات الغازية على الرغم من عدم وجود أدلة على ذلك.

بعض العادات الغذائية الخاطئة عند طلبة المدارس⁽²⁻⁶⁾

تنتشر العديد من العادات الغذائية الخاطئة عند طلبة المدارس. وهذه العادات تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على الحالة الغذائية والصحية لهؤلاء الطلبة، لذا فمن المهم أن تقوم الأسرة والمدرسة بتصحيح هذه العادات. وفيما يلي سرداً لأهم هذه العادات.

1. عدم تناول وجبة الفطور

تشير الدراسات إلى أن الطلبة الذين لا يتناولون فطورهم يعانون ضعف الإنجاز الدراسي وقلة التفاعل في الصف ومع الزملاء. وتبين أن الأشخاص الذين يحرصون على تناول فطورهم يكونون أقل عرضة للإصابة بالسمنة وداء السكري. كما أن الطالب يحتاج إلى كمية كافية من الطاقة الحرارية في الصباح لتجديد نشاطه بعد ليلة طويلة بدون تناول أي طعام. ولتشجيع الطلبة على تناول الفطور يجب إيقاظهم مبكراً حتى يشعرون بالجوع لتناول الفطور وعليه فيجب أن يناموا مبكراً ليأخذوا كفايتهم من النوم. كما وُجد أن التنوع في الأطعمة المقدمة في الفطور يشجع الطالب على تناوله، ومن المهم أن يكون الوالدان قدوة لأولادهم وذلك بأن يحرصا على تناول الفطور معهم.

2. تناول أطعمة فقيرة في القيمة الغذائية بين الوجبات

هناك العديد من الأطعمة التي يتناولها الطلبة أثناء الفسحة أو بين الوجبات الرئيسية مثل، البطاطس المقلية والمشروبات الغازية والحلويات وهذه الأطعمة فقيرة القيمة الغذائية وبعضها يحتوي على نسبة عالية من الملح، وتناول كميات كبيرة منها يقلل من الشهية لتناول الوجبة الرئيسية مثل الغداء أو العشاء. لذا يُنصح بأن يتناول الطالب أغذية مفيدة بين الوجبات مثل الفاكهة أو عصائرها، والحليب المطعم بنكهة الفاكهة واللبن والزبادي والبسكويت المصنوع من القمح الكامل والمكسرات. ويفضل أن تكون الفترة بين تناول هذه الأطعمة والوجبة التي تليها لا تقل عن ساعتين حتى يشعر الطالب بالجوع والرغبة في تناول الوجبة.

3. قلة تناول الفاكهة والخضراوات

توفر الخضراوات والفاكهة الطازجة مجموعة كبيرة من الفيتامينات والعناصر المعدنية، بالإضافة إلى احتوائها على نسبة جيدة من الألياف الغذائية المهمة للوقاية من بعض الأمراض

المزمنة وهي مفيدة كذلك للتخلص من الإمساك، كما تحتوي الخضراوات والفاكهة على المواد المضادة للأكسدة التي تساعد في الوقاية من الإصابة ببعض أنواع السرطان. وتوضح معظم الدراسات في دول المنطقة أن الطلبة والمراهقين لا يتناولون كميات كافية من الخضراوات والفاكهة الطازجة، بل إن بعضهم نادراً ما يتناول هذه الأطعمة وقد يرجع رفض الطلبة أو قلة تناولهم للخضراوات والفاكهة إلى الأسلوب الذي يتبعه الوالدان في ترغيب أبنائهم في تناول هذه الأطعمة مثل استخدام العقاب والثواب أو الإلحاح أو فرض الطعام على الطالب، وكل هذه الأساليب لم تثبت جدواها. فلقد وجد أن الطفل يقلل أو يرفض تناول الأطعمة التي يفرضها عليه والداه. لذا فإن أفضل طريقة لترغيب أطفال المدارس بتناول الخضراوات والفاكهة هي توفيرها على المائدة بدون أن يكون هناك إلحاح أو فرض، كما يمكن تقديم الفاكهة والسلطة بين الوجبات أو عندما يكون الطالب جائعاً، وذلك بتركها في غرفة المعيشة أو غرفة التلفزيون دون الإلحاح على الطفل في تناولها.

4. تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون

ولتجنب ذلك يُفضل غلق التلفزيون أثناء تناول الطعام أو تناوله في غرفة لا يوجد بها تلفزيون حتى يستطيع الطالب أن يركز على طعامه ويستمتع بالجو العائلي مع بقية أفراد الأسرة.

5. تناول بعض الأطعمة والأشربة أثناء الانصراف من المدرسة

لقد وُجد أن نسبة لا بأس بها من الطلبة تقوم بتناول بعض الأطعمة عند انصرافها من المدرسة، حيث تقوم بشرائها من البقالة القريبة من المدرسة أو المنزل، ومن هذه الأطعمة المشروبات الغازية والحلويات والبطاطس المقلية والمكسرات، ويؤدي ذلك إلى تقليل شهية الطالب أو فقد الشهية في تناول الوجبة الغذائية الرئيسية، وهذا يعني عدم الحصول على كميات كافية من بعض العناصر الأساسية لنمو الجسم. وللتغلب على هذه العادة يجب أن يوضح الوالدان، وكذلك المدرسون للطلبة مدى تأثير ذلك على صحتهم من خلال عدم حصولهم على العناصر الغذائية المفيدة لبناء أجسامهم، كما يمكن للأسرة عدم تأخير وجبة الغداء، لأن بقاء الطالب لفترة طويلة بدون تناول طعام قبيل وجبة الغداء يجعله يتجه إلى أطعمة قد تكون غير مفيدة له.

6. الإكثار من تناول المشروبات الغازية

تعد المشروبات الغازية من الأطعمة التي لها شعبية كبيرة عند طلبة المدارس والمراهقين، وقد تعود بعضهم على هذه المشروبات مع وجبة الغداء والعشاء. وهذا سلوك غير صحي، إذ تبين أن الطلبة الذين يكثر من تناول المشروبات الغازية، عادة لا يتناولون كميات كافية من الحليب. ومن المعلوم أن المشروبات الغازية لا تحتوي على أية فوائد صحية تُذكر، فهي عبارة

عن ماء ونكهة السكر. ويُفضل أن تحل عصائر الفاكهة محل المشروبات الغازية، خاصة أثناء تناول الوجبة الرئيسية وذلك لتدعيم القيمة الغذائية للوجبة. وهذا لا يعني حرمان الطلبة من هذه المشروبات الغازية، بل يمكنهم تناولها مرة أو مرتين في الأسبوع خاصة أثناء الإجازة أو عندما تقوم الأسرة بتناول الطعام خارج المنزل وذلك فقط في حالة رغبتهم في تناول هذه المشروبات.

7. الإكثار من الأطعمة السريعة

لقد أصبحت الأطعمة السريعة جزءاً مهماً من عاداتنا وهي تحتوي على كميات عالية من الدهون والكوليستيرول والملح وجميع هذه العناصر لا يفضل الإكثار من تناولها لارتباطها بأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم، لذا يجب ألا تُقدم الأطعمة للطلبة بشكل يومي، بل يمكن تناولها أثناء العطلة الأسبوعية (مرة إلى مرتين في الأسبوع). كما يمكن التحكم في كمية الدهون والكوليستيرول المتناول، فمثلاً يمكن أن يتم تناول الهمبرجر أو الدجاج المشوي بدون الجبنة، وهذا يقلل حوالي 30 % من الدهون والكوليستيرول. كما يمكن طلب البطاطس المقلية بدون أن يضاف عليها الملح، وتقدم معظم مطاعم الوجبات السريعة السلطات الطازجة وعصائر الفاكهة، وهذه يمكن تناولها مع الوجبة مما يساعد في تحسين القيمة الغذائية لها.

دور الفريق الطبي/الممرضة المدرسية في التغذية المدرسية

1. التعرف على المفاهيم والعادات الغذائية غير الصحية المنتشرة بين التلاميذ.
2. تقديم رسائل التوعية الصحية.
3. المشاركة في حملات التوعية الصحية والتغذوية المحلية والقومية.
4. متابعة أوزان وأطوال التلاميذ وتسجيلها في الملف المدرسي للتلميذ، وذلك بهدف تقييم الحالة التغذوية للتلاميذ والاكتشاف المبكر لحالات سوء التغذية.
5. المساعدة في أنشطة المقصف المدرسي وبرنامج التغذية المدرسية.
6. المشاركة في البحوث والمسوح الصحية والتغذوية.

تقييم الحالة التغذوية للتلاميذ⁽⁴⁻³⁾

يحتاج الطبيب المدرسي أو الممرضة المدرسية إلى تقييم الحالة التغذوية للتلميذ، سواءً عند القيام بالكشف الدوري على كل تلاميذ المدرسة، أو عند عمل مسوحات صحية أو أبحاث على مستوى الإدارة الصحية ككل، أو حتى عند فحص مجموعة أطفال بعينها ظهرت عليهم علامات سوء التغذية بمجرد الملاحظة.

ويقوم الفريق الصحي بهذا التقييم عن طريق أربع وسائل مباشرة:

1. الفحص الإكلينيكي:

وبه قد تظهر مظاهر سوء التغذية الموضحة بالجدول الآتي:

(الجدول 10): مظاهر سوء التغذية وأسباب كل مظهر منها.

العضو	العَرَض	السبب
الجلد	- خشونة. - التهاب الجزء المعرض للشمس.	- نقص فيتامين (A). - نقص النياسين.
الشعر	- فقد اللمعان. - بهتان اللون. - سهولة نزعه.	- نقص البيروتين.
العين	- جفاف الملتحمة والقرنية.	- نقص فيتامين (A).
الشفاه	- تشققات والتهاب الفم.	- نقص الريبوفلافين.
اللسان	- التورم، الاحمرار، الالتهاب.	- نقص فيتامين (B) المركب.
اللثة	- أسفنجية المظهر، النزيف.	- نقص فيتامين (C).

2. تسجيل مقاييس الجسم

وذلك بقياس الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم.

أ. قياس الطول

- يتأثر الطول بسوء التغذية لسنوات عديدة كحالات فقر الدم المزمن، كما يتأثر بالعوامل الوراثية.

- لقياس الطول بطريقة صحيحة يقف التلميذ بدون حذاء ويلصق جسمه لوحة القياس، بينما تظل رجلاه مفردتين، كما يثبت رأسه بحيث تكون عيناه أفقيتين.

- تقارن الأطوال بالأطوال المثالية لذلك العمر. ويتم ذلك من خلال تحديد طول التلميذ على "منحنى النمو" الموجود داخل البطاقة الصحية. ويوجد على المنحنى خطان للنمو، خط علوي وآخر سفلي يمثلان الحد الأقصى والأدنى للطول المثالي، حيث إن الطول الطبيعي يجب أن يقع بينهما.

ب. قياس الوزن

- يتأثر الوزن بخلاف الطول بسوء التغذية الحاد لفترات قصيرة كنوبة الإسهال.
- لقياس الوزن بصورة صحيحة يتم ذلك أثناء ارتداء التلميذ ملابس خفيفة، ويعاير الميزان المستخدم بانتظام.

- تقارن الأوزان بالأوزان المثالية لذلك العمر. وإذا هبط الوزن عن الخط السفلي لمنحنى النمو أو إذا تدنى عن معدل زيادته الطبيعية، أو إذا ارتفع فوق الخط العلوي فهذا يشير إلى الحاجة للعلاج حتى تنضبط المقاييس على المنحنى.

ج. مؤشر كتلة الجسم

ويتم تحديده من خلال المعادلة الآتية: [مؤشر كتلة الجسم = الوزن / (الطول بالمتر)²]²، ويوضح الجدول الآتي درجة السمنة من خلال قيمة مؤشر كتلة الجسم.

(الجدول 11): تحديد درجة السمنة من خلال قيمة مؤشر كتلة الجسم.

مؤشر كتلة الجسم	درجة السمنة
أقل من 20	نحافة.
20 - 24	الوزن المرغوب.
25 - 29	زيادة الوزن.
30 - 34	سمنة بسيطة.
35 - 39	سمنة متوسطة.
40 أو أكثر	سمنة زائدة.

3. التحاليل المعملية

أ. يمكن تحليل الدم لمعرفة مستوى الهيموجلوبين أو الأملاح المعدنية والفيتامينات أو الهرمونات.

ب. يمكن تحليل البول لمعرفة مستوى السكر والألبومين.

ج. يمكن تحليل البراز لتشخيص الإصابة بالطفيليات.

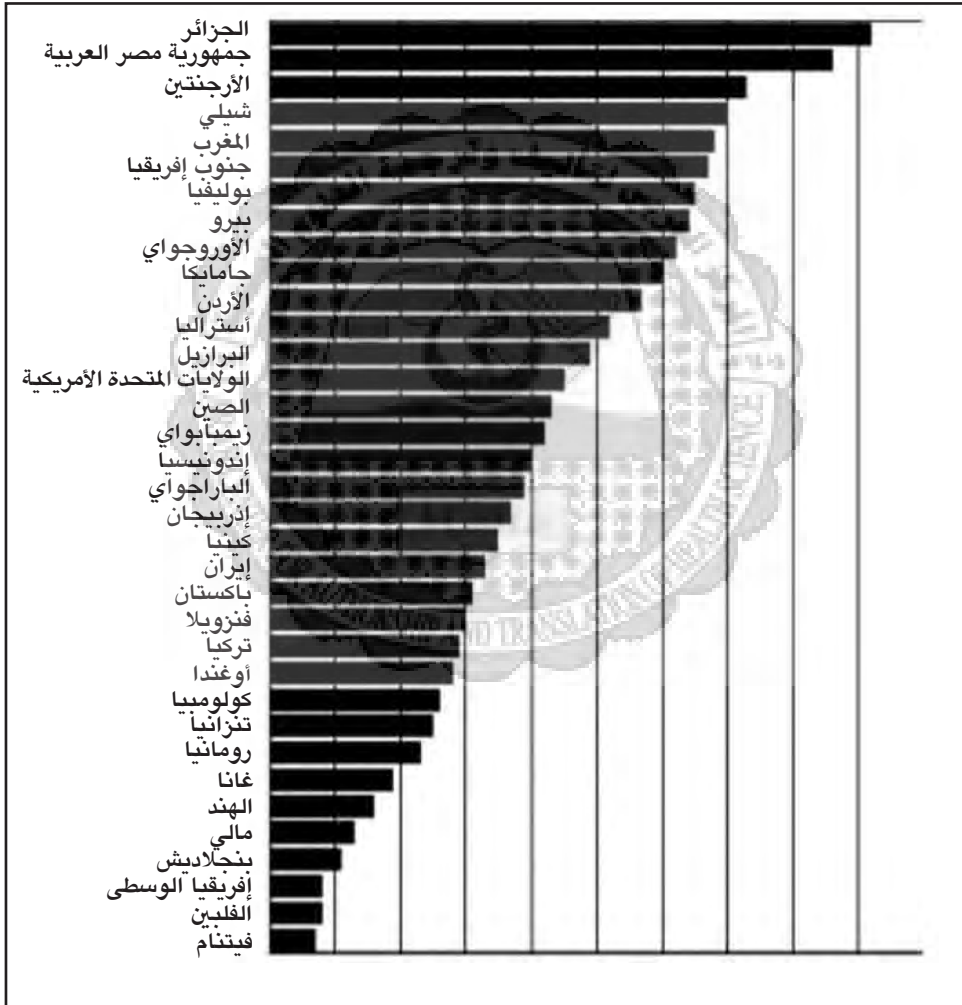
د. يتم تحليل عينات من الشعر والأظافر والكبد في بعض حالات سوء التغذية.

4. تحليل النمط الغذائي

غالباً ما يحدث ذلك في الأبحاث والمسوحات التغذوية. وفيه يتم تسجيل الغذاء المستهلك خلال آخر 24 ساعة أو آخر أسبوع مثلاً، وبذلك يتم التعرف على النمط الغذائي للتلميذ.

السمنة بين طلاب المدارس

تعد السمنة وزيادة الوزن من أكثر الأمراض التغذوية انتشاراً بين أطفال البلاد العربية. ويوضح الشكل البياني التالي توزيع معدلات البدانة بين الأطفال دون سن الخامسة في مجموعة من دول العالم حسب معايير منظمة الصحة العالمية وخلال مجموعة متقاربة من السنوات⁽⁷⁾. ويظهر الشكل الآتي عدداً من البلاد العربية التي تتقدم الدول الأعلى في معدلات السمنة.



(الشكل 3): الدول العربية التي تتقدم الدول الأعلى في معدلات السمنة.

المبادرات العالمية لمكافحة السمنة بين تلاميذ المدارس⁽⁶⁾

نتيجة انتشار معدلات السمنة بين طلاب الدول المتقدمة، فقد تعددت محاولات وبرامج وتجارب مكافحة البدانة بين طلاب المدارس. وإليك فيما يلي مجموعة من تجارب بعض هذه المبادرات:

1. لقد استهدفت هذه المبادرات الفئة العمرية لأطفال المرحلة الابتدائية أكثر من الأكبر سناً، حيث إن سلوكيات الغذاء والنشاط البدني تتكون في هذه المرحلة فتشكل سلوكيات صحية مستدامة.
 2. تم توظيف معلمي الفصول لإجراء التدخلات المطلوبة في بعض المبادرات، في حين تمت الاستعانة في البعض الآخر بموظفين متخصصين، إلا أن الباحثين يرون أن استخدام فريق متعدد التخصصات من شأنه أن يساهم في ذلك بشكل أفضل، على الرغم من صعوبة التنفيذ والاستدامة.
 3. على الرغم من نجاح هذه المبادرات في تحسين سلوكيات التلاميذ التغذوية، فإن تأثيرها كان أضعف في تحسين هذه السلوكيات خارج المدرسة.
 4. كانت هناك صعوبة في تغيير المدرسة لهذه السلوكيات بدون مساهمة الأسرة.
- ونظراً لضيق الوقت المتاح خلال اليوم الدراسي والموارد الضئيلة للوقاية من البدانة، يرى المختصون أنه من الحكمة التعاون مع ممثلين من جهات الصناعة والمجتمع بصورة أوسع، وذلك لأن مجهودات الأسرة والمدرسة في توعية وتحفيز الطفل على تناول المأكولات الصحية خارج البيت قد تذهب سدى إذا لم يصحب ذلك توفير للأغذية الصحية في مقصف المدرسة والمحلات خارج المدرسة، وهو ما يسهل حدوثه بعد التنسيق مع الممثلين من جهات الصناعة والمجتمع. ويوجد هناك نوعان من التدخلات المدرسية تتمثل في البرامج التي تركز على النشاط البدني والبرامج التي تركز على التغذية، ويمكن أن تعمل فرادى أو مجتمعة في صورة تدخل متعدد العناصر.

البرامج التي تركز على النشاط البدني

أ. لقد تبنت البرامج الأكثر شيوعاً وفعالية التي تركز على النشاط البدني إطالة المدة المخصصة لحصص التربية البدنية أو إضافة حصص جديدة،⁽⁸⁾ على الرغم من صعوبة تحقيق ذلك نظراً لضيق الوقت المخصص لذلك.⁽⁹⁾ ومن الجدير بالذكر أن المدارس قد تخصص نسبة أكبر من وقت اليوم الدراسي للمواد الأكاديمية على حساب ساعات النشاط الرياضي، وهو ما يتعين تجنبه لصالح صحة الطلاب البدنية والنفسية والاجتماعية.

ب. قام الباحثون بدراسة تحليلية لأنشطة حصة تربية بدنية مدتها 40 دقيقة، فوجدوا أنها لا يتخللها إلا ثماني دقائق فقط في المتوسط من النشاط البدني المعتدل أو القوي.⁽¹⁰⁾ ومن هنا يجب الاهتمام بالمخرج الحقيقي لهذا النشاط.

ج. يوجد اختلافات بين الجنسين من حيث طريقة تصورهم للنشاط وانجذابهم نحو الأنشطة. فلكل نوع ما يناسبه.

نماذج من التدخلات المتعلقة بالنشاط البدني، تتمثل في النقاط التالية:

- تخصيص فترات للاستراحة وتجديد النشاط لتشجيع الأطفال على القيام بحركات من أي نوع وبأية وتيرة لمدة 15 دقيقة.
- التركيز عمداً على التمارين المستجدة والحركات الجديدة بجميع الأشكال والأحجام ومستويات المهارات.⁽¹¹⁾
- تصميم سلسلة من العلامات التي يتم رسمها على أرض فناء الملعب. إذ أن النتائج قد أظهرت أن العلامات ساهمت بشكل ملحوظ في تحسين مستويات النشاط لدى الأطفال من (7-10 سنوات) الخاضعين للتدخل مقارنة بالأطفال الخاضعين للمراقبة. علاوة على ذلك، فقد أثرت زيادة توافر الكرات وحبال القفز، إلخ... إلى جانب إطالة فترات الاستراحة، على سلوكيات النشاط لدى الأطفال. ويجدر بالذكر أن عدداً قليلاً جداً من البرامج قد أولى مراعاة للبيئة المدرسية.⁽¹²⁾
- تبني الحافلة المدرسية الراجلة.
- تصميم برنامج شراكة مجتمعية متعدد المستويات يتم تطبيقه في المدارس ويهدف إلى تحسين النشاط البدني للمراهقين.⁽¹⁴⁾ وقد يكون ذلك من خلال ربط التلميذ بأقرب مركز للتمرينات الرياضية، أو النوادي الشبابية والرياضية، أو مراكز الجواله والرحلات. وقد أظهر هذا البرنامج أن بإمكان برامج التربية البدنية المدرسية تشكيل روابط مجتمعية لتحقيق تأثير إيجابي على نطاق واسع من التلاميذ، خاصة المراهقين منهم لما لديهم من استقلالية في التحرك خارج المدرسة، بخلاف ما يفتقده الأطفال الأصغر سناً، مما جعل مثل هذه البرامج أقل فعالية تجاههم. هذا بالإضافة إلى ما سبق وأشرنا إليه من وجود اختلافات بين الجنسين من حيث طريقة تصورهم للنشاط وانجذابهم نحو الأنشطة.⁽¹⁵⁾

الجولة الثامنة حول العالم

الحافلة المدرسية الراجلة⁽¹³⁾

هي مجموعة من الأطفال الذين يسرون على الأقدام من وإلى المدرسة بصحبة مجموعة من المسؤولين الراشدين الذين عادة ما يكونون مجموعة من الآباء. ويمكن للأطفال اللحاق بمسار الحافلة في نقاط متعددة، لاسيما من يقطنون قبالة المسار، حيث يمكن لأولياء أمورهم إصالحهم للانضمام إلى "الحافلة" لدى مرورها. ولدت هذه التجربة في أستراليا كحل عملي لازدحام الطريق، ولتشجيع النشاط البدني، وخفض مستويات التلوث والاعتماد على السيارات. وقد تم تعميم هذه التجربة في العديد من الدول، إلا أن ذلك يتطلب استراتيجية تدخل وافية من المنسق المسؤول لضمان التنفيذ السليم وتحقيق نظام مستدام وفعال.

البرامج التي تركز على التغذية

في إنجلترا⁽¹⁸⁾ ركز أحد التدخلات الصفية الخاصة بالثقيف الغذائي على خفض استهلاك المشروبات الغازية وعصائر الفاكهة المخففة بين الأطفال ما بين (7-10 سنوات). حيث خصصت حصصاً دراسية مدتها ساعة واحدة لكل فصل دراسي، تهدف إلى تشجيع الطلاب على أن يستبدلوا المشروبات الغازية وعصائر الفاكهة المخففة بالماء. وقد أعلنت دراسة ما بعد التدخل أنه بعد مرور 12 شهراً زادت نسبة الأطفال ذوي الوزن الزائد والسمنة بمقدار 7.5% بين أطفال المجموعات الخاضعة للمراقبة، مقارنة بالأطفال الخاضعين للتدخل حيث انخفضت النسبة لديهم بمقدار 0.2%. إلا أن هذا الاختلاف لم يستمر بعد عملية متابعة استمرت لعامين، مما يشير إلى أن التدخل ليس له تأثيرات طويلة الأمد، وأن مثل هذه التدخلات بحاجة إلى متابعة لفترات زمنية طويلة.

أما "أصدقاء الطعام" فهو برنامج بريطاني⁽²⁰⁾ يستحدث طريقة مختلفة يعتمد فيها على الأقران كمتقنين لتشجيع الأطفال على تبني السلوك الصحي. وهو عبارة عن نموذج لعب أدوار لأشخاص يحصلون على "قوى خارقة" عندما يتناولون الخضراوات والفاكهة. ويتم تشجيع الأطفال على تناول الفاكهة والخضراوات مراراً وتكراراً. وقد استمر الأثر الإيجابي للبرنامج لمدة 15 شهراً من تطبيقه.

ومن بين مبادرات الثقيف التغذوي التي قامت بها الدول العربية، مبادرة النخلة الغذائية الصحية في المملكة العربية السعودية.

الجولة التاسعة حول العالم

عمل استخدام الطرق الحديثة "القائمة على اللعب" على إيصال مفاهيم التربية الغذائية بفعالية، بالإضافة إلى تيسير تعلمها. وعلى الرغم من أنها كانت أكثر تشويقاً من إصدار النصائح والتعليمات للأطفال حول ما ينبغي عليهم تجنبه من أطعمة⁽¹⁶⁾ فإنها كانت أقل فعالية في تغيير السلوك الغذائي. وقد أظهرت الألعاب إمكانية حدوث التغيرات في السلوك الغذائي أثناء تناول الطعام في المدرسة، لكنها كانت أقل تأثيراً في تحسين السلوكيات الغذائية في المنزل.

وفي إيطاليا على سبيل المثال،⁽¹⁷⁾ طبقت مدارس نابولي لعبة لوحية تستهدف الفئة العمرية ما بين (10 - 14 عاماً)، وفيها يتعين على اللاعبين مطابقة الاختلافات بين إجمالي كمية الطاقة الداخلة (باستخدام بطاقات التغذية) وإجمالي الطاقة الخارجة (باستخدام بطاقات النشاط). وبعد مرور 24 أسبوعاً على الدراسة، تم التوصل إلى نتيجة فحواها أن الأطفال الخاضعين للتدخل أظهروا تحسناً ملحوظاً في وعيهم الغذائي مقارنة بالأطفال الخاضعين للمراقبة. ولم تظهر اختلافات ملحوظة في مؤشر كتلة الجسم أو اختلافات أخرى، سواء لدى المجموعات الخاضعة للتدخل أو المجموعات الأخرى.

الجولة العاشرة حول العالم

في ميتشيغان بالولايات المتحدة⁽¹⁹⁾، صمم المختصون منهجاً تربوياً غذائياً لتوعية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (11 - 14 عاماً). وقد تضمنت الدروس:

أ. تزويد التلاميذ بمعلومات حول المجموعات الغذائية، والطعام المتوازن القائم على هذه المجموعات.

ب. التوعية بأهمية قراءة الملصقات الموجودة على الأطعمة قبل شرائها أو تناولها.

ج. التوعية بأهمية تفادي مطاعم الوجبات السريعة وكافيتريات المدارس.

د. تطوير المهارات الحياتية كالتقويم الذاتي للعادات الغذائية.

هـ. نمذجة دور الأقران لتصحيح أدوار بعضهم السلبية.

و. تعليم مهارات التفسير.

ز. تحديد الأهداف.

وقد قدمها معلمو الفصول الدراسية الذين تلقوا ثمان ساعات من التدريب. واستمرت الحصص لساعة واحدة. وقد نجحت التجربة في رفع الوعي الغذائي لدى الأطفال، بل وتحسين سلوكياتهم الغذائية، فأصبحوا أقل قابلية لتناول الوجبات السريعة وأكثر قابلية لتناول الفاكهة، مقارنة بغيرهم من مجموعة المراقبة.

الجولة الحادية عشرة حول العالم

النخلة الغذائية الصحية في المملكة العربية السعودية⁽²¹⁾

بناءً على ما أثبتته الدراسات العلمية، ابتكرت السلطات الصحية بالمملكة العربية السعودية دليلاً للتوعية الغذائية، فقد وجدت أن الدول التي بذلت مجهوداً وركزت على التوعية الغذائية في الجانب الصحي من الواقع المحلي، أصبحت أقل عرضة لخطر الإصابة بالأمراض ذات العلاقة بالتغذية. ولقد قام فريق من المختصين بمراجعة ومقارنة ثلاثة أدلة غذائية وهي الدليل الغذائي الأمريكي (الهرم الغذائي) والبريطاني (الصحن الغذائي) والكندي (القوس الغذائي)، ووجدوا أن الأدلة تتفق في عدد الحصص وحجم الحصة الغذائية، وتختلف في عدد حصص مجموعة الحليب ومشتقاته ومجموعة الخضراوات والفاكهة، بينما لم تتعرض غالبية الأدلة للماء إطلاقاً.

وقد قام الدليل الغذائي الجديد على أسس علمية غذائية وصحية ويحتوي على كل العناصر الغذائية التي يحتاجها الإنسان وفقاً للمقادير والأوزان حتى يؤمن غذاءً صحياً يومياً، وليكون مرجعاً تثقيفياً لكل فئات المجتمع.

استخدامات الأدلة الغذائية:

- أ. تكون دليلاً ومرشداً لأفراد المجتمع عبر وسائل الإعلام.
- ب. تلتزم بها المؤسسات الصحية كموجه غذائي للمريض.
- ج. تستخدم كدليل تثقيفي في عيادات التغذية.
- د. يتم الاستفادة منها في الجهات التعليمية والاجتماعية والنوادي والمراكز الصيفية، ويتم إدراجها في المنهج الدراسي.
- هـ. تُنشر في المؤسسات الصحية الخليجية والعربية والعالمية.

هذا وقد تم عمل الاختبار الأولي لصلاحية الدليل للاستخدام، بما في ذلك رضا أفراد المجتمع وقبولهم له. ويبقى أن تُقاس معدلات استخدامه وتأثير ذلك على تغذية وصحة الأفراد.

تأثير البيئة الغذائية للمدرسة على صحة التلاميذ

لقد بات من المسلم به أن البيئة الغذائية⁽²²⁾ الأوسع للمدرسة يكون لها تأثير إما إيجابي أو سلبي على العادات والسلوكيات الغذائية للطفل. وقد برز ذلك من خلال العديد من الدراسات التي استهدفت "البيئة الغذائية المدرسية" بما في ذلك نوادي الإفطار والاستراتيجيات التي تزيد من توافر الخيارات الصحية أو تعزيزها في أوقات تناول الغذاء أو الوجبات الخفيفة وأنظمة الفاكهة المجانية ومعايير الوجبة المدرسية.

لقد نشأت تجربة نوادي الإفطار⁽²³⁾ في الولايات المتحدة عام 1966م، حيث كانت تقدم وجبة الإفطار للطلاب القادمين إلى المدرسة مبكراً، وتحديداً للأطفال المنحدرين من أسر فقيرة. وقد تبنتها لاحقاً دول أخرى كاستراليا⁽²⁴⁾ وبريطانيا⁽²⁵⁾ وأشارت الدراسات إلى الدور الذي يمكن أن تلعبه نوادي الإفطار في تحسين تغذية الأطفال وتحسين مدخلات حمايتهم الغذائية،⁽²⁶⁾ كما أشارت إلى إمكانية رفعها لدرجة التحصيل الدراسي والأداء النفسي لدى الأطفال،⁽²⁷⁾ علاوة على الانتظام في الدراسة والالتزام بالمواعيد.⁽²⁸⁾

وقد أظهرت التجارب الدولية العلاقة ما بين خيار (وجبات الغذاء المدرسية) وآلات بيع الأطعمة بالقطع النقدية من جهة و(مدخلات المراهقين الغذائية) من جهة أخرى، فعندما تتوافر للتلاميذ أغذية تحتوي على كميات أكبر من الدهون، فإن إمكانية تناولهم للأغذية الصحية تتضاءل. لذا فإن تقييد آلات البيع بالقطع النقدية له تأثير إيجابي كبير على تناول الأغذية غير الصحية والسمنة. وهكذا نرى أن خيارات الأغذية المتاحة في المدرسة لها تأثير كبير على مدخلات التلاميذ الغذائية.⁽²⁹⁾ وكيفينا أن نعلم أن حدوث زيادة قدرها 10 % من حصة المدرسة من الأغذية السريعة يؤدي إلى زيادة قدرها 1 % من كتلة الجسم، وإذا ما أضفنا إمكانية انحدار الطفل من أبوين يعانيان السمنة، فإن هذه النسبة تزداد حتى 2 %.⁽³⁰⁾

وانطلاقاً من إقرار الكثير من دول العالم بأثر الوجبات المدرسية على العادات الغذائية للأطفال، فقد وُضعت مبادئ توجيهية للوجبات المدرسية. ففي اليابان مثلاً فُرضت معايير للوجبة المدرسية منذ 1954م، وتم التركيز على توفير الأغذية التقليدية داخل المدرسة، ولذا فهي تشهد أدنى معدل للسمنة بين الدول.⁽³¹⁾ ومن ناحية أخرى، تُعد معايير الأغذية المدرسية في المملكة المتحدة أحد أكثر المعايير تفصيلاً في العالم.⁽³²⁾ حيث إن مجلس الإدارة في كل مدرسة مسؤولاً قانونياً عن ضمان تطبيق معايير الأغذية والتغذية، وينبغي أن تقدم المدرسة الدلائل على استيفائها هذه المعايير عند التفتيش من قبل الجهات الرقابية.

الجولة الثانية عشرة حول العالم

الربط الفاعل بين برامج التغذية المدرسية والإنتاج الغذائي المحلي والمشاركة المجتمعية⁽³³⁾

يغطي برنامج التغذية المدرسية المنفذ من قبل الحكومة البرازيلية جميع المدارس الحكومية في مراحل التعليم الأساسي، بما في ذلك الحضانات ورياض الأطفال والمدارس الابتدائية والثانوية، إضافة إلى مدارس تعليم الكبار. وتصل خدمات البرنامج إلى نحو 47 مليون طالب سنوياً. تم إطلاق البرنامج في العام 1955م وهو يشكل ثاني أكبر برنامج للتغذية المدرسية على مستوى العالم.

وتتمثل أهداف هذا البرنامج الواسع في:

- أ. الإسهام في تنمية وتطوير القدرات التعليمية والاستيعابية للطلاب المستهدفين إلى جانب دعم النشأة والعادات الصحية من خلال برامج التربية الغذائية.
- ب. تشجيع النشاط الزراعي في المجتمعات المحلية من خلال شراء منتجاتهم واستخدامها في برامج التغذية المدرسية.

ومن إنجازات البرنامج:

- أ. زيادة استهلاك الفاكهة والخضراوات المنتجة بكثافة في مختلف المناطق البرازيلية، الأمر الذي أسهم في تحسين الأوضاع الغذائية للأطفال وطلاب المدارس هناك. فقد سبق وأظهرت الدراسات السالفة أن الارتفاع الكبير في معدلات المصابين بزيادة الوزن في أوساط الأطفال يعود إلى العادات الغذائية غير الصحية، مثل الاستهلاك المفرط للمنتجات المصنعة وانخفاض استهلاك الخضراوات والفاكهة.
- ب. تشجيع العادات الغذائية الصحية من خلال الدفع في اتجاه استهلاك نسبة أقل من السكريات والدهون.
- ج. خلق آلية تنسيق وتعاون قوية بين المؤسسات والهيئات المعنية، خصوصاً الوزارات.
- د. خفض كلفة الوجبات الغذائية المقدمة لطلاب المدارس.
- هـ. رفع معدلات توفير المنتجات بالمدارس.

ومن الاستراتيجيات التي تبناها البرنامج

- أ. في العام 2011م على سبيل المثال، خصصت الحكومة البرازيلية ميزانية بمقدار ملياري دولار، أي نحو 5% من إجمالي ميزانية التعليم لبرامج التغذية المدرسية. وتم توزيعها على الحكومات الفيدرالية والمحلية والبلديات. ويغطي تمويل صندوق

التعليم تكاليف الأغذية فقط، في حين تقوم الحكومات الفيدرالية والمحلية والبلديات بتغطية التكاليف الأخرى المرتبطة بالبرنامج مثل أجور العاملين والتكاليف الأخرى من مصادرها الخاصة. ويتم استخدام 30% على الأقل من التمويل المقدم لشراء المنتجات الزراعية المستخدمة في برامج التغذية المدرسية من المزارعين المحليين.

ب. إلزام كافة الوحدات المنفذة لبرامج التغذية بضرورة إيجاد خبير تغذية يكون مسؤولاً عن وضع خريطة للمكونات الغذائية وفقاً للمعايير المنصوص عليها في البرنامج.

ج. تشجيع منظمات المجتمع المدني على الإشراف على الحصص الغذائية والتمويل واستمرار الإمداد لضمان تطبيق البرنامج بأعلى جودة متاحة.

وانطلاقاً مما سبق، يمكن القول بأن النموذج البرازيلي يؤكد إمكانية الربط الفاعل بين برامج التغذية المدرسية والإنتاج الغذائي المحلي والمشاركة المجتمعية.

بعض الأخطاء الدولية التي تتعلق بتطبيق برنامج التغذية المدرسية⁽³⁴⁾

1. لم تخصص وزارة التعليم بنداً محدداً في الميزانية للتغذية المدرسية. وعندما تم تخفيض الميزانية، تم إلغاء مخصصات التغذية المدرسية.
2. لم يكن هناك معلومات خارجية وتبادل للخبرات لتصميم وإدارة البرنامج الجديد. على سبيل المثال، حددت الاستراتيجية عدد الأطفال الذين سوف يغطيهم البرنامج الحكومي، ولكنها لم تحدد استراتيجية للاستهداف أو الكمية التي سيتم توزيعها، وبالتالي تم تنفيذ البرنامج بطريقة مختلفة في كل مركز من مراكز البلد.
3. لم يكن هناك بند في الميزانية لمساعدة العدد المتزايد من الأطفال الذين بدأوا في اتباع الغذاء الصحي في المدرسة بسبب البرنامج، وبالتالي نفذت الموارد بسرعة.
4. عدم تخصيص ميزانية كافية لنقل الأغذية والعمل على البنية التحتية.
5. تأخر إنفاق الحكومة على الوكالات المنفذة للبرامج مما يضع تأثيراً سلبياً على العديد من نواحي العمل.
6. إهمال تطوير المعايير ووضع القوانين، وعدم دعم متعهدي تقديم الوجبات المدرسية.
7. إهمال توعية الطلاب وأبائهم عن أهمية الحاجة إلى التغيير.

هذا وسيأتي تفصيل في الفصل الخاص بالتنقيف الصحي في المدارس عن كيفية إعداد حملة توعية لطلاب المدرسة، كما سنستفيض في شرح آلية وضع سياسة مدرسية في فصل إدارة الصحة المدرسية، وسنتخذ السياسة المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني كنموذج لذلك.



الفصل الخامس

الأمراض المعدية والتطعيمات

برنامج مكافحة الأمراض المعدية في المدارس⁽²⁾

تشمل الأهداف العامة لبرنامج مكافحة الأمراض المعدية الذي تشرف عليه إدارة الصحة

المدرسية ما يلي:

1. خفض معدلات إصابة التلاميذ بالأمراض المعدية.
 2. خفض معدلات حدوث المضاعفات بين المصابين بالأمراض المعدية.
 3. خفض معدلات الوفاة بسبب الأمراض المعدية.
- وهناك عدد من الإجراءات التي ينبغي توافرها في المدارس لكي نضمن عدم إصابة الأطفال بالأمراض الخطيرة التي قد تكون سبباً في إعاقتهم بشكل أو بآخر. ومن بين هذه الإجراءات:

1. الوقاية من الأمراض المعدية، وذلك من خلال الآتي:

- أ. تهيئة بيئة صحية سليمة، فعلى سبيل المثال يجب مراعاة الالتزام بمعايير كثافة أعداد التلاميذ بالفصل الدراسي والحافلات الخاصة بنقل التلاميذ والتلميذات، كما يجب مراقبة المقاصف المدرسية ومتابعة الاشتراطات الصحية فيها. كما يراعى تحقيق معايير البيئة المدرسية الخاصة بسلامة الهواء للوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء، والمعايير الخاصة بصحة المياه والصرف الصحي وسلامة الغذاء للوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الطعام والحشرات والآفات (راجع فصل البيئة المدرسية).
- ب. تطبيق برنامج للتنظيف الصحي للوقاية من انتشار العدوى بين الطلاب والعاملين بالمدرسة، وذلك بتقديم الأنشطة التوعوية من محاضرات ونشرات صحية فيما يتعلق بالوقاية. وعليه فيجب توعية التلاميذ إلى بعض الإرشادات الخاصة لمنع الإصابة بالأمراض كما سيأتي.
- ج. مكافحة الحشرات والقوارض.
- د. عدم البصق على الأرض.

- هـ. تشجيع استعمال المناديل الورقية (المحارم) عند العطس أو السعال.
- و. الامتناع عن عادة التقبيل خاصة من الأشخاص المصابين.
- ز. الابتعاد بشكل عام عن الأشخاص المصابين.
- ح. استخدام أغطية الفم والأنف عند الإصابة.
- ط. الحفاظ على التدفئة في الأيام الباردة.
- ي. مراعاة إجراءات النظافة العامة فيما يتعلق بالتلميذ وطعامه والأدوات المستخدمة الخاصة به.
- ك. الاهتمام بتناول الأغذية الغنية بالعناصر الوقائية من الأمراض كالفاكهة والخضراوات الطازجة التي تحتوي على فيتامين (A) و(C).
- ل. تجنب تناول الأطعمة المكشوفة للذباب، والأخرى غير المسجلة.
- م. عدم التعرض للدم عند جرح أحد التلاميذ.
- ن. غسل اليدين قبل وبعد استخدام المراض، وبعد اللعب، وقبل الطعام.
- س. التحصين ضد الأمراض المعدية ويشمل التطعيمات والتلقيحات المعززة والموسمية وعند دخول المدارس، أو المضادات الحيوية، أو الأمصال، حسب طبيعة المرض، مع مراعاة الآتي:
 - إعطاء التلاميذ التطعيمات اللازمة لوقايتهم من عدد معين من الأمراض المعدية حسب السياسة الصحية لكل دولة.
 - إعطاء التلاميذ الذين تعرضوا حديثاً لزملائهم المصابين بمرض ما المضادات الحيوية أو الأمصال المناسبة لحمايتهم قبل ظهور الأعراض المرضية عليهم، مع عزل المصابين في حجرة العزل بالمدرسة أو المنزل أو المستشفى.

2. مكافحة الأمراض المعدية، ولكي نستطيع مكافحة هذه الأمراض يجب اتباع الآتي:

- أ. وجود طبيب مقيم بالمدرسة أو يقوم بالإشراف على مجموعة من المدارس المتقاربة في حي واحد أو أكثر، وإذا تعذر هذا الأمر فيمكن أن يتم تعيين ممرض أو ممرضة بالمدرسة للإشراف على العملية الصحية إلى أن يتم استدعاء الطبيب من مقر عمله في الحالات الطارئة.
- ب. عمل بطاقة صحية لكل تلميذ يتم فيها تسجيل بياناته بواسطة ولي أمره حول التاريخ الصحي له؛ أي دراسة الحالة الصحية الماضية للتلميذ فيما يتعلق بأي أمراض سابقة أو تطعيم سابق.

ج. القيام بإجراء كشف طبي شامل عند التحاق التلاميذ بالمدرسة للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية.

د. فحص التلاميذ عند بدء كل عام دراسي، وعزل كل من تظهر عليه أعراض لأي أمراض معدية.

هـ. الاكتشاف المبكر والتشخيص السليم للأمراض من خلال الاهتمام بوضع برنامج عملي دقيق في المدرسة لمنع أي تلميذ من التواجد بالمدرسة عند إصابته بمرض معدٍ حتى يتم الشفاء منه تمامًا، مع التزامه بإحضار ما يؤكد سلامته وعدم خطورة عودته إلى المدرسة من الجهة الطبية المسؤولة.

و. الاهتمام بملاحظة الأطفال في الطوابير الصباحية أو في الفصول، وسرعة عزل أي تلميذ تظهر عليه بعض الأعراض كالطفح الجلدي الناتج عن الجدري المائي (الحُمَاق) أو الأنفلونزا أو السعال الذي يُشتبه أنه بسبب أحد الأمراض المعدية، وذلك لكي يتم عرضهم على طبيب المدرسة أو إحالتهم إلى الخدمات العلاجية المختصة ومتابعة الحالات والمخالطين.

ز. تخصيص غرفة للعزل بالمدرسة، وفي حالة الاشتباه في حالة أو أكثر يتم عزلها في الغرفة المخصصة لذلك، ثم التعامل معها كونها من الحالات المشتبهة أو المؤكدة، كما سيتقدم.

ح. فحص العاملين في المقاصف والمطاعم المدرسية، حتى يتم التأكد من خلوهم من الأمراض التي قد يسهل انتقالها إلى التلاميذ، مع إعادة الفحص كل أربعة أشهر.

ط. القيام بأنشطة ترصد الأمراض المعدية وتسجيل البيانات الخاصة بها ورفعها للسلطات العليا.

الاستراتيجيات (كيفية التطبيق)، وتتمثل كيفية التطبيق في النقاط الآتية:

- أ. التركيز على الخدمات الوقائية وعلى رأسها التوعية الصحية.
- ب. انطلاق الأنشطة والبرامج من المدرسة وليس من الوحدات الصحية.
- ج. إشراك الأسرة التربوية في صحة الطلاب مع التركيز على دور المعلم.
- د. إشراك أسرة الطالب في التوعية وتعديل السلوك الصحي.
- هـ. الاستفادة من مقدمي الخدمات الصحية الآخرين في المنطقة وإشراكهم في أنشطة الصحة المدرسية.
- و. إشراك القطاع الخاص في تصميم وتمويل برامج الصحة المدرسية.

- ز. تنظيم الدور العلاجي للمدرسة بالتنسيق مع وزارة الصحة ودعم هذا الدور في الظروف الخاصة.
- ح. الاستفادة من الخبرات والموارد المتاحة داخل وخارج نظام التعليم، ومن المنظمات الدولية في تنفيذ برامج الصحة المدرسية.
- ط. تحديث القوى العاملة وتزويدها بالكوادر والمهارات ذات الطابع الوقائي، ورفع كفاءتهم من خلال التعليم الطبي المستمر.

ترصد الأمراض المعدية بين طلاب المدارس⁽³⁾

يُعرف الترصد في مجالات الصحة العامة على أنه عملية منهجية مستمرة لجمع وتحليل وتفسير ونشر البيانات الصحية، ويستخدم العاملون في الصحة العامة بيانات الترصد لشرح ومراقبة الأحداث الصحية لوضع الأولويات للصحة العامة وللمساعدة في تخطيط وتقييم التدخلات والبرامج الصحية. وبسبب الأهمية الاستراتيجية للقطاع المدرسي، ولأنه يمثل شريحة عريضة من المجتمع أصبح يقع بين أولويات برنامج الترصد القومي.

ونتيجة للالتحام الشديد بين تلاميذ المدارس فإن الإدراك المبكر لحدوث هذه الأمراض مع اتخاذ اللازم ينقذ حياة العديد من التلاميذ ويحد من الإصابات. وتقوم إدارة الصحة المدرسية بتدريب الفريق الصحي بالمدرسة على أنشطة الترصد، ثم تقوم بمتابعتها أثناء تنفيذها. كما تحدد لأعضاء الفريق الصحي بالمدرسة عدداً من الأمراض ذات الأهمية والخطورة حسب السياسة الصحية لكل دولة. وتوجههم إلى التمييز بين تعريف الحالات المختلفة لكل مرض طبقاً لنظام الترصد.

مهام نظام الترصد

أ. مراقبة الأحداث الصحية، من خلال الآتي:

- تمييز نمط انتشار المرض (أنواع وأشكال المرض).
- متابعة اتجاه الأمراض للزيادة والنقصان (متابعة متوسطة أو بعيدة المدى).
- اكتشاف التغيرات المفاجئة في وقوع وانتشار الأمراض.
- تحديد التغيرات في عوامل المرض من حيث: العامل المسبب أو العائل (المضيف) أو البيئة.
- اكتشاف التغيرات في ممارسات الرعاية الصحية.

ب. تدعيم أعمال الصحة العامة، ويكون باتباع الآتي:

- بحث الأحداث الصحية بهدف التحكم فيها.
- تخطيط برامج مكافحة.
- تقييم إجراءات الوقاية والمكافحة.
- وضع الفرضيات وتحفيز بحوث الصحة العامة.

تعريف الحالة (المشتبهة، والمحتملة، والمؤكد) حسب نظام الترصد، وذلك كالآتي:⁽⁸⁾

- أ. الحالة المشتبهة: حالة مريض تنطبق عليه العلامات الإكلينيكية لمرض معين (بدون أدلة معملية).
- ب. الحالة المحتملة: حالة مريض يُصنف إكلينيكيًا، بالإضافة إلى البيانات المعملية أو الوبائية المبدئية.
- ج. الحالة المؤكدة: حالة مريض يُصنف بناءً على التحاليل المعملية المؤكدة (هي الحالة المشتبهة التي أُكِّدَت معملياً).
- د. الحالة المرتبطة وبائياً: حالة شخص مخالط لشخص مصاب أو معرض لمصدر العدوى.

الأمراض التي تُحدث فاشيات وبائية في المدارس⁽⁴⁾

يتعرض طلاب المدارس للعديد من الأمراض المعدية منها وغير المعدية، الوراثة منها والسلوكية، إلا أن حديثنا هنا سيقترص على الأمراض المعدية التي قد تنتشر بصورة وبائية. والانتشار الوبائي هو زيادة مفاجئة في أعداد الحالات المصابة بشكل يفوق المعتاد. ويؤدي ذلك إلى ارتباك في حركة الطلاب والعاملين، كما يوقع ضغطاً على القيادات المسؤولة. وتنقسم الأمراض التي تُحدث تفشيات وبائية في المدارس إلى قسمين:

1. **الأمراض التنفسية**: مثل التهاب السحايا الجرثومي والفيروسي، والدفتيريا (الخناق)، والحصبة، والحصبة الألمانية (الحمراء)، وجذري الماء (الحُمَاق)، والسعال الديكي (الشاهوق)، والنكاف، والأنفلونزا.
2. **أمراض أخرى**: مثل التيتانوس (الكُزَان)، القوباء (الحصف).

إن هدف إدارة الصحة المدرسية يكمن في السيطرة على الأمراض المذكورة آنفاً في حالة وقوع فاشيات وبائية، خاصة الأمراض التي يمكن استعمال اللقاح ضدها وذلك لخفض معدل الإصابات والوفيات ونستعرض فيما يلي بعضاً من تلك الأمراض، والفاعليات اللازم اتخاذها للسيطرة عليها.

النكاف (4)

هو مرض فيروسي يصيب الغدة النكافية ويظهر في صورة حمى مع تورم في الغدة النكافية.



(الشكل 4): تورم الغدة النكافية.

المسبب: فيروس النكاف.

الهدف: خفض نسبة وقوع وانتشار الإصابات ومنع حدوث المضاعفات.

التطبيقات، وتتضمن النقاط الآتية:

- أ. رفع مناعة الفئات المعرضة لخطر الإصابة بالمرض.
- ب. اتخاذ الإجراءات الوقائية للمصابين والمخالطين لهم.

الفعاليات، وتتضمن النقاط الآتية:

- أ. تلقيح الفئات الأكثر احتمالية للإصابة بالمرض باللقاح الثلاثي المختلط ضد الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR) حسب تعليمات البرنامج المخصص للتطعيمات.
- ب. الرصد الوبائي والاكتشاف المبكر للإصابات.
- ج. عقد ندوات للتوعية حول طبيعة المرض ومضاعفاته وطرق انتشاره وكيفية الوقاية.
- د. عزل الطالب المصاب في البيت أو في المستشفى في حالة حدوث مضاعفات ومنحه إجازة من (2-3 أسابيع) من تاريخ ظهور الأعراض، وإعادة فحصه قبل السماح له بالرجوع للدراسة للتأكد من شفاؤه التام.

السعال الديكي (الشاهوق)⁽⁴⁾

وهو مرض جرثومي يتميز بسعال حاد جاف لأكثر من أسبوعين، ويكون على شكل نوبات من السعال المستمر مع زراق بالوجه أثناء النوبة.

المسبب: جراثيم البورديتيلة الشاهوقية.

الهدف: خفض نسبة وقوع وانتشار العدوى ومنع حدوث المضاعفات.

التطبيقات، وتتمثل في النقاط الآتية:

أ. رفع مناعة الفئات المعرضة لاحتمالية الإصابة بالمرض.

ب. اتخاذ الإجراءات الوقائية للمصابين والملاصين.

ج. الرصد الوبائي للإصابات.

الفعاليات، وتتمثل في النقاط الآتية:

أ. في حالة الانتشار الوبائي لهذا المرض يتم تطعيم الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالمرض باللقاح الثلاثي المختلط ضد الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس (DPT) حسب تعليمات البرنامج المخصص للتطعيمات أو الجهة التي تتولى تنفيذ التطعيم.

ب. عزل الطالب ثلاثة أسابيع حتى يُشفى تماماً.

الحصبة الألمانية (الحميراء)⁽⁴⁾

هي مرض فيروسي يسبب حدوث حمى وطفح جلدي مع تورم الغدد اللمفاوية تحت الأذن وفي المنطقة الخلفية للرقبة.

المسبب: فيروس الحصبة الألمانية الذي يصنف ضمن جنس الفيروسات الطُخائية.

الحالة المشتبهة⁽³⁾: هي حالة تعاني الحمى مع وجود طفح جلدي وتضخم بالغدد اللمفاوية بمنطقة الرقبة وخلف الأذن ووجود آلام بالمفاصل.

الحالة المؤكدة: هي حالة مشتبهة تم عزل الفيروس بشكل مؤكد منها عن طريق المسحات الحلقية أو من دم المصاب أو بواسطة تفاعل سلسلة البوليمراز.

فترة الحضانة: من (8 - 23) يوماً من التعرض للعدوى.

الهدف: خفض ومنع انتشار مرض الحصبة الألمانية عند حديثي الولادة لأمهات المستقبل من طالبات اليوم.

التطبيقات، وتتمثل في: رفع مناعة الفئات المعرضة لخطر الإصابة بالمرض (الفتيات من الفئة العمرية 14 عاماً، والأطفال دون سن الخامسة).

الفعاليات، وتتضمن النقاط التالية:

- أ. تطعيم الأطفال دون السنتين باللقاح الثلاثي ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR).
- ب. تطعيم الطالبات بعمر 12 عاماً في الصف السادس الابتدائي والأول المتوسط بلقاح الحصبة الألمانية.
- ج. الرصد الوبائي للإصابات وتنشيط الترصد على مستوى الإدارات الصحية وإدارات الصحة المدرسية.
- د. تنفيذ حملات تطعيمية بالتنسيق مع شعبة التحصين (التمنيع) عند الضرورة وحسب تطورات الموقف الوبائي.
- هـ. منح الطالب إجازة لمدة سبعة أيام من بدء الطفح الجلدي أو عند التشخيص الإكلينيكي أو المختبري. أما الحالات المشتبهة والمخالطة لحالة مصابة فتُعزل لمدة ثلاثة أسابيع.

الحصبة⁽⁴⁾

هي مرض يسبب حدوث حمى مع طفح جلدي وسعال واحتقان بالعين.

المسبب: الفيروسات المخاطانية التي تصنف ضمن جنس الحصبيات.

الحالة المشتبهة: هي حالة تعاني الحمى مع طفح جلدي وسعال واحتقان العين وسيلان أنفي إلى جانب وجود أعراض تنفسية حادة والتهاب قصبي فيروسي أو التهاب رئوي.

الحالة المؤكدة: هي حالة مشتبهة مع وجود دليل معلمي مثل عزل الفيروس أو وجود أضداد بالدم أو التعرف على نوع الفيروس باستخدام تفاعل سلسلة البوليمراز.

فترة الحضانة: تتراوح ما بين (7 - 14) يوماً من التعرض للعدوى.⁽¹⁾

فترة العدوى: من أربعة أيام قبل ظهور الطفح وحتى أربعة أيام بعد ظهور الطفح.

الهدف:

أ. خفض نسبة الإصابة والحد من حدوث الوفيات بالمرض.

ب. منع حدوث المضاعفات.

التطبيقات، وتتمثل في: رفع مناعة الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالمرض بواسطة اللقاح.

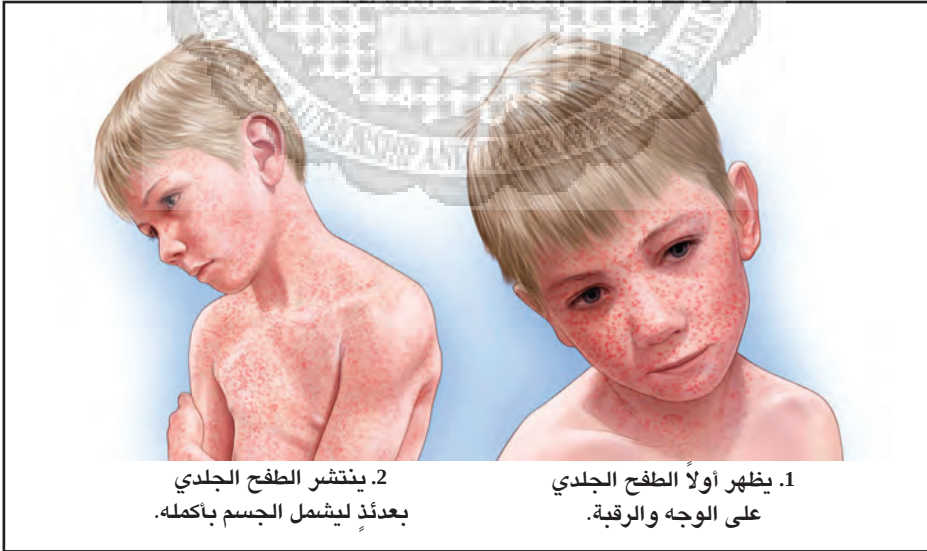
الفعاليات، وتتضمن النقاط الآتية:

أ. تطعيم الأطفال بلقاح الحصبة حسب تعليمات البرنامج الموسع للتطعيمات.

ب. تنفيذ حملات تطعيمية بالتنسيق مع إدارة التطعيمات عند الضرورة وحسب تطورات الموقف الوبائي.

ج. الرصد الوبائي والاكتشاف المبكر للإصابات.

د. عزل المريض في البيت أو المستشفى لتجنب حدوث اختلاط أو منح الطالب إجازة لمدة سبعة أيام من تاريخ ظهور المرض (أي الطفح الجلدي). أما المخالط المشتبه في إصابته فيعزل ثلاثة أسابيع.



(الشكل 5): الطفح الجلدي المصاحب للحصبة.

الجدري المائي (الحُمَاق)⁽⁴⁾

هو مرض فيروسي يسبب ارتفاعاً حاداً لدرجة حرارة الجسم (الحمى) مع ظهور طفح جلدي بعد ثلاثة أيام من ارتفاع الحرارة مصحوباً بحكة جلدية خاصة لدى الأطفال.



(الشكل 6): الطفح الجلدي المصاحب للجدري المائي.

المُسبب: الفيروس النطاقي الحماقي⁽⁵⁾.

فترة الحضانة: تكون 15 يوماً أحياناً وتكون أقل من ذلك في حالة ضعف المناعة أو الأوبئة.

فترة العدوى: تبدأ من يومين قبل الطفح وحتى انتهاء الطفح (3 - 10 أيام)⁽⁵⁾

مصدر العدوى: الإنسان فقط.⁽⁵⁾

الهدف: خفض الإصابات وتقليل انتشارها.

التطبيقات، وتتمثل في النقاط الآتية:

- أ. التوعية الصحية عن طبيعة المرض وطرق انتشاره.
- ب. اتخاذ الإجراءات الوقائية للمخالطين.
- ج. الاكتشاف المبكر للإصابات وعزلها لتقليل انتشار المرض.
- د. منح إجازة إجبارية للطالب مدتها ثلاثة أسابيع حتى يُشفى تماماً، ويُعاد فحصه قبل السماح له بالعودة إلى الدراسة.

الدفتيريا (الخناق)⁽⁴⁾



هو مرض جرثومي وخيم مصحوب بارتفاع في درجة الحرارة مع وجود غشاء أصفر اللون سميك يغطي البلعوم واللوزتين، بالإضافة إلى وجود ضخامة بالغدد اللمفاوية.

المسبب: جراثيم الخناق الوتدية.

الحالة المشتبهة: هي حالة تعاني التهاباً بلعومياً أو التهاباً بالحنجرة أو الأنف مع وجود غشاء كاذب في الحلق أو على اللوزتين أو بالأنف.

(الشكل 7): الخناق.

الحالة المؤكدة: هي حالة مشتبهة مع وجود دليل معلمي، حيث تم أخذ مسحة حلقيّة وتم عزل المسبب الجرثومي أو استخدام تفاعل سلسلة البوليمراز.

فترة الحضانة: من (1 - 5) أيام.

الهدف: منع حدوث مخاطر مع المرضى وخفض نسبة حدوث إصابة أو وفيات بالمرض.

التطبيقات، وتتمثل في النقاط الآتية:

أ. زيادة المناعة للفئة الأكثر عرضة للإصابة بالمرض تحت عمر 15 عاماً.

ب. الاكتشاف والتشخيص المبكر للإصابات.

ج. اتخاذ الإجراءات الوقائية.

د. منح إجازة إجبارية للطالب المصاب بالمرض ولا يعود للمدرسة حتى يُشفى تماماً.

الفعاليات، وتتضمن النقاط الآتية:

أ. الإبلاغ الفوري اليومي لأية حالة مشتبه بها أو مؤكدة للجهات المنوط بها الإبلاغ لاتخاذ الإجراءات الوقائية.

ب. عزل المريض المشخص إكلينيكيًا ومعملياً في مستشفى الحميات ومعالجته. كما يجب عدم إخراج المرضى المصابين من المستشفى إلا بعد إكمال العلاج وأخذ مسحتين من الأنف والبلعوم لفترة لا تقل عن 24 ساعة بين المسحتين وذلك ليتم التأكد من ثبوت سلبية النتائج. ويقوم بتحليل المسحات مختبر الصحة العامة للفحوص التكميلية والتأكيديّة (المعمل المرجعي).

ج. عند عدم توفر المستنبتات (المزارع الجرثومية) يجب عزل المريض لمدة لا تقل عن أسبوعين مع أخذ المضادات الحيوية.

د. يجب التطهير المستمر للأدوات والتطهير الدقيق للوازم المريض.

هـ. يُعامل مخالط المريض كآلآتي:

- مخالط مُطعم: تُعطى جرعة منشطة من اللقاح الثلاثي أو الثنائي للصغار والكبار وحسب التعليمات.

- مخالط غير مُطعم: تُؤخذ مسحات من البلعوم الأنفي للزرع ويتم تطعيمهم حسب التعليمات الواردة في البرنامج الموسع للتطعيمات.

- مراقبة المخالطين لمدة سبعة أيام من إعطائهم العلاج الوقائي وهو جرعة واحدة من بنسلين البنزاثين مقدارها 600,000 وحدة دولية للذين أعمارهم أقل من ستة أعوام و1.2 مليون وحدة دولية للذين أعمارهم أكبر من ستة أعوام أو الإريثروميسين 40 ملي جرام /كيلو جرام يومياً للأطفال وجرام واحد للكبار لمدة (10) أيام.

و. في حالة تفشي المرض يجب تلقيح أكبر عدد ممكن من الفئات المعرضة للإصابة وخصوصاً "الأطفال الرضع والصغار" على شكل جرعتين بينهما شهر.

ز. الاستقصاء الوبائي الدقيق والتشخيص المبكر ومعرفة مصدر العدوى وتعريف الأشخاص الأكثر تعرضاً للإصابة.

نزلات البرد(الزكام) (6)

هو مرض فيروسي يصيب الجهاز التنفسي العلوي يتميز بسيلان الأنف أو انسداده، والعطاس، والسعال، وتدميع العين، والتهابات خفيفة بالحلق، وحمى مترافقة برعدة، وحالة من التعب البدني تستمر لمدة من (2-7) أيام. لكن الحمى غير شائعة لدى تلاميذ المدارس.

المسبب: يوجد أنواع عديدة من الفيروسات المختلفة تسبب نزلات البرد.

فترة الحضانة: حوالي من (1-5) أيام (عادة 48 ساعة)

طرق العدوى: تنتشر عدوى نزلات البرد من خلال التعرض للقطيرات أو الرذاذ الناتج من السعال والعطاس من الشخص المصاب، أو لمس مع الأيدي والأنسجة، وغيرها من الأشياء الملوثة بإفرازات الأنف أو الحلق من المرضى.

الفعاليات، وتشمل الآتي:

أ. في الحالات الفردية فإنه يجب استشارة ممرضة المدرسة. وإذا كانت حالة الطفل تتطور لأعراض أكثر وخامة، فإنه ينبغي إحالته إلى الطبيب للتحقق من المضاعفات الثانوية (مثل التهاب الشعب الهوائية، والتهابات الجيوب الأنفية، والتهابات الأذن الوسطى، والتهاب الحنجرة).

ب. استبعاد الخطورة في أغلب الحالات، إلا إذا كان الطفل يظهر عليه أعراض وخيمة مثل، الحمى المصحوبة بتغير السلوك، أو صعوبة التنفس، ومن أجل الوقاية، يجب عمل الآتي:

- تشجيع غسل اليدين بصورة متكررة واتباع إرشادات النظافة.
- تعليم الأطفال تغطية الفم عند السعال أو العطاس.
- التخلص بشكل صحيح من الأغراض الشخصية المستخدمة من قبل المرضى مثل المحارم.

ج. توعية أولياء الأمور بالآتي:

- لا يوجد علاج محدد لنزلات البرد (حيث إنه مرض فيروسي).
- وجوب استشارة طبيب الطفل قبل إعطاء الأدوية لتخفيف الأعراض مثل، مضادات السعال ومزيلات الاحتقان.
- وجوب تجنب الأسبرين لأنه يزيد من خطر متلازمة راي، وهو اضطراب خطير يمكن أن يؤدي إلى الغيبوبة أو الوفاة.
- وجوب تجنب استخدام المضادات الحيوية للعدوى الفيروسية مثل نزلات البرد.

د. يُعزل المريض بالمنزل حتى تنخفض الحرارة، ويُعطى علاجاً للأعراض فقط في الحالات العادية التي لا تصحبها مضاعفات تنفسية مثل التهاب القصبات (التهاب الشعب الهوائية) والالتهاب الرئوي.



التهاب الكبد الوبائي (A) (6)

إن التهاب الكبد (A) هو عدوى فيروسية تسبب التهاب الكبد، وتتراوح شدة المرض من أعراض خفيفة،⁽¹⁾ تستمر من أسبوع إلى أسبوعين إلى أعراض وخيمة ممكن أن تستمر لعدة أشهر، وتشمل الأعراض، اليرقان، وألم

(الشكل 8): اليرقان المصاحب لالتهاب الكبد A.

البطن، والإسهال، وشحوب لون البراز، والبول الداكن الشبيه بالشاي، والحمى غير المبررة ويعد الأطفال الأكبر سناً وبالبالغين هم أكثر ظهوراً للأعراض، في حين أن الأطفال الصغار

قد يكون لديهم أعراض خفيفة تشبه نزلات البرد أو قد لا تظهر لديهم أي أعراض على الإطلاق، ويجب فحص الدم للكشف عن الأضداد الخاصة بالتهاب الكبد (A) (الجلوبولين المناعي M) لدى الحالات الوخيمة من أجل تشخيص هذا المرض، أو حديثاً باستخدام تفاعل سلسلة البوليمراز.

المسبب: فيروس التهاب الكبد (A).

الحالة المشتبه: هي كل حالة تعاني اصفراراً بالعين والجلد مع وجود تعب عام وقيء وتغير في لون البول إلى اللون البني الداكن الذي يشبه الشاي.

الحالة المحتملة: هي حالة مشتبهة مع وجود ارتفاع في نسبة البيليروبين بالدم وإنزيمات الكبد وأيضاً الأضداد.

الحالة المؤكدة: هي حالة تجمع بين الحالة المشتبهة والمحتملة مع وجود دليل معلمي مثل، عزل الفيروس أو التعرف على نوعه من خلال استخدام تفاعل سلسلة البوليمراز.

فترة الحضانة: وتكون من (14 - 28) يوماً من بدء التعرض للعدوى⁽¹⁾.

فترة العدوى: خلال النصف الأخير من فترة الحضانة وقد تستمر أياماً بعد ظهور اليرقان (اصفرار العين والجلد)، وغالبية الحالات تكون غير معدية بعد الأسبوع الأول من اليرقان (أي من ظهور الصفراء)⁽¹⁾.

طرق العدوى: ينتشر المرض من خلال البراز (إما عن طريق تناول المواد الغذائية الملوثة أو شرب المياه الملوثة بالفيروس أو من خلال مخالطة المريض) ويمكن أن تنتشر العدوى من قبل أشخاص مصابين ليس لديهم أعراض (حاملين المرض).

الفاعليات، وتتم من خلال:

أ. الإبلاغ عن العدوى إلى الإدارة الصحية المحلية أو الحكومية في غضون 24 ساعة من التشخيص المشتبه به أو المؤكد.

ب. إخطار إدارة الأمراض المعدية، ثم مديرية الصحة، ثم المستوى المركزي خاصة إذا كانت الحالة ممن يُعدّون الأطعمة في المدرسة، أو في معسكر للتلاميذ.

ج. التواصل فوراً مع إدارة الأمراض المعدية لتنفيذ إجراءات الرقابة.

د. استبعاد جميع الأطفال المصابين، أو الموظفين حتى أسبوع واحد بعد ظهور اليرقان.

- هـ. استبعاد الأفراد المصابين الذين يقومون بإعداد الطعام حتى يتم شفاؤهم، وتطهير الأماكن خاصة المطابخ والمقاصف المدرسية.
- و. إعطاء اللقاح أو الجلوبيولين المناعي لمن خالط مريضاً مخالطة وثيقة أو تناول الطعام الذي أعده الشخص المصاب، وذلك بعد أسبوعين من التعرض للعدوى، وذلك للوقاية من المرض أو التقليل من شدة العدوى.
- ز. اجتماع الجهات المختصة بتقييم الوضع إذا كانت الحالة العامة تستدعي إعطاء التطعيم للأشخاص المعرضين للإصابة (المقربون من المصاب والمخالطون له سواءً في المنزل أو في العمل أو المدرسة) مع ملاحظة الآتي:
- بالنسبة للمدارس: في معظم الحالات لا يتعرض المعلمون وزملاؤهم لاختطار الإصابة بالعدوى.
- بالنسبة لأماكن رعاية الأطفال: يتم الاتصال مع الجهات المختصة بسرعة لتحديد الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالعدوى وأخذ قرار التطعيم.
- ح. عزل الطفل بالمستشفى أو المنزل لمدة ثلاثة أسابيع ولا يعود للمدرسة حتى تنتظم وظائف الكبد مع مراقبة المخالطين لمدة ثلاثة أسابيع.
- ط. في حالة ظهور الأعراض يتم الاكتفاء فقط بإعطاء أدوية مدعمة للكبد مع علاج للأعراض.

اللقوباء (الحصف) (6)



(الشكل 9): عدوى القوباء.

إن القوباء هي عدوى الجلد الجرثومية التي تشمل حكة جلدية تتطور إلى بثور صغيرة ثم تنفجر وتترك احمراراً وطبقة تميل إلى الصفرة تفرز السوائل من تحتها ومن أكثر الأماكن حدوثاً للعدوى الرأس والوجه والإبط والساقين. ويمكن أن يحدث في أي سن، ولكن الأكثر شيوعاً هو حدوثه لدى

الأطفال لعدم الاحتراز من مخالطة المصابين

ونقص الوعي لديهم. يمكن للقوباء أن تؤثر على الجلد في أي مكان بالجسم، إلا أنه غالباً ما تحدث الإصابة بالوجه والرأس وهو من الأمراض التي يصعب تشخيصها وقد يتم تشخيصه بالخطأ أحياناً على أنه جرب.

المسبب: الجراثيم العقدية والعنقودية.

فترة الحضانة: تكون من (7 - 10) أيام.

طرق العدوى: يمكن أن تنتشر العدوى عن طريق الاتصال المباشر مع جلد المصاب، ويمكن أن تنتشر من خلال الاتصال المباشر مع أغراض المريض الشخصية (مثل الملابس، والفرش، والمناشف، إلخ) وهو الأكثر شيوعاً. ولا يصبح المرضى معديين بعد 24 ساعة من العلاج بالمضادات الحيوية.

الفعاليات، وتتم من خلال:

- أ. الإبلاغ عن العدوى لمدير المنشأة أو ممرضة المدرسة.
- ب. يتم الإبلاغ عن حالات التفشي المشتبه بها من جميع الأنواع (بما في ذلك القوباء) إلى إدارة الأمراض المعدية في المناطق التابعة لها المدرسة.
- ج. استبعاد الطلاب المصابين حتى 24 ساعة بعد بدء المضادات الحيوية.
- د. معالجة الجروح والخدوش مع تجنب لمس القروح وأيضاً الحرص على تغطية القروح بضمادات معقمة.
- هـ. تشجيع غسل اليدين بشكل متكرر، وغسل اليدين بعد لمس أي شيء يمكن أن يكون ملوثاً بالسوائل الناتجة من القروح.
- و. التوعية بعدم مشاركة المصاب المناشف أو الملابس أو الأغراض الشخصية الأخرى.
- ز. التأكيد على أهمية النظافة والاهتمام الفوري بالجروح البسيطة، وغسل الملابس والمناشف الملوثة.
- ح. الاتصال بالإدارة الصحية لتنفيذ تدابير الوقاية.
- ط. وصف المضادات الحيوية عن طريق الفم أو الموضعية لعلاج القوباء.
- ي. عزل الطفل بالمنزل لمدة 24 ساعة بدءاً من إعطاء المضاد الحيوي.

الأنفلونزا⁽⁶⁾

إن الأنفلونزا هي مرض فيروسي شديد العدوى سريع الانتشار على نطاق المجتمع المحلي خلال فصل الشتاء، عادة من شهر يناير إلى شهر مارس، وبشكل عام، فإن الأطفال الأصحاء يتحملون المرض ببعض المعاناة لبضع أيام فقط، أما الأشخاص الأكثر عرضة للمضاعفات الناجمة عن الأنفلونزا هم من الأطفال الضعفاء، والمسنين، وأولئك الذين يعانون بعض الحالات الطبية المزمنة الكامنة (على سبيل المثال لا الحصر: الربو، والتليف الرئوي، وداء السكري، وأمراض نقص المناعة)، وتبدأ مراحل المرض الأولى بحمى مفاجئة (38 درجة سلمية أو أكثر) مع أعراض تنفسية تشبه الأعراض التي تسببها نزلات البرد بما في ذلك حالة التعب والصداع، ثم يظهر الرشح والتهاب الحلق وألم العضلات والعظام والسعال، وقد تظهر على المريض أيضاً أعراض معوية وألم في البطن وقيء واحمرار بالعين في بعض الأحيان.

المسبب: النوعان من فيروسات الأنفلونزا (A و B). والأكثر انتشاراً وتسبباً للأوبئة هو النوع (A).⁽⁵⁾

الحالة المشتبهة: هي لشخص مصاب بمرض شبيه بأحد الأعراض الإكلينيكية للأنفلونزا، لكن بسبب مرض تنفسي وخيم لم يتم تحديده، لكن هذا الشخص وبائياً له علاقة مؤكدة بفيروس الأنفلونزا (A) من النوع (H₁N₁) .

الحالة المؤكدة: تُعرف بأنها لشخص تأكدت إصابته معملياً بفيروس الأنفلونزا باستخدام تفاعل سلسلة البوليمراز أو مقايضة الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم (إلiza).

فترة الحضانة: من (1 - 4) أيام من بدء التعرض للعدوى من الأشخاص المصابين.

فترة العدوى: يستطيع الأشخاص المصابون نقل العدوى من 24 ساعة قبل ظهور الأعراض إلى (5-7 أيام) بعد ظهور الأعراض، وقد يكون الأطفال معديين لفترة أطول من سبعة أيام.

طرق العدوى: ينتشر فيروس الأنفلونزا من شخص لآخر في المقام الأول عن طريق قطرات الجهاز التنفسي (الرذاذ) بواسطة السعال أو العطاس، أو من خلال ملامسة الأسطح، أو الأيدي، أو المحارم الملوثة، أو غيرها من المواد المحتوية على إفرازات الأنف والحنجرة.

الفعاليات، وتتمثل في الآتي:

أ. الإبلاغ عن حالات الأنفلونزا (للإدارات الصحية والمديريات التابعة لها المؤسسة التعليمية ثم إلى المستوى المركزي وفي حالات الأوبئة يتم إبلاغ منظمة الصحة العالمية) بمجرد الحدوث والتأكد من التشخيص. وإذا سبب تفشي الأنفلونزا زيادات كبيرة في التغيب للطلاب والعاملين بالمؤسسة التعليمية، يجب على إدارات المؤسسات التعليمية الإبلاغ عن الزيادات الملحوظة في التغيب في المدارس بسبب مرض شبيه بالأنفلونزا إلى الإدارات الصحية التابعة لها المؤسسة التعليمية وتحديد عدد المدارس ونسب الغياب، والتشاور مع الجهات التي بيدها أخذ قرار غلق المؤسسة التعليمية إذا استدعى الأمر ذلك (وزارة الصحة، ووزارة التعليم، والقيادات المحلية).

ب. التوعية بالإجراءات الوقائية مثل:

- تجنب السعال والعطاس في الهواء لأن القطرات التي تخرج من فم وأنف المصاب من الممكن أن تحمل بالهواء، وبالتالي تزيد من فرص العدوى للآخرين.
- التخلص من أغراض المريض الشخصية بطريقة سليمة وآمنة.
- تجنب لمس العينين أو الأنف أو الفم.
- الاهتمام بغسل الأيدي بالصابون والماء، خاصة بعد السعال أو العطاس، يمكن استخدام فرك اليد بالكحول إذا لم يكن الصابون والماء متوافرين.

- تجنب التقبيل ومراعاة أن يكون هناك مسافة بين المصابين (أقلها متر) أو استخدام أقنعة الوجه في التعامل.
- ج. توفير لقاح الأنفلونزا كل عام ومن المعلوم أن يتم تنقيح التوصيات الخاصة بمن يجب أن يحصل على اللقاح سنوياً. ويوصى بأن يبدأ التطعيم من سن ستة أشهر من العمر، وكذلك يوصى بتطعيم كبار السن، وخاصة الأشخاص المعرضين لاحتمالية الإصابة الكبرى بسبب المضاعفات المرتبطة بالأنفلونزا كما أشير أعلاه... وينبغي أن يتلقى التطعيم أيضاً الأشخاص الذين يعيشون أو يهتمون بالأشخاص المعرضين لخطر الإصابة. كما أنه لا توجد هناك توصيات بإغلاق المدرسة للسيطرة على انتشار المرض ومع ذلك، قد تقرر بعض المدارس الإغلاق على أساس التقديرات المحلية، مثل ارتفاع نسبة غياب الطلاب وتغيب الموظفين.
- د. التشاور مع صانعي القرار لدى جهات الصحة والقيادات الأخرى حول إمكانية تنفيذ قرار إغلاق المدارس، (تعد هذه من القرارات السيادية التي يختص بها كل بلد وفقاً لظروفه ونظم الصحة فيه).
- هـ. اتخاذ التدابير العلاجية اللازمة كما يلي:
- في بعض الظروف، قد يصف مقدم الرعاية الصحية أدوية مضادة للفيروسات، هذه الأدوية قد تقلل من الأعراض ومدة المرض والمضاعفات.
- استخدام الأدوية التي تحتوي على الأسيتامينوفين (الباراسيتامول) لخفض درجة الحرارة.
- تجنب الأسبرين لأنه يزيد من خطر متلازمة راي، وهو مرض نادر ولكنه خطير، حيث يمكن أن يؤدي إلى غيبوبة، كما يجب عدم استخدام المضادات الحيوية للعدوى الفيروسية مثل الأنفلونزا، إلا إذا أقرها الطبيب المعالج.
- إعطاء دواء (التاميفلو) حيث يحد من شدة المرض ومدته والمضاعفات⁽⁵⁾ ويتم إعطاؤه بواسطة مستشفيات الحميات والصدر وقد أوصت به منظمة الصحة العالمية.
- و. عزل المصاب حتى تزول الأعراض وتنخفض الحرارة ولا يعود للمدرسة حتى تستقر حالته ولا يلزم غلق المدرسة إلا إذا انتشر المرض فيها على هيئة وباء، ويكون ذلك القرار سيادياً، أي بواسطة السلطات العليا المختصة.



(الشكل 10): التهاب الملتحمة الفيروسي.

التهاب الملتحمة الفيروسي⁽⁵⁾

هو مرض فيروسي يصيب ملتحمة العين حيث يتحول لونها من الوردى إلى اللون الأحمر الداكن، وتشمل الأعراض الحكة واحمرار العين، الإحساس بوجود جسم غريب بالعين، والدموع الغزيرة، واضطراب الرؤية عند التعرض للضوء،

ويشفى المصاب ذاتياً (أي بدون تدخل علاجي سواءً بالمضادات الحيوية أو الفيروسية) في خلال أيام من التعرض للإصابة.

المسبب: هناك العديد من الفيروسات التي تسبب التهاب الملتحمة أهمها الفيروسات الغدانية. **فترة الحضانة:** وتكون من (5-12) يوماً.

فترة العدوى: تكون في خلال عشرة أيام من تاريخ التعرض للإصابة.

طرق العدوى: تتم العدوى عن طريق الاختلاط والتلامس المباشر بين التلاميذ وأفراد الأسرة عن طريق استخدام المحارم والمناشف والوسائد الملوثة بإفرازات العين من المصابين وتزيد الإصابة في داخل العائلات وفي المجتمعات المزدحمة التي بها مستوى نظافة منخفض ولا يوجد عمر محدد تكثر الإصابة به، ومعظم حالات التهاب الملتحمة الفيروسي تشفى تلقائياً بدون استخدام العلاج، ولكن من المهم جداً أن تتم متابعة المريض بصورة دورية خلال الإصابة بها منعاً لحدوث مضاعفات أو أي تأثيرات سلبية على قرنية العين.

الفعاليات، وتتم من خلال الآتي:

أ. متابعة الأطفال بالمدارس في حالة ظهور أية حالات للمرض في أية مدرسة، وذلك عن طريق الزائرة/الممرضة الصحية أو الطبيب في عيادة المدرسة، وفي ظل هذه الأحوال يُستدعى طبيب عيون لمناظرة الحالات مع عدم السماح للطلبة المصابة بالحضور في المدرسة حتى يتم شفاؤهم.

ب. التوعية بالتدابير الوقائية مثل:

- غسل اليدين باستمرار.
- تطهير الأسطح العامة التي يستخدمها العديد من الناس، مثل (مقابض الأبواب وصنابير المياه).

- تجنب لمس الوجه بأيدي غير مطهرة.
- عدم استخدام فوط ومحارم مشتركة.
- تغيير المحارم يومياً.
- تغيير أغطية الوسائد كل ليلة.
- عدم التقبيل والمصافحة باليد لأن ذلك يزيد من فرص العدوى.
- ارتداء الثياب مرة واحدة ثم غسلها.
- توعية الطالبات المراهقات بضرورة التخلص من مستحضرات تجميل العين بعد عدة أشهر من استعمالها.
- عدم استعمال مستحضرات تجميل العين أو المحارم أو غيرها من الأغراض الشخصية الخاصة بالغير.
- ج. استمرار التردد ومتابعة المرض وعلاج الحالات.
- د. عمل نشرات للتوعية والتثقيف الصحي وإرسالها للمدارس.
- هـ. تنشيط التنسيق والتعاون لتنفيذ الإجراءات الوقائية بين مديرتي الصحة والتعليم للإبلاغ عن الحالات.

التيتانوس (الكزاز)⁽⁷⁾

إن التيتانوس هو مرضٌ جرثومي وخيم يظهر في صورة تشنج مؤلم في عضلات الجسم، مثل: (العضلات الماضغة والعنقية، وعضلات الجذع)، مع صعوبة التنفس وصعوبة البلع بالإضافة إلى وجود تعبيرات على الوجه تسمى "التكشيرة السردونية" وتنتج عن تشنج عضلات الوجه. ويتراوح معدل الوفاة بين المصابين من (10-90 %) وتكون النسبة أعلى في الرضع، وينتج المرض من تعرض جرح أو خدش في الجسم للمكروب.

المسبب: نوع من الجراثيم عصوية الشكل تسمى (المطثية الكزازية).

مستودع المرض: توجد هذه الجراثيم في أمعاء الخيول والحيوانات الأخرى والإنسان. وتمر هذه العصيات في البراز، وبالتالي تنتشر في البيئات الزراعية. وتنشط هذه العصيات في حالة انعدام الأكسجين، ثم تقوم بإفراز مواد سامة تصيب الجهاز العصبي للمريض وتؤدي إلى حدوث التيبس والتشنج بالعضلات.

طرق العدوى: تحدث العدوى عن طريق تلوث الجروح أو الحروق أو الآلات الجراحية أو المحاقن بواسطة عصيات المطثية الكزازية اللاهوائية التي تبدأ في إصابة الشخص أثناء إجراء الجراحة أو الختان أو تعاطي المخدرات في الشوارع أو البيئات غير النظيفة وتبدأ الأعراض بعد (3-21) يوماً من التعرض للعدوى، وأحياناً بعد يوم واحد أو شهر أو سنوات وذلك تبعاً لنوع ومدى الإصابة ومكان الجرح، لكن متوسط المدة هو 10 أيام. ولا تنتقل العدوى من شخص إلى آخر مباشرة.

الهدف: خفض نسبة الإصابات وخفض نسبة الوفيات.

التطبيقات، وتتم من خلال النقاط التالية:

- أ. تطعيم الأطفال تحت عمر سبع سنوات بشكل عام بواسطة اللقاح المضاد للدفتيريا والتيتانوس (DT)، أما في البلدان الصناعية فيوصى بالتطعيم لفترة عمرية أكبر وأيضاً يوصى بإعطاء اللقاح للأشخاص الذين لم يتم تطعيمهم لأي ظرف قبل دخول المدرسة، ويوصى بتكرار الجرعة المعززة لكل عشر سنوات، وذلك للحفاظ على التأثير المناعي للقاح. ولكل شخص مر على تطعيمه السابق عشر سنوات وأصيب بجروح أو إصابات أخرى، يجب تعزيز مناعته بجرعة أخرى. وإذا لم توجد، يُعطى المصل الحيواني وذلك فور الإصابة أو في خلال 24 ساعة من الإصابة وذلك بمقدار (1500 - 5000) وحدة دولية، ويلزم ذلك إجراء اختبارات لتجنب تفاعلات الحساسية الدوائية.
- ب. رفع المناعة عند الفئات المعرضة للإصابة، وذلك بالتطعيم للفئات التي تتكرر فيها الإصابة مع التعرض للتلوث (مثل الجنود، وعمال المسالخ، والأطباء البيطريين، والفلاحين، والجزارين، وعمال النظافة، والطباخين، والطلبة).
- ج. توفير لقاح ومصل التيتانوس في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الفعاليات، وتتم من خلال:

- أ. الإبلاغ الفوري عن الإصابات.
- ب. التوعية بضرورة تنظيف الجرح بالمطهرات أو الماء والصابون، وتغطية الجروح بضمادات نظيفة وأيضاً تعقيم الأدوات الجراحية تعقيماً جيداً.
- ج. استعمال سم التيتانوس المضعف (الذوفان الكزازي) أو المصل اعتماداً على الموقف التطعيمي للمصاب وطبيعة وحجم الجرح. حيث يعطى لقاح التيتانوس إذا لم يكن الشخص قد سبق تطعيمه أو تم تطعيمه منذ فترة غير معروفة أو طويلة، ويُعطى المصل في حالة التحقق من الإصابة بالعدوى، ويعطى المترونيديزول للمصابين لمدة (7-14) يوماً وكذلك مُرخيات العضلات والمهدئات ولايلزم تمنيع المخالطين.

د. عزل المصاب بالمستشفى حتى تزول الأعراض ولا يعود للمدرسة حتى تستقر حالته تماماً، وتختلف المدة من شخص إلى آخر، وتصل مدة العلاج حتى أسبوعين في المتوسط.

التهاب السحايا (الحمى الشوكية)⁽⁴⁾



هو مرض يصيب الأغشية المحيطة بالدم ومن الممكن أن يمتد إلى أنسجته إن لم يتم التشخيص السريع والعلاج. وهو إما جرثومي أو فيروسي، كما يوجد مسببات أخرى.⁽⁵⁾

المسبب:

- أ. جراثيم المكورات العنقودية الذهبية.
- ب. جراثيم المكورات الرئوية، وهذه في الأطفال الأقل من خمس سنوات، كما يمكنها إصابة البالغين، ولكن بمعدلات أقل.
- ج. جراثيم النيسرية السحائية وهو النوع الذي يقلق صانعي القرار، حيث إنه يسبب الأوبئة خاصة في التجمعات البشرية وله أنماط مصلية كثيرة.
- د. جراثيم أخرى مثل الإشريكية القولونية والسلمونية والكلبسيلا، حيث إنها لا تسبب أوبئة.

الحالة المشتبهة:⁽⁸⁾ هي حالة تظهر لديها حمى مفاجئة تصل إلى 38 درجة سلمية أو أكثر مع تيبس الرقبة وظهور طفح جلدي له أشكال مختلفة على الجلد مع صداع وخيم وقيء وتورم اليافوخ (النقطة اللينة في أعلى جمجمة الأطفال أقل من عام).

الحالة المحتملة: هي كالحالة المشتبهة مع وجود تعكر بالسائل النخاعي (من خلال وجود خلايا قيحية مع تغير كيميائي في نسبة الجلوكوز، والبروتين، والكلور) مع إيجابية أو سلبية صبغة الجرام حسب نوع المكروب، وتعد كل حالة اشتباه حالة محتملة في حالة التفشي الوبائي.

الحالة المؤكدة: حالة مشتبهة أو محتملة مع إيجابية مزرعة السائل الشوكي للمكروبات المذكورة أعلاه، ويعد اختبار تفاعل سلسلة البوليمراز أسرع وأدق خاصة عند ظهور حالات في التجمعات البشرية (المدارس، والمعسكرات، النوادي، والملاجئ، ودور الرعاية).

الحالة المرتبطة وبائياً: وهي الحالة المخالطة للمصابين أو حدثت خلال التفشي الوبائي (أي لم يُجر لها تحاليل معملية).

فترة الحضانة: وتكون عموماً من (2-10) أيام أي بمتوسط (3-5) أيام. وفي حالة النيسرية السحائية تكون من (3-5) أيام وفي حالة الأوبئة تكون أقل لتصل إلى يوم. ويحدث ذلك لكثرة الحالات وانتشار المكروب في البيئة وكثرة عدد حاملي المكروب.

الهدف: خفض معدل وقوع وانتشار الإصابة عن السنوات الماضية وخفض معدل الوفيات والمضاعفات.

التطبيقات، وتتضمن التطبيقات النقاط الآتية:

- أ. الاكتشاف المبكر للإصابة، وذلك بالترصد الدقيق اعتماداً على تعريف الحالة المذكور أعلاه.
- ب. اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة.

الفعاليات، وتتضمن ما يلي:

- أ. الإبلاغ الفوري هاتفياً إلى الجهات المختصة، وفي حالة تضاعف عدد الحالات أسبوعياً (لمدة ثلاثة أسابيع متتالية) فيُعد هذا مؤشراً على تفشي المرض ليشكل وباءً. وفي هذه الحالة يجب أن تُتخذ الإجراءات الوقائية اللازمة وبأسرع وقت ممكن لاحتواء الموقف والسيطرة عليه.
- ب. إبلاغ منظمة الصحة العالمية عن كل أوبئة التهاب السحايا على أن تتضمن تقارير الإبلاغ عدد الحالات والأنماط المصلية السائدة.
- ج. اتخاذ التدابير اللازمة لرعاية الطلاب المخالطين، وذلك من خلال:
 - وضع المخالطين تحت المراقبة لمدة عشرة أيام.
 - التوعية الصحية للمخالطين عن طبيعة المرض ومسبباته وطرق انتشاره وكيفية الوقاية منه، كالاتبعاد عن المناطق المزدحمة وجودة التهوية.
 - تقديم العلاج الوقائي للمخالطين الملائقين للمريض (أفراد الأسرة، وزملاء الفصل) ويكون العلاج الوقائي (الريفامبيسين) على شكل كبسولات وشراب. ويُعطى حسب الجرعة التالية:

– للبالغين: 600 ملي جرام مرتين باليوم لمدة يومين.

– للرضع أكبر من عمر شهر: 10 ملي جرام / كيلو جرام من وزن الجسم يومياً مرتين باليوم لمدة يومين (في المدارس التي بها حضانات أطفال).

- للرضع أقل من عمر شهر: خمسة ملي جرام / كيلو جرام من وزن الجسم مرتين باليوم لمدة يومين.

د. توفير لقاح التهاب السحايا ثنائي التكافؤ ولقاح التهاب السحايا رباعي التكافؤ ويعطى للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة وخاصة طلبة المدارس التي ظهرت فيها الحالات. ويعطى اللقاح مناعة لمدة ثلاث سنوات ويكون فعالاً في أكثر من (80%) من الحالات، ويستعمل خصوصاً عند تفشي المرض على شكل وباء وذلك بجرعة نصف ملي لتر تحت الجلد في الجزء الأعلى من الذراع حسب العمر كما يلي:

- حتى السنة الأولى: جرعتان بينهما ثلاثة أشهر (في المدارس التي بها حضانات أطفال).
- أكثر من سنتين: جرعة واحدة.

هـ. عزل المصاب في مستشفى الأمراض المعدية (الحميات) لمدة ثلاثة أسابيع من بدء ظهور الأعراض وحصر ومراقبة المخالطين للحالات المؤكدة لمدة عشرة أيام.

حمى التيفود (الحمى التيفية) (4)

تُعد حمى التيفود مرضاً جرثومياً، عالمي الانتشار ويُقدر معدل حدوث حمى التيفود بحوالي 17 مليون حالة سنوياً من ضمنهم ستمائة ألف وفاة تقريباً وتقع معظم الإصابات في الدول النامية.

المسبب: جراثيم السلمونية التيفية، أما بالنسبة للحمى الشبيهة بحمى التيفود فتسببها جراثيم السلمونية نظيرة التيفية.

الحالة المشتبهة: (8) وهي أية حالة تعاني الحمى (بما لا يقل عن 38 درجة مئوية) لمدة ثلاثة أيام أو أكثر وقد تنخفض الحرارة، لكنها لا تصل لدرجة حرارة الجسم الطبيعية بأي حال من الأحوال. مع وجود ألم في البطن، وإمساك وأحياناً إسهال، بالإضافة إلى اثنين أو أكثر من الأعراض التالية: سعال جاف، وانخفاض نسبي في ضربات القلب (بما لا يتناسب مع درجة الحرارة)، وفقد للشهية، وصداع وخيم.

الحالة المحتملة: هي أية حالة مشتبهة سجل اختبار الفيدال لها نتيجة مقدارها: (160/1)، بينما تزيد النتيجة في البلدان التي يتوطن فيها المرض بقيمة: (320/1).

الحالة المؤكدة: هي حالة مشتبهة أو محتملة تم عزل السلمونية التيفية أو نظيرة التيفية منها عن طريق المزرعة الجرثومية للدم، أو البول، أو البراز، أو النخاع.

حامل المرض: هو أي شخص يبدو سليماً، ولكن تظهر التحاليل وجود الجراثيم المسببة للمرض في البول، أو البراز.

الهدف:

- أ. خفض نسبة الإصابات والوفيات (في المدارس التي تحدث بها إصابات).
- ب. الحد والسيطرة من ظهور التفشي الوبائي.

التطبيقات، وتتمثل في النقاط الآتية:

- أ. الرصد الوبائي والاكتشاف المبكر للمرض.
- ب. التوعية الصحية.
- ج. نظافة البيئة.
- د. رفع مناعة الفئات المعرضة لخطر الإصابة.
- هـ. التدريب والتطوير.

الفعاليات، وتشمل الآتي:

- أ. اتخاذ الإجراءات اللازمة لترصد المرض مثل:
 - الرصد الوبائي والاكتشاف المبكر للمرض، ويكون الرصد من خلال النقاط الآتية:
 - رصد وتسجيل الحالات من قبل كافة المؤسسات التعليمية، وحسب التعريف القياسي للمرض يتم تحويل كل الحالات المشتبه والمحتملة المكتشفة عن طريق طبيب المدرسة إلى مستشفى الحميات لإكمال الفحوص التأكيدية والعلاج، ولا يتم انتظامها بالمدرسة حتى تكون نتيجة الفحوص العملية سلبية على مدار ثلاث مرات.
 - الإبلاغ الفوري إلى الإدارة المختصة، وأيضاً المديرية والإدارة التعليمية التابع لها الطالب لكي تتم الإجراءات الوقائية ويثبت اسم المريض في سجل الأمراض المعدية للمستشفى.
 - إرسال التقارير الشهرية لأعداد الحالات المصابة إلى مديرية الشؤون الصحية وإبلاغ المستوى المركزي بعدد الحالات (في حالات الأوبئة يتم الإبلاغ يومياً عن الحالات حتى تتم السيطرة على الوباء).
 - مطابقة الأعداد بالتنسيق مع وحدات الرصد الوبائي في المحافظة مع إجراء التحليل الوبائي بشكل مستمر ودقيق ويرسل مع التقرير الشهري إلى القطاع الوقائي للمديرية والوزارة.
- التشخيص والعلاج السليم للحالات:
 - يجب الاستمرار في متابعة الطالب المريض من قبل طبيب المدرسة، أو من تُحال إليه الحالات. وتوعيته بالاحتياطات المعوية أثناء المرض كما يلي:
 - إبلاغ المريض وذويه بضرورة استشارة الطبيب بعد شهر من بدء المرض للتأكد من شفاؤه التام وخلوه من جرثومة السلمونية.

- يتم التأكد من الشفاء عندما تكون هناك ثلاث مزارع سلبية متتالية للبراز تفصل كلاً منها فترة لا تقل عن 24 ساعة بين المزرعة والأخرى، وذلك بعد 48 ساعة على الأقل من إيقاف المضادات الحيوية، وإذا وُجدت أية مزرعة من هذه السلسلة إيجابية يجب التكرار على فترات شهرية على مدى الاثنى عشر شهراً التالية لبدء المرض، حتى يتم الحصول على ثلاث مزارع سلبية متتالية على الأقل.

- اختيار العلاج اعتماداً على نتائج فحوص المزارع الجرثومية واختبارات الحساسية ضد الأدوية.

- قيام المركز الصحي بإعطاء لقاح حمى التيفود لأفراد الأسرة والمخالطين للأسر والممرضين الذين خالطوا المريض، وكذلك تطعيم مخالطي حاملي المرض.

• التقصي عن الحامل المزمّن للمرض، ويتم ذلك من خلال الإجراءات التالية:

- الفحص الدوري للعاملين في المقصف المدرسي ومُعَدّي الوجبات للطلبة، وعمال المحلات العامة والمطاعم الموجودة حول المدارس والجامعات للتقصي عن حاملي جراثيم السلمونية في البراز.

- استمرار التقصي حول المخالطين وذلك بالبحث عن حالات لم يُبلغ عنها وحول حاملي المكروب وذلك بأخذ عينتين من البراز بغرض عمل مزرعة بفاصل 24 ساعة بينهما على الأقل، ولا يسمح لهم بالعمل أو الرجوع إلى العمل خاصة مُعَدّي الطعام حتى تثبت سلبية هذه المزارع.

- في حالة المريض الحامل للمرض، فإنه يعطى 750 ملي جرام من السيبروفلوكساسين أو 400 ملي جرام من النورفلوكساسين مرتين يومياً لمدة 28 يوماً، ويتابع بالحصول على ثلاث مزارع سلبية متتابة من البراز تجمع على فترات مقدارها شهر بين كل اثنتين منها، وبعد 48 ساعة على الأقل من إيقاف العلاج بالمضادات الحيوية.

ب . رفع الوعي والتثقيف الصحي، ويتمثل ذلك في:

• تثقيف الجمهور بخصوص أهمية غسل الأيدي وتوفير المرافق الملائمة لغسل الأيدي وهذا مهم لاسيما لمُعَدّي الطعام والعاملين في مجال رعاية الطلاب المرضى.

• تعليم المرضى والناقلين وحاملي المكروب مبادئ النظافة الشخصية والتأكيد على غسل الأيدي بعد التبرز وقبل إعداد الطعام أو تقديمه أو تناوله.

- التوعية بضرورة التقيد بالنظافة التامة في إعداد وتناول الطعام وتثليجه بطريقة ملائمة، وتوجيه عناية خاصة للحفظ الصحيح للسلطات والأطعمة الأخرى التي تُقدم باردة، وهذه التعليمات تُوزع على كل من المنازل والمطاعم العامة. وفي حالة عدم الوثوق في الممارسات الصحية، يجب اختيار الأطعمة المطبوخة والتي تُقدم ساخنة، ويجب غسل الفاكهة جيداً وتقسيرها من قبل متناوليها.

- التأكيد على أهمية بستر أو غلي الحليب ومنتجاته وضرورة الإشراف الصحي على الإنتاج التجاري للألبان عند حفظها أو توزيعها.

ج. القيام بفحص الأماكن التي حدث بها التفشي وذلك بأخذ عينات من البيئة المحيطة مثل المياه، وأيضاً الأغذية وفحص كل العاملين بالمدرسة.

د. اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة.

هـ. التأكد من قيام الجهات المسؤولة عن الرقابة الصحية على الأغذية بتنفيذ إجراءات مناسبة لضبط الجودة في جميع الأماكن المعنية بإعداد الطعام أو الشراب للتلاميذ، وفحص عينات من الأطعمة والمشروبات للتأكد من سلامتها، وكذلك إبعاد الحاملين للمرض عن إعداد الطعام.

و. عزل الطالب بالمستشفى ولا يعود للمدرسة حتى تصبح ثلاث مزارع ميكروبية سلبية فترة لا تقل عن 24 ساعة بين المزرعة والأخرى، على أن تؤخذ العينات بعد 48 ساعة على الأقل من إيقاف المضادات الحيوية. كما يجب مراقبة المخالطين لمدة أسبوعين

التسمم الغذائي⁽⁴⁾

وهو من الأمراض الشائعة في البلدان النامية والمتطورة على السواء، والناجمة عن تناول طعام أو شراب ملوث، ويحدث التفشي الوبائي عند حدوث مرض ذي فترة حضانة قصيرة ومتغيرة بين شخصين أو أكثر كانوا قد تناولوا نفس الطعام المشتبه به، حيث إن حدوث حالة مرضية واحدة يستدعي الاهتمام، خاصة وأن التسمم الغذائي من الأحداث الصحية التي تسبب الهلع والخوف الشديد في المجتمع، وتسبب ضغوطاً اجتماعية وسياسية وخاصة في المدارس والجامعات والأماكن التي بها تجمعات، ولذلك يجب أن تتخذ الاحتياطات اللازمة لمنع حدوثه وتكراره، ويوضح الجدول الآتي بعض مسببات التسمم الغذائي والأعراض.

(الجدول 12): بعض مسببات التسمم الغذائي والأعراض.

المسبب	الفترة السابقة لظهور أعراض المرض	الأعراض
جراثيم المكورات العنقودية الذهبية.	(1 - 6) ساعات (متوسط ساعتين).	غثيان، وقيء، وألم في البطن، وتعب، وحمى، وإسهال.
جراثيم السلمونيلا.	(1-2) يوم.	إسهال، وألم في البطن، وغثيان، وقيء، وتعب، وحمى.
جراثيم الإشريكية القولونية.	(1-6) أيام.	إسهال أحياناً مُدْمِي، وألم في البطن.
جراثيم المطثية الوشيقية.	(12-36) ساعة.	سُمِّيَّة عصبية، وتغيم الرؤية، وجفاف الفم، وصعوبة بالتنفس، وغثيان، وقيء، وصداع.
التسمم الكيميائي: السموم المعدنية، والمبيدات الحشرية.	مباشرة أو في خلال نصف ساعة.	قيء شديد مفاجئ وآلام وخيمة.

الحالة المشتبهة:

وهي تتضمن ظهور أعراض مرضية لدى الشخص بشكل مفاجئ (من ساعات قليلة إلى أسابيع قليلة) بعد تناوله وجبة غذائية وتشمل هذه الأعراض (الغثيان الشديد، والقيء، وألم البطن، والتعب، والحمى، والإسهال أو الإسهال المدمي، وصعوبة البلع).

الحالة المؤكدة:

- هي كل حالة مشتبهة تم تأكيدها بأحد الفحوص المعملية التالية:
- عزل الجراثيم المسببة للمرض من الطعام الذي يتناوله الشخص أو من البراز أو القيء.
 - اكتشاف سم الجراثيم (الذيفان) في الطعام، أو في سوائل وإفرازات المريض.

الهدف:

- أ. الحد والسيطرة على انتشار المرض وظهور الأوبئة.
- ب. التعرف على مسببات المرض ومراجعة الإجراءات والتعليمات الصحية الخاصة بمكان الحدوث.

التطبيقات، وتتمثل في الآتي:

- أ. تشخيص الحالات المرضية.
- ب. التشخيص الإكلينيكي الدقيق للحالات.
- ج. التدريب والتطوير.
- د. التوعية والتثقيف الصحي.
- هـ. التنسيق مع الدوائر ذات الصلة للتعرف على مسببات المرض.

الفعاليات، وتتم من خلال الآتي:

- أ. الإبلاغ الفوري من قبل المؤسسات التعليمية عن حالات التسمم الغذائي للإدارات الصحية التابعة لها المدرسة وأيضاً للمستوى المركزي.
- ب. المشاركة في الاستقصاء النشط وذلك بالتعاون مع فريق عمل يضم جميع الجهات المعنية التي تشمل:

• وحدة الرصد الوبائي للأمراض المعدية، حيث تقوم بعمل الآتي:

- إجراء الاستقصاءات بين المصابين لتحديد زمان ومكان التعرض للعدوى وفحص الأشخاص الذين ظهرت عليهم أعراض الإصابة كما هو موضح بالتعريف القياسي، وكذلك معرفة أنواع الأطعمة المتناولة.
- فحص الأشخاص الذين تناولوا من نفس الطعام ولمن ظهرت عليهم الأعراض المرضية في نفس زمان ومكان حصول المرض ومعرفة الأنواع التي تناولوها من الأطعمة.
- إحصاء "معدل الإصابة" بالنسبة للذين تناولوا الطعام المشتبه به والذين لم يتناولوا نفس الطعام (دراسة حالة).
- حساب احتمالية الإصابة بالتسمم الغذائي لكل نوع من الأطعمة (حساب أي الأنواع قد حصل على أعلى قيمة للخطورة النسبية).

- إدارات الرقابة الصحية (إدارة صحة البيئة، وإدارة الرقابة على الأغذية):
إن هذه الجهات هي المنوط بها الإشراف والمتابعة وأخذ قرارات الغلق خاصة وقت حدوث الأوبئة، وتقوم بالآتي:
- سحب نماذج من الطعام المشتبه به وفقاً للتعليمات الصادرة من قسم الرقابة على الأغذية
- تتبع مصدر الطعام الملوث المشتبه به وطريقة حفظه وتحضيره وتاريخ إنتاجه وانتهائه (فترة الصلاحية) وكذلك فحص المواد الغذائية المتبقية والمشتبه بها معملياً.
- إعدام الأغذية المثبت تلوثها بمحاضر رسمية وبواسطة لجنة من الصحة.
- فحص الأفراد الذين قاموا بتخزين ونقل وتحضير وتقديم الطعام للتأكد من سلامتهم مع ضرورة أخذ مسحات من الأنف والبلعوم ومسحات من تحت الأظافر، وعمل مزارع معملية للتأكد من عدم حملهم للمسببات المرضية ومنع كافة الأفراد المصابين بآفات جلدية متقيحة من العمل في إعداد وتقديم الطعام لحين التأكد من شفائهم.
- معامل وزارة الصحة (المعامل المرجعية)، وهي المسؤولة عن الآتي:
- عمل الاستقصاء الوبائي ثم أخذ عينات من البراز، أو القيء، أو الدم من الأشخاص الذين تناولوا الطعام المشتبه به لتحديد المسبب المرضي مع الاستفادة من نتائج الاستقصاء الوبائي.
- توحيد الإجراءات السابق ذكرها وإرسالها بتقرير مفصل إلى المستوى المركزي.
- تدريب الطواقم الطبية والصحية والمختبرية على طرق التعامل مع حالات التسمم الغذائي.
ج. رفع الوعي والتثقيف الصحي، وذلك من خلال التوعية الصحية لكافة العاملين في تداول الطعام والمواد الغذائية داخل المدرسة بالاهتمام بالنظافة الشخصية، مع الإبلاغ عن ظهور الإصابات لديهم، والتوعية للمحافظة على نظافة المواد الغذائية والمطابخ ومكافحة الحشرات والقوارض وتطبيق كافة الشروط الصحية. ومن أهم الرسائل التوعوية:
• حفظ الأطعمة في الثلاجات في درجات حرارة أقل من 10 درجة سلزية.
• عدم تناول الأطعمة، إلا بعد التأكد من مصدرها وطبيعتها.
• حفظ المواد السامة في أماكن بعيدة عن أماكن الطبخ مع كتابة الأسماء عليها، وتكون ملونة قدر الإمكان حتى لا يختلط الأمر بينها وبين الملح والسكر أو الدقيق .
• طبخ الطعام طبخاً كاملاً (حتى ينضج)، والفصل بين الطعام النيء والطعام المطبوخ.

- د. التنسيق مع الأقسام المعنية للتعرف على مسببات المرض وتتضمن: (إدارات الأمراض المعدية، والمعامل، وإدارة الأوبئة، وإدارة الترصد، وإدارة الأغذية، وإدارة البيئة).
- هـ. يعزل المريض بالمستشفى حتى تزول الأعراض (القيء، والإسهال).

عدوى المكروب السبجي (التهاب الحلق بالعقديات) (6)

وهو عبارة عن العدوى بمجموعة من الجراثيم التي تصيب الحلق وأيضاً الجلد والجهاز العصبي. وتشمل الأعراض: الحمى والتهاب اللوزتين وتورم الغدد اللمفاوية والتهاب الأنف والبلعوم وقد تؤدي أيضاً إلى حدوث الخراجيج باللوزتين والطفح الجلدي (حالات الحمى القرمزية) إذ تؤدي المضاعفات إلى حمى الروماتزم، والتهاب كبيبات الكلى والتهاب السحايا.

المسبب: الجراثيم العقدية وهي تنقسم إلى مجموعتين (A و B).

مدة الحضانة: من (2-5) أيام.

طرق العدوى: ينتقل المرض عبر القطيرات أو بواسطة أغراض المريض الملوثة بإفرازات الأنف والفم والبلعوم.

الحمى الروماتزمية (حمى الروماتزم) (7)

وهي مرض ينتج عن إصابة الحلق بنوع من المكروبات يُسمى "المكروب العقدي". وهناك مجموعات عديدة من العقديات، إلا أن المجموعة الوحيدة التي تسبب الحمى الروماتزمية هي المجموعة (A) فقط. وتعد عدوى العقديات سبباً شائعاً للغاية للتهاب البلعوم (التهاب الحلق) خاصة في فئة أطفال المدارس. وقد يسبب هذا المرض التهاباً بالمفاصل وهو يظهر أولاً على هيئة آلام وتورم في المفاصل، وكذلك التهاب القلب وأيضاً اضطراب غير طبيعي لا إرادي في الحركة (الرّقص) بسبب التهاب الدماغ. كما قد يحدث طفح جلدي.

وبعدما استعرضنا أهم الأمراض التي قد يتعرض لها طلبة المدارس، نعرض في الجدول الآتي التطعيمات اللازمة لهم.

(الجدول 13): تطعيمات طلبة المدارس⁽⁹⁾

نوع اللقاح	العمر
• جرعة معززة من لقاح شلل الأطفال. • اللقاح الثنائي (للأطفال) ضد الدفتيريا والتيتانوس (DT): - يتم إعطاء جرعتين بينهما فترة من (6-8) أسابيع إذا لم يتم تحصينهم سابقاً أو في حالة عدم وجود بيئة على التحصين مثل بطاقة التحصين، ويعطى الطالب جرعة واحدة فقط في حالة تحصينه سابقاً. • جرعة معززة من اللقاح الثلاثي ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR).	الصف الأول من (4-7) أعوام
• اللقاح الثنائي (للبالغين) ضد الدفتيريا والتيتانوس (DT): - يتم إعطاء جرعتين بينهما فترة من (6-8) أسابيع إذا لم يتم تحصينهم سابقاً أو في حالة عدم وجود بيئة على التحصين. يعطى الطالب جرعة واحدة فقط في حالة تحصينه سابقاً.	الصف السادس من (12-13) عاماً
• اللقاح الثنائي (للبالغين) ضد الدفتيريا والتيتانوس (DT): - يتم إعطاء جرعتين بينهما فترة (6-8) أسابيع إذا لم يتم تحصينهم سابقاً أو في حالة عدم وجود بيئة على التحصين. يُعطى الطالب جرعة واحدة فقط في حالة تحصينه سابقاً.	الصف الحادي عشر من (17-18) عاماً
• لقاح التهاب السحايا: - من الروضة وحتى الصف الثالث الثانوي يعطى الطالب لقاح التهاب السحايا ثنائي التكافؤ (A, C) بمقدار 2/1 سنتي متر تحت الجلد. - أما في حالة سفر الطالب إلى أماكن عالية الخطورة أو الحج فإنه يأخذ اللقاح رباعي التكافؤ (A,C,Y,W135A) بمقدار 2/1 سنتي متر تحت الجلد (كل 3 أعوام).	من (5-18) عاماً

تابع (الجدول 13): تطعيمات طلبة المدارس⁽⁹⁾

العمر	نوع اللقاح
	• اللقاح المضاد لجراثيم المكورات الرئوية: - ويُعطى للمجموعات المعرضة لخطر الإصابة من الطلبة مثل ذوي نقص المناعة، والأشخاص الذين يعانون أمراضاً صدرية مزمنة مثل، الربو الشعبي وأمراض القلب والكلى، وأيضاً كسور قاع الجمجمة. وليس شائعاً إعطاؤه للطلبة كلقاح إجباري. • لقاح الأنفلونزا: - ويعطى الآن في مواسم الأنفلونزا للطلبة وأعضاء هيئة التدريس والعاملين بالمؤسسة التعليمية، وذلك بجرعة 2/1 سنتي متر تحت الجلد في الذراع الأيسر في العضلة الدالية ويكرر سنوياً. • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري: - يبدأ التطعيم من (11-21) عاماً وذلك في البلدان الأوروبية، وأيضاً في حالة السفر إليها وهو روتيني في أمريكا والبلدان الأوروبية للوقاية من هذا الفيروس الناتج عن الاتصال الجنسي. • لقاح التهاب الكبد الوبائي (A): - وتبدأ الجرعات الأولى من سن 12 شهراً من حياة الطفل، والثانية عند 23 شهراً، ويُعطى لطلبة المدارس حتى 18 عاماً.



الفصل السادس

التثقيف الصحي في المدارس

يُعرّف التثقيف الصحي "بتقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو تقليل ما أمكن من مضاعفاته".⁽¹⁾ والمعروف أن العادة هي سلوك مكتسب بالتعليم، وأن الإنسان يكتسب عاداته ولا يرثها، وأن الصحة هي محصلة عوامل من أهمها العادات الصحية، كما أن العوامل البيئية لها تأثير كبير، إضافة إلى العوامل الوراثية.

أهداف التثقيف الصحي بشكل عام⁽²⁻¹⁾

- تهدف عملية التثقيف الصحي في الأساس إلى تحقيق السعادة والرفاهية لأفراد المجتمع عن طريق الارتقاء بمستواهم الصحي. وللوصول لذلك لابد من تحقيق الأهداف التالية:
1. زرع الحرص والمحافظة على الصحة بين أفراد المجتمع وجعله مطلباً أساسياً لهم.
 2. العمل على تغيير السلوكيات غير الصحية إلى أخرى صحية وتحويلها إلى عادات راسخة.
 3. الحفاظ على استمرارية عملية التثقيف الصحي وجعلها ركناً أساسياً في تنمية المجتمع.
 4. تعريف المجتمع بأدوار المؤسسات الصحية وأماكنها.
 5. اشتراك أفراد المجتمع في تطوير ومراقبة الخدمات الصحية بهدف تحسين مستوى أدائها.

دور المدرسة في التثقيف الصحي⁽³⁾

إن المؤسسات العلمية والتربوية بمستوياتها المختلفة بدءاً من الروضة إلى المدرسة إلى الجامعة تلعب دوراً رئيسياً في حياة الطالب وتغيير اتجاهاته وسلوكياته. وجدير بالذكر الدور الكبير الذي تلعبه مجالات التأثير الأخرى في حياة الطالب مثل المنزل والإعلام، وكلاهما قد يدعم أو يضعف التأثير الإيجابي للمدرسة في هذا السياق.

ويتمثل الدور الحيوي للمدرسة في التثقيف الصحي في الآتي:

1. تعليم الطلاب أسس الصحة والمرض، وكيفية الوقاية من الأمراض، ومواجهة الطوارئ، ومبادئ الإسعافات الأولية، وإكسابهم بعض المهارات العملية في هذا الإطار.
2. تحفيز الطلاب على نقل هذه المفاهيم للزملاء ولأفراد الأسرة وغيرهم.
3. الاهتمام بالإبداع في تصميم وسائل توصيل الإرشادات الصحية والنشرات التثقيفية.
4. التعاون مع المؤسسات الصحية لعقد ندوات، وتشكيل لجان تثقيفية، وتنظيم حملات تثقيف مجتمعي يشارك فيها الطلاب، وعمل معارض لعرض الوسائل التثقيفية الحديثة.
5. إشراك المعلمين في عملية التثقيف بدءاً من التخطيط لها، ثم تنفيذها، ثم تقييمها ومتابعتها.

أدوات التثقيف الصحي في المدارس⁽¹⁾

1. الأدوات البصرية

كالمصقات والملقات وتكون واضحة الصورة والمغزى وتعلق في أماكن بارزة وواضحة ويكثر التردد عليها، وكذلك المطبوعات كالكتب والنشرات والصحف والمجلات، على أن يكون أسلوبها مفهوماً وشيقاً، وأيضاً أوراق العرض، واللوحات الوبية، والصور الفوتوجرافية، والمعارض الفنية خاصة في يوم الصحة العالمي ويوم منع التدخين ويوم الربيع

2. الأدوات السمعية

كالمذياع، وهنا تجدر الإشارة إلى أهمية الإذاعة المدرسية الصباحية أو التي تتخلل أوقات الراحة، وما يمكن أن تلعبه من دور جوهري في تكرار الرسائل التثقيفية على أسماع التلاميذ، وتحفيزهم للمشاركة عن طريق تقديم الوسائل الشيقة المبتكرة، والتأثير في سلوكياتهم.

3. الأدوات السمعية والبصرية

كالتلفاز والفيديوهات والألعاب التعليمية على الكمبيوتر. وتلعب الآن شبكات التواصل الاجتماعي الدور الأهم مطلقاً في التأثير على المفاهيم والسلوكيات الصحية ولاسيما مرحلة السن المدرسية.

قياس كفاءة أدوات التثقيف الصحي⁽⁴⁾

عند اختيار أو إعداد أدوات أو وسائل معينة للتثقيف الصحي، علينا أن نتأكد من أنها أدوات فعالة وتقابل الحاجة الخاصة لكل فرد، وألا نغتمد عليها وحدها دون المادة التعليمية. وللتأكد من أن الأدوات فعالة علينا أن نجيب عن بعض الأسئلة:

1. هل المادة العلمية مكتملة في الوسيلة؟
 2. هل المادة العلمية حديثة وليست قديمة؟
 3. هل المادة العلمية صحيحة؟
 4. هل المادة العلمية عميقة؟
 5. هل المادة العلمية واضحة؟
 6. هل المادة العلمية موضوعية؟
 7. هل المادة العلمية مناسبة للفئة المستهدفة؟
 8. هل المادة العلمية لا تحوي أي تحيز؟
 9. ما الذي يُتوقع أن يعرفه المستفيد قبل أن يرى أو يقرأ أو يسمع الوسيلة المساعدة؟
- أفكار لأنشطة تربوية قيمة⁽⁶⁾ لتفعيل التثقيف الصحي داخل المدرسة أو خارجها:**
1. تأسيس أندية صحية تثقيفية تهتم بترويج وتطبيق برامج التثقيف الصحي.
 2. عمل مسرحيات للموضوعات والمعلومات والسلوكيات والعادات التي يعانيها المجتمع.
 3. إصدار مجلات حائط للتربية الصحية تُوزع بصورة مجانية أو بأجر رمزي على المتعلمين وأولياء الأمور.
 4. إقامة معارض فنية لرسم وصور فوتوجرافية في المناسبات المتعلقة بالصحة.
 5. إجراء مسابقات بحوث أو تقارير عن الصحة وتُخصّص فيها جوائز للمتميزين.
 6. المشاركة في الحملات الصحية وبرامج التطعيم بالمجتمع.
 7. تشكيل جمعيات تتولى الاتصال بالمجتمع المحلي للتربية الصحية، وإقامة مخيمات صحية بالمجتمع المحيط.
 8. الاتصال بأطباء متخصصين في موضوعات صحية معينة، ودعوتهم لإلقاء محاضرات حول الأنشطة الصحية التي يمارسونها.
 9. تنفيذ فكرة الكشكول الطائر حيث يخصص معلم العلوم كشكولاً، وكل طالب يأخذ الكشكول يوماً ويكتب فيه فكرة أو معلومة عن موضوع مرتبط بالتثقيف الصحي.
 10. إعداد ألبوم صحي يتضمن صوراً عن ممارسات إيجابية أو سلبية خاصة بالصحة.
 11. المشاركة في مجموعات التعلم التعاوني والجماعي، والمناقشة والمناظرات حول بعض موضوعات الصحة.

12. جمع البيانات الخاصة بالصحة، كجمع بيانات من معهد الأورام تربط السرطان بالعادات الخطرة.
13. تشجيع الطلاب على كتابة قصيدة قصيرة أو أغنية أو إجراء حوار صحفي مع أحد المتخصصين في الصحة.

مداخل تضمين مفاهيم التثقيف الصحي في المناهج الدراسية⁽⁶⁾

هناك عدة مداخل لتضمين مفاهيم التثقيف الصحي في المناهج الدراسية، منها: المدخل المستقل، ومدخل الوحدات الدراسية، ومدخل الدمج، والمدخل التكاملي.

1. **المدخل المستقل:** يتم فيه تدريس التثقيف الصحي كمنهج دراسي مستقل، شأنه شأن أية مادة دراسية أخرى في الخطة الدراسية.
2. **مدخل الوحدات الدراسية:** يعالج هذا المدخل الموضوعات الصحية كوحدة دراسية، حيث تُدرس الوحدة في فترة زمنية محددة.
3. **مدخل الدمج:** يتم فيه دمج مفاهيم التثقيف الصحي في بعض المناهج الدراسية أو ربط المحتوى بقضايا صحية مناسبة، وفي إطار هذا المدخل يمكن تضمين المفاهيم الصحية في المناهج الدراسية.
4. **المدخل التكاملي:** يتضمن إعداد وحدات مرجعية قائمة على الخبرة، تتكامل فيها عدة مواد دراسية، ويقوم هذا المدخل على مبدأ التكامل بين فروع المعرفة.

أهداف برامج التثقيف الصحي في المدارس⁽⁴⁻²⁾

- إن أسمى ما تتطلع إليه عملية التثقيف الصحي في المدرسة هو تحسين السلوكيات بين الطلاب، وذلك من خلال:
1. تغيير مفاهيم الطلاب المتعلقة بالصحة والمرض وتصحيحها، وكذلك مفاهيم العاملين بالمدرسة، ومنهم تنتقل هذه المعارف إلى الأسرة والمجتمع.
 2. تصحيح الاتجاهات المتعلقة بالصحة وترسيخ الصحيح منها، كرفض التدخين بسبب سلبياته العديدة، وتعظيم فوائد الانتظام في ممارسة النشاط البدني وعدم الاكتفاء بجعله هدفاً لإنقاص الوزن.
 3. تحسين السلوكيات والعادات الصحية للطلاب والعاملين بالمدرسة.
 4. تحفيز الطلاب والمدرسة ككل ليكونون نواة في فعاليات تثقيفية تهدف لتنمية المجتمع، وجعل التثقيف الصحي إحدى دعائم المشاركة المجتمعية للمدرسة، وتأهيل الطالب للعمل بعد تخرجه في مؤسسات العمل التطوعي والتنموي.

أهم البنود التي تركز عليها برامج التثقيف الصحي في المدارس

1. اتباع العادات والسلوكيات الصحية السليمة واتباع نمط الحياة الصحي.
2. كيفية الوقاية من الأمراض، وعلاج الأمراض البسيطة منها.
3. مواجهة الطوارئ، ومبادئ الإسعافات الأولية والتدريب عليها.
4. صحة الطفل والأم لتهيئة الطلاب للدور المستقبلي في رعاية الأسرة.
5. مبادئ الصحة الإيجابية.
6. التغذية السليمة.
7. صحة البيئة وسلامة الغذاء، وصحة الأسنان.
8. التدخين والمخدرات وأثرهما السلبي على الإنسان.
9. الصحة النفسية للطلاب.

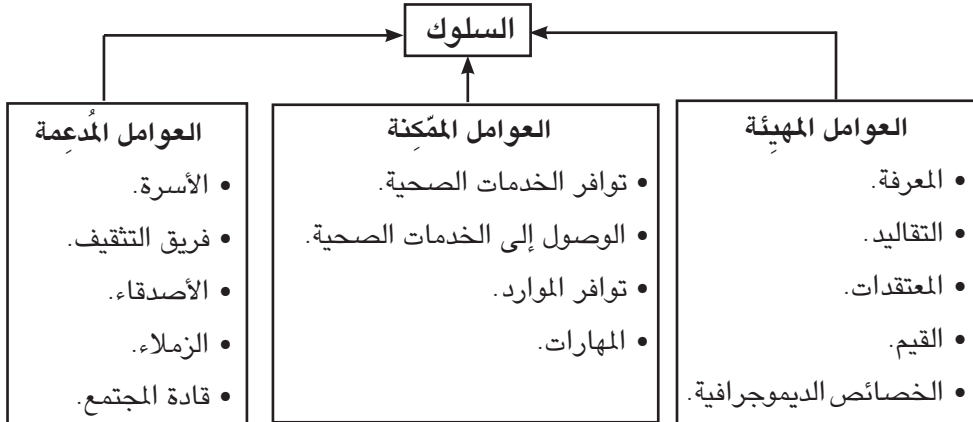
تأثير التثقيف الصحي على السلوك الإنساني

يعد السلوك نوعاً من التصرفات الناشئة عن سبب معين، وقد يكون السبب داخلياً (من داخل الإنسان) أو قد يكون خارجياً. ويتأثر السلوك بمجموعة من القيم والقواعد السلوكية التي تدفعه إلى التصرف بطريقة ما أو تفضيل مسلك معين عن الآخر، ويرتبط سلوك الإنسان بما يحمل من قيم ومعتقدات تتفاعل مع بعضها لتكوّن اتجاهاته. ويعد سلوك الفرد في بعض الأحيان من العوامل التي تؤدي إلى المشكلات الصحية، ولهذا كان لابد من معرفة:

1. العوامل التي تؤدي إلى السلوك.

2. عملية تغيير السلوك.

العوامل التي تؤدي إلى السلوك



يبين المخطط السابق العوامل الثلاثة المختلفة التي تؤدي إلى السلوك وبنودها المختلفة. فهناك ثلاثة عوامل أساسية:

أ. عوامل مهينة ب. عوامل ممكنة ج. عوامل مدعمة

فعندما ينشأ التلميذ على "العادات والتقاليد" التي تنفر من التدخين، بالإضافة إلى اكتسابه "مهارة" رفض الدعوة إلى التدخين بشكل لبق، بينما يتواجد في فصل حاصل على جائزة في مسابقة "لا للتدخين" لخلوه تماماً من المدخنين "الزملاء"، فإن هذا التلميذ سيظل غالباً محافظاً على سلوك نبذ التدخين، بينما يدخن تلميذ آخر لأن أباه رجل مدخن ولا توجد لديه مهارة رفض الدعوة إلى التدخين لأنه يخجل من ذلك، وأغلب زملاء الفصل من المدخنين.

وعندما تتكون لدى التلميذة معلومات وفيرة وصحيحة عن قيمة تناول الخضراوات والفاكهة والأضرار الناجمة عن كثرة تناول الوجبات السريعة "المعرفة"، ثم يتوافر في مدرستها برنامج للتثقيف الغذائي وتمتلي قاعاتها بالأنشطة المتعلقة بذلك "توافر الخدمات الصحية"، ويعضد ذلك محافظة الأسرة على السلوك الصحي في طعامها، فإن هذه التلميذة ستسلك السلوك الصحي في طعامها، وهكذا.

عملية تغيير السلوك

إن فهم عملية السلوك يساعد المثقف الصحي على وضع برامج تثقيفية فعالة. فمن المعروف أن الناس لا يتبنون السلوك الجديد بمجرد تعرفهم على فائدته، لكنهم يحتاجون وقتاً طويلاً لتغيير سلوكهم، وعملية تغيير السلوك تمر عبر مراحل مختلفة، كل مرحلة تحوي داخلها عدة خطوات مؤدية إلى المرحلة التالية

أ. المرحلة الأولى (استقبال المعلومات)

يحتاج الفرد أولاً الانتباه إلى التغيير السلوكي المطلوب، لذا يجب أن يتعرض للمعلومات الخاصة بشأن وجود المشكلة الصحية أو المرض، كما يجب أن يتعرف على السلوكيات المرتبطة بهذه المشكلة، ويجب أن يكون ضمن الرسالة الإعلامية التعريف بالخدمات الصحية التي تقدمها المدرسة وهو شرط ضروري لاستخدامها. كما يجب لفت أنظار الطلبة إلى الرسالة قبل أن يفهموا المحتوى، ثم تعليمهم كيفية ممارسة السلوك المطلوب. فعلى سبيل المثال، وجود وحدة للمشورة داخل المدرسة تقوم على تغيير السلوكيات الضارة بالصحة من الخدمات التي يجب أن يُنبه إليها الطالب.

ب. المرحلة الثانية (الاقتناع)

إن المعرفة وحدها غير كافية لتغيير السلوك، إنما يحتاج الأفراد الذين فهموا الرسالة الصحية أن ينشأ لديهم موقف إيجابي تجاه السلوك الصحي المطلوب. وهذا يتطلب امتلاك أعضاء فريق التثقيف مهارة الإقناع وتدريبهم على ذلك.

ج. المرحلة الثالثة (أخذ القرار وتجربة السلوك)

وفي هذه المرحلة يتم اتخاذ القرار بتجربة السلوك الصحي الجديد وممارسته. وهنا يكون التلميذ المدخن قد اقتنع تماماً بأضرار وخطورة التدخين، وضرورة الإقلاع في أقرب فرصة، وبناءً على ذلك اتخذ قراراً حاسماً بالإقلاع ثم أقبل بالفعل.

د. المرحلة الرابعة (التثبيت)

يحتاج الأفراد الذين مارسوا السلوك الصحي الجديد للدعم من الآخرين (الأبوين، والأسرة، والأصدقاء، والعاملين بالمدرسة) نظراً لأن استمرار الدعم ضروري لاستقرار السلوك الجديد. وجدير بالملاحظة أننا إذا اقتصرنا على الاهتمام بالمراحل الثلاث الأولى فقط، فلن ننجح إلا مع 13 % من الفئة المستهدفة (الذين سيغيرون في سلوكهم)، ونصفهم فقط في المرحلة الرابعة سيستمر في التوقف عن التدخين أي (مرحلة التثبيت)، ويوضح الجدول التالي مراحل التغيير السلوكي.

(الجدول 14): دراسة مراحل التغيير السلوكي⁽⁷⁾

المرحلة	خطوة (1)	خطوة (2)	خطوة (3)	خطوة (4)	خطوة (5)	خطوة (6)
الأولى	استقبال المعلومات.	التعامل مع المعلومات.	الإعجاب بالمعلومات.	الانجذاب لها والشعور بضرورتها.	إدراك أهميتها وفائدتها.	اكتساب المهارات المتعلقة بها.
الثانية	الاقتناع.	تغيير الاتجاه.	المحافظة على الاتجاه.	الاندماج في متطلبات الاتجاه.		
الثالثة	اتخاذ قرار إعلان القبول.	المبادرة بالممارسة.				
الرابعة	تأكيد إيجابيات وسلامة السلوك.	بناء الثقة الذاتية والمبادرة بتعزيز السلوك.	التوحد مع السلوكيات الجديدة والدفاع عنها.			

أهم المهارات التي يجب توافرها لدى المثقف الصحي

أولاً: مهارات الإقناع ومعالجة الرفض والاعتراض

إن عملية الإقناع تحتاج إلى مهارات متعددة، منها مهارات الحديث، ومهارات الاتصال، ومهارات توجيه الأسئلة، وتفادي الاعتراضات والتوفيق بين وجهات النظر المتعارضة.

أنواع الاعتراض لدى المعارضين

1. اعتراض للاعتراض بغض النظر عن كون التساؤل حقيقياً أو غير حقيقي.
2. اعتراض خفي داخل الفرد نفسه ويظهر ذلك في عدم التجاوب مع المرسل.
3. اعتراض بهدف الإثارة والتشويش.
4. اعتراض مبني على الجهل بالموضوع.

مداخل علاج الاعتراض

1. المدخل الأول: يتوخى المثقف الصحي الحرص في الحديث تجنباً لنشوء اعتراضات.
2. المدخل الثاني: يتحلى المثقف الصحي بالصبر، حيث إن الوقت كفيل بحل المشكلات وامتصاص حالة الغضب.
3. المدخل الثالث: حل منتصف الطريق ومحاولة إرضاء الطرف الآخر.
4. المدخل الرابع: الموضوعية والإدلاء بقرارات قوية عند إبداء الرفض.

ثانياً: مهارات التواصل (5,4,3,2)

تعريف التواصل

هو عملية تبادل الأفكار والمعلومات والمعاني بطريقة فعالة بين شخصين أو أكثر، أحدهما المرسل والآخر المستقبل.

عناصر التواصل

1. المرسل: وهو الشخص الذي يبدأ عملية التواصل (مرسل الرسالة). وقد يكون معلماً أو تلميذاً أو مثقفاً صحياً محترفاً أو أحد أعضاء الفريق الطبي داخل المدرسة أو خارجها.

2. المستقبل: وهو الشخص أو الأشخاص الذين يتلقون الرسالة، وأيضاً قد يكون تلميذاً أو أحد أولياء الأمور أو أحد العاملين بالمدرسة.
3. الرسالة: هي محتوى التواصل بين الطرفين.
4. الوسيلة: وهي الطريقة التي يستعملها المرسل في التواصل وتختلف حسب نوع الرسالة وموضوعها.
5. الأثر أو النتيجة: إن كل عملية تواصل يجب أن يكون لها نتيجة أو أثر، وقد يكون هذا الأثر إيجابياً أو سلبياً، وعادة ما يهتم الراسل بمعرفة أثر الرسالة على المستقبل. ومن هنا فإن عملية التثقيف الصحي تحتاج لتقييم الأثر ومتابعة استمراريته.

طرق التواصل

1. طرق التواصل غير اللفظية، وتتمثل في النقاط التالية:
 - أ. الإيماء وتعبيرات الوجه: وهي تعطي المستقبل فكرة عما يريد المرسل، وتعد موصلاً جيداً وسريعاً.
 - ب. حركة اليد والجسم والرأس: وهي تعبر عن رأي المرسل أو رد فعل المستقبل وهي أيضاً موصل جيد وسريع.
 - ج. الاستماع: وهي طريقة مهمة لفهم شعور الآخرين وسماع آرائهم. ولكي نصبح أكثر استقبالية للآخرين علينا أن نتعود على حسن الاستماع لهم ونظهر الاهتمام بما يقولون بالإيماء وتوجيه الأسئلة والتعليق.
 - د. نبرات الصوت.
 - هـ. اللمس.

2. طرق التواصل اللفظية، وتتمثل هذه الطرق فيما يلي:

- أ. التواصل الشفهي: مثل المقابلات الشخصية والنقاشات الجماعية والمحاضرات والندوات.
- ب. التواصل المكتوب: مثل المطويات.
- ج. التواصل الجماهيري: مثل الإذاعة المحلية، والتلفزيون والسينما، وهي طريقة سريعة للتواصل مع أعداد كبيرة من الناس، ولكن من عيوبها أنها وسيلة تواصل من طرف واحد، فلا يتم تفقد رد فعل المستقبل وأثر الرسالة عليه، ولا يراعي احتياجات المستقبل.

عوائق التواصل

إن التواصل الناجح هو الذي تتوافر فيه عوامل النجاح لكل مكُون من مكوناته، وقد تكون هناك أسباب تعوق هذا النجاح وهي:

1. عوائق تتعلق بالمرسل.
2. عوائق تتعلق بالمستقبل.
3. عوائق تتعلق بالرسالة.
4. عوائق تتعلق بالوسيلة.
5. عوائق تتعلق بظروف بيئة التواصل.

أ . عوائق تتعلق بالمرسل

- يستخدم المرسل اصطلاحات فنية صعبة.
- تشبث المرسل برأيه في كل المواضيع.
- سير التواصل في اتجاه واحد بدون سماع رأي الطلاب، مما يصيبهم بالملل ولا يتيح للمرسل الرد على تساؤلاتهم ومخاوفهم.
- طريقة التحدث ونبرة الصوت تسبب مضايقة للمستقبل، كأن يكون فيها استعلاء، أو بسبب رتابة الإلقاء.
- يقوم المرسل بالتحدث واقتصار الحديث على نفسه وعدم الإصغاء للمستقبل.

ب . عوائق تتعلق بالمستقبل

- انشغال المستقبل بالتفكير.
- عدم اهتمام المستقبل بموضوع الرسالة.
- فشل المستقبل في فهم المقصود الحقيقي من الرسالة.
- القلق والخوف والشك يجعل المستقبل يشعر بعدم الأمانة ويصبح غير قابل لتلقي أية رسالة.
- المستقبل لديه خبرات سابقة في الموضوع المطروح للمناقشة ويجد صعوبة في تقبل أية خبرات حديثة في هذا الموضوع.

وهنا نستدعي أهمية التثقيف باستخدام "الألعاب التثقيفية" التي تستدعي انتباه التلميذ وتحيطه بالمرح والسعادة، فتؤثر فيه بشكل تلقائي.

ج . عوائق تتعلق بالرسالة

- غموض الرسالة أو عدم اكتمالها .

مثال: توجيه الطلاب للإكثار من مضادات الأكسدة من خلال حديث علمي مفصل، ولكن بدون إعطاء أمثلة لها من الأكلات الشائعة والرخيصة في بلد التلميذ.

- عدم التوافق بين أسلوب الرسالة ومستوى المستقبل نتيجة لاختلاف المستوى العلمي والفكري بين الطرفين، مثل استعمال ألفاظ علمية فوق مستوى المستقبل.

ومن هنا يجب مراعاة تبسيط الفكرة في حالة أطفال المرحلة الابتدائية، ومراعاة مجازة المراهقين بلغتهم ومفاهيمهم ومصطلحاتهم الشائعة في جيلهم.

د . عوائق تتعلق بالوسيلة

- مخاطبة وسيلة التواصل لحاسة واحدة فقط مثل استخدام الكلمة فقط أو الصورة فقط.

- قصور الوسيلة عن توصيل الرسالة بشكل جيد كمخاطبة مجموعة كبيرة من التلاميذ في مكان مكشوف وبدون مكبر صوت.

- الرسالة التي تُستقبل ولا يبدي فيها المستمع رأيه تُعد ناقصة، لأن المرسل يهمل معرفة أثر الرسالة على المستقبل وما رد فعله.

ومن هنا نشير إلى أهمية تبني الوسائل التفاعلية، بل وإشراك الطلاب والمعلمين في إعداد النشاط التثقيفي وتنفيذه.

هـ . عوائق تتعلق بظروف بيئة التواصل

- عدم ملائمة الزمان والمكان لاستقبال الرسالة .

مثال: محاولة المختصة الاجتماعية تقديم مشورة أو مناقشة مجموعات طلابية في مجال مقاومة الضغوط في الوقت الذي يتلهم فيه الطلاب على بدء حصّة النشاط البدني (عدم ملائمة توقيت الرسالة للمستقبل).

مثال: إعطاء حديث صحي أثناء الصيف في مكان سيء التهوية مكتظ بالطلاب (عدم ملائمة المكان).

طرق التثقيف الصحي⁽³⁾

تنقسم طرق التثقيف الصحي إلى مجموعتين:

1. الاتصال المباشر

وفيه يتواجد المثقف والمستقبل في نفس المكان. فهو يكون في صورة مقابلة بين المثقف ومن توجه إليه الرسائل التثقيفية، سواءً كان فرداً أو مجموعة.

أ. توجيه الرسائل لفرد: كأن تكون مقابلة شخصية أو تقديم لخدمة المشورة كما سيتقدم.

ب. توجيه الرسائل لمجموعة: مثل تقديم محاضرة أو ندوة أو نقاش جماعي أو حديث صحي أو عرض توضيحي.

2. الاتصال غير المباشر

وفيه لا يتواجد المثقف والمستقبل في نفس المكان، مثل استخدام وسائل الإعلام كالتلفزيون والذيع والمصقات والمعارض العامة. وسنستعرض فيما يلي المناقشة في مجموعات والحديث الصحي والعروض التوضيحية والمشورة الطلابية كأثلة على طرق التثقيف الصحي في المدارس:

1. المناقشة في جماعات (مجموعات)⁽⁵⁾

تعريف الجماعة

هي تجمع شخصين أو أكثر من الناس الذين لهم اهتمامات مشتركة.

أنواع الجماعات

1. **الجماعات المرتبة:** ولها شكل رسمي ومرتب من قبل العاملين بالمدرسة، كعقد حصة دراسية للتثقيف البيئي.

2. **الجماعات غير المرتبة:** وهي جماعات تتشكل بدون ترتيب مسبق - كتجمهر الطلاب حول تلميذ مصاب واستعراض كيفية تقديم الإسعافات الأولية له.

أهمية التثقيف الصحي للجماعات، تتمثل أهمية التثقيف الصحي للجماعات فيما يلي:

1. المشاركة وتبادل المعلومات والخبرات والمهارات.

2. مساندة وتشجيع أعضاء المجموعة بحثهم على تبني السلوك الصحي والاستمرار في ممارسته، حيث إنه يساعد على تغيير السلوك الخاطئ للفرد وتغيير اتجاهه للسلوك السليم.
3. تجميع الموارد المختلفة (خبرات التلاميذ السابقة، والتطوع المادي والفني لأسرهم).

عناصر التثقيف الصحي داخل الجماعات الطلابية، وتتمثل هذه العناصر في النقاط الآتية:

1. التعرف على المشكلات والاهتمامات العامة للمجموعة، لأن التثقيف الصحي يجب أن يبنى على أساس الاحتياجات.
2. قيام المُثَقِّف بالترحيب بالطلاب، وتقديم نفسه والتعرف عليهم وإقامة علاقة طيبة معهم.
3. تشجيع المشاركة الفعالة لجميع أعضاء المجموعة.
4. استخدام وسائل بصرية للتوضيح.
5. إعطاء حديث صحي قصير.
6. إجراء مناقشة، وتوجيه أسئلة وأيضاً تحفيز مشاركة الجميع.
7. استخدام القصة فهي تخلق الاهتمام وتجعل الموجودين يفكرون في مشكلاتهم.
8. قد يتطلب الأمر إجراء مشاهدة تطبيقية عن كيفية إسعاف مصابي الكسور على سبيل المثال.
10. تلخيص ما تم تقديمه. (يمكن إلقاء أو إذاعة أغنية عن الموضوع الذي جرت مناقشته).
11. توجيه كلمة شكر إلى الحاضرين.

كيفية التخطيط وإدارة مناقشة الجماعات

1. التخطيط، يتم التخطيط عن طريق النقاط التالية:

- أ. التعرف على المشكلات واهتمامات الجماعة.
- ب. تحديد المجموعة، والمكان، والميعاد، ومدة المناقشة.
- ج. تحديد الهدف.
- د. تناول فكرة واحدة أو رسالة واحدة.
- هـ. تأكد المُثَقِّف أنه يعرف جيداً محتوى الرسالة التي سيناقشها.
- و. تحديد الوسائل البصرية التي ستستخدم.
- ز. تدوين الأفكار التي ستناقش، وتوقع الأسئلة التي قد تثار.
- ح. تأمين جلوس الأفراد واحترام التقاليد والعادات.

2. إدارة المناقشة، وإدارة المناقشة الهادفة يجب اتباع التالي:

- أ. أن يكون المثقف ودوداً ومهذباً ورزينا.
- ب. معاملة الجميع على قدم المساواة.
- ج. تجنب أسلوب المحاضرة.
- د. تحفيز مشاركة الجميع وعدم الاستحواذ على المناقشة.
- هـ. استخدام الآراء التي تطرحها المجموعة لصالح المناقشة.
- و. تشجيع المشاركين على إيجاد حلول.
- ز. استخدام لغة بسيطة مفهومة.
- ح. استخدام وسائل متنوعة لتوضيح الرسالة (القصة، والملاحظة التطبيقية، والأمثال، والنماذج الحية، والصور).
- ط. تصحيح أي خطأ.
- ي. تقديم تلخيص عند الانتهاء من نقطة هامة، وكذلك تلخيص أهم نتائج المناقشة.
- ك. إنهاء المناقشة وتوجيه الشكر للحاضرين.

2. الحديث الصحي في المدارس (4.2)

يعرف الحديث الصحي بأنه "مجموعة من المعلومات الصحية يلقىها المثقف الصحي على مجموعة من التلاميذ وقد يستعين خلالها بوسائل إيضاحية تخدم موضوع الحديث"، والحديث يشبه المحاضرة العلمية إلا أنه تستخدم فيه كلمات بسيطة ودرجة وابتعد عن المصطلحات العلمية التي لا يفهمها الطالب.

الأسس التي يجب على القائم بعملية التثقيف الصحي اتباعها أثناء الحديث:

1. التعرف على نوعية المجموعة التي سيلقى الحديث عليها من حيث احتياجاتها، واهتمامها، والمستوى التعليمي إلخ.
2. اختيار الموضوع المناسب والملائم للمجموعة والمتعلق بالمشكلات الصحية للطلاب.
3. جمع الحقائق عن الموضوع والرجوع إلى المصادر العلمية.
4. التركيز على النقاط الرئيسية فقط دون التفاصيل.
5. الاستعانة بأمثلة وقصص تخدم الموضوع.
6. الاستعانة بوسائل الإيضاح المختلفة من ملصقات وصور ومطويات.
7. تحضير المكان المناسب لإلقاء الحديث الصحي، بحيث يكون له خصوصيته بقدر الإمكان، وأن يكون بعيداً عن الضوضاء ويسهل الوصول إليه.
8. اختيار الوقت المناسب بحيث لا يؤثر على الخدمة الطبية التي يحتاجها التلاميذ.

نصائح وإرشادات للمُثَقِّف الصحي لضمان حديث صحي ناجح:

1. الأخذ في الحسبان أن الحديث الصحي ينشر الحقائق والمعلومات ولا يعلم مهارة أو يغير اتجاه.
2. استيعاب وفهم موضوع الحديث بدقة.
3. تناول الحديث بأسلوب بسيط والبعد عن المصطلحات الطبية.
4. تجنب الموضوعات التي تحتاج إلى أسئلة كثيرة.
5. يجب أن يستغرق الحديث من (15 - 20) دقيقة بما فيها عرض الوسائل الإيضاحية.
6. التمرين على إلقاء الحديث قبل القيام به.
7. تحضير دليل للمناقشة.
8. الحرص على شكر الحضور بعد الحديث.
9. التوقف عن الكلام بين الوقت والآخر للسماح بإعطاء فرصة للمستمع للتعليق على الرسالة.
10. مراقبة حركات وتعبيرات وجه المستمع جيداً حتى يتبين مدى فهم الرسالة.
11. ينبغي على المثقف الإنصات جيداً لتعليقات المستمع وألا يعطي انطباعاً بأنه متعجل أو غير مهتم بتعليقاته.
12. النظر إلى وجه المستمع وتجنب الانشغال بأي شيء يؤثر على انسياب عملية الاتصال (مثل: اللعب بسلسلة مفاتيح أو سبحة أو النظر إلى مكان آخر).
13. تفهم الحالة النفسية والمزاجية للمستمع.
14. عدم مقاطعة المستمع أثناء الحديث.

3. العروض التوضيحية^(5,4)

وهي طريقة تستخدم لتعليم المهارات الحركية، والعرض الفعال هو الذي يمزج المهارات اللفظية مع المهارات الحركية، وإذا تبع العرض ممارسة فورية تكون النتيجة عرضاً عالي الفعالية. وعلى المثقف أن يتأكد من أن إعادة العرض من قبل المجموعة كانت صحيحة ومنتقنة. ومن أشهر الأمثلة، عرض كيفية تقديم الإسعافات الأولية للتلميذ المصاب، وكيفية حماية النفس والمحيطين من التعرض لدم زميل مصاب بهدف منع الأمراض المنتقلة عن طريق الدم، وتتضمن العروض التوضيحية على سبيل المثال:

أ. دراسة الحالة:

وهي عبارة عن تقديم موقف معقد يُعطى للمجموعة للقيام بتحديد نقطة الخلاف الأساسية فيه واقتراح حل لعلاج هذا الموقف، وهذه الطريقة تساعد الناس على حل مشكلاتهم الاجتماعية.

ب. التمثيل وأداء الأدوار:

ويعني تمثيل أوضاع ومشكلات صحية واقعية حيث يتلقى الممثل وصفاً للشخصية التي يتقرر قيامه بتمثيلها ويحاول التصرف والتمثيل كما يتصرف صاحب الشخصية والدور الأصلي. وبعد انتهاء تمثيل الأدوار يقدم كل من الممثلين والمستمعين تعليقاتهم وردود أفعالهم. ثم تتم مناقشة هذه الأدوار التي مُثلت ومدى رضى المجموعة عنها ومدى إمكانية تغيير سلوكيات أصحاب هذه الأدوار أو إيجاد حل لمشكلاتهم. ومن مميزات هذه الطريقة، المشاركة الفعالة من المتعلمين واستخدامها لاكتساب السلوكيات الوجدانية العاطفية. ومن أمثلة ذلك عرض موقف لطالب أثناء دعوته لصديقه المقرب أن يدخل أول سيجارة في حياته، ثم رفض الأخير الدعوة بأسلوب لائق.

4. المشورة الطلابية^(5.2.1)

تعريف المشورة

هي مساعدة مقدمة من شخص له إمكانيات خاصة من المهارات والمعلومات في مجال ما إلى شخص آخر أثناء مناقشتها وجهاً لوجه، بحيث يساعد أحدهما الآخر في اتخاذ القرارات والعمل على تنفيذها. وفي المشورة فإن المبادرة تكون من طالب المشورة لأنه هو الذي يجب أن يعرف معنى وعواقب المشكلة، وهو الذي يجب أن يتخذ القرار لحل هذه المشكلة. فعندما تعتمد العواقب على اتخاذ القرار، فإنه يصبح من الضروري تنمية المهارات والاعتماد على النفس في الأمور التي تخص القرارات والإجراءات الصحية. وتعد خدمة المشورة خدمة مميزة ومتقدمة، لذا فهي عادة لا تقدم إلا في مدارس الدول المتقدمة، وذلك من خلال وحدة متخصصة ملحقة بالمدرسة أو متعاقد معها. ومن أمثلة اتخاذ القرارات في المدرسة:

1. التدخين أو عدم التدخين.
2. التغذية السليمة والحمية لإنقاص الوزن.
3. العلاقة بالجنس الآخر والصحة الإنجابية.

وهكذا فإن مثل هذه السلوكيات تحتاج لجهد ووقت لتتحول من طابع الضرر إلى النفع، وتتطلب اتصالاً شخصياً يعرض فيه مقدم المشورة البدائل المتاحة ويناقشها بالتفصيل، ثم يترك للمستقبل حرية اتخاذ القرار. ومن المهارات الأساسية للمشورة التي يتعين على مقدم المشورة اكتسابها بالتدريب والممارسة وكثرة الاطلاع:

1. مهارة التواصل الجيد.
2. مهارة الإنصات الجيد.
3. مهارة المحادثة الجيدة.
4. مهارة إلقاء الأسئلة.
5. مهارة الإقناع.

المهارات الأساسية للمشورة

1. مهارة التواصل الجيد، وتتمثل في الآتي:

- أ. مقابلة الطالب في مكان يتسم بالخصوصية والراحة.
- ب. الاستماع إلى ما يقول، وكيف يقوله.
- ج. ملاحظة اختيار الكلمات وتعبيرات الوجه والحركات.
- د. محاولة رؤية الأمور من وجهة نظر الطالب.
- هـ. إعطاء وقت للطالب لكي يفكر.
- و. توجيه الأسئلة والتحدث مع الطالب ليدرك أن مقدم المشورة منصت إليه.
- ز. عدم المقاطعة أو مغادرة المكان قبل أن ينتهي الطالب من حديثه.

2. مهارة الإنصات الجيد، وتكون عن طريق:

- أ. استخدام كامل الجسد: خفض الرأس بين الحين والآخر عند الموافقة على الحديث، مع إبداء علامات الاندهاش على الوجه عند عدم الفهم.
- ب. إعطاء المتحدث مساعدات لفظية: من الممكن استعمال بعض التعبيرات اللفظية التي تساعد المتحدث على الاستمرار والانفعال في الحديث مثل "نعم" و "مضبوط" أو طرح أسئلة عن الأشياء التي لم يذكرها المتحدث لتوضيح الرسالة.
- ج. تلخيص ما تم سماعه: من الممكن عمل ذلك عن طريق كتابة بعض الكلمات التي تذكر مقدم المشورة بالمقصود من الرسالة ودائماً يجب تذكر معنى ما يقال وليس الجمل التي تقال، وكلما كثرت الملاحظات المكتوبة، كان المستمع غير جيد.

3. مهارة المحادثة الجيدة

- إن أكبر نسبة من أنشطة التواصل هي المحادثة، لذلك لابد أن تكون المحادثة بناءة، وتنقسم المحادثة إلى الآتي:
- أ. الحديث.
 - ب. الاستماع.
 - ج. إلقاء الأسئلة.
 - د. إعطاء الرأي.

ويجب تكوين علاقة جيدة قبل إعطاء مقدم المشورة رأيه وعندما يبدي رأيه، فإنه لابد وأن يبديه بتلخيص وبتحديد مع سؤال الطرف الآخر عن تعليقه على هذا الرأي.

محتوى المحادثة الجيدة

- أ. ألا يقترب مقدم المشورة بشكل كبير من الشخص الآخر، إذ قد ينشأ شعور بالضيق الناتج عن الإحساس بتنفس الآخر أو الرذاذ.
- ب. الجلوس في مقعد قريب ليصير الوضع غير رسمي.
- ج. عدم تحويل المحادثة إلى جدال.
- د. أن يدع مقدم المشورة المحادثة تنشأ من خلال الأسئلة الموجهة منه، مع وضع بعض الإجابات والتعليقات من وحي تجاربه الشخصية.
- هـ. بدء المحادثة بالجمل المفتوحة.

4. مهارة إلقاء الأسئلة، وتتمثل فيما يلي:

- أ. استعمال نبرة الصوت التي تبين الاهتمام.
- ب. طرح سؤال واحد محدد في كل مرة.
- ج. طرح الأسئلة التي تجعل الطالب يخبر باحتياجاته.
- د. طرح الأسئلة التي لا يمكن إجابتها بنعم أو لا (الأسئلة المفتوحة) فهي تشجع الاسترسال في الحديث.
- هـ. طرح نفس السؤال بطرق متعددة إذا شعر مقدم المشورة بأن الطالب لا يبدو عليه الفهم.

أنواع الأسئلة

- أ. أسئلة مغلقة: البدء باستخدام أسئلة مغلقة تكون الإجابة عليها مختصرة ودقيقة.
مثال: كم عمرك؟، وكم عدد أفراد أسرتك؟، وهل سبق لك التدخين؟
- ب. أسئلة مفتوحة: الاستمرار بإلقاء أسئلة مفتوحة النهاية تكون الإجابة عنها طويلة تتطلب التفكير وتسمح بالشرح.
مثال: ماذا تعرف عن مكونات السيارة؟ ماذا تعرف عن مضادات الأكسدة؟
- ج. أسئلة متعمقة: يجب طرح أسئلة متعمقة عندما تكون الإجابة غير كافية وتتطلب الحصول على معلومات إضافية.
مثال: كم مادة كيميائية تحتويها السيارة وأيها أشد ضرراً؟ ماذا يحدث لمضادات الأكسدة إذا تعرضت للتخزين؟

د. أسئلة إيجابية: يجب الامتناع عن الأسئلة الإيحاءية لأنها تُوحي بالإجابة عن السؤال بشكل معين.

مثال: هل سمعت أن التدخين يؤدي إلى سرطان المعدة؟

نصائح للسؤال الجيد

- أ. يجب ألا يقود السؤال إلى الإجابة بنعم أو لا.
- ب. ينبغي ألا يقود السؤال إلى إجابة محددة (يجب فعل ذلك فقط عند الرغبة في ترسيخ فكرة في ذهن الطالب).
- ج. يجب ألا يحدد السؤال الهدف النهائي لمقدم المشورة.
- د. ينبغي أن يكون السؤال قصيراً ليسهل فهمه.
- هـ. لا بد أن يكون السؤال محدداً لنقطة واحدة.

5. مهارة الإقناع

إن مقدم المشورة للطالب، سواء الاختصاصي الاجتماعي أو المعلم أو الاختصاصي النفسي، يواجه العديد من المشكلات والسلوكيات الصحية التي يسعى إلى تغييرها، وأول طريقة لحل هذه المشكلات هو إقناع طالب المشورة بتغيير هذه السلوكيات غير الصحية وذلك عن طريق إظهار الصداقة والود حتى يكون هناك مناخ إيجابي يؤدي إلى الإقناع بمبدأ ما. كما يتطلب إقناع الطالب سماع وجهة نظره في قضية السلوك الصحي محل المشورة، ودراسة المؤثرات المحيطة به من عوامل أسرية ونفسية وزملاء، هذا بالإضافة لتقديم معلومات صحيحة ومؤكدة وبأسلوب شيق ومؤثر.

نصائح عامة أثناء المشورة

- أ. ألا يبادر مقدم المشورة بالنصيحة أو إلقاء محاضرة.
- ب. تقديم الحقائق البسيطة.
- ج. استعمال جمل بسيطة وكلمات سهلة الفهم.
- د. احترام عادات وتقاليد الطرف الآخر.

بعض النماذج الإدارية المستخدمة في برامج التثقيف الصحي في المدارس: (4)

1. نموذج رصد المشكلات الصحية والاحتياجات التثقيفية للطلاب.
إدارة الصحة المدرسية بـ ...
اسم القائم بالتثقيف:
مدرسة:
وظيفته:

دراسة المشكلات الصحية بالمدرسة:

1. أهم المشكلات وترتيبها حسب أهميتها:
- الزيادة المطردة في تناول المشروبات الغازية.
- التهكم على التلاميذ ذوي الوزن المنخفض.
- ازدياد معدلات الشكوى من آلام ونخر الأسنان.
.....
2. ترتيب المشكلات حسب خطورتها وإمكانية تنفيذ حملة تثقيفية لها:
- ازدياد معدلات الشكوى من آلام ونخر الأسنان.
.....
3. الأسباب التي ساعدت على ظهور المشكلات التي تم اختيارها:
.....

يعتمد مدير المدرسة

القائم بالتثقيف

2. نموذج خطة تعزيز نشاط الاتصال والتعليم المتعلق بصحة الأم والطفل.

إدارة الصحة المدرسية: مركز: اسم القائم بالتثقيف: وظيفته:

الخط						
اليوم	النشاط	الموضوع	المكان	المستهدفون بالتوعية	وقت النشاط	ملاحظات
السبت	المناقشة في مجموعات					
	المشورة					
	حديث صحي (ندوة)					
	رحلة ميدانية أو حملة طلابية					
الأحد	المناقشة في مجموعات					
	المشورة					
	حديث صحي (ندوة)					
	رحلة ميدانية أو حملة طلابية					
الاثنين	المناقشة في مجموعات					
	المشورة					
	حديث صحي (ندوة)					
	رحلة ميدانية أو حملة طلابية					

الثلاثاء	المنافشة في مجموعات				
	المشورة				
	حديث صحي (ندوة)				
	رحلة ميدانية أو حملة طلابية				
الأربعاء	المنافشة في مجموعات				
	المشورة				
	حديث صحي (ندوة)				
	رحلة ميدانية أو حملة طلابية				
الخميس	المنافشة في مجموعات				
	المشورة				
	حديث صحي (ندوة)				
	رحلة ميدانية أو حملة طلابية				
يعتمد مدير المدرسة					
القائم بالتثقيف					

عملية التقييم لأنشطة التثقيف الصحي⁽⁴⁾

كما سبق وأشرنا، فإن إدارة البرامج الصحية تبدأ بالتخطيط لعملية التثقيف الصحي التي يجب أن تبدأ بتحديد المشكلات والاحتياجات الصحية بالمدرسة قبل أن تمر بتحديد من ومتى وأين وكيف ستقوم عملية التثقيف. ويتبع ذلك عملية التنفيذ ثم التقييم، ويجب إشراك العاملين بالمدرسة في كل المراحل والخطوات.

وتهدف عملية التقييم إلى معرفة التقدم الذي حدث في تغيير المفاهيم والسلوكيات. ويجب أن يكون التقييم مبنيًا على قدر كافٍ من المعلومات التي يتم جمعها من مصادر مختلفة بوسائل عديدة. وتتضمن أساليب الحصول على المعلومات ما يلي:

1. الاختبارات مثل الاختبار القبلي والاختبار البعدي (أي قبل وبعد النشاط التثقيفي مع المقارنة بينهما).
2. الملاحظات المباشرة والملاحظات غير المباشرة لمعايير البيئة، وسلوكيات الطلاب، ونظافة التلاميذ.
3. السجلات التراكمية للخدمات الصحية داخل المدرسة.
4. استخدام تلخيصات المقابلات والحوار، والأعمال الكتابية والأنشطة، ووسائل الإيضاح، وغيرها.

الجولة الثالثة عشرة حول العالم⁽⁶⁾

في تجربته الناجحة لإعداد معايير لتقييم عملية التثقيف الصحي داخل المدرسة، أنتج مركز تطوير المناهج والمواد التعليمية بوزارة التربية والتعليم بمصر بالتعاون مع الجمعية المصرية لصحة الأسرة وثيقة التثقيف الصحي التي تحوي معايير لتقييم عملية التثقيف الصحي التي يجب أن يتصف بها التلميذ، وهي خاصة بثمانية مجالات رئيسية هي: الصحة العامة، التغذية السليمة، والنظافة الشخصية، والأمراض، والحوادث والإصابات، ومراحل النمو، والصحة الإنجابية، والمهارات الحياتية. وسنضرب مثلاً لأحد المعايير الموجودة تحت مجال التغذية السليمة، وهو المعيار الرابع من بين ستة معايير، وهو "اكتساب العادات الغذائية الصحية". وتشمل مؤشرات هذا المعيار:

- أ. أن يحدد التلميذ المقصود بالعادات الغذائية.
- ب. أن يذكر عادات التغذية الصحية وأثرها على الصحة.
- ج. أن يستنتج العادات الغذائية الصحية.
- د. أن يتعرف بعض العادات الغذائية غير السليمة.
- هـ. أن يوضح آثار العادات الغذائية غير السليمة على الصحة.
- و. أن يُقيم عادات الغذاء الشائعة وأثرها على الصحة.

إن صدور الوثيقة يُعد خطوة بناءة نحو تطوير عمليات التثقيف الصحي بالمدارس، ويبقى أن يتم تدريب المرشدين الصحيين بالمدارس على هذه المعايير، ثم متابعة مدى التزامهم بإجراء هذا التقييم على مدارسهم كخطوة لإدارة جودة التطبيق داخل المدرسة، وأيضاً مدى استخدام المسؤولين في إدارة الصحة المدرسية لها.

المنهج النموذجي للتثقيف الصحي في المدارس⁽⁸⁾

تسعى البحوث العلمية بشكل متنامٍ إلى البحث عن إطار للمنهج النموذجي للتثقيف الصحي للطالب بحيث:

1. يقدم المعلومات الصحية المؤثرة في الطالب.
2. يشكل المعتقدات والقيم الشخصية التي تدعم السلوكيات الصحية.
3. يدعم الأعراف الجماعية التي تُعلي قيمة أسلوب الحياة الصحي.
4. ينمي المهارات الصحية الأساسية التي تتبنى ممارسة السلوك الصحي السليم.

ويتميز منهج التثقيف الصحي الفعال حسب المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض بالصفات الآتية:

1. يركز على أهداف صحية واضحة ومتعلقة بنتائج متعلقة بالسلوك.
2. يضع المنهج الفعال التجارب الناجحة التي سبقته في الحسبان، كما يعتمد على النظريات العلمية الموثقة، ولا يضع في الحسبان فقط المستوى المعرفي للطلاب، وإنما يهتم أيضاً بكل العوامل المؤثرة في الصحة والعوامل الاجتماعية والأعراف السائدة والمهارات المتعلقة بالسلوك الصحي.
3. يحفز الطلاب على تقييم ومراجعة الاتجاهات والسلوكيات الصحية بشكل شخصي، مع تحفيز الطلاب على ملاحظة وتقييم السلوك الصحي لزملائهم، على سبيل المثال رصد عدد الزملاء الذين يتعاطون المخدرات، ثم الاهتمام بتصحيح ذلك بينهم.
4. يركز على رفع إدراك الطلاب بحجم المخاطر الصحية التي يتعرضون لها ويحفزهم بشكل شخصي للبحث عن وسائل الحماية ضدها.
5. يحلل الضغوط الشخصية والاجتماعية ويضعها في الحسبان، مثل تأثير الإعلام وتأثير الزملاء والحوافز والضغوط الاجتماعية التي تعيق انتهاج السلوك الصحي.
6. ينمي المهارات الأساسية والكفاءة الشخصية من خلال التدريب على مهارات الاتصال، ورفض العروض الضارة، ومهارات تقييم دقة المعلومات، واتخاذ القرارات، والتخطيط وتحديد الهدف، والتحكم في الذات، وبالتالي بناء الثقة بالنفس التي تجعلهم قادرين على مواجهة الضغوط الاجتماعية وتقليل المخاطر.
7. يوفر من المعلومات فقط ما هو أساسي ودقيق ويتعلق بشكل مباشر بالسلوك الصحي.
8. يكون مرتكزاً حول الطالب، ويدمج الطالب في الخبرات التثقيفية من خلال المناقشات الجماعية والتعليم التشاركي وحل المشكلات وتمثيل الأدوار والأنشطة التي يقودها الطلاب.

9. يقدم ويوفر الوقت الكافي للتعلم لكي يحدث التأثير المطلوب.
 10. يوفر الفرصة لمد الروابط مع الشخصيات المؤثرة والنماذج التي يحتذى بها.
- ويصاحب هذا المنهج خطأً للتدريب والتطوير المهني للمعلم لكي يستطيع القيام بدوره في التثقيف الصحي.

نماذج من الظواهر الخطيرة التي يجب تثقيف الطلاب حولها

أولاً: ظاهرة الإدمان⁽⁸⁾

إن الإدمان كما عرفته منظمة الصحة العالمية عام 1991م هو "حالة نفسية أحياناً ناتجة عن تفاعل بين كائن حي وعقار مخدر، ويتميز بسلوك واستجابات قهرية لتعاطي المخدر بشكل متواصل أو على فترات، وذلك لتجربة آثاره النفسية وأحياناً لتجنب الشعور بعدم الارتياح الناتج عن عدم تعاطيه".

مسببات الإدمان

يُعد تعاطي المسكرات طريقة لمحاولة الظهور بمظهر الكبار، يشجع عليها وجود نماذج لها بين أفراد الأسرة الأكبر سناً، والشخصيات الهامة التي تسلط عليها الأضواء في وسائل الإعلام، فإذا كانت الأسرة مفرطة في التساهل، أو تسودها الخلافات، فإن الخطر يكون أكبر. كما أن تعاطي المسكرات له صورة إيجابية زائفة بين الشباب من حيث ارتباطه بصلاصة العود والتمرد والجاذبية والروح الاجتماعية. وهم يتعاطون المسكرات كما يفعل من يكبرهم سناً كطريقة سريعة لإزالة القلق. ونظراً لأن تعاطي المسكرات يبدد العقل فإنهم حتى لو عرفوا الآثار الآجلة لتعاطيها، وهي في الغالب غير معروفة لديهم فإنهم قد يقللون من أهميتها أو يتجاهلونها. وينصرف بعض الشباب إلى تعاطي المسكرات طلباً للتنفيس عن انفعالاتهم، عندما يعجزون عن تحمل الضغوط التي تطالبهم بإنجاز بعض المهام سواء داخل الأسرة، أو في العلاقات الاجتماعية، أو في المدرسة، أو في السعي للحصول على العمل أو في أدائه.

ومن بين العوامل التي يشجع ارتباطها بمعاقرة المخدرات، تساهل الأسرة والأتراب أو موافقتهم الإيجابية، وضعف رقابة الوالدين وتسيبهما، وسهولة الحصول على المخدرات، والطرد من الأسرة. ولقد أصبحت معاقرة المخدرات ترتبط بالثقافة المضادة المتعلقة بالشباب، تمرداً على التقاليد وسعياً وراء التجارب الجديدة. لقد أصبح ذلك وباءً في كثير من أنحاء العالم، وخاصة بين الشباب، حيث انخفض متوسط عمر المتعاطين في السنوات الأخيرة. لذلك أصبح من الضروري توجيه الرسائل الخاصة بقضية الإدمان للتلاميذ وأسرهـم.

أضرار الإدمان، ويتسبب الإدمان في كثير من الأضرار التي من بينها ما يلي:

1. يتعرض المفرطون في تعاطي المسكرات بدرجة أكبر لخطر الإصابة بالسرطان والقرح ومرض القلب وضُمور العضلات وسوء التغذية وتشمع (تليف) الكبد الذي يشكل سبباً رئيسياً للوفاة في عدد من البلدان.
 2. إن الحامل التي تتعاطى المسكرات تعرّض جنينها بدرجة أكبر لخطر الإصابة بتلف الدماغ ونقص النمو، والتخلف العقلي نتيجة ارتفاع مستويات الكحول في الدم.
 3. إن تعاطي المسكرات لا يؤثر على الجسم فحسب، وإنما يؤثر في السلوك أيضاً. وفي المدى الأطول تزيد احتمالات معاناة معاقري المسكرات من الآثار الاجتماعية المتمثلة في فقدان الأصدقاء، وعدم استقرار الحياة الزوجية وإساءة معاملة الأبناء، والفشل في مجال الدراسة والرياضة والعمل.
 4. غالباً ما يؤدي السكر الشديد الذي يتساوى من حيث الأهمية مع التعاطي المزمن، إلى الاستخفاف بالمحظورات الجنسية.
 5. إن السكر الشديد هو المسؤول إلى حد كبير عن العدوانية والجريمة والسلوك الانتحاري والحوادث التي تقع في الطريق وفي المنزل والتي تشكل سبباً رئيسياً للعجز والتشوه والوفاة في سن الشباب.
 6. ترتبط المسكرات بمحاولات الانتحار والحوادث المسببة للوفاة أو العجز بسبب قدرتها على تغيير ردود الفعل الإدراكية والنفسية والحركية.
 7. إن تعاطي المخدرات عن طريق الحقن قد ينجم عنه خطر صحي مميت جديد هو عدوى فيروس العوز المناعي البشري التي تؤدي إلى الإصابة بالإيدز.
- ولذلك، فقد اهتمت العديد من الدول بقضية المخدرات والمسكرات لما لها من أضرار اقتصادية واجتماعية وصحية جسيمة على كل فئات المجتمع، ولقد تباينت الخطط والبرامج المقترحة لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات والمسكرات على مستوى المجتمع، كما سيتبين:

1. البرنامج التربوي

إن الإدمان على المخدرات والمسكرات من أخطر المشكلات التي تواجه الفرد والأسرة والمجتمع، لذا علينا توجيه أولياء الأمور وتعليمهم الطرق السليمة في معاملة أطفالهم، حيث يركز هذا البرنامج على أسباب الإدمان التي تتضمن: ضعف الرقابة والخلافات الأسرية،

ورب الأسرة المدمن، ويهدف البرنامج التربوي إلى:

- أ. تعليم الطفل العادات الصالحة والتقاليد والقيم ومبادئ الدين الحنيف.
- ب. معاملة جميع أفراد الأسرة معاملة عادلة وعدم التفرقة بينهم.
- ج. إكساب الطفل الإحساس بالثقة التي تمكنه من اتخاذ المواقف الجيدة.
- د. ابتعاد الوالدين عن الخلافات الأسرية قدر الإمكان.
- هـ. إعطاء الطفل الحنان والأمان.

2. البرنامج الوقائي

- يركز هذا البرنامج على أسباب الإدمان التي تتضمن: أصدقاء السوء، وضعف الوازع الديني، وتوفر المخدرات. ويهدف البرنامج الوقائي إلى:
- أ. توجيه حملة تعليمية للمعلمين والطلبة وأولياء أمورهم.
 - ب. توفير معلومات وافية عن مخاطر إدمان المخدرات والمسكرات بصورة مدروسة قبل نشرها.
 - ج. تقوية الوازع الديني في الأسرة والمدرسة.
 - د. ملء وقت الفراغ للطلاب بهوايات مفيدة وهادفة، مثل الرياضة والمشاركة في أعمال تساهم في خدمة المجتمع.
 - هـ. قيام المؤسسات والهيئات الحكومية بمحاربة تجار المخدرات وتقوية دور الإعلام في التعليم والإرشاد لمكافحة انتشار ظاهرة الإدمان.

3. البرنامج العلاجي

يركز هذا البرنامج على أسباب الإدمان التي من أهمها الضغوط العائلية وبعض الاضطرابات النفسية، والمعتقدات الخاطئة، والمشكلات الأسرية، ويهدف البرنامج العلاجي إلى:

- أ. بناء وتطوير مراكز لمعالجة المدمنين مع توفير المواد الطبية والنفسية والاجتماعية اللازمة وإمدادها بجميع الإمكانيات المادية اللازمة.
- ب. تعزيز قوة الإيمان في الفرد وذلك للتخلص من الإدمان.

- ج. استخدام المجموعات العلاجية على نطاق واسع.
- د. مساعدة المدمن للارتقاء إلى مستوى المشاركة في حل مشكلته ومنحه فرصة لتحويل قدراته نحو الجماعة.
- هـ. إشراك الأسرة في المجموعات العلاجية أنفة الذكر لتوجيههم في كيفية معاملة المدمن بعد تأهيله (المعالجة العائلية).

4. البرنامج التشريعي

- ظهرت تطورات تشريعية لمواجهة جرائم المخدرات، حيث قامت وزارات الداخلية في معظم البلاد العربية بجهود حثيثة في إصدار قوانين مختلفة بشأن مراقبة تداول المواد والمستحضرات المخدرة واستعمالها، كذلك احتوت هذه القوانين العقوبات المترتبة على تعاطي أو حيازة أو الإتجار بالمواد والمستحضرات المخدرة. ومن أهم الجهود في مكافحة المخدرات:
- أ. إحكام مراقبة منافذ البلاد الجوية والبحرية لمنع دخول المواد المخدرة سواءً بهدف ترويجها داخل البلاد أو للمرور بها لدول أخرى.
- ب. تقرير إجراءات التحري والمراقبة في أماكن اللهو والأندية والتجمعات الشبابية لمنع ترويج المخدرات فيها.
- ج. تقرير إجراءات المكافحة التي تستهدف عصابات وأفراد التهريب والترويج.
- د. تقرير التعاون الإقليمي والدولي في مكافحة المخدرات والوقاية منها وتطوير التعاون بين أجهزة المكافحة في الدول العربية والدولية.

ثانياً: ظاهرة الإدمان على الهواتف الذكية

أُجريت حديثاً في جامعة سول في كوريا دراسة بينت لأول مرة الأساس الكيميائي والعصبي لهذا النوع من الإدمان من خلال دراسة صور الرنين المغناطيسي لأدمغة المراهقين المصابين بالإدمان على الهواتف الذكية.⁽¹⁰⁾ فقد أفادت هذه الدراسة المهمة أن تركيز بعض المركبات الكيميائية المهمة والمسؤولة عن توصيل الإشارة العصبية وعن إثارة الخلايا العصبية قد تأثر، إما زيادةً أو نقصاناً لدى الأفراد المدمنين، وهو ما يجعلهم أكثر عرضة لأعراض ذهنية وسلوكية وعصبية كثيرة من أهمها الاكتئاب، والتوتر والأرق والعزلة الاجتماعية وعدم الاتزان. لكن الجانب الإيجابي في نتائج هذه الدراسة أن هذه الاضطرابات الكيميائية لم تلبث أن عادت إلى مستوياتها الطبيعية بعد تعرض أفراد العينة لجلسات العلاج السلوكي والنفسية. إن هذه المشكلة السلوكية والذهنية تحتاج إلى وقفة جادة من الأهل والمختصين، بل

ومتخذي القرار والتشريعيين، خاصة في وقت أصبح فيه تعرّض الأطفال لهذه الأجهزة يتم في وقت مبكر، حيث أثبتت الدراسات انخفاض العمر الذي يمتلك فيه الطفل هاتفه الأول إلى عشر سنين، حيث تكون قابلية المخ للتأثر بالعوامل الخارجية في أوجها، وقد تكون هذه الآثار مدمرة ما لم نتدخل مبكراً. وقد سارعت بعض الدول المتقدمة إلى افتتاح عيادات متخصصة في علاج الإدمان على التكنولوجيا وهو ما يشير إلى تفشي هذه الظاهرة والآثار المدمرة التي تسببها لدى الأجيال الناشئة. ونحن نتطلع لمبادرات واعية ومبدعة تتكاتف فيها المدارس مع الأسر لتكوّنوا حصناً منيعاً لحماية أبنائنا.

ثالثاً: ظاهرة التدخين⁽¹¹⁾

تحتوي السجارة على 4 آلاف مادة سامة من أخطرهم أحادي أكسيد الكربون والنيكوتين، كما تحتوي على 37 مادة مسببة للسرطان، بالإضافة للعديد من الأمراض، لذا وجب علينا حماية أبنائنا منها. وفيما يلي جدول يوضح الأمراض التي يسببها التبغ للإنسان تبعاً لطريقة استخدامه.

(الجدول 15): الأمراض التي يسببها التبغ للإنسان تبعاً لطريقة استخدامه.

عن طريق الاستنشاق	عن طريق المضغ	عن طريق التدخين
- سرطان الرئة.	- سرطان الفم.	- سرطان الرئة.
- سرطان الحلق.	- سرطان الحلق.	- أمراض القلب.
- سرطان الأنف.	- سرطان المريء.	- النزلات الشعبية المزمنة.
- أمراض القلب.	- أمراض القلب.	- الضعف الجنسي.
- الضعف الجنسي.	- الضعف الجنسي.	- انتفاخ (نفّاخ) الرئة.
- الربو.	- أمراض اللثة.	- الحساسية.
- الحساسية.	- سقوط الأسنان.	- التهاب الحلق.
- التهاب الأنف.	- الرائحة الكريهة بالفم عند	- الصداع.
- اصفرار الوجه.	التنفس.	- حرقة العين.
	- اصفرار الأصابع والأسنان.	- الرائحة الكريهة بالفم عند التنفس.
		- اصفرار الأصابع والأسنان.

كيفية الإقلاع عن التدخين

في الفترة التي تسبق الإقلاع عن التدخين التي يصعب على المدخن فيها اتخاذ القرار الحاسم بالإقلاع ينبغي مساعدته على القيام بما يلي:

1. تقليل سحب الدخان من السيجارة وعدم الاستنشاق بعمق.
 2. تقليل عدد مرات التدخين يومياً، والاكتفاء بتدخين نصف السيجارة فقط.
 3. استخدام السجائر منخفضة المحتوى من النيكوتين والقطران.
 4. التعرف على أعراض الانسحاب مسبقاً، وهي شبيهة بأعراض عدوى الأنفلونزا الوخيمة، وتستمر لنفس الفترة وهي تتراوح بين حوالي أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. وتشمل الصداع، والأرق أو كثرة النوم، والإمساك، والغثيان، وآلام في الجسم، وقلة ثم زيادة الرغبة في الطعام، والضيق بسبب التلهف على السجائر.
- وينبغي على المدخن أيضاً أن يُعد في ورقة قائمة بكل عيوب وأضرار التدخين، ثم يكتب كل مزايا الإقلاع، ثم الاحتفاظ بالورقة ومعاودة قراءتها بين آن وآخر، ومطالعتها في بداية فترة الإقلاع، وكلما شعر بالرغبة في التدخين. أما حينما يتخذ المدخن قراراً حاسماً بالإقلاع عن التدخين فلن تمر الفترة الأولى من الإقلاع بسلاسة، ولكي يتجنب حدوث انتكاسة بالعودة للتدخين مرة أخرى يجب أن يضع في الحسبان كل ما يأتي:

1. أن يعلن لمن حوله عن قرار الإقلاع، فهذا يلزمه أمام نفسه أولاً، ثم أمامهم باستكمال القرار والالتزام بالاستمرار فيه.
2. التخلص من السجائر التي توجد لديه، والإلقاء بها في سلة المهملات، وكذلك التخلص من الولاة وأية أداة كان يستخدمها بشكل منتظم أثناء التدخين.
3. العزم على ألا يشتري السجائر أبداً، وألا يحملها، وأن يتجنب الأصدقاء المدخنين في الفترة الأولى، ويتجنب الذهاب إلى الأماكن التي كان يعتاد التدخين فيها، ويتجنب المرور على البائع الذي كان يشتري منه السجائر.
4. غسل كل الملابس وأغطية الفراش، لأنها تحمل رائحة السجائر التي تحفره للعودة للتدخين، والقيام بتهوئة الحجرة والسيارة جيداً.
5. الإكثار من شرب الماء، فكثرة الماء تقلل من حموضة البول، وحموضة البول تسحب النيكوتين الطبيعي للجسم فيخرج في البول، فيشعر المدخن بحاجة للنيكوتين، لذلك قيل "مزاج المدخن مرتبط بمثاقنته".
6. الاحتفاظ دائماً ببعض المأكولات الخفيفة تعويضاً عن التدخين كاللبان خالي السكر، والنعناع، والجزر، والمكسرات، والتمرس، وما شابهه مع وضع أطباق منها عديدة في الأماكن التي كان عادة يدخن عندها مثل السيارة، أمام التليفزيون، أو بجوار الفراش.

7. غسل الأسنان بمعجون أسنان قوي النكهة ثلاث أو أربع مرات يومياً.
8. الإكثار من ممارسة الرياضة، وعدم نسيان شرب الماء بوفرة.
9. بعد مرور أول أسبوعين من الإقلاع ينبغي أن يحتفل المقلع عن التدخين بهذا الحدث مع أحبائه الذين سيسعدون بنجاته من الخطر.
10. مكافأة المقلع نفسه بشراء هدية بالمبلغ الذي وفره بسبب الإقلاع.
11. كلما شعر المدخن أثناء الإقلاع عن التدخين بالرغبة في العودة مرة أخرى فعليه باتباع الآتي:
 - أ. تغيير مكانه وشغل نفسه بشيء آخر.
 - ب. أن يضع في فمه مبسماً خالياً من السجائر.
 - ج. أن يأكل جزراً أو أياً من المأكولات المذكورة سابقاً.
 - د. مراجعة الورقة التي كتبها قبل الإقلاع عن أضرار التدخين ومزايا الإقلاع.
 - هـ. أن يتذكر أنها أيام وستمر، ويذهب الألم ويبقى الأجر والنفع إن شاء الله.
 - و. أن يضع حول معصمه رباطاً مطاطاً، وكلما راودته نفسه للعودة للتدخين يشد الرباط بعيداً ويتركه فجأة ليؤله ويقول لنفسه "توقف .. توقف .. توقف" مرات عديدة.
12. أن ينشر المقلع عن التدخين تجربته، فهناك طابور طويل من الأسرى لهذه العادة الذميمة الدخيلة على مجتمعاتنا وثقافتنا ينتظرون يد النجاة لتمتد إليهم.

كيف يقول المراهق "لا" لصديقه الذي يدعوه للتدخين لأول مرة؟

إن الازدياد المطرد في معدلات انتشار التدخين بين المراهقين، وانخفاض سن بدء التدخين يشير إلى أن أكثر من يستهدف مُسوِّقي التدخين هم طلبة المرحلة الإعدادية، بل وأحياناً الفصول المتقدمة في المرحلة الابتدائية، فالتدخين لا يعرف سناً، ومن هنا تظهر أهمية دعم التقدير الذاتي لدى التلاميذ، وتمكينهم لكي يصرون على رفض "السيجارة الأولى" في حياتهم، فالتلميذ يقع فريسة سهلة لبدأ "سأجرب ثم أقلع متى أردت" بينما يظل سجيناً للسيجارة لسنوات عديدة قد تمتد لفترة عمره كلها، وكلما همَّ بالإقلاع ضعفت عزيمته، أو انتكس بالعودة للتدخين. فالنجاح يكمن في رفض السجارة الأولى. وهذه مجموعة من الرسائل التي يمكن تلقينها للتلاميذ لدفع أول حلقة في سلسلة أغلال التدخين. ويمكن توصيلها عن طريق قيام التلاميذ بتمثيل الأدوار على سبيل المثال، أو دراسة الحالة بأن

يُعرض موقف أمام التلاميذ، ثم يناقشهم المُثَقَّف في التصرف الأمثل لكل منهم. ومن نماذج هذه الردود الراضية لأول سيجارة:

1. "أنا أحبك وأنت أعز صديق لدي، لكنني أفضل إنفاق مصروفي على ما أشتهي من الحلوى".
2. "أنا أستمع بلعب الكرة معك، لكن لو علم أبي بتدخين السيجارة سيغضب مني كثيراً".
3. "لن يكفي مصروفي الصغير لدفع نفقات السجائر".
4. "أحب التنزه معك، لكنني أخشى أضرار التدخين الصحية".
5. "أريد شراء جاكيت، موبایل جديد".
6. "نحن أصدقاء، لكن هذا لا يعني أن نتصرف كشخص واحد".

رسائل تثقيفية عن الإسعافات الأولية في المدارس

يتعرض طلاب المدارس والعاملون بها لكثير من الإصابات والحوادث، منها ما يُشفى بشكل تلقائي، ومنها ما يحتاج لسرعة تقييمه وإسعافه ثم القيام بتحويله للطبيب أو طلب الإسعاف إذا لزم الأمر. وقد قدمت إحدى الموسوعات الصحية العربية⁽¹²⁾ توجيهات للقيام بالإسعافات الأولية على الوجه السابق، نعرضها فيما يلي مع عمل بعض الإضافات البسيطة بهدف تبسيط العرض:

1. النزيف (النزف)

في حالة الجروح البسيطة

أ. محاولة إيجاد مادة ماصة وغير قابلة للالتصاق بالجروح لتضميد الجرح النازف للمصاب. والضمادة المثالية التي يمكن استخدامها تكون مصنوعة من الشاش الطبي الذي يتميز بخاصية امتصاص السوائل وعدم الالتصاق بالجرح، ولكن الحوادث والإصابات لا تقع دائماً في أماكن تتوفر فيها الضمادات المثالية. لذلك في الحالات التي لا تتوفر فيها ضمادات طبية يمكن استخدام مادة بديلة بشرط أن تكون نظيفة وتتميز بخاصية عدم الالتصاق بالجرح. ويمكن أن يستخدم المسعف أقمشة الملابس أو المناشف أو أغطية الأسرة كضمادات للجروح النازفة، أما محارم التواليت فهي ليست خياراً جيداً للاستخدام كضمادات، وذلك لأن هذه المواد تتفتت عندما تبتل، كما تلتصق بالجروح، الأمر الذي قد يؤدي إلى تلوث الجروح والتهابها ويجعل تنظيف الجروح فيما بعد أمراً معقداً.

ب. الحذر من لمس دم المصاب فقد يكون مصاباً بمرض معد.

ج. جعل الجزء المصاب أعلى من مستوى الجسم إذا كان ذلك ممكناً.

في حالة النزف الشديد

- أ. رفع المنطقة النازفة. ووضع المصاب في وضع استلقاء على الأرض للحيلولة دون فقدانه للوعي.
- ب. غسل اليدين جيداً بالماء والصابون، وارتداء قفازين طبيين، أو وضع طبقات عديدة من المحافظ اللينة أو البلاستيكية بين يدي المسعف والجرح. ويجب الحذر من لمس دم المصاب، فقد يكون مصاباً بمرض معد.
- ج. نزع أي أجسام يمكن رؤيتها على سطح الجرح، مع عدم محاولة تنظيفه.
- د. الضغط بقوة على الجرح بخرقه (قطعة قماش) نظيفة أو بآية مادة موجودة؛ فإذا كان هناك جسيم عميق في الجرح، يكون الضغط حول الجسم وليس فوقه مباشرة؛ مع عدم محاولة نزع الجسم (خشية أن يكون هذا الجسم مغروساً في وعاء دموي، بحيث لو نزع فجأة سال الدم بغزارة وبلا توقف).
- هـ. الاستمرار بالضغط لمدة 15 دقيقة كاملة، مع عدم رفع اليد لرؤية ما إذا كان النزف قد توقف قبل انتهاء هذه الدقائق؛ وإذا كان النزف من جرح كبير أو عميق قد خف أو توقف بعد 15 دقيقة، ينبغي الاتصال بالإسعاف ومتابعة الضغط على الجرح. وعندما يتسرب الدم عبر الخرقه، يتم وضع خرقه أخرى فوق الأولى. وإذا ما تباطأ النزف بعد 15 دقيقة، وبدأ نزف قليل مرة ثانية بمجرد تخفيف الضغط، يجب الاستمرار بالضغط المباشر على الجرح لفترة 15 دقيقة أخرى. وعندما يستمر أي نزف بعد 45 دقيقة من الضغط المباشر، ينبغي الاتصال بالطبيب.

ضرورة الاتصال بالإسعاف في الحالات التالية:

- أ. إذا كان لدى المصاب نزف شديد لا يمكن إيقافه.
- ب. إذا كان المصاب يشعر بالغشي أو الدوخة.
- ج. عندما يتقيأ المصاب الكثير من الدم، وقد يبدو القيء غامقاً كالقهوة.
- د. عندما يظهر الدم في البراز.
- هـ. إذا أصيبت إحدى الطالبات بنزف مهلي شديد (النزف الذي يُشبع أكثر من فوطتين خلال ساعتين).

2. الإصابات الهيكلية والكسور

يدلُّ مصطلح الكسر على حدوث كسر بالعظام. أمّا الخلع فهو إصابة في الأربطة أو النسيج الرخوة حول المفصل، حيث تصل هذه الأربطة فيما بين العظام، ويحدث الخلع عندما تخرج إحدى نهايتي العظم من مكانها الطبيعي. أما الإصابة الأخرى الشهيرة فهي تمزق

العضلات أو الأوتار التي تربط بين العضلات والعظام. وتسبب جميع هذه الإصابات الألم والتورم. وقد يصعب التمييز بين التمزق والكسر والخلع. ولكن التورم السريع يشير غالباً إلى وجود إصابة أكثر خطورة. أما كسر الإجهاد فهو ضعف أو شق صغير في العظم بسبب كثرة الاستعمال، فكسور الإجهاد في العظام الصغيرة للقدم - على سبيل المثال - يمكن أن تحدث خلال التدريب المكثف في رياضات السلة والجري وغيرهما. ويتميز كسر الإجهاد بحدوث الألم في بقعة واحدة. وقد يتحسن الألم خلال التمرين، لكنه يسوء قبل النشاط وبعده. ويمكن ألا يُشاهد أي تورم. تحتاج كسور الإجهاد من شهرين إلى أربعة أشهر من الراحة حتى تُشفى.

معالجة الإصابات البسيطة (الخلع وتمزق العضلات)

تُشتمل الخطوات الأولى في معالجة الإصابات البسيطة على الراحة وتطبيق الثلج والضغط والرفع، وتتضح كالاتي:

أ. الراحة

- عدم وضع أشياء ثقيلة على موضع الإصابة لمدة (24-48) ساعة على الأقل.
- استعمال مُعينات المشي في حالات التمزقات الشديدة للركبة أو الكاحل.
- دعم المعصم أو المرفق المصاب أو الكتف المصابة بتمزق باستعمال وشاح (رباط للتعليق).
- العمل على إراحة الإصبع المصاب من خلال تثبيته مع الإصبع السليم بجواره، وهذا ينطبق على أصابع القدم، ووضع "وسادة بين الإصبعين" في اليد أو القدم عند تثبيتهما ببعضهما البعض.

ب. تطبيق الثلج

- وضع كمادات الثلج أو كمادات باردة على موضع الإصابة مباشرة، للتقليل من الألم والتورم والمساعدة على الشفاء. وفي أول (48-72) ساعة، يتم استعمال الثلج لمدة (10-15) دقيقة أحياناً أو لمدة ساعة (حسب الإمكانية). وبالنسبة إلى الإصابات التي يصعب الوصول إليها، تكون الكمادة الباردة أفضل من الثلج.
- عدم استخدام الحرارة (منديل دافئ، كمادة حارة) إلا بعد (48-72) ساعة من المعالجة بالبرودة وزوال التورم. فقد تبدو الحرارة أفضل، لكنها تؤدي أكثر مما تفيد عند استعمالها مباشرة. ويرى بعض الخبراء فائدة من الانتقال بين الحرارة والبرودة بشكل متناوب.

ج. الضغط

- لف المنطقة المصابة بضماد مرن للتقليل من التورم، ولكن بدون إحكام اللفة، وإذا ما شعر المصاب بالاختدار أو بالوخز أو بالبرودة يجب القيام بتخفيف إحكام اللفة.

- في حالة التمزق يحتاج المفصل القريب له إلى راحة تامة لمدة يوم أو يومين مع أو من دون لفّة.

د. الرّفع

- رفع المنطقة المصابة على وسائد عندما يُستعمل الثلج، وفي كلّ مرّة يجلس فيها المصاب أو يستلقي.

- المحافظة على منطقة الإصابة عند مستوى القلب أو فوقه للتقليل من التورم والتكدم.

نصائح أخرى



يجب على المصاب أن يتبع النصائح التالية بعد الإصابة التي قد تحول دون المزيد من الضرر، وتؤدي إلى سرعة التحسن:

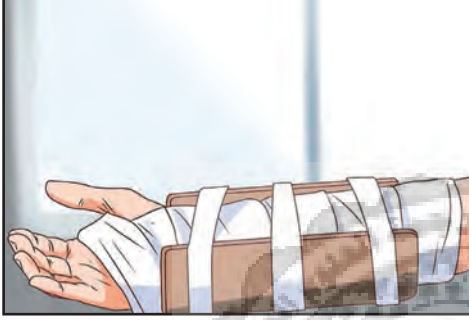
- تجبير الطرف أو الذراع أو السّاق أو الإصبع (كما سيأتي) عند الشكّ بكسر إلى حين رؤية الطّبيب. كما يمكن استعمال وشاح لحماية الذراع أو الكتف المصابة إلى حين مراجعة الطّبيب، ولكن لا ينبغي وضع وشاح للذراع عند الطفل.

(الشكل 12): استخدام الوشاح لحماية الذراع أو الكتف المصاب.

- يمكن أن يحمي الوشاح المصنوع في المنزل الذراع المصابة إلى حين زيارة الطّبيب.
- إزالة جميع الأساور والساعات والحلقات من الإصبع المصابة أو اليد المصابة مباشرة؛ فقد يجعل التورم إزالة هذه الأشياء صعباً فيما بعد ذلك.
- تناول الإيبوبروفين أو النابروكسين للتخفيف من التورم والألم، ولا يُعطى الأسبرين لأيّ شخص يقل عمره عن 20 عاماً.
- القيام بتمارين خفيفة بمجرد زوال الألم الأوّلي والتورم.

معالجة الكسور (التجبير)

تُعدُّ طرقُ التجبير هذه عَوناً أَوَلياً على المدى القصير فقط، فإذا كان هناك اعتقاد بوجود كسرٍ عظمي، فيجب على المسعف تجبيره ليحول دون حركته، وهذا ما يمنع المزيد من الإصابة إلى حين رؤية الطبيب. كما أنَّ التَّجْبِيرَ قد يفيد بعدَ لدغة الأفعى في انتظار وُصول المساعدة. وهناك طريقتان لتجبير الطرف:



(الشكل 13): شكل توضيحي لجبيرة الساعد.



(الشكل 14): التجبير بلف الإصبع المكسورة مع الإصبع التالية.

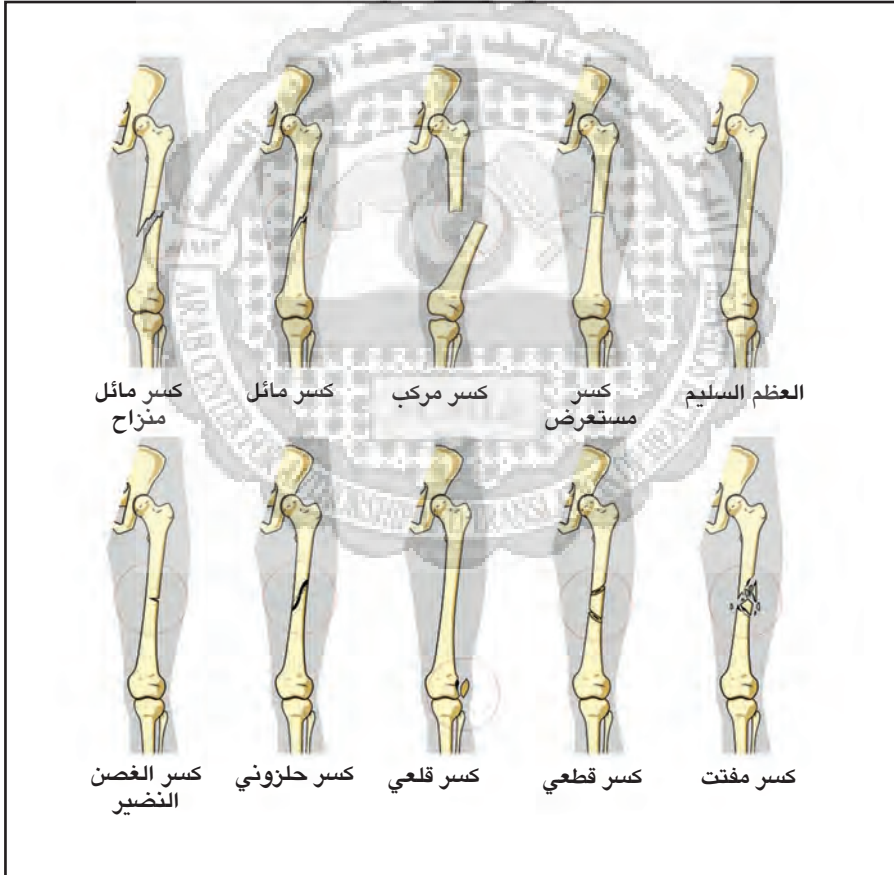
- الطريقة الأولى: ربط الطرف المصاب بجسم قاس، مثل الجرائد الملفوفة أو المجلات أو العصا أو العكازة. كما يمكن استعمال حبل أو حزام أو أي شيء آخر قد يفيد كربطة، ولكن مع عدم جعل الربطة مشدودة كثيراً، والعمل على وضع الجبيرة بحيث لا يستطيع الطرف المصاب أن ينحني. ويتم التَّجْبِيرُ بدءاً من مفصل فوق الكسر المشتبه إلى مفصل تحته؛ ففي كسر الساعد مثلاً، يتم التجبير بدءاً من فوق المرفق إلى تحت المعصم.

- الطريقة الأخرى: لف الإصبع المكسورة مع الإصبع التالية، ووضع وسادة بينهما وربط الذراع المصابة عبر الصدر لمنع تحريكها.

ضرورة مراجعة الطبيب في الحالات التالية:

- إذا كان العظم يخرق سطح الجلد.
- عندما يكون الجلد فوق موضع الإصابة متهتكاً.
- عندما يبدو الطرف المصاب (الذراع أو الرجل) أو المفصل بشكل غير طبيعي أو غريب أو بوضعية غير طبيعية.
- عند وجود علامات لضرر عصبي أو ضرر في الأوعية الدموية، مثل:
 - الأخرار أو الشُّعُور بما يشبه وخز الدبابيس أو الإبر.
 - شُحوب أو زُرَاق أو برودة في الجلد، مقارنة بالطرف غير المتضرر.

- عدم القدرة على تحريك الطرف بشكل طبيعي بسبب الضعف وليس الألم فقط.
- هـ. عند عدم القدرة على حمل الوزن أو مد الطرف المتضرر، أو تقلقل المفصل أو الشعور بعدم ثباته.
- و. عند وجود تورم شديد في غضون نصف ساعة من الإصابة.
- ز. عند وجود ألم شديد.
- ح. عند ظهور علامات العدوى بعد الإصابة، وهي زيادة الألم والتورم أو الدفء أو الاحمرار، والقيح والحمى.



(الشكل 15): أنواع كسور العظام.

3. الحمى

توجد عدة صور للحمى منها:

أ. الإنهاك الحراري

يحدث الإنهاك الحراري عادةً عندما نفرز عرقاً غزيراً، ولا نشرب ما يكفي من الماء للتعويض عن السوائل المفقودة، وغالباً ما يكون ذلك عندما نعمل أو نتمرن في طقس حار. وتشمل أعراضه:

- التعرق بغزارة.
- برودة الجلد أو رطوبته أو شحوبه أو احمراره.
- التعب أو الضعف أو الصداع أو الدوخة أو الغثيان.

ب. ضربة الحرارة

يمكن أن تحدث صدمة الحرارة بسرعة بعد الإنهاك الحراري إذا لم تُصحَّ المشكلة، ويكون ذلك عندما لا يستطيع الجسم السيطرة على درجة حرارته، وتبقى درجة حرارته مرتفعة، إلى 40.5 سلسية أو أكثر غالباً؛ وهذا ما قد يؤدي إلى الوفاة. وتشمل أعراضها:

- غزارة التعرق أو توقفه.
- احمرار وجفاف وسخونة الجلد، حتى تحت الإبطين.
- الالتباس أو الغشي أو النوبة الصرعية.

معالجة الحالات البسيطة، ولكي تتم معالجة هذه الحالات يجب اتباع التالي:

- أ. توقف الشخص عن العمل وإراحته.
- ب. مساعدة الشخص على الابتعاد عن الشمس إلى منطقة باردة، وجعله يشرب الكثير من الماء البارد، وبكمية قليلة أحياناً. وإذا ما كان الشخص مصاباً بالغثيان أو الدوخة ينبغي جعله يستلقي.
- ج. قياس حرارة الشخص؛ فإذا ما كانت فوق 39.6 درجة سلسية (أو في حالة عدم وجود ميزان حرارة، لكن تبدو عليه أعراض حمى شديدة)، يجب طلب المساعدة، ومحاولة خفض درجة الحرارة بسرعة عن طريق:
 - نزع ثياب المصاب.
 - تطبيق الماء البارد (وليس المتلج) لكامل جسم الشخص، ثم تعريضه لمروحة.
 - وضع كمادات ثلجية على المنطقة الأربية (الوجه الأمامي لمنطقة اتصال الفخذ بالحوض) والرقبة والإبطين.

- عدم وضع الشخص في حمام من الماء المتلج.
- د. ما أن تنخفض درجة الحرارة إلى 38.9 درجة سلسية، يجب تجنب فرط التبريد، ويجب إيقاف تبريد الشخص بمجرد عودة حرارة الجسم إلى الدرجة الطبيعية.
- هـ. الابتعاد عن تناول الأسبرين أو الأسيتامينوفين لإنقاص درجة الحرارة.
- و. مراقبة علامات ارتفاع درجة الحرارة (الالتباس أو فقد الوعي، احمرار الجلد وسخونته وجفافه).
- ز. عندما يتوقف الشخص عن التنفس، لابد من البدء بالتنفس الإنقاذي.

ضرورة الاتصال بالإسعاف في الحالات التالية

- أ. عندما تصل درجة حرارة الجسم إلى 39.6 درجة سلسية، وتبقى مرتفعة.
- ب. عندما يعاني الشخص علامات ارتفاع الحرارة، مثل:
 - الالتباس أو الغشي أو النوبة الصرعية.
 - عندما يصبح الجلد أحمر وحراراً وجافاً، حتى تحت الإبطين، وقد يتوقف التعرق عند الشخص أو يتعرق بغزارة.
 - إذا استمرت أعراض الإنهاك الحراري (الصداع أو التعب أو الدوخة أو الغثيان) بعد تبريد الجسم.

4. التسمم الغذائي

- لا يحتاج معظم المصابين بالتسمم الغذائي إلى مراجعة الطبيب، فسرعان ما يقل الإسهال والقيء والمغص وتنخفض درجة الحرارة في حال ارتفاعها، لكن قد يحتاجون إلى ذلك في الحالات التالية:
- أ. إذا كانت الأعراض وخيمة ولم تتحسن.
 - ب. إذا ظهرت لدى المريض أعراض الجفاف الشديد، مثل ظهور عينين غائرتين وقلة البول أو انعدامه.
 - ج. عند ظهور حالات جديدة من التسمم الغذائي مرتبطة بنفس المصدر المحتمل للتلوث.

معالجة التسمم الغذائي

تنخفض أعراض التسمم الغذائي، كما ذكرنا، من تلقاء نفسها، ولكن من المهم ألا يحدث الجفاف لدى المريض، لأنه يجعل الحالة أسوأ، ويؤخر فترة الشفاء والتعافي، ويحدث نتيجة فقد سوائل الجسم بسبب القيء والإسهال.

وهنا يكون الهدف هو شرب ما لا يقل عن لترين من الماء خلال اليوم، فضلاً عن كوب من الماء تقريباً بعد كل تغوط مع إسهال. ويمكن استعمال محاليل الإمهاء الفموية (محاليل معالجة الجفاف) التي تتوفر في الصيدليات، حيث يُجرى حل مسحوق الإمهاء في الماء وفق الإرشادات الموجودة على عبوة المسحوق أو حسب توصيات الطبيب أو الصيدلاني. وتوفر هذه المحاليل ما يحتاج إليه الجسم من سكر وملح ومعادن هامة أخرى. وفيما يلي بعض النصائح للتكيف مع الأعراض وتسريع الشفاء:

- أ. تناول وجبات صغيرة متكررة، وذلك أفضل من تناول ثلاث وجبات كبيرة.
- ب. الاعتماد على الأطعمة التي يسهل هضمها، مثل الخبز المحمص والموز والتفاح إلى أن يشعر المريض ببدء التحسن.
- ج. تجنب الكحول والسجائر والكافيين والأطعمة الدهنية الممزوجة بالتوابل، لأنها قد تفاقم الحالة.
- د. الراحة.

وإذا كانت حالة المريض تستدعي مراجعة الطبيب (لاسيماً عند حدوث جفاف شديد)، يمكن أن توصف المضادات الحيوية له، كما قد يطلب الطبيب من المريض دخول المستشفى لتعويض فقد السوائل عن طريق الوريد.

5. النزف الأنفي (الرُعاف)

لا تكون معظم حالات الرُعاف خطيرة، وقد يُصاب به الشخص بسبب الهواء الجاف أو المرتفعات الشاهقة، أو حدوث إصابة في الأنف أو بسبب الأدوية (لاسيماً الأسبرين). كما أن الصفع على الأنف أو نكشه يمكن أن يؤدي إلى الرُعاف. ويمكن أن يُصاب الناس الذين لديهم حساسية بدرجة أكثر من غيرهم بسبب التهيج داخل الأنف. وقد تساعد أدوية الحساسية على ذلك، لكن قد تتفاقم المشكلة عند استخدامها بكثرة، ولذلك، يجب التحدث مع الطبيب لمعرفة أفضل طريقة لاستعمال هذه الأدوية.

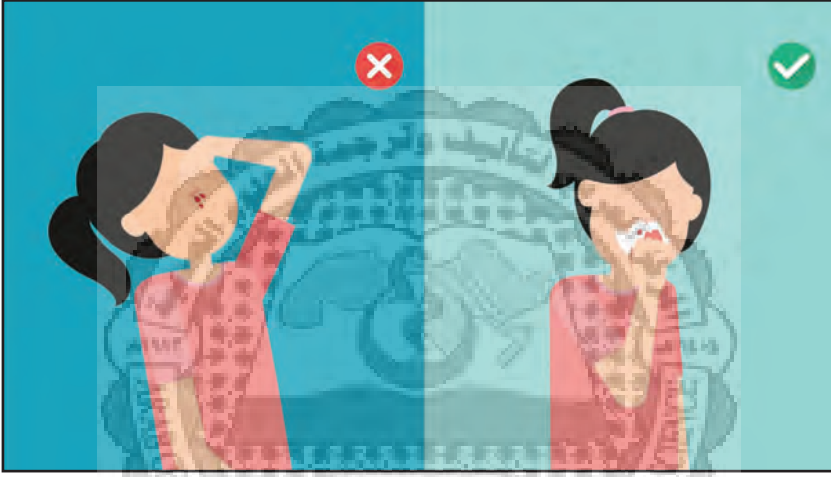
معالجة الحالات البسيطة، وتتم معالجة هذه الحالات عن طريق:

- أ. الوقوف بشكل مستقيم، وجعل الرأس منحنياً إلى الأمام قليلاً، أما إمالة الرأس إلى الخلف فقد تؤدي إلى جريان الدم نحو الحلق، مما قد يؤدي إلى القيء.
- ب. النقر على الأنف بلطف لإزالة أية جلطات دموية، والقرص بالإبهام والسبابة لمدة عشر دقائق.

ج. بعدَ عشر دقائق، يجب التحقق ما إذا كان الأنفُ لا يزال ينزف، فإذا كان كذلك، فيجب قرصه لمدة عشر دقائق أخرى. هذا، وتتوقف معظم حالات الرعاف بعد (10-30) دقيقة من هذا الإجراء.

د. عدم النفخ في الأنف لمدة 12 ساعة على الأقل بعد توقف النزف.

هـ. إذا كان الأنفُ جافاً جداً، يتنفس المصاب هواءً رطباً لبعض الوقت، كما في الحمام، ثم يضع القليل من الفازلين على باطن الأنف. أو يستخدم بخاخاً أنفياً به بعض المحلول الملحي المتواجد بالصيدليات.



(الشكل 16): شكل توضيحي للوضعية الصحيحة والخاطئة للمريض أثناء نزف الأنف.

ضرورة مراجعة الطبيب في الحالات التالية:

- أ. عندما يستمر النزف من الأنف بعد 30 دقيقة من قرصه.
- ب. عند جريان الدم نحو القسم الخلفي من الحلق على الرغم من قرص الأنف.
- ج. عند ظهور كسر في الأنف أو الشعور بذلك.
- د. عند وجود نزف أنف شديد متكرر، أربع مرّات في الأسبوع أو أكثر مثلاً.
- هـ. عند تناول مضادات التخثر التي ترفع درجة السيولة في الدم لأسباب طبية كأمراض القلب (مثل الوارفارين أو الكومارين) أو جرعات عالية من الأسبرين، ويحدث نزف أنفي أكثر من مرّة في اليوم.

6. اللسعات واللدغات

معالجة لسعة النحلة ولدغة العنكبوت



(الشكل 17): لسعة النحلة.



(الشكل 18): لدغة العنكبوت.

أ. يجب نزع لسعة النحلة بكشطها أو نفضها إلى الخارج، ولكن مع تجنب عصرها، فقد يتحرر السم منها نحو الجلد. ولكن، إذا لم يستطع المصاب رؤية اللسعة، فليفترض أنها غير موجودة.

ب. عند تعرض الشخص للدغة عنكبوت الأرملة السوداء أو العنكبوت البنية المهيمة أو غيرها من العناكب السامة، يجب وضع ثلج على موضع اللدغة واستدعاء الطبيب، ولا يجوز استعمال العاصبة (رباط يُربط فوق مكان اللدغة لمنع انتشار السم في الدم لأنه قد يمنع وصول الدم بشكل كاف إلى العضو المصاب فيؤذيه).

ج. يجب وضع ثلج أو كمادة باردة على موضع اللدغة أو اللسعة.

د. ينبغي تناول عقار مضاد للهستامين لتفريغ الألم والتورم والحكة، كما قد يفيد دهون الكالامين، أو كريم الهيدروكورتيزون أيضاً.

هـ. ينبغي غسل الناحية المصابة بالصابون والماء.

و. عدم خدش المكان بالأظافر بشكل شديد وذلك من خلال تقليمها.

ز. لا يجوز أن نفقا أية فقاعات تظهر، فقد يُصاب الشخص بالعدوى.

ضرورة الاتصال بالإسعاف في الحالات التالية:

عند إصابة الشخص بعلامات تفاعل تحسسي وخيم بعد اللدغة أو اللسعة مباشرة، وقد تشتمل هذه العلامات على:

أ. اضطراب التنفس.

ب. التورم حول الشفتين أو اللسان أو الوجه.

ج. التورم الشديد حول مكان اللدغة أو اللسعة (تورم في كامل الذراع أو الساق مثلاً).

د. الإغماء أو العلامات الأخرى للصدمة.

هـ. عند تعرض الشخص لللدغة أو لسعة بشيء ما أدى إلى تفاعل تحسسي خطير في الماضي.

ضرورة مراجعة الطبيب في الحالات التالية:

أ. عند إصابة الشخص بطفح جلدي منتشر أو حكة أو أرتيكاريا (شرى) أو إحساس بالسُّخونة.

ب. عند ظهور فقاعة في مكان لدغة العنكبوت أو تغير لون الجلد من حولها.

ج. عند الإصابة بلدغة عنكبوت الأرملة السوداء أو العنكبوت البنية المهملّة أو غيرهما من العناكب السامة.

د. إذا لم تتحسن الأعراض خلال (2-3) أيام.

هـ. عند ظهور علامات العدوى، وهي تشتمل على الألم الشديد أو التورم أو السُّخونة أو الاحمرار، والقيح والحمى.

و. إذا سبق للشخص أن تعرّض لتفاعل تحسسي خطير في الماضي.

وتؤدي اللدغات والسعات الناجمة عن الحشرات (النحل، والزنايم، والبراغيث) والعناكب عادةً إلى ألم وتورم واحمرار وحكة في مكان اللدغة أو السعة. وقد يتفاقم الاحمرار والتورم، ويستمر بضعة أيام في بعض الأشخاص، لاسيما الأطفال. كما تحدث لدى القليل من الأشخاص تفاعلات تحسسية وخيمة تؤثر في الجسم بأكمله، وقد يكون هذا النمط من الاستجابة مميتاً، فإذا كان الشخص قد أصيب بتفاعل تحسسي شديد تجاه لسعة أو لدغة سابقة، يمكن عنده أن يحتاج إلى الاحتفاظ بأدوية الحساسية مع محقنة للإبينفرين (عقار مضاد للحساسية والصدمة التحسسية الشديدة)، معه طوال الوقت. ويمكن أن يسأل الطبيب أو الصيدلاني عن طريقة استعمال المحقنة ووقت هذا الاستعمال. يندر أن تكون لدغات العناكب خطيرة، لكن قد تصبح أية لدغة خطيرة عندما تسبب تفاعلاً تحسسياً عند الشخص. يمكن أن تؤدي لدغة مفردة من عنكبوت سام، مثل عنكبوت الأرملة السوداء أو العنكبوت البنية المهملّة، إلى تفاعل تحسسي شديد، وتحتاج إلى رعاية طبية فورا.

وقد تؤدي لدغة أنثى عنكبوت الأرملة السوداء إلى نوافض وحمى وغثيان وألم شديد في البطن. وقد تؤدي لدغة العنكبوت البنية المهملّة إلى ألم مبرح، وقد تظهر فقاعة تتحول إلى قرحة مفتوحة كبيرة. كما يمكن أن تسبب اللدغة غثياناً وقيئاً وصداً وحمى مترافقة برعدة (نوافض). ويمكن أن يبلغ قطر عناكب الأرملة السوداء زهاء 5 سنتي متر، وهي سوداء لامعة وبها علامة حمراء أو صفراء شبيهة بالساعة الرملية على جوانبها السفلية. أما العناكب البنية المهملّة فهي أصغر من الأرملة السوداء، وذات أرجل طويلة، وبنية اللون مع وجود علامة شبيهة بالكمان على رؤوسها. ولقد استخرجت بعض الدول سموم العقارب والثعابين المحلية لديها، ثم صنعت من خلالها أمصالاً تحمل مضادات لهذه السموم لحقنها بشكل فوري للمصابين بلدغتها.

7. عَضَّةُ الْحَيَوان

معالجة الحالات البسيطة، وتتم معالجة هذه الحالات بالطرق التالية:

- أ. يُترك الجُرحُ يَنْزِفُ بَحْرِيَّةً لِمَدَّةٍ تصل إلى خَمْسِ دَقَائِقٍ، ما لم يَكُنِ النَّزْفُ غَزِيرًا. وأمَّا إذا كانَ النَّزْفُ وحيما عندئذٍ نلجأ إلى إجراءات إيقاف النَّزفِ الوخيم.
- ب. يُغسل الجُرحُ بالماء والصابون، ولا يَسْتَعْمَلُ الكحول أو اليُود أو أي منظِّفاتٍ أخرى.
- ج. يجب الاتِّصالُ بمركزِ مُكَافَحةِ الحَيَوانات أو عيادةِ الصِّحَّةِ العامَّةِ في المنطقةِ للحصولِ على النَّصيحِ عَمَّا يجب إجراؤه.

وعندما يَتَعَرَّضُ الشَّخْصُ لِعَضَّةٍ مِنْ حَيَوانٍ أليفٍ منزليٍّ، كالكلِّبِ أو القِطِّ، لا بدَّ من محاولة التَّعرُّفِ عَمَّا إذا كانَ الحَيَوانُ قد أَخَذَ لِقَاحًا حَدِيثًا للكلِّبِ أم لا. ويجب القَبْضُ على الحيوانِ الأليفِ السَّليمِ الذي لم يَحْصِلْ على لِقَاحِ حَدِيثٍ ومراقبته لِمَدَّةٍ تصل إلى عَشْرَةِ أيَّامٍ مِنْ قِبَلِ الطَّيِّبِ البَيطَرِيِّ. وإذا كانت العَضَّةُ أو الخَدَشُ مِنْ حَيَوانٍ بَرِّيٍّ، يُمْكِنُ أَنْ يُبَلِّغَ المَريضُ مِنْ قِبَلِ مركزِ مُكَافَحةِ الحَيَوانات أو عيادةِ الصِّحَّةِ العامَّةِ في المُنطَقَةِ عَمَّا إذا كانَ هناك ما يُبَرِّرُ القَلَقَ مِنَ الكَلِّبِ أم لا.

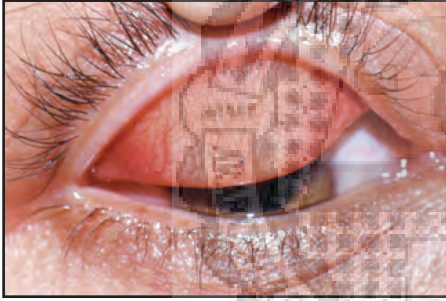
ضرورة مراجعة الطَّيِّبِ في الحالات التالية

- أ. إذا كان الجُرحُ غائراً، وقد يَحْتَاجُ إلى غُرْزٍ، أو كان الجُرحُ مَوْجُوداً على الوَجْهِ أو اليَدِ أو القَدَمِ أو فَوْقَ أَحَدِ المِفاصلِ. وإذا كانَ الجُرحُ يَحْتَاجُ إلى غُرْزٍ، فيجب أن تُجرى خلالَ (8-6) ساعات.
- ب. إذا كانت العَضَّةُ أو الخَدَشُ مِنْ خُفَّاشٍ أو حَيَوانٍ بَرِّيٍّ آخر.
- ج. إذا كانت العَضَّةُ مِنْ إنسانٍ أو قِطَّةٍ، وكانت غائرةً، فهذه العَضَّاتُ تُصابُ بِالْعَدَوِيِّ بِسُرْعَةٍ وسهولة.
- د. إذا كانت العَضَّةُ مِنْ كَلْبٍ أو قِطَّةٍ أو حَيَوانٍ يَخْرِجُ الزَّبَدَ مِنْ فَمِهِ، وَيَتَصَرَّفُ بِشَكْلِ غَرِيبٍ أو يَهَاجِمُ مِنْ دُونِ سَبَبٍ واضِحٍ. ويجب أيضاً الاتِّصالُ بِمركزِ مُكَافَحةِ الحَيَواناتِ أو مَكْتَبِ الصِّحَّةِ العامَّةِ في المُنطَقَةِ.
- هـ. عندما لا يَجِدُ المُصابُ صاحِبَ الحَيَوانِ الأليفِ المنزلي الذي عَضَّهُ، أو عندما لا يَسْتَطِيعُ مالِكُ الحَيَوانِ إثباتَ أَنَّ لِقَاحَ الكَلْبِ قد أُعْطِيَ للحَيَوانِ حَدِيثًا.
- و. عندما يَفْقِدُ المصابُ الإحساسَ أو الحَرَكَةَ لَدَى مَوْضِعِ الجُرحِ.
- ز. عند وُجُودِ عَلاماتِ العَدَوِيِّ، مثل زيادةِ الألمِ والتَّورُّمِ أو سخونةِ مَوْضِعِ العَضَّةِ أو الإحمرارِ، والقَيْحِ وَالْحُمَّى.

ح. عندما لا يكون المصاب قد حصل على جرعة لقاح التيتانوس (الكزاز) في آخر خمس سنوات، أو لا يعرف موعد آخر جرعة حصل عليها، فعندما يحتاج إلى هذه الجرعة يجب أن يحصل عليها خلال يومين.

وتعد العدوى والتندب (الندبة هي الأثر المشوه للجلد الذي يتركه الجرح بعد شفائه) مصدر القلق الرئيسي في العضات والخدوش التي تقطع الجلد، ويمكن أن يصاب الشخص بالكزاز إذا لم تكن اللقاحات قد أخذت حديثاً. وبعد الإصابة بعضة حيوان، قد يرغب المصاب بمعرفة ما إذا كان بحاجة إلى جرعة من لقاح الكلب. ومع أن داء الكلب نادر جداً، لكنه مميت إذا لم يُلَقَّح المصاب فوراً بعد التعرض لعضة من حيوان مصاب بالعدوى. ويندر أن تؤدي عضة الحيوانات الأليفة المنزلية الملقحة، مثل الكلاب والقطط، إلى داء الكلب. وجدير بالذكر أن الكثير من الحيوانات الشاردة غير مُلقَّحة. لذلك تتبنى بعض الدول التي تكثر بها الحيوانات الشاردة سياسة تطعيم كل من تعرض لعضة الحيوان بدون الرجوع لطبيعة العضة أو الحيوان.

8. دخول جسم غريب إلى العين



عند دخول جسم غريب إلى العين، قد تكون القرنية مصابة بخدش، لذلك ينبغي المحافظة على العين مغلقة إلى حين مراجعة الطبيب. وغالباً ما تنجرف قطعة من الوسخ أو الجسم الغريب إذا كان صغيراً مع الدمع، فإذا لم يخرج الجسم، يمكن أن يخدش سطح العين (القرنية). ولكن تشفى معظم الخدوش القرنية تلقائياً خلال يوم إلى يومين.

إذا تعرضت العين لدخول مندفع للجسم (من آلة مثلاً)، فيمكن أن يثقب كرة العين، وهذا ما يحتاج إلى رعاية إسعافية، ولذلك يجب القيام على الدوام بارتداء نظارات السلامة أو أي واق عيني آخر داخل معامل حصص العلوم حسب توجيه المعلم، و عند التعامل مع الآلات أو الأدوات، أو قصّ العشب، أو قيادة الدراجة العادية أو النارية.

معالجة الحالات البسيطة، وتتم هذه المعالجة بالطرق التالية:

- أ. غسل اليدين قبل لمس العين.
- ب. عدم حك العين، تجنباً لخدش القرنية.
- ج. عدم محاولة إزالة الجسم الموجود فوق الجزء الملون من العين أو تحريكه تجاه بياض العين (الصلبة)، بل شطفه بالماء أو المحلول الملحي المتوافر بالصيدليات.

- د. إذا كَانَ الْجِسْمُ فِي جَانِبِ الْعَيْنِ أَوْ عَلَى الْجَفْنِ السُّفْلِيِّ، مِنَ الْمُمْكِنِ تَرْطِيبُ عُودِ قَطْنِي أَوْ قِطْعَةٍ مَفْتُولَةٍ مِنَ النَّسِيجِ وَلَيْسَ نِهَآيَةَ الْجِسْمِ بِهَا. وَعِنْدئذٍ، يَنْبَغِي أَنْ يُلْقَى الْجِسْمُ بِالْمَاسِحَةِ أَوْ الْمُنْدِيلِ. وَلَكِنْ، قَدْ يَبْقَى بَعْضُ الْخَدَشِ فِي الْعَيْنِ بَعْدَ ذَلِكَ.
- هـ. غَسَلَ الْعَيْنَ بِلُطْفٍ فِي الْمَاءِ الْبَارِدِ، وَيُمْكِنُ الْإِسْتِفَادَةُ مِنْ قِطَارَةِ الْعَيْنِ.
- و. تَجَنَّبَ اسْتِعْمَالَ الْمَلَاقِطِ أَوْ عِيدَانِ الْأَسْنَانِ أَوْ أَيَّةِ أَدَوَاتٍ قَاسِيَةٍ لِسَحْبِ الْجِسْمِ مِنَ الْعَيْنِ.

ضرورة الاتصال بالإسعاف إذا كانت مقلة العين تبدو مُصابةً بالوخز.

ضرورة مراجعة الطبيب في الحالات التالية:

- أ. إذا كَانَ الْجِسْمُ فَوْقَ الْجُزْءِ الْمُلَوَّنِ (الْقَرْحِيَّةِ) مِنَ الْعَيْنِ أَوْ فِيهَا، مَعَ الْحَرَصِ عَلَى عَدَمِ مَحَاوَلَةِ إِزَالَتِهِ.
- ب. عِنْدَ وُجُودِ دَمٍ فَوْقَ الْجُزْءِ الْمُلَوَّنِ مِنَ الْعَيْنِ أَوْ أَمَامِهِ.
- ج. صُعُوبَةُ إِخْرَاجِ الْجِسْمِ مِنَ الْعَيْنِ.
- د. إذا تَمَّ سَحْبُ الْجِسْمِ، وَلَكِنْ:
- كَانَ الْأَلَمُ شَدِيداً أَوْ لَمْ يَخَفْ.
 - ظَلَّ الشَّعُورُ بِأَنَّهُ لَا يَزَالُ هُنَاكَ شَيْءٌ فِي الْعَيْنِ.
 - إِذَا كَانَ الضُّوْءُ يُؤْذِي الْعَيْنَ.
 - عِنْدَمَا تَكُونُ الرُّؤْيَا مُتَغَيِّمَةً (غَيْرَ وَاضِحَةٍ).

جدوى برامج التثقيف الصحي⁽¹³⁾

أُجِرَتِ الْمُنْظَمَاتُ الْأَوْرُوبِيَّةُ مَجْمُوعَةً مِنَ الْبَحُوثِ الَّتِي اسْتَطَاعَتْ أَنْ تَقِيْمَ جَدْوَى بَرَامِجِ التَّثْقِيفِ الصَّحِيِّ وَتَسْتَكْشِفَ أَيَّ الْمَوَاضِعِ تَكُونُ أَكْثَرَ قَابِلِيَّةً لِإِحْدَاثِ مَرْدُودٍ بَيْنَ الطَّلَآبِ، وَتَلَقَّتْ مِنَ النَّتَآئِجِ مَا سَنَسْتَعْرِضُهُ. وَنَحْنُ نَحْتَآجُ فِي بِلَادِنَا إِلَى أَنْ نُجْرِيَ مِثْلَ هَذِهِ الْبَحُوثِ، وَنَقِيْمَ مَدَى قَابِلِيَّةِ التَّجَارِبِ النَّآجِحَةِ بِالْخَارِجِ أَنْ تَنْتَقِلَ عِبْرَ الْقَارَاتِ وَتَحَقِّقَ لَدَيْنَا نَآجَاحاً جَدِيداً. وَقَدْ أَثْبَتَتِ الْبَحُوثُ الْعِلْمِيَّةُ أَنَّ بَرَامِجَ التَّثْقِيفِ الصَّحِيِّ الْخَاصَّةَ بِتَعَاطِي الْمَخْدَرَاتِ وَالْكَحُولِيَّاتِ كَانَتْ الْأَقْلَ جَدْوَى مُطْلَقاً بَيْنَ بَرَامِجِ التَّثْقِيفِ الصَّحِيِّ، فَقَدْ أَدَّتْ فَقْطاً إِلَى تَأْجِيلِ نَقْطَةِ الْبَدْءِ فِي التَّعَاطِي فِي بَعْضِ الْأَحْيَانِ، أَوْ إِلَى تَقْلِيلِ الْكَمِيَّةِ الْمُسْتَعْمَدَةِ فِي أَحْيَانٍ أُخْرَى، وَكَانَتْ أَكْثَرَ تَأْثِيرًا فِي مَنَعِ التَّدْخِينِ عَنْهَا فِي مَنَعِ تَعَاطِي الْمَخْدَرَاتِ وَالْكَحُولِيَّاتِ. وَوُجِدَ أَنَّهَا كَانَتْ أَفْضَلَ حِينَمَا صَاحِبَهَا:

1. تفاعل بين المدرس والتلميذ.
 2. تركيز على المهارات الحياتية كمهارة رفض الدعوة إلى التعاطي، ومهارة الإصرار وقوة الإرادة.
 3. العمل على كل جوانب ومستويات المدرسة وليس على جانب واحد.
 4. العمل مع الأسرة والمجتمع.
 5. تحسين علاقات التلاميذ بالآخرين وتنمية روابطهم الشخصية.
- كذلك أثبتت التجارب العلمية أن برامج التثقيف الصحي الخاصة بالنظافة الشخصية تكون ذات فعالية عندما يصحبها:

1. تغيرات على مستوى المدرسة ككل بما فيها البيئة المادية.
 2. العمل مع القطاع الصحي.
 3. توافر السياسات المناسبة والمنهج الدراسي الداعم⁽¹⁴⁾.
- وقد أدت إلى انخفاض معدلات الإصابة بالطفيليات وارتفاع الحضور بالمدرسة. كما أثبتت التجارب العلمية بأوروبا أن البرامج التثقيفية الخاصة بالعلاقة بالجنس الآخر تكون ذات فعالية عندما يقوم بها متقنون مدربون وعلى قدر من القدرة على التعاطف والتفاهم مع التلاميذ، ومن نتائجها:

1. زيادة المعلومات الخاصة بهذه العلاقة.
 2. جعل هذه العلاقة آمنة صحياً.
 3. تأخير نقطة البدء في هذه العلاقة.
 4. توطيد وتقوية علاقة التلاميذ بمدرستهم مما يجعلهم أقل انشغالاً بمثل هذه العلاقات.
- أما برامج التثقيف الصحي الخاصة بالتغذية الصحية أدت إلى زيادة مطردة في المعلومات الصحية لدى الطلاب، بينما كانت أقل تأثيراً على تغيير السلوكيات الخاصة بالغذاء، ووجد أن الفتيات كانت أشد تأثراً من البنين، وبعض البرامج نجحت في إحداث زيادة متوسطة في تناول الخضراوات. وقد وجد أن البرامج الناجحة كانت تتسم بالملامح الآتية:

1. العمل على كل جوانب ومستويات المدرسة وليس جانب واحد.
2. العمل مع الآباء لتغيير طرق إعداد الطعام بالمنزل.
3. التوافق بين محتوى الرسائل التثقيفية وما يحتويه المقصف المدرسي من طعام.
4. طول فترة البرنامج (أكثر من ثلاث سنوات) واستمرار الإضافة والإبداع من قبل المدرسين ومدير المدرسة.

5. الاستمرار في تدريب ورفع معنويات العاملين بالمدرسة في المهارات الخاصة بهذه البرامج.

وفيما يخص برامج تعزيز النشاط البدني وممارسة الرياضة فقد أثبتت البحوث العلمية التي أجريت عليها ما يلي من الحقائق التالية:

1. إن فعالية البرامج تزيد عند العمل على كل جوانب المدرسة وعدم الاقتصار على جانب واحد، فعلى سبيل المثال الاهتمام بالتمارين الجيد للطلاب، وإعداد الملاعب والأجهزة الرياضية بشكل كاف، ووضع سياسات وقواعد في المدرسة لمنع استثناء أي طالب من ممارسة الرياضة.

2. إن ممارسة الرياضة بشكل يومي انعكست بشكل إيجابي على حماس الطلاب، ولم تنتقص من تحصيلهم الدراسي على الرغم من انتقاصها من الوقت المخصص للدراسة.

3. توجد علاقة قوية بين ممارسة الطالب للرياضة في المدرسة والانتظام عليها في سائر حياته.

4. تعظم استفادة التلاميذ من ممارسة الرياضة إذا تكررت بشكل منتظم أثناء اليوم الواحد.

5. يكون الطلاب أكثر التزاماً بممارسة الرياضة إذا شاركوا المدرس في اختيار نوع هذه الرياضة.

6. وُجد أن الانتظام في ممارسة الرياضة أدى إلى تحسين مستوى الأكسجين في الدم، وخفض مستوى الكوليستيرول، وتقليل وقت مشاهدة التلفزيون.

7. عدم جدوى القياسات البيولوجية، كمؤشر كتلة الجسم ومستوى ضغط الدم، كمقياس لمستوى اللياقة البدنية للتلميذ.

8. أن مراعاة الفروق الطلابية المتعلقة بالجنس والسن والقدرة البدنية والعرق أثناء ممارسة الرياضة، تشجع مشاركة الطلاب واستجابتهم.





الفصل السابع

إدارة الصحة المدرسية

تُعد التنمية الصحية الشاملة في جميع المجالات أمراً مهماً في تحقيق مستوى عالٍ من الصحة في المجتمع، والطلبة هم محور العملية التعليمية والتعلمية واستثمارنا فيهم من خلال اللجان الصحية الفاعلة يتمثل في جعل كل طالب نواة لمجتمع صحيح، وأن يصبح مثقفاً ثم مثقفاً صحياً في أسرته ومجتمعه. ومن هذا المنطلق أكدت الحكومات على أهمية التنمية الصحية في المدارس من خلال أنشطة وبرامج الصحة المدرسية وتخصيص منظومة إدارية للقيام بها.⁽¹⁾

الأهداف الأساسية للإدارة العامة للصحة المدرسية⁽²⁾

تتولى الإدارة العامة للصحة المدرسية الإشراف والتنسيق فيما يخص الجوانب التربوية والإدارية في مجال الصحة المدرسية، مع الجهات المعنية في وزارة التعليم ووزارة الصحة وتسهيل تنفيذ نشاط الصحة المدرسية في المدارس. ويتحقق ذلك من خلال الآتي:

1. المشاركة في تنفيذ الخطط والبرامج المشتركة في مجال الصحة المدرسية من النواحي التربوية والإدارية بما يتوافق مع الاستراتيجيات التي تضعها اللجنة الوطنية العليا للصحة المدرسية.

2. التنسيق مع الإدارة العامة المختصة بالشؤون الصحية المدرسية في وزارة الصحة ومع اللجنة الوطنية العليا للصحة المدرسية بهدف وضع المعايير الفنية التي يتطلبها تقديم الخدمات بجودة عالية. وتشمل على سبيل المثال معايير مناهج التثقيف الصحي، معايير البيئة المدرسية، معايير اختيار الأعضاء القائمين على خدمات الصحة المدرسية داخل المدارس ومراجعتها والإشراف على تنفيذها.

3. التنسيق مع إدارة المناهج والبرامج التعليمية بوزارة التعليم لتعزيز التربية الصحية وتنفيذ البرامج الصحية المدرسية.

4. التنسيق مع الإدارة العامة المختصة بالشؤون الصحية المدرسية بوزارة الصحة والجهات المختصة بالوزارة لتقديم برامج تدريبية في مجال الصحة المدرسية للذين يرشحون من المعلمين والمعلمات للعمل كمرشدين صحيين.

5. تطبيق معايير الجودة في أعمال الشؤون الصحية المدرسية على مستوى الوزارة والمناطق والمحافظات.
6. حل المشكلات البيئية والصحية المتعلقة بالمدارس ومتابعة تنفيذها بالتنسيق مع الجهات المختصة في وزارة التعليم.
7. توفير الاحتياجات التربوية الصحية مثل وسائل التوعية الصحية المكتوبة والإلكترونية واحتياجات العيادات المدرسية المكتبية وتسجيل المعلومات الصحية في سجل الطالب.
8. تنظيم المعاملات والمعلومات الخاصة بالإدارة وحفظها بشكل يساعد على استخراجها بسهولة ويسر.
9. تحديد الاحتياجات التدريبية والمستلزمات الإدارية والفنية الخاصة بالإدارة، ومتابعة توفيرها.
10. إعداد التقارير الدورية عن نشاطات وإنجازات الإدارة ومعوقات الأداء فيها وسبل التغلب عليها ورفعها لوكيل الوزارة للشؤون المدرسية.
11. أداء أية مهام أخرى تكلف بها في مجال اختصاصها.

الأهداف الخاصة للإدارة العامة للصحة المدرسية

1. تفعيل مشاركة الطلبة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة للأنشطة و البرامج الصحية.
2. رفع مستوى الوعي الصحي والبيئي للطلبة والمعلمين.
3. رفع مستوى النظافة الشخصية والعامة في المدارس.
4. تحسين الوضع الصحي والتغذوي للطلبة والمعلمين ومراقبته من خلال المؤشرات الصحية.
5. العمل على تحسين و تطوير البيئة المدرسية والمرافق الصحية ومتابعتها.
6. تحديد أولويات الاحتياجات الصحية بمشاركة المجتمع المدرسي.
7. رفع قدرات العاملين في مجال الصحة المدرسية.
8. تفعيل دور الأهالي والمؤسسات ذات العلاقة في مجال الصحة المدرسية.

محاور عمل الإدارة العامة للصحة المدرسية⁽¹⁾

1. الخدمات الصحية

وتشمل التطعيمات، وفحوص التقصي، وتشخيص الحالات المرضية ومتابعتها، ويتم ذلك عن طريق:

- أ. تطعيم جميع الطلبة المستهدفين ببرنامج التطعيم الوطني قبل انتهاء العام الدراسي.
- ب. متابعة إجراء فحوص الاستقصاء لجميع الطلبة المستهدفين قبل انتهاء العام الدراسي.
- ج. متابعة جميع الطلبة المحولين من قبل طبيب الصحة.
- د. رصد ومتابعة الإصابات والحالات المرضية من الطلبة.
- هـ. تزويد الطلبة العاجزين بالأدوات والأجهزة المساندة.
- و. العمل على تقليل نسبة نخر الأسنان لدى الطلبة.



(الشكل 20): جانب من الخدمات المقدمة من قبل الإدارة العامة للصحة المدرسية.

2. التثقيف والتعزيز الصحي

ويشمل الأنشطة والبرامج الصحية والتعليمات والأنظمة التي تعزز المفاهيم الصحية ومهارات الحياة، ليتمكن الطلبة من تبني نمط حياة صحي، ويتم ذلك من خلال:

- أ. تفعيل اللجان الصحية المدرسية في المدارس.
- ب. إكساب الطلبة والمعلمين مهارات السلامة العامة.
- ج. رفع مستوى النظافة الشخصية والعامة.
- د. رفع الوعي الصحي للطلبة والمعلمين.
- هـ. بناء قاعدة بيانات للصحة المدرسية.

3. التغذية والمقاصف

- تعد التغذية السليمة والمتوازنة للطلبة في المدارس أولوية تعليمية وصحية، ولتحقيق ذلك لابد من اتباع سياسات لإكساب الطلبة العادات الغذائية والصحية التي تساهم في النمو المتكامل، وغرس العادات الحسنة في نفوس الطلبة مثل، النظام والنظافة والمشاركة الإيجابية والتفاعل وتفعيل دور مجالس أولياء الأمور والمجتمع المحلي، وذلك من خلال:
- أ. إكساب الطلبة عادات و سلوكيات غذائية سليمة.
 - ب. تحسين الوضع التغذوي في المدارس.
 - ج. تأمين نوعية جيدة وصحية من الغذاء وضمان خلوه من التلوث.



(الشكل 21): بعض أسباب الاهتمام بالتغذية المدرسية.

4. البيئة المدرسية

- تعد بيئة المدرسة مكاناً آمناً صالحاً وصحياً ومناسباً لقضاء الأوقات فيما ينفع الطلبة، وتعمل الإدارة العامة للصحة المدرسية على تحسين البيئة المدرسية وخلق روح التعاون بين الطلبة، ولتحقيق ذلك يجب التأكيد على الآتي:
- أ. تشكيل وتفعيل الأندية البيئية المدرسية.

- ب. تحسين المظهر العام للمدرسة.
- ج. رفع الوعي البيئي لدى الطلبة والمعلمين.
- د. تفعيل المشاريع المتعلقة بالبيئة المدرسية.
- هـ. التأكد من سلامة مياه الشرب والمحافظة عليها.

التبعية الإدارية للإدارة العامة للصحة المدرسية

نظراً لأن إدارة الخدمات الصحية داخل المدارس تتطلب مزيجاً من الخبرات التربوية التعليمية والخبرات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي، بالإضافة للحاجة إلى التنسيق بين الجهود الخاصة بكلا الجانبين، فإن التبعية الإدارية للإدارة العامة للصحة المدرسية تباينت بين دول العالم العربي، مما أدى إلى ظهور النماذج الآتية:

1. قد تتبع الإدارة العامة للصحة المدرسية وزارة التربية والتعليم، كما هو الحال في الأردن⁽³⁾ وعندها تتطلب الحاجة لاستيفاء الخبرات المطلوبة تواجد عدد من الأطباء وأعضاء هيئة التمريض المتخصصين في هذا المجال، كما يتطلب الحال حسن التنسيق مع وزارة الصحة⁽⁴⁾ فيما يتعلق بما يلي (على سبيل المثال لا الحصر):

- أ. وضع خطة لمواجهة الأمراض المعدية والأوبئة بالمنشآت التعليمية.
- ب. المرور الإشرافي المستمر من الفرق المركزية بالوزارتين بشكل منسق مع توزيع المهام.
- ج. الاستفادة بالقوافل الطبية لتفعيل الفحص الطبي الشامل في المناطق النائية التي بها عجز من الأطباء والتمريض وذلك لسد العجز.
- د. تهيئة الأطباء والمرضات ومديري ومنسقي المدارس على المحتوى التدريبي الخاص بخدمات الصحة المدرسية، والفحص الطبي الشامل وعلى الإجراءات الاحترازية لمكافحة الأمراض المعدية.
- هـ. تطوير نظم المعلومات وقواعد البيانات الخاصة بالبرنامج الإلكتروني للفحص الطبي الدوري الشامل والآخر الخاص بملف الطالب الصحي ككل للخروج بمؤشرات صحية جيدة، وأيضا لوضع خريطة صحية لطلاب المدارس على مستوى الدولة.
- و. توفير المطبوعات الخاصة بنماذج وسجلات الصحة المدرسية. وكذلك النماذج والسجلات الخاصة بترصد الأمراض المعدية بالمدارس وإجراءات مواجهتها.
- ز. توزيع اللوحات الإرشادية والملصقات الخاصة بالتنظيف الصحي، كالرسائل الخاصة بالتغذية والبيئة وتعزيز الصحة النفسية، والأمراض المعدية وكيفية مواجهتها وطرق الوقاية منها على المنشآت التعليمية على مستوى الدولة.

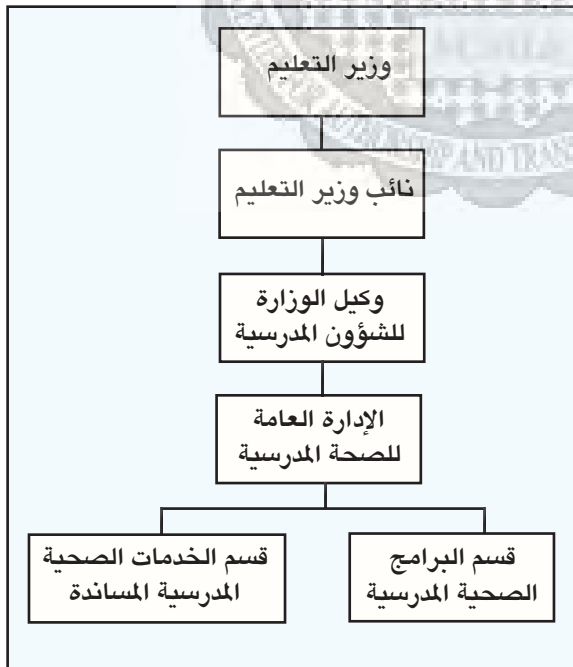
2. قد تتبع الإدارة العامة للصحة المدرسية وزارة الصحة، وعندها تتطلب الحاجة حسن التنسيق مع وزارة التعليم، كما هو الحال في مصر.⁽³⁾ ويجدر بالذكر أن تبعية إدارة الصحة المدرسية في مصر تحولت منذ ما يزيد عن العقدين من وزارة الصحة والسكان إلى هيئة التأمين الصحي، مما أتاح الخدمات العلاجية بشكل أكبر لتلاميذ المدارس دون أن يصاحب ذلك اهتمام مواز في الخدمات الوقائية.⁽⁵⁾

3. قد تتبع الإدارة العامة للصحة المدرسية وزارة التربية والتعليم، ثم تتحول التبعية إلى وزارة الصحة، كما هو الحال في السعودية.⁽⁶⁾

ويتم تشكيل اللجنة العليا للصحة المدرسية، والمنوط بها وضع السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالصحة المدرسية على مستوى البلاد. وتقوم الإدارة العامة للصحة المدرسية وما يتبعها من إدارات محلية في المناطق والمحافظات وما دونها من المستوى التنفيذي بتفعيل قرارات هذه اللجنة.

الهيكل الإداري للإدارة العامة للصحة المدرسية

يبين الشكل التالي الهيكل الإداري القديم للإدارة العامة للصحة المدرسية في السعودية،⁽⁷⁾ وفيه تتبع وزارة التربية والتعليم، ويتبعها قسمان، أحدهما للجوانب التربوية (قسم البرامج الصحية المدرسية) والآخر للجوانب الإدارية (قسم الخدمات الصحية المدرسية المساندة)،⁽⁸⁾ كما ستفصل.



(الشكل 22): الهيكل الإداري القديم للإدارة العامة للصحة المدرسية في السعودية.⁽⁷⁾

1. قسم البرامج الصحية المدرسية⁽⁸⁾

الهدف العام

يتولى الجوانب التربوية في مجال الصحة المدرسية، بالتعاون مع الجهات المعنية في وزارة التعليم ووزارة الصحة.

المهام، وتتمثل مهام هذا القسم في النقاط الآتية:

- أ. تطبيق الأنشطة التربوية الصحية المكمل للخدمات الصحية المدرسية في المناطق والمحافظات ومتابعة تنفيذها.
- ب. حل المشكلات البيئية والصحية المتعلقة بالمدارس ومتابعة تنفيذها بالتنسيق مع الجهات المختصة في وزارة التعليم.
- ج. تنظيم المعاملات والمعلومات الخاصة بالإدارة وحفظها بشكل يساعد على استخراجها بسهولة ويسر.
- د. تحديد الاحتياجات التدريبية والمستلزمات الإدارية والفنية الخاصة بالإدارة، ومتابعة توفيرها.
- هـ. إعداد التقارير الدورية عن نشاطات وإنجازات الإدارة ومعوقات الأداء فيها وسبل التغلب عليها ورفعها لمدير الإدارة لاتخاذ الإجراء اللازم.
- و. القيام بأية مهام أخرى في مجال اختصاصه.

2. قسم الخدمات الصحية المدرسية المساندة⁽⁸⁾

الهدف العام

يتولى الجوانب الإدارية في مجال الصحة المدرسية، بالتعاون مع الجهات المعنية في وزارة التعليم لتسهيل تنفيذ نشاط الصحة المدرسية في المدارس.

المهام، وتكمن مهام هذا القسم فيما يلي:

- أ. تطبيق معايير الجودة في أعمال الشؤون الصحية المدرسية على مستوى الوزارة والمناطق والمحافظات.
- ب. توفير احتياجات ومتطلبات تنفيذ أنشطة وأعمال الشؤون المدرسية مثل، وسائل التوعية الصحية المكتوبة والإلكترونية، واحتياجات العيادات المدرسية المكتبية وتسجيل المعلومات الصحية في سجل الطالب.

- ج. تنظيم المعاملات والمعلومات الخاصة بالقسم وحفظها بشكل يساعد على استخراجها بسهولة ويسر.
- د. تحديد الاحتياجات التدريبية والمستلزمات الإدارية والفنية الخاصة بالقسم، ومتابعة توفيرها.
- هـ. إعداد التقارير الدورية عن نشاطات وإنجازات القسم ومعوقات الأداء فيها وسبل التغلب عليها ورفعها لمدير الإدارة.
- و. القيام بأية مهام أخرى في مجال اختصاصه.

وفيما يلي سنعرض باختصار كيفية إعداد وتطبيق إحدى سياسات الصحة المدرسية المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني، وقد سبق وتعرضنا في فصل البيئة المدرسية لتوضيح كيفية إعداد برنامج لتحسين البيئة المدرسية وتنفيذ تدخلاته.

كيفية إعداد وتطبيق سياسات الصحة المدرسية المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني

تمر دول الشرق الأوسط حالياً بمرحلة انتقال اجتماعية وثقافية بما فيها من انعكاسات سلبية على الصحة. ويظهر ذلك في أنماط الحياة التي أخذ الشباب ينتهجونها في الآونة الأخيرة، إذ أصبحوا يفضلون ارتياد مطاعم الوجبات السريعة، حيث يمارسون جانباً من حياتهم الاجتماعية، أو يشغلون أنفسهم بألعاب الحاسوب خلال أوقات فراغهم. ولقد أظهر المسح الصحي العالمي المرتكز على المدرسة أن حوالي 21 % من الشباب في إحدى الدول العربية يعاني زيادة الوزن، وأن حوالي 42 % من طلاب المدارس في دولة عربية أخرى ينفقون ثلاث ساعات أمام التلفزيون وألعاب الكمبيوتر.⁽⁹⁾

وفيما يلي سنعرض باختصار كيفية إعداد وتطبيق إحدى سياسات الصحة المدرسية المتعلقة بالتغذية. وبينما تتعلق هذه الآلية بالتغذية فإنه يمكننا تعميمها على سائر السياسات الصحية. وسيكون المستفيدون من هذا الفصل هم العاملين لدى وزارتي التربية والصحة لتطبيق مبادئ "المدارس المعززة للصحة"، وأية وحدة إدارية حكومية أخرى معنية بتنمية سياسات الصحة المدرسية، وإدارات التغذية، ووزارة الرياضة وسواها. وكذلك سنوضح مجموعة من الوسائل، للمساعدة في عمليات التحضير وتحليل الوضع، وتعيين مرامي السياسة وأغراضها، وانتقاء وتطبيق خيارات هذه السياسة، ورصد وتقييم العمليات والنتائج، من أجل إرساء قواعد سياسة مدرسية معينة حول النظام الغذائي والنشاط البدني. ويعرض الشكل التالي خلاصة شاملة لعملية رسم السياسة المدرسية الخاصة بذلك وتطبيقها.

(الجدول 16): خلاصة شاملة لعملية رسم السياسة المدرسية حول النظام الغذائي والنشاط البدني وتطبيقها.

التحليل الوضع	إعداد السياسة	تطبيق السياسة	النتائج على المدى القصير والمتوسط	النتائج على المدى الطويل
- إنشاء فريق التنسيق وآلية التعاون، والقيام بالدعوة. (الوسيلة 1). - تحديد المحددات الصحية الرئيسية (الوسيلة 2). - مراجعة خيارات السياسة (الوسيلة 3).	- تحديد مرامي السياسة وأغراضها ونتائجها والمعنيين بها (الوسيلة 4). - تقدير مدى إمكانية تطبيق مداخلات السياسة، وجدواها وصلتها بالموضوع (الوسيلتان 5 و6). - إعداد خطة عمل. (استعمال وسائل التخطيط الموجودة أصلاً في المنطقة أو الإقليم).	- تنفيذ خطة العمل. الرصد والتقييم (الوسيلتان 7 و8).	- زيادة التعاون والتخطيط بين القطاعات. - زيادة الوعي حول فرط الوزن والسمنة لدى الأطفال. - زيادة المعارف والمهارات والمؤهلات المتصلة بالثقافة الصحية. - تحسين الوضع الصحي. • يجب إعداد تقرير تقييمي عن مدى تأثير السياسة.	- تناقص انتشار الأمراض المزمنة والإصابات. - تحسين الصحة ورفعية الحياة. - تناقص تكاليف الرعاية الصحية المترتبة على الأمراض التي يمكن تجنبها، والعجز، والوفاة.

الوسيلة 1: إنشاء بنية تحتية بشرية وخدمية وجمع المعلومات اللازمة

يحتاج المرء قبل البدء بإعداد سياسة حول النظام الغذائي والنشاط البدني إلى إنشاء بنية تحتية بشرية وخدمية، وإلى جمع المعلومات اللازمة للمشروع، وذلك عن طريق القيام بخطوات الوسيلة كما يلي:

الخطوات	الأنشطة	الأسئلة الرئيسية التي ينبغي الإجابة عنها
1	تشكيل فريق التنسيق لتيسير وتعزيز تكامل العمل المشترك من قبل كافة المعنيين من كافة المستويات.	- من يجب أن يشارك؟ - ما المهام التي يجب أن توكل إلى الفريق؟ - هل نحتاج إلى اتفاقية مكتوبة لتيسير العمل المشترك؟
2	إيجاد آلية عمل تنسيقية متعددة القطاعات في المستوى الوطني.	- أي القطاعات أو الوزارات ينبغي أن تشارك في العملية؟ - هل توجد بالفعل آليات عمل يمكن أن نستعملها لمناقشة قضايا النظام الغذائي والنشاط البدني؟ - من هم الشركاء المحتملون المعنيون بقضية النظام الغذائي والنشاط البدني؟ - هل ينبغي أن تشمل هذه الآلية مشاركة المنظمات اللاحكومية والقطاعات الخاصة؟
3	إجراء تحليل للوضع عن طريق تقدير القيمة القاعدية.	- ما مجالات العمل ذات الأولوية في المستويين الوطني ودون الوطني؟ - ما مجموعات المعطيات المتاحة لمعالجة هذه القضايا؟ - ما القضايا الصحية الرئيسية المتصلة بصحة الطفل، والنظام الغذائي والنشاط البدني؟ (الوسيلة 2).
4	الدعوة بين واضعي السياسات للحصول على الالتزام السياسي ومشاركة القطاعات من خارج قطاع التثقيف الصحي.	- ما القطاعات والوزارات المعنية؟ - ما النقاط أو الوثائق الاستراتيجية التي نحتاج لتقديمها إلى هذه الجهات؟ - ما المقترحات الرئيسية للأساليب المقترحة لصياغة وتطبيق سياسات واستراتيجيات فعالة (باستخدام أسلوب متعدد القطاعات والمستويات)؟ - ما الأفكار التي ينبغي لنا أن نقرحها حيال السياسة المقصودة؟

الخطوات	الأنشطة	الأسئلة الرئيسية التي ينبغي الإجابة عنها
5	نشر السياسة.	- ما الجهات التي ينبغي أن نرسل إليها السياسة المدرسية الوطنية حول النظام الغذائي والنشاط البدني؟ - ما نوع المواد التي ينبغي لنا أن ننتجها من أجل إعلام المعنيين بالأمر حول السياسة المدرسية الوطنية للنظام الغذائي والنشاط البدني؟

الوسيلة 2: مصفوفة الوضع الصحي والسلوك عند الأطفال

تقدم المصفوفة مجموعة من المؤشرات التي يمكن استعمالها للتمييز بين أنماط النظام الغذائي، والنشاط البدني في المستويين الوطني والإقليمي. وهي تتيح إمكانية المقارنة بين المناطق أو المدن كما يلي:

المنطقة الجغرافية*	المنطقة الجغرافية*	المنطقة الجغرافية*	المنطقة الجغرافية*	المنطقة الجغرافية*	مؤشرات الوضع الصحي
5	4	3	2	1	
					النسبة المئوية للأطفال المفرطين في الوزن.
					النسبة المئوية للأطفال المصابين بالسمنة.
					النسبة المئوية للأطفال الذين يتناولون الفاكهة والخضراوات أقل من خمس حصص يومياً.
					النسبة المئوية للأطفال الذين يمارسون التمارين البدنية أقل من ساعة يومياً.
					النسبة المئوية للأطفال الذين يمضون أكثر من ثلاث ساعات أمام التلفزيون يومياً.

يتطلب الاهتمام الفوري
($11\% < **$)



يتطلب الانتباه
($10 - 6\% **$)



في الاتجاه الصحيح
(صفر - 5%)



** ينبغي الاتفاق على المعدلات في اجتماع وطني أو إقليمي.
* يمكن إجراء التحليل في مستوى المنطقة (الإقليم) أو المدينة.

الوسيلة 3: القائمة التفقدية لمراجعة وتحليل مداخلات السياسة المدرسية

استكمالاً لرفع واقع المدارس المعنية، تستعمل القائمة التفقدية الآتية لمراجعة وتحليل مداخلات السياسة لتقدير أبعاد المداخلات الممكنة لهذه السياسة التي يمكن أن تطبقها المدارس. وتقسّم هذه المداخلات إلى ستة أقسام رئيسية هي: تقدير دور المدرسة، والمنهج الدراسي، وخدمات الطعام، والبيئة المادية، وتعزيز الصحة للعاملين في المدارس؛ وخدمات الصحة المدرسية كما يلي:

1. تقدير دور المدرسة	
- تحديد المعايير والإجراءات اللازمة لمنح المدارس وضع خاص. - دعوة المدارس للمشاركة في برنامج تقدير أدوار المدارس. - توفير الحوافز للمدارس للمشاركة، والمعدات والمرافق على سبيل المثال، والدعم التقني والمالي للمدارس.	
2. المنهج المدرسي	
- تخصيص ساعة أسبوعية للتربية البدنية في المنهج المدرسي. - إتاحة الفرصة للطلاب لممارسة المهارات الحياتية حول اتخاذ القرارات الخاصة بالطعام والنشاط البدني. - إشراك الطلاب في مجموعة خاصة تطلع بما يلي: • تحديد العقوبات التي تحول دون ممارسة النشاط البدني واختيار الطعام الصحي. • التوصية بالحلول الممكنة لتجاوز هذه العقوبات.	
3. خدمات الطعام	
أ. المعايير التغذوية للطعام في المدارس.	- وضع وتنفيذ معايير تغذوية للأطعمة التي تقدم في المدارس، تنسجم مع الدلائل والإرشادات التغذوية الوطنية أو الإقليمية المرتكزة بحسب مقتضى الحال. - نشر المعايير التغذوية للأطعمة المقدمة في المدارس بمختلف أشكال الاتصال بين العاملين في المدارس والآباء (أولياء الأمور) والطلاب. - التفكير في مجموعة واسعة من الخيارات لتطبيق هذه المعايير، بما في ذلك إذا اقتضى الحال، تبني إطار عملي تنظمي لهذه المعايير.

ب. برنامج الطعام المدرسي. - وضع وتنفيذ أو تعزيز برامج الطعام المدرسي أو برامج توزيع الطعام. - توفير مبالغ محددة بالتعاون مع الجهات المعنية من أجل تعزيز برامج الطعام. وعند إقامة شراكات بين القطاعين العام والخاص لتقديم الوجبات الغذائية في المدارس، يكون من الأهمية التأكيد من أن هذه الوجبات مطابقة للمعايير التغذوية للمدارس أو مع الدلائل الإرشادية الوطنية التغذوية. - إنشاء أو تعزيز خدمات الإطعام في المدارس. - حشد الإمكانيات من أجل توفير البيئة الصحية في المقاصف المدرسية. - تدريب المعلمين على أمور التغذية السليمة، حتى يتسنى لهم في جملة ما يقومون به بالإشراف على سلامة الأطعمة التي تقدم في المدارس، والتأكد من التزام كافة الأطعمة المقدمة بمعايير التغذية المحددة للمدارس. - تشجيع المدارس على التماس المصادر البديلة والمناسبة صحياً للأطعمة الغنية بالدهون، والسكر والملح. - التركيز ما أمكن على جعل الأطعمة مناسبة مادياً للطلاب، حتى يتسنى لهم الحصول عليها. - النظر في مسألة استنباط آلية للحد من توافر الأطعمة والأشربة الغنية بالطاقة والفقيرة بالعناصر الغذائية التي تقدم عن طريق الماكينات والمقاصف، بل وإزالة ماكينات البيع من حرم المدرسة، كلما كان هذا الإجراء ملائماً.	
- تشجيع المدارس على التماس الدعاية المناسبة من خلال مجموعة واسعة من الكيانات التجارية. - اعتماد التوعية الإعلامية والتسويقية كجزء من المنهج الدراسي. - تنظيم حلقة دراسية حول تأثير التسويق ووسائل الإعلام في اختيار الأطفال لأنواع الأطعمة والمشروبات المتاحة.	ج. عملية التسويق.
- تنظيم مشاورة مع ممثلي وبائعي الأطعمة والمشروبات. - تحديد فرص لاتخاذ الإجراءات اللازمة حيال توفير المنتجات الغذائية الصحية. - تعميم المعايير التغذوية الخاصة بالأطعمة المدرسية على كافة منتجي الأطعمة والمشروبات، والبائعين والموزعين الذين يعملون بجوار المدارس. - تيسير استنباط آلية لتقرير أنواع الأطعمة والمشروبات التي يسمح ببيعها بجوار المدارس.	د. توافر الأطعمة بالقرب من المدرسة.

4. البيئة المادية (الطبيعية)	
أ. المباني والمرافق. - زيادة الوعي بين العاملين في المدارس بأن البيئة الطبيعية للمدرسة هي عامل أساسي في زيادة الأنشطة البدنية بين الطلاب. - تشجيع المدارس وتزويدها بالمساحات والمرافق المأمونة الملائمة بحيث يستطيع الطلاب أن يقضوا أوقاتهم بحيوية ونشاط. - توفير الإرشاد والدعم للمدارس من أجل إقامة الشراكات مع المجتمعات المحلية بنية فتح المرافق الترفيهية والرياضة المجتمعية الموجودة وإتاحة الفرصة لاستعمالها. - إصدار تشريع يقضي بأن تكون لدى المدارس مساحات مخصصة للعب والرياضة. - تشجيع ودعم المدارس على إنشاء الحدائق المدرسية، والتواصل والتكاتف مع الوكالات الدولية ذات الصلة مثل منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة لحشد مزيد من الدعم لإنشاء وتطوير مشروعات البستنة المدرسية.	
ب. الأنشطة البدنية خارج المناهج الدراسية. - تشجيع المدارس على تنظيم وإقامة أنشطة رياضية فيما بينها. -حث أولياء الأمور والمجتمعات المحلية على تنظيم أنشطة خارج المنهج الدراسي. - توفير الأنشطة الرياضية خارج المنهج الدراسي مجاناً.	
ج. المشي المأمون من المدرسة وإليها. - إقامة الشراكات مع وزارات النقل والبلديات والمجتمعات المحلية، ورابطات أولياء الأمور والمعلمين ومخططي المرور بنية إيجاد ممرات آمنة على الطرق للمشاة وراكبي الدراجات، باعتبارها من أشكال الانتقال المفعم بالنشاط. - تخصيص ممرات آمنة للمشاة من المدرسة وإليها (حيثما أمكن ذلك) ودعم المدارس للمساهمة في هذه العملية. - تنظيم حملات توعية جماهيرية لتنبيه السكان إلى ضرورة أن يمشي الطلاب أو يقودون دراجاتهم من المدرسة وإليها. - تشجيع وتنظيم وقوف المتطوعين من أفراد المجتمع عند كل إشارة مرور لضمان السلامة للأطفال حيث يمشون في أمان إلى مدارسهم.	

5. تعزيز صحة العاملين في المدارس

- حث المعنيين بالأمر كالمنظمات الحكومية والاتحادات الرياضية المحلية، والعاملين في الرعاية الصحية على تنظيم الأنشطة الخاصة بالأكل الصحي والنشاط البدني لكافة العاملين في المدارس.
- تشجيع إدارات المدارس على تسهيل ودعم تنفيذ الأنشطة المتصلة بتعزيز صحة العاملين في المدارس.
- توفير الأموال اللازمة للتدريب أثناء الخدمة، بالإضافة إلى بعض الحوافز للمعلمين لكي يشاركون في التدريب الإضافي.

6. خدمات الصحة المدرسية

- دعم إقامة الشراكات بين المدارس والخدمات الصحية المحلية لأجل توفير الخدمات الصحية المدرسية بتكلفة منخفضة أو مجاناً.
- النظر حسب مقتضى الحال في جمع المعلومات عن الوزن والطول وعادات النظام الغذائي والنشاط البدني لكافة الطلاب في فترات زمنية منتظمة. وتشجيع ودعم سرية المعطيات التي تجمع في المدارس واستعمالها بصورة ملائمة.
- تخويل فريق الصحة المدرسية مسؤولية الإشراف على سلامة ومأمونية الأطعمة والمشروبات التي تقدم في المدارس مع المعايير الوطنية للتغذية في المدارس.

الوسيلة 4: تحديد مرامي السياسة والأغراض والمعنيين بالأمر

ينبغي أن تستعمل المعلومات التي تم جمعها في عملية تحليل الوضع من أجل صياغة المرامي والأغراض التي تقتضيها عملية وضع السياسة أو تغييرها. ويمكن تعريف المرامي بأنها بيانات عريضة الطيف، أما الأغراض فهي تعرف بدقة ما ينبغي إنجازه من خلال المداخلات فيما يخص الأكل الصحي، والنشاط البدني كما يلي:

المرامي	الأغراض		النتائج المتوقعة	المعنيون بالأمر
	العمليات المطلوبة	المخرجات		
السياسة 1: تضمين ساعة واحدة من النشاط البدني في المنهج الدراسي				
- تعزيز النشاط البدني في المدرسة.	- تشكيل لجنة تنسيق خلال سنة واحدة. - مناقشة طرق تعزيز النشاط البدني باستعمال البنية التحتية الموجودة. - تنظيم لقاءات مع الأطفال والعاملين بالمدرسة وأولياء الأمور والمجتمع المحلي لشرح الأمور المتعلقة بالمخاطر الصحية لفرط الوزن والسمنة والتشجيع على ممارسة الأنشطة البدنية خارج المدرسة.	- تنظيم حملتين تعالجان مسألة فرط الوزن والسمنة. - عقد ثلاثة لقاءات مع العاملين في المدرسة.	- إدراك 70 % من تلاميذ المدارس للمخاطر المتصلة بفرط الوزن والسمنة. - تعريف 90 % من العاملين في المدارس بالمخاطر الصحية لقلّة النشاط البدني.	- وزارة الصحة. - وزارة التربية. - وسائل الإعلام. - شركات التموين.
السياسة 2: جعل المقاصف تستعمل معايير النظام الغذائي المتوازن				
- تعزيز مبدأ توفير منتجات الفاكهة والخضراوات في المدرسة.	- تطبيق الدلائل الإرشادية التغذوية الوطنية. - وضع واعتماد معايير تغذوية للمدارس وإنشاء فريق عمل لتطبيقها. - تنظيم لقاءات مدرسية لشرح السياسة الجديدة.	- اعتماد دلائل إرشادية تغذوية للمدرسة. - وضع المعايير التغذوية المدرسية. - رفع درجة الوعي.	- خفض استهلاك الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات (السكريات) بنسبة 70 %.	- المدارس. - وزارة التربية. - وزارة الصحة.

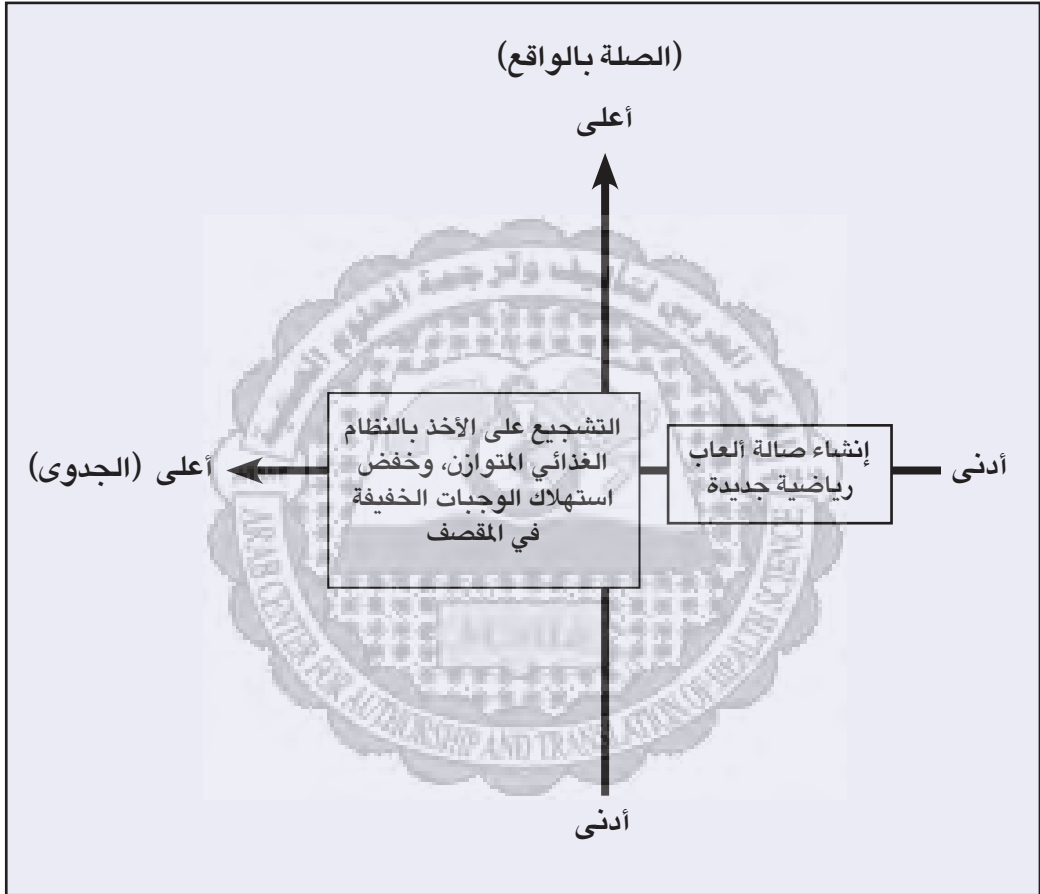
الوسيلة 5: تقدير مدى قابلية مداخلات السياسة (المدرسية) للتطبيق

وذلك عن طريق إجراء المزيد من التحليل لقابلية المداخلة المقترحة للتطبيق، من حيث الزمن والموارد اللازمة، والنتائج المتوقعة وعلى فريق التنسيق أن يختار في النهاية مداخلة أو مداخلتين. ومن المخطط الآتي يتبين لنا سبب اختيار وتفضيل "تضمين المنهج المدرسي ساعة مخصصة للأنشطة البدنية" بدلاً من "إلزام المقاصف بتطبيق معايير التغذية المتوازنة" لأن ذلك الاختيار أقل تكلفة ويمكن تطبيقه في فترة زمنية قصيرة.

خيارات السياسة	مداخلة السياسة	النتائج المتوقعة	الإطار الزمني	تقدير التكلفة	مصدر التمويل
- المنهج الدراسي.	- تضمين المناهج المدرسية ساعة واحدة للأنشطة البدنية.	- إدراك 70 % من تلاميذ المدارس المخاطر المتصلة بفرط الوزن والسمنة. - توعية 90 % من العاملين في المدارس بمخاطر قلة النشاط البدني.	- سنة واحدة.	- 50000 دولار تقريباً.	- وزارة الصحة. - وزارة التربية. - وزارة الشباب والرياضة.
- خدمات الطعام.	- تطبيق المقاصف للمعايير التغذوية المتوازنة.	- خفض استهلاك الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات بنسبة 70 %.	- سنتان.	- 80000 دولار تقريباً.	- وزارة الصحة. - وزارة التربية. - جهات التمويل بالمواد الغذائية.

الوسيلة 6: تحليل الجدوى ومدى الصلة بالواقع

بالتوسع في عملية التقدير الناقد لدى قابلية تطبيق خيارات السياسة، تقوم اللجنة بتعيين موقع كل سياسة على محوري الصلة والجدوى في عملية التنفيذ كآلاتي، وتنتقي السياسة الأقرب موقعاً إلى أعلى اليسار لأنها هي الأوفر حظاً في النجاح.



(الشكل 23): تعيين مواقع السياسات المختلفة على محوري الصلة بالواقع والجدوى.

الوسيلة 7: مؤشرات العمليات والمخرجات

وتهدف إلى التحقق السريع مما إذا كانت الأهداف قد تحققت أم لا كالاتي:

لا	نعم	المؤشرات	الإجراء
		- وجود فريق تنسيق يضم جهات معنية متعددة وله مهام موكلة واضحة. - وجود مكتب في وزارة الصحة، أو وزارة التربية، أو في سواهما. - اجتماع فريق التنسيق مرة واحدة على الأقل في كل فصل دراسي. - وجود آلية لتحمل المسؤولية لفريق التنسيق.	تشكيل فريق التنسيق وآلية التعاون.
		- جمع المعطيات القاعدية في المستويين الوطني والإقليمي. - اختيار مجالات العمل ذات الأولوية. - إعداد مجموعة من التوصيات الخاصة بالسياسة	تحليل الوضع.
		- إجراء تحليل للجهات المعنية وأصحاب المصلحة. - تحديد الجهات الرئيسية المعنية بالأمر. - اتخاذ الإجراء اللازم، مثل طلب عقد اجتماع يشارك فيه المعنيون الرئيسيون بالأمر.	الدعوة إلى اعتماد السياسة.
		- تحديد المرامي بوضوح. - مطابقة الأغراض المبدأ سمارت "SMART" أو ما يعرف بالأغراض الذكية، أي تكون أغراضاً نوعية، يمكن قياسها وتحققها، وتكون ذات صلة بالموضوع، ومناسبة للمرحلة الزمنية.	تحديد المرامي والأغراض.
		- وجود خطة عمل لتطبيق السياسة المدرسية الخاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني تحظى بموافقة كافة أعضاء فريق التنسيق. - تخصيص باب في الميزانية (خط ميزانية) لتنفيذ خطة العمل في المستويين الوطني ودون الوطني.	وضع خطة العمل.
		- توزيع السياسة المدرسية الخاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني على المعنيين من ذوي الصلة.	نشر السياسة.

الوسيلة 8: تقدير تأثير السياسة

وهذه الطريقة تبين ما في هذه السياسة من عيوب، وما إذا كان من الأفضل الاستمرار في تطبيقها، أو تغييرها كالاتي:

السنوات		مؤشرات تأثير السياسة
نهاية المشروع	السنة الأولى من المشروع	قصيرة الأمد (من سنة إلى سنتين)
		- النسبة المئوية للطلاب الذين يدركون المنافع الصحية لعادات النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني.
		- النسبة المئوية للطلاب الذين يتذكرون الرسائل الإيجابية التي تعلموها في المدرسة حول عادات الأكل والنشاط البدني.
		متوسطة الأمد (من سنتين إلى خمس سنوات)
		- النسبة المئوية للتلاميذ الذين يتناولون خمس حصص غذائية من الفاكهة والخضراوات يومياً.
		- النسبة المئوية للتلاميذ الذين مارسوا التمارين البدنية لما لا يقل عن ساعة واحدة يومياً على مدى سبعة أيام خلال الأيام السبعة الماضية.
		- النسبة المئوية للتلاميذ الذين يقضون ساعة أو أقل يومياً أمام التلفزيون أو ألعاب الفيديو.
		- النسبة المئوية للتلاميذ الذين يستعملون دراجاتهم أو يمشون في الذهاب إلى المدرسة.
		- النسبة المئوية للتلاميذ الراضين عن أداء المدرسة، فيما يخص النظام الغذائي والنشاط البدني.
		طويلة الأمد (من خمس سنوات إلى عشر سنوات)
		- النسبة المئوية للتلاميذ المفرطي الوزن.
		- النسبة المئوية للأطفال المصابين بالسمنة.

هذا ويجدر بفريق العمل بالإدارة العامة للصحة المدرسية عقد دورات تدريبية قائمة على الأنشطة، وفيها يتم تدريب العاملين بالإدارة العامة للصحة المدرسية والعاملين بالمدارس على هذه النماذج، بحيث يكتسبون المهارات الضرورية للقيام بهذه الأعمال الإدارية، مع أهمية المتابعة المستمرة وعمل التقويم اللازم طبقاً لنتائج العمل.



(الشكل 24): أهم سمات الأغراض الذكية.





المراجع

References

مراجع الفصل الأول

1. القرني، حسن بن محمد حسن، دور الإدارة المدرسية في تحقيق أهداف التربية الصحية لطلاب المرحلة الابتدائية بمدينة الطائف، رسالة ماجستير بكلية التربية، جامعة أم القرى، إشراف د. عبد القادر بن صالح عبد القادر بكر، 2008م.
2. Stewart-Brown S., What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.
3. الأنصاري، صالح بن سعد، المدارس وتعزيز النمط المعيشي الصحي، مراجعة عالمية ومقاربة سعودية، "بحث مقدم في اللقاء العلمي السابع للصحة المدرسية"، ص 17، 2007م.
4. Murray N.D., Low B.J., Hollis C., Cross, A. Davis S, Coordinated school health programs and academic achievement: a systematic review of the literature, 77 (9), 589-599, Journal of School Health, 2007.
5. بدح، أحمد محمد - مزاهرة، أيمن سليمان - بدران، زين حسن، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2008م.
6. McKenzie J. F., Pinger R. R., An Introduction to Community and Public Health, Eighth edition, Jones Bartlett Learning, P. 162, 2015.
7. International Union of Health Promotion and Education (IUHPE).
 - www.iuhpe.org.
8. Joint Consortium of School Health in Canada.
 - inquiry@jcsch-cces.ca.
9. World Health Organization's Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>).
10. Developing a health-promoting school: A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools, 2006, P.11.
 - <http://www.euro.who.int/ENHPS>.

11. الأنصاري، صالح بن سعد، المدخل إلى الصحة المدرسية، مؤسسة خالد أمين، الرياض، 1423هـ.
12. فضة، سحر جبر، دور الإدارة المدرسية في تفعيل التربية الصحية في المرحلة الأساسية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، تحت إشراف دكتور فايز علي الأسود ودكتور عصام حسن اللوح، ص 33 ، 2012م.
13. School Health Programme, A Strategic Approach for Improving Health and Education in Pakistan, Ministry of Education, Curriculum Wing Government of Pakistan, Islamabad, In Collaboration With: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), February, 2010.
14. "Fighting Poverty: What Works," J-PAL (Jameel Poverty Action Lab), 2005.
15. Jukes M. C. H., Drake L. J. and Bundy D. A. P, School Health, Nutrition and Education for All: leveling the Playing Field, MA: CABI Publishing, Cambridge, 2008.
16. Bundy D., Rethinking School Health: A Key Component of Education for All, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, P. 58, 2011.
17. Whitman C.V. and Aldinger C.E., Case Studies in Global School Health Promotion: From Research to Practice., Springer, P. 349, 2009.
18. نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية. أكاديميا إنترناشونال، 2011م.
19. نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، تريض صحة المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا إنترناشونال، 2006م.

مراجع الفصل الثاني

1. Mental Health Promotion in Schools: Support Mental Health Promotion in Manitoba Schools, The Joint Consortium for School Health, Pages 1-8.
- www.jcsh-cces.ca.
2. فهيم، كلير، كتاب "أولادنا والمدرسة"، الطبعة الأولى، دار جهاد للنشر والتوزيع، 1998م.

3. المرونة والقدرة على التأقلم في حالات الضغط النفسي الشديد: منظور متعدد المستويات، السنة التاسعة، العدد الثالث، المجلة العالمية للطب النفسي الناطقة بالعربية، صفحة 18، أكتوبر، 2010م.
4. • National Institute of Mental Health, (www.nimh.nih.gov).
 - Mental Health Facts: Children & Teens., National Alliance on Mental Illness, (www.nami.org), 2014.
5. إيمان ص. - الأخضر ع., المناخ المدرسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من تلاميذ التعليم المتوسط والثانوي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي تحت إشراف: د/ عواريب الأخضر، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية، صفحة 71، 2013م.
6. روببيي ح. - برو م., الخدمات الإرشادية المقدمة من قبل مستشار التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني وعلاقتها بزيادة فعالية الذات لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، دراسة منشورة في مجلة العلوم النفسية والتربوية جامعة المسيلة، الجزائر، 2016م.
7. Mental Health Programmes in Schools, World Health Organization Division of Mental Health, Geneva, 1995.
8. School health promotion: evidence for effective action, SHE factsheet 2, The SHE network is coordinated by CBO as a WHO Collaborating Centre for School Health Promotion, December 2013.
9. Lawrence D., Johnson S., Hafekost J., Boterhoven de Haan K., Sawyer M., Ainley J. and Zubrick S., The Mental Health of Children and Adolescents, Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing, © Commonwealth of Australia, P. 89, 2015. .
10. Mental Health in Schools: Guidelines, Models, Resources, & Policy Considerations, School Mental Health Project, Dept. of Psychology, UCLA, CA 90095-1563, P. 38, Los Angeles, May, 2001.

مراجع الفصل الثالث

1. John Wargo, The physical school environment: An essential component of a health-promoting school, Prepared by John Wargo, Yale University, New Haven, Connecticut, WHO Information Series on School Health , Document No. 2., WHO, Geneva, 2004.

2. Global School Health Initiatives: Achieving Health and Education Outcomes, report of a meeting in Bangkok, World Health Organization, Thailand 23–25 November 2015.
3. <https://www.epa.gov/region8/idle-free-schools>.
4. <https://www.epa.gov/cleandiesel>.
5. <https://www.epa.gov/schools-transportation/schools-safe-routes-schools>
6. <https://www.epa.gov/schools-air-water-quality/schools-indoor-air-quality>
7. إدارة الصحة والسلامة، وزارة التعليم والتعليم العالي، ودليل البيئة المدرسية دولة قطر، 2017م.
8. <https://www.epa.gov/schools-healthy-buildings>.
9. <https://www.epa.gov/mold/mold-and-indoor-air-quality-schools>.
10. <https://www.epa.gov/schools-chemicals>.
11. <https://www.epa.gov/asbestos/asbestos-and-school-buildings>.
12. <http://www.cdc.gov/healthyschools/nutrition/schoolnutrition.htm>.
13. معلولي، ريمون، جودة البيئة المادية للمدرسة وعلاقتها بالأنشطة البيئية (دراسة مسحية ميدانية في مدارس التعليم الأساسي في مدينة دمشق)، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، العدد (1 + 2)، 2010م.
14. المواش، إبراهيم بن محمد بن عمر، "دور المدرسة المعززة للصحة في تنمية السلوك البيئي لدى الطلاب وسبل تفعيله من وجهة نظر المرشدين الصحيين بمدينة الرياض"، رسالة ماجستير بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية تحت إشراف د. عبد الله بن محمد بن راشد الرشود، كلية العلوم الاجتماعية، صفحة 65، 2016م.
15. القازن، عبير عدنان، احتياجات تطوير البيئة المادية في المدارس الابتدائية بمحافظات غزة في ضوء المعايير الدولية، رسالة ماجستير في الجامعة الإسلامية بغزة، تحت إشراف د. سليمان المزين، كلية التربية، قسم أصول التربية. صفحة 185-188، 2014م.

مراجع الفصل الرابع

1. ● Contento I, Balch GI, Broner YL, et al., The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: A review of research, 27(6): 277–418, Journal of Nutrition Education, 1995.

- Bartfay W.J., Bartfay E., Promoting health in schools through a board game, 16 (4): 438–46, West Journal of Nursing Research, 1994.
- Corbett R.W., Lee B.T., Nutriquest: a fun way to reinforce nutrition knowledge, 17 (2): 33–35, Nurse Education, 1992.
- 2. د. مصيقر، عبد الرحمن عبيد، التغذية الصحية لطلبة المدارس، السلسلة الثقافية لاتحاد التربية البدنية والرياضية، العدد 11، الاتحاد السعودي للتربية البدنية والرياضية، الرئاسة العامة لرعاية الشباب، 2002م.
- 3. نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، الغذاء والتغذية، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية، 8-0082-3-9953، أكاديميا إترناشيونال، 2005م.
- 4. د. عفيفي، زينب - د. إسماعيل، مرفت - د. الدروي، دعاء - د. الراجحي، حنان، كتاب التغذية والتغذية العلاجية، وزارة الصحة والسكان المصرية، 2006م / 2007م.
- 5. النسر، نيفين عبد الغني - محمود، ولاء - وهبة، ناهد محمد، دور مضادات الأكسدة وعلاقتها بالصحة العامة، العدد الثامن والثلاثون، مجلة أسبوط للدراسات البيئية، يوليو 2013م.
- 6. تحرير/ ويتبي، كارين، معالجة بدانة الأطفال داخل المدارس: دروس مستفادة من التدخلات المدرسية، مجلس أبوظبي للتعليم، مركز المعلمين البريطانيين، 2010م.
- 7. De Onis M. & Blossner M., Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries, 72 (4): 1032-1039, American Journal of Clinical Nutrition, 2000.
- 8. Cale L. & Harris J., Interventions to promote young people's physical activity: Issues, implications and recommendations for practice, 65(4): 320–337, Health Education Journal, 2006.
- 9. Kahn E.B., Ramsey L.T., Brownson R.C., Heath G.W., Howze E.H., Powell K.E., Stone E.J., Rajab M.W., Corso P., 'The effectiveness of Interventions to increase physical activity', 22 (4S): 73–107, American Journal of Preventive Medicine, 2002.
- 10. Fox K.R., Cooper A. and McKenna J., 'The school and promotion of children's health-enhancing physical activity: perspectives from the United Kingdom', Journal of Teaching Physical Education, 2004.
- 11. Neumark-Sztainer D., Story M., Hannan P.J., Tharp T. & Rex J., 'Factors associated with changes in physical activity: A cohort study of inactive adolescent girls', 157(8): 803–810, Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 2003.

12. Stratton G., 'Promoting children's physical activity in primary school: an intervention study using playground markings', 43(10): 1538–1546, *Ergonomics*, 2000.
13. Engwicht D., *Reclaiming our Cities and Towns: Better Living with less Traffic*, New Society Publishers, Philadelphia, 1993.
14. Simon C., Wagner A., Platat C., Arveiller D., Schweitzer B., Schlienger J.L. & Triby E., 'ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents', 32,(1): 41–49, *Diabetes Metabolism*, 2006.
15. Flores R., 'Dance for Health: Improving Fitness in African American and Hispanic Adolescents', 110 (2): 189–193, *Public Health Reports*, 1995.
16. • Bartfay W.J. & Bartfay E., 'Promoting health in schools through a board game', 16, 438–446, *West Journal of Nursing Research*, 1994.
• Corbett R.W. & Lee B.T., 'Nutriquest: a fun way to reinforce nutrition knowledge', 17(2) 33–35, *Nurse Education*, 1992 .
17. Amaro S., Viggiano A., Di Costanzo A., Madeo I., Viggiano A., Baccari M.E., Marchitelli E., Raia M., Viggiano E., Deepak S., Monda M. & De Luca B., 'Kaledo, a new educational board-game gives nutritional rudiments and encourages healthy eating in children: a pilot cluster randomised trial', 165(9): 630–635, *European Journal of Pediatrics*, 2006.
18. James J., Thomas P., Cavan D. & Kerr, D., 'Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial', 328 (7450): 1237, *BMJ*, 2004.
19. Fahlman M.M., Dake J.A., McCaughy N. & Martin J., 'A pilot study to examine the effects of a nutrition intervention on nutrition knowledge, behaviours, and efficacy expectations in middle school children', 78 (4): 216–222, *Journal of School Health*, 2008.
20. • Lowe C.F., Horne P.J., Bowdery M.A., Egerton. C. and Tapper K., 'Increasing children's consumption of fruit and vegetables', 4, (2a), 387, *Public Health Nutrition*, 2001.
• Lowe C.F., Horne P.J., and Hardman C.A., *Changing the Nation's diet: A programme to increase children's consumption of fruit and vegetables: Working Paper number 5*, 2007.

- Lowe C.F., Horne P.J., Tapper K., Jackson M., Hardman C.A., Woolner J., Bowdery M.A., and Egerton C., Changing the Nation's diet: A programme to increase children's Consumption of fruit and vegetables: End of Project report., University of Wales, Bangor, 2002.
- 21. فكرة وتصميم وإشراف أ.الدخيل، مشاري بن حمد، المشرف العام على الإدارة العامة للتغذية، الدليل الغذائي السعودي، النخلة الغذائية الصحية، وزارة الصحة السعودية، 2012م.
- 22. Time for School Breakfast: Healthy Eating Helps you Make the Grade, United States Department of Agriculture, USA: USDA, Washington, 1999.
- 23. Time for School Breakfast: Healthy Eating Helps you Make the Grade, United States Department of Agriculture, USA: USDA, Washington, 1999.
- 24. Shaw M., 'Adolescent breakfast skipping: an Australian study', 33 (132): 851–861, Adolescence, 1998.
- 25. Smith F. & Barker J., Profile of Provision: the expansion of out of school childcare., Brunel, UK: Department of Geography and Earth Sciences with the Kid's Clubs Network, 1997.
- 26. • Hanes S., Vermeersch J. & Gale S. 'The national evaluation of school nutrition programs: program impacts on dietary intake', 40, 390–413, American Journal of Clinical Nutrition, 1984.
- Nicklas T.A., Bao W., Webber L.S. & Berenson G.S., 'Breakfast consumption affects inadequacy of total dietary intake in children', 93 (8): 886–891, Journal of the American Dietetic Association, 1993.
- 27. • Murphy J.M., Pagano M.E., Nachmani J., Sperling P., Kane S. & Kleinman R.E., 'The relationship of school breakfast to psychosocial and academic functioning: cross-sectional and longitudinal observations in an inner-city school sample', 152 (9): 899–907, Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 1998.
- Pollitt E. & Matthews R., 'Breakfast and cognition: an integrative summary', 67 (4) 804S–813S, American Journal of Clinical Nutrition, 1998.
- 28. • Simpson D., 'The impact of breakfast clubs on pupil attendance and punctuality', 66 (1) 76–83; Research in Education, 2001.

- Harrop A. & Palmer G., Improving Breakfast Clubs: Lessons from the Best, New Policy Institute, London, UK, 2002.
- 29. Kubik M.Y., Lytle L.A., Hannan P.J., Perry C.L. & Story M., 'The association of the school food environment with dietary behaviours of young adolescents', 93 (7):1168–1173, American Journal of Public Health, 2003.
- 30. Anderson P.M. and Butcher K.F., Reading, Writing and Raisinets: Are School Finances contributing to Children's Obesity?, Federal Reserve Bank of Chicago Working Paper, 2004.
- 31. Dalmeny K., Hanna E. and Lobstein T., 'Broadcasting bad health – Why food marketing to children needs to be controlled', The international Association of Consumer Food, 2003.
- 32. • Harper C. & Wells L., School Meal Provision in England and Other Western Countries: A Review (online), 2007.
- www.schoolfoodtrust.org.uk.
- 33. Sidaner E., Balaban D., Burlandy L., The Barazilian School Feeding Programme: an example of an Integrated Programme in Support of food and nutrition Security, 16 (6) :1-6, Public Health Nutrition, 2012.
- 34. أوضاع التغذية المدرسية على المستوى العالمي، برنامج الأغذية العالمي، صفحة 37، 46، 2015م.

مراجع الفصل الخامس

1. خطة وزارة الصحة والسكان في الوقاية والتعامل مع الأمراض المعدية والشروط الصحية الواجب توافرها على مستوى المنشآت التعليمية، وزارة الصحة والسكان (جمهورية مصر العربية). الإدارة المركزية للشؤون الوقائية، الإدارة العامة لمكافحة الأمراض المعدية، ديسمبر، 2013م.
2. الدليل الاسترشادي للخدمات المقدمة لطلبة المدارس من خلال عيادات الصحة المدرسية، طبعة أولى، وزارة الصحة والسكان (جمهورية مصر العربية). الإدارة العامة لرعاية أطفال السن المدرسي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، مكتب إقليم شرق المتوسط والمكتب المصري للمنظمة، أغسطس، 2008م.

3. الأدلة الإرشادية لترصد الأمراض، وحدة الترصد والوبائيات بوزارة الصحة والسكان بمصر، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأوبئة والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية، وحدة الأبحاث الطبية البحرية الأمريكية رقم 3، القاهرة، أغسطس 2005م. تمت إعادة الطبع والتنقيح 2013م.
4. إعداد د. لحام، هاني، التصميم والإخراج الفني إشراف د. الخاير، هالة، دليل الترصد الوبائي وزارة الصحة السورية. مديرية الأمراض السارية. مركز تطوير موارد التعليم. بالتعاون مع منظمة اليونيسيف، دمشق، 2011م.
5. Infectious Diseases in Child Care and School Settings: Guidelines for Child Care Providers, School Nurses and Other Personnel., Colorado department of Public health and environment, 2012.
6. هايمان، دافيد ل.، مكافحة الأمراض السارية، الطبعة التاسعة عشر، جمعية الصحة العامة الأمريكية، صدرت الطبعة العربية عن منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، مصر، 2010م.
7. Immunization in Practice: A Guide for Health Workers Who Give Vaccines, WHO, 2004.
8. Principles of Epidemiology, An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics background information, Second Edition, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service., Epidemiology Program Office, CDC, Public Health Practice Program Office, Atlanta, Georgia, 2011.
9. • Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger, U.S. Department of Health and Human Services, Advisory Committee on Immunization Practices, CDC 2017, (www.cdc.gov/vaccines/acip).
 - American Academy of Pediatrics, (www.aap.org).
 - American Academy of Family Physicians, (www.aafp.org).
 - American College of Obstetricians and Gynecologists, (www.Acog.org) .

مراجع الفصل السادس

1. بدح، أحمد محمد - مزاهرة، أيمن سليمان - بدران، زين حسن، الثقافة الصحية، دار المسيرة، 2010م.

2. التثقيف من أجل الصحة: دليل التثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية. صدرت الطبعة العربية عن المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، منظمة الصحة العالمية، الإسكندرية 1989م.
3. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators, World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012.
4. دليل عمل التثقيف الصحي للمختصات الاجتماعية العاملات بوحدة رعاية الأمومة والطفولة، مشروع صحة الأم والطفل، بجمهورية مصر العربية، (1996م - 2004م).
5. الدليل الاسترشادي للخدمات المقدمة لطلبة المدارس من خلال عيادات الصحة المدرسية، الطبعة الأولى، وزارة الصحة والسكان (جمهورية مصر العربية). الإدارة العامة لرعاية أطفال السن المدرسي بالتعاون (التمويل الفني والمالي) مع منظمة الصحة العالمية. مكتب إقليم شرق المتوسط والمكتب المصري للمنظمة، أغسطس، 2008م.
6. وثيقة التثقيف الصحي للتعليم قبل الجامعي وزارة التربية والتعليم بجمهورية مصر العربية، مركز تطوير المناهج والمواد التعليمية بالتعاون مع الجمعية المصرية لصحة الأسرة، 2014م.
7. دليل عمل المختصة الاجتماعية في مجال صحة الأم والطفل، مشروع صحة الأم والطفل، بجمهورية مصر العربية، (1996م - 2004م).
8. Healthy Schools, Characteristics of an Effective Health Education Curriculum, CDC, 2015.
9. نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، تريض صحة المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، أكاديميا إنترناشونال، 2006م.
10. د. منصور، عاصم، إيمان لا يطاله القانون، صحيفة الغد الأردنية، السبت، 16 ديسمبر، 2017م.
11. د. غنيم، محمد - د. الشايب، هدى، التدخين وأمراض العصر، جهاز شؤون البيئة. وزارة الدولة لشؤون البيئة بجمهورية مصر العربية، الإدارة المركزية للإعلام والتربية البيئية.
12. الكسور والخلوع والرضوض، موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز العربية للمحتوى الصحي الإسعافات الأولية، رئاسة الشؤون الصحية وزارة الحرس الوطني. المملكة العربية السعودية.

13. School health promotion: evidence for effective action, SHE factsheet 2, December 2013, The SHE network is coordinated by CBO as a WHO Collaborating Centre for School Health Promotion (www.Schoolforhealth.eu).
14. المواش، إبراهيم بن محمد بن عمر، دور المدرسة المعززة للصحة في تنمية السلوك البيئي لدى الطلاب وسبل تفعيله من وجهة نظر المرشدين الصحيين بمدينة الرياض، بحث مكمل لنيل درجة الماجستير في تخصص أصول البيئة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم أصول التربية. إشراف د. عبد الله بن محمد بن راشد الرشود، 1437هـ / 1438هـ (2007م).

مراجع الفصل السابع

1. دولة فلسطين - وزارة التربية والتعليم العالي - الإدارة العامة للصحة المدرسية
 - <http://www.mohe.ps/home>.
2. مهام إدارة الشؤون الصحية المدرسية، وزارة التعليم السعودية. وكالة الوزارة للشؤون المدرسية. الإدارة العامة للشؤون الصحية المدرسية.
 - <https://departments.moe.gov.sa/schoolaffairsagency/RelatedDepartments/SchoolHealth/Pages/Tasks.aspx>.
3. مهام مسؤول الصحة المدرسية في مديرية التربية والتعليم، الفئة الأولى، التعليم العام في الأردن، منتدى مديرية التربية والتعليم للواء ذيبان، مارس 2008م.
 - <http://thiban.hooxs.com/t50-topic>.
4. "ننشر خطة وزارة الصحة استعداداً للعام الدراسي الجديد"، صحيفة اليوم السابع الإلكترونية بمصر، 6 سبتمبر، 2015م.
5. بركات، عبير، نظام التأمين الصحي الشامل لطلبة المدارس: الدروس المستفادة، رسالة دكتوراه، كلية طب القصر العيني، جامعة القاهرة، مصر، 2002م.
6. "البراك: عمل الصحة المدرسية مستمر تحت مظلة أية وزارة"، صحيفة سبق الإلكترونية بالرياض، 15 أبريل 2015م.
 - <https://sabq.org/Wc4gde>.
7. وزارة التعليم السعودية، وكالة الوزارة للشؤون المدرسية، الإدارة العامة للشؤون الصحية المدرسية، الهيكل التنظيمي.

- <https://departments.moe.gov.sa/schoolaffairsagency/RelatedDepartments/SchoolHealth/Pages/Chart.aspx>
- 8. وزارة التعليم السعودية، وكالة الوزارة للشؤون المدرسية، الإدارة العامة للشؤون الصحية المدرسية، الإدارات التابعة لإدارة الشؤون الصحية المدرسية.
- <https://departments.moe.gov.sa/schoolaffairsagency/RelatedDepartments/SchoolHealth/Pages/Departments.aspx>
- 9. دليل عملي لإعداد وتنفيذ سياسة مدرسية حول النظام الغذائي والنشاط البدني، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2010م.





إصدارات المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية





الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والأطالس

- 1 - دليل الأطباء العرب (1) إعداد: المركز
- 2 - التنمية الصحية (2) تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة
- 3 - نظم وخدمات المعلومات الطبية (3) تأليف: د. شوقي سالم وآخرين
- 4 - السرطان المهني (4) تأليف: د. جاسم كاظم العجزان
- 5 - القانون وعلاج الأشخاص المعولين تأليف: د.ك. بورتر وآخرين
- على المخدرات والمسكرات ترجمة: المركز
- (دراسة مقارنة للقوانين السارية) (5)
- 6 - الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6) إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- 7 - دليل قرارات المكتب التنفيذي إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- لمجلس وزراء الصحة العرب (7)
- 8 - الموجز الإرشادي عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8) تأليف: د. نيكول ثين
- 9 - السرطان: أنواعه - أسبابه - تشخيصه ترجمة: د. إبراهيم القشلان
- طرق العلاج والوقاية منه (9) تأليف: د. عبد الفتاح عطا الله
- 10 - دليل المستشفيات والمراكز العلاجية إعداد: المركز
- في الوطن العربي (10)
- 11 - زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11) تأليف: د. عبد الفتاح عطا الله
- 12 - الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية تأليف: كونراد. م. هاريس
- العامة (12) ترجمة: د. عدنان تكرتي
- 13 - الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13) تأليف: د. ه.أ. والدرون
- 14 - الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي ترجمة: د. محمد حازم غالب
- والفحص السريري (15) تأليف: روبرت تيرنر
- 15 - الموجز الإرشادي عن التخدير (16) ترجمة: د. إبراهيم الصياد
- 16 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام تأليف: د. ج.ن. لون
- والكسور (17) ترجمة: د. سامي حسين
- تأليف: ت. دكوورت
- ترجمة: د. محمد سالم

- 17 - الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)
تأليف: د. ر.ف.فلتشر
ترجمة: د. نصر الدين محمود
- 18 - دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)
تأليف: د. ت. هولم وآخرين
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 19 - دليل الممارس العام لقراءة الصور
الشعاعية (20)
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 20 - التسمية الدولية للأمراض
(مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية)
المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)
- 21 - الداء السكري لدى الطفل (23)
تأليف: د. مصطفى خياطي
ترجمة: د. مروان القنواطي
- 22 - الأدوية النفسانية التأثير:
تحسين ممارسات الوصف (24)
تحرير: د. عبد الحميد قدس و د. عنایت خان
- 23 - التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل
الصحي : دليل ورشة العمل (25)
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 24 - التخدير في مستشفى المنطقة (26)
تأليف: د. مايكل ب. دويسون
ترجمة: د. برهان العابد
- 25 - الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)
مراجعة: د. هيثم الخياط
تأليف: د. ج. جي
- 26 - الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)
ترجمة: د. نزيه الحكيم
مراجعة: أ. عدنان يازجي
- 27 - أدوية الأطفال (29)
تأليف: د. ن. د. بارنز وآخرين
ترجمة: د. لبيبة الخردجي
- 28 - الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)
مراجعة: د. هيثم الخياط
تأليف: د. ب. د. د. تريفر - روبر
- 29 - التشخيص الجراحي (31)
ترجمة: د. عبد الرزاق السامرائي
تأليف: د. محمد عبد اللطيف إبراهيم

- 30 - تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات تقنية واتصالات المعلومات البعيدة في المجالات الصحية) (32)
- 31 - الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33)
- 32 - تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخططاً تمهيدياً لدروس وحلقات دراسية) (34)
- 33 - الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن والحنجرة (35)
- 34 - علم الأجنة السريري (37)
- 35 - التشريح السريري (38)
- 36 - طب الاسنان الجنائي (39)
- 37 - أطلس أمراض العين في الدول العربية سلسلة الأطالس الطبية (40)
- 38 - الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41)
- 39 - التسمية التشريحية (قاموس تشريح) (42)
- 40 - الموجز الإرشادي عن توازن السوائل والكهارل (43)
- 41 - الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44)
- 42 - الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45)
- 43 - دليل الطالب في أمراض العظام والكسور سلسلة المناهج الطبية (46)
- 44 - دليل المؤسسات التعليمية والبحثية الصحية في الوطن العربي - 3 أجزاء (47)
- ترجمة: د. شوقي سالم
- تأليف: د. جفري شامبر لين
- ترجمة: د. حافظ والي
- تحرير: س.ك. لوانجا وتشو - يوك تي
- ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود
- مراجعة: د. عبد المنعم محمد علي
- تأليف: د. ب.د. بول
- ترجمة: د. زهير عبد الوهاب
- تأليف: د. ريتشارد سنل
- ترجمة: د. طليع بشور
- تأليف: د. ريتشارد سنل
- ترجمة: د. محمد أحمد سليمان
- تأليف: د. صاحب القطان
- تأليف: د. أحمد الجمل و د. عبد اللطيف صيام
- تأليف: جوزفين بارنز
- ترجمة: د. حافظ والي
- ترجمة: د. حافظ والي
- تأليف: د. شيلا ويللاتس
- ترجمة: د. حسن العوضي
- تأليف: د. جون بلاندي
- ترجمة: د. محيي الدين صدقي
- تأليف: د. جيمس و د. يليس و ج.م. ماركس
- ترجمة: د. محمد عماد فضلي
- تأليف: د. فرانك ألويسيو وآخرين
- ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين
- إعداد: المركز

- 45 - التدرن السريري (48) تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين
ترجمة: د. محمد علي شعبان
- 46 - مدخل إلى الأنثروبولوجيا البيولوجية (49) تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي
- 47 - الموجز الإرشادي عن التشريح (50) تأليف: د. دي. بي. موفات
- 48 - الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51) ترجمة: د. محمد توفيق الرخاوي
- 49 - الموجز الإرشادي عن علم الأورام السريري (52) تأليف: د. باري هانكوك و د. ج. ديشيد برادشو
- 50 - معجم الاختصاصات الطبية (53) ترجمة: د. خالد أحمد الصالح
- 51 - الموجز الإرشادي عن طب القلب سلسلة المناهج الطبية (55) إعداد: المركز
- 52 - الهستولوجيا الوظيفية سلسلة المناهج الطبية (56) تأليف: د. ج. فليمنج وآخرين
- 53 - المفاهيم الأساسية في علم الأدوية سلسلة المناهج الطبية (57) ترجمة: د. عاطف أحمد بلوي
- 54 - المرجع في الأمراض الجلدية سلسلة المناهج الطبية (58) تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر
- 55 - أطلس الأمراض الجلدية سلسلة الأطالس الطبية (59) ترجمة: أ. عدنان اليازجي
- 56 - معجم مصطلحات الطب النفسي سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60) تأليف: د. جانيت سترينجر
- 57 - أساسيات طب الأعصاب سلسلة المناهج الطبية (61) ترجمة: د. عادل نوفل
- 58 - معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62) تأليف: د. صالح داود و د. عبد الرحمن قادري
- 59 - علم الطفيليات الطبية سلسلة المناهج الطبية (63) تأليف: د. جيفري كالين وآخرين
- 60 - الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان سلسلة المناهج الطبية (64) ترجمة: د. حجاب العجمي
- ترجمة: د. لطفي الشربيني
- إعداد: د. عادل صادق
- مراجعة: د. إ. م. س. ولكنسون
- ترجمة: د. لطفي الشربيني، و د. هشام الحناوي
- إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
- مراجعة وتحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- تأليف: د. و. بيك، و د. ج. ديفيز
- ترجمة: د. محمد خير الحلبي
- تحرير: د. جون براي وآخرين
- ترجمة: د. سامح السباعي

- 61 - أساسيات علم الورااثيات الطبية
سلسلة المناهج الطبية (65)
تأليف: د. مايكل كونور
ترجمة: د. سيد الحديدي
- 62 - معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66)
إعداد: د. محمد حجازي وآخرين
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- 63 - أساسيات علم المناعة الطبية
سلسلة المناهج الطبية (67)
تأليف: د. هيلين شابل وآخرين
ترجمة: د. نائل بازركان
- 64 - معجم مصطلحات الباثولوجيا والمختبرات
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68)
إعداد: د. سيد الحديدي وآخرين
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- 65 - أطلس الهستولوجيا
سلسلة الأطالس الطبية (69)
تأليف: د. شو - زين زانج
ترجمة: د. عبد المنعم الباز وآخرين
مراجعة: مركز تعريب العلوم الصحية
- 66 - أمراض جهاز التنفس
سلسلة المناهج الطبية (70)
تأليف: د. محمود باكير و د. محمد المسألة
د. محمد المميز و د. هيام الريس
- 67 - أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (71)
تأليف: د.ت. يامادا وآخرين
ترجمة: د. حسين عبد الحميد وآخرين
- 68 - الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (72)
تأليف: د. جيو بروكس وآخرين
ترجمة: د. عبد الحميد عطية وآخرين
- 69 - طب الأطفال وصحة الطفل
سلسلة المناهج الطبية (73)
تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليثين
ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين
- 70 - الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (74)
تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون
ترجمة: د. حافظ والي
- 71 - طب العائلة
سلسلة المناهج الطبية (75)
تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 72 - الطبيب، أخلاق ومسؤولية
سلسلة الكتب الطبية (76)
تأليف: د. محمد خالد المشعان
- 73 - هاربرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء)
سلسلة المناهج الطبية (77)
تأليف: د. روبرت موراي وآخرين
ترجمة: د. عماد أبو عسلي و د. يوسف بركات
- 74 - أطلس أمراض الفم
سلسلة الأطالس الطبية (78)
تأليف: د. كريسيان سكولي وآخرين
ترجمة: د. صاحب القطان

- 75 - الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (79)
76 - دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد
سلسلة المناهج الطبية (80)
77 - دليل المراجعة في أمراض الكلى
سلسلة المناهج الطبية (81)
78 - دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية
سلسلة المناهج الطبية (82)
79 - أساسيات علم الدمويات
سلسلة المناهج الطبية (83)
80 - الموجز الإرشادي عن طب العيون
سلسلة المناهج الطبية (84)
81 - مبادئ نقص الخصوبة
سلسلة المناهج الطبية (85)
82 - دليل المراجعة في الجهاز الهضمي
سلسلة المناهج الطبية (86)
83 - الجراحة الإكلينيكية
سلسلة المناهج الطبية (87)
84 - دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي
سلسلة المناهج الطبية (88)
85 - دليل المراجعة في الميكروبيولوجيا
سلسلة المناهج الطبية (89)
86 - مبادئ طب الروماتزم
سلسلة المناهج الطبية (90)
87 - علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (91)
88 - أطلس الوراثة
سلسلة الأطالس الطبية (92)
89 - دليل المراجعة في العلوم العصبية
سلسلة المناهج الطبية (93)
- تأليف: د. ديشيد هاناوي
ترجمة: د. حسن العوضي
تأليف: د. إيرول نورويتز
ترجمة: د. فرحان كوجان
تأليف: د. كريس كالاهان و د. باري برونر
ترجمة: د. أحمد أبو اليسر
تأليف: د. بن جرينشتاين و د. آدم جرينشتاين
ترجمة: د. يوسف بركات
تأليف: د. ث. هوفبراند وآخرين
ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخرين
تأليف: د. بروس جيمس
ترجمة: د. سري سبيع العيش
تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور
ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن
تأليف: د. سانيش كاشاف
ترجمة: د. يوسف بركات
تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين
ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين
تأليف: د. فيليب أرونسون
ترجمة: د. محمد حجازي
تأليف: د. ستيفن جليسيبي و د. كاترين بامفورد
ترجمة: د. وائل محمد صبح
تأليف: د. ميشيل سنات
ترجمة: د. محمود الناقة
تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديشيد جاردنر
ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين
تأليف: د. إيرهارد باسرج وآخرين
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
تأليف: د. روجر باركر وآخرين
ترجمة: د. لطفي الشرييني

- إعداد: د. فتحي عبد المجيد وفا
مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين
تأليف: د. جينيفر بيت وآخرين
ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين
تأليف: د. بيتربيرك و د. كاتي سيجنو
ترجمة: د. عبد المنعم الباز و أ. سميرة مرجان
تأليف: د. أحمد راغب
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
إعداد: د. عبد الرزاق سري السباعي وآخرين
مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين
إعداد: د. جودث بيترس
ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني
تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي
ترجمة: د. طالب الحلبي
تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سكوت
ترجمة: د. لطفي الشربيني و د. حنان طقش
تأليف: د. بيتر برود
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- 90 - معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94)
- 91 - الإحصاء الطبي
سلسلة المناهج الطبية (95)
- 92 - إعاقات التعلم لدى الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (96)
- 93 - السرطانات النسائية
سلسلة المناهج الطبية (97)
- 94 - معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98)
- 95 - التفاعلات الضائرة للغذاء
سلسلة المناهج الطبية (99)
- 96 - دليل المراجعة في الجراحة
سلسلة المناهج الطبية (100)
- 97 - الطب النفسي عند الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (101)
- 98 - مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة)
سلسلة المناهج الطبية (102)
- 99 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف A)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)
- 100 - دليل المراجعة في التاريخ المرضي
والفحص الإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (104)
- 101 - الأساسيات العامة - طب الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (105)
- 102 - دليل الاختبارات المعملية
والفحوصات التشخيصية
سلسلة المناهج الطبية (106)
- تأليف: د. جونشان جليادل
ترجمة: د. محمود الناقة و د. عبد الرزاق السباعي
- تأليف: د. جوديث سوندهايمر
ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخرين
تأليف: د. دنيس ويلسون
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

تحرير: د. كيلبي لي و جيف كولين

ترجمة: د. محمد براء الجندي

تأليف: د. تشارلز جريفث وآخرين

ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين

تحرير: د. نورمان نوح

ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن

إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح

إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

تأليف: د. جين ولكر وآخرين

ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين

تأليف: د. چون هـ - مارتن

ترجمة: د. حافظ والي وآخرين

إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح

إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي

تأليف: روبرت سوهامي - جيفري توبياس

ترجمة: د. حسام خلف وآخرين

تحرير: د. جيفري د. كلوسنر وآخرين

ترجمة: د. حسام خلف وآخرين

تحرير: د. إلين م. سلاطين وآخرين

ترجمة: د. ضياء الدين الجماس وآخرين

تحرير: د. كليث ايقانز وآخرين

ترجمة: د. جمال جودة وآخرين

تحرير: د. جودي أورم وآخرين

ترجمة: د. حسناء حمدي وآخرين

103 - التغيرات العالمية والصحة

سلسلة المناهج الطبية (107)

104 - التعرض الأولي

الطب الباطني: طب المستشفيات

سلسلة المناهج الطبية (108)

105 - مكافحة الأمراض السارية

سلسلة المناهج الطبية (109)

106 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية

(الإصدار الأول حرف B)

سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)

107 - علم النفس للممرضات ومهنيي

الرعاية الصحية

سلسلة المناهج الطبية (110)

108 - التشريح العصبي (نص وأطلس)

سلسلة الأطلس الطبية العربية (111)

109 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية

(الإصدار الأول حرف C)

سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)

110 - السرطان والتدبير العلاجي

سلسلة المناهج الطبية (112)

111 - التشخيص والمعالجة الحالية:

الأمراض المنقولة جنسياً

سلسلة المناهج الطبية (113)

112 - الأمراض العدوائية .. قسم الطوارئ -

التشخيص والتدبير العلاجي

سلسلة المناهج الطبية (114)

113 - أسس الرعاية الطارئة

سلسلة المناهج الطبية (115)

114 - الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين

آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة

سلسلة المناهج الطبية (116)

- 115 - الدقيقة الأخيرة - طب الطوارئ
سلسلة المناهج الطبية (117)
- 116 - فهم الصحة العالمية
سلسلة المناهج الطبية (118)
- 117 - التدبير العلاجي لألم السرطان
سلسلة المناهج الطبية (119)
- 118 - التشخيص والمعالجة الحالية - طب
الروماتزم - سلسلة المناهج الطبية (120)
- 119 - التشخيص والمعالجة الحالية - الطب الرياضي
سلسلة المناهج الطبية (121)
- 120 - السياسة الاجتماعية للممرضات
والمهن المساعدة
سلسلة المناهج الطبية (122)
- 121 - التسمم وجرعة الدواء المفرطة
سلسلة المناهج الطبية (123)
- 122 - الأرجية والربو
"التشخيص العملي والتدبير العلاجي"
سلسلة المناهج الطبية (124)
- 123 - دليل أمراض الكبد
سلسلة المناهج الطبية (125)
- 124 - الفيزيولوجيا التنفسية
سلسلة المناهج الطبية (126)
- 125 - البيولوجيا الخلوية الطبية
سلسلة المناهج الطبية (127)
- 126 - الفيزيولوجيا الخلوية
سلسلة المناهج الطبية (128)
- 127 - تطبيقات علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (129)
- 128 - طب نقل الدم
سلسلة المناهج الطبية (130)
- تحرير: د. ماري جو واجنر وآخرين
ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن وآخرين
تحرير: د. وليام هـ . ماركال وآخرين
ترجمة: د. جاكلين ولسن وآخرين
تأليف: د. مايكل فيسك و د. ألين برتون
ترجمة: د. أحمد راغب و د. هشام الوكيل
تأليف: د. جون إمبودن وآخرين
ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين
تحرير: د. باتريك ماكمهون
ترجمة: د. طالب الحلبي و د. نائل بازركان
تأليف: د. ستيفن بيكهام و د. ليز ميراباوا
ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشربيني وآخرين
تحرير: د. كينت أولسون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. مسعود محمدي
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أيميت كييفي
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين
تأليف: د. ميشيل م. كلوتير
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
تأليف: روبرت نورمان و ديفيد لودويك
ترجمة: د. عماد أبو عسلي و د. رانيا توما
تأليف: د. مورديكا ي بلوشتاين وآخرين
ترجمة: د. نائل بازركان
تحرير: د. جراهام سكامبلر
ترجمة: د. أحمد ديب دشاش
تأليف: د. جيفري ماكولف
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

- 129 - الفيزيولوجيا الكلوية
تأليف: د. بروس كوين وآخرين
ترجمة: د. محمد بركات
- 130 - الرعاية الشاملة للحروق
سلسلة المناهج الطبية (131)
- 131 - سلامة المريض - بحوث الممارسة
سلسلة المناهج الطبية (132)
- 132 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف D)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (D)
- 133 - طب السفر
سلسلة المناهج الطبية (134)
- 134 - زرع الأعضاء
دليل للممارسة الجراحية التخصصية
سلسلة المناهج الطبية (135)
- 135 - إصابات الأسلحة النارية في الطب الشرعي
سلسلة المناهج الطبية (136)
- 136 - "ليقين وأونيل" القدم السكري
سلسلة المناهج الطبية (137)
- 137 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف E)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (E)
- 138 - معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (138)
- 139 - معجم "بيلير"
للممرضين والممرضات والعاملين
في مجال الرعاية الصحية
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (139)
- تأليف: د. بروس كوين وآخرين
ترجمة: د. ديثيد هيرنادون
ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين
تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن
ترجمة: د. تيسير العاصي
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تحرير: د. جاي كايستون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. جون فورسبيث
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي
د. أحمد طالب الحلبي
تأليف: د. محمد عصام الشيخ
تأليف: د. جون بوكرو ومايكل فايفر
ترجمة: د. أشرف رمسيس وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: د. ميشيل ميلودوت
ترجمة: د. سري سيع العيش
و د. جمال إبراهيم المرجان
تأليف: د. باربرا - ف. ويللر
ترجمة: د. طالب الحلبي وآخرين

- 140 - علم أعصاب النوم
تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر
سلسلة المناهج الطبية (140)
ترجمة: د. عبير محمد عدس
و د. نيرمين سمير شنودة
- 141 - كيف يعمل الدواء
"علم الأدوية الأساسي لمهنيي الرعاية الصحية"
سلسلة المناهج الطبية (141)
ترجمة: د. دينا محمد صبري
- 142 - مشكلات التغذية لدى الأطفال
"دليل عملي"
سلسلة المناهج الطبية (142)
تحرير: أنجيلا ساوثال وكلايسا مارتين
ترجمة: د. خالد المدني وآخرين
- 143 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
الإصدار الأول حرف (F)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- 144 - المرض العقلي الخطير -
الأساليب المتمركزة على الشخص
سلسلة المناهج الطبية (143)
تحرير: إبراهيم رودنيك وديفيد روي
ترجمة: د. محمد صبري سليط
- 145 - المنهج الطبي المتكامل
سلسلة المناهج الطبية (144)
تأليف: راجا بانداراناياكي
ترجمة: د. جاكلين ولسن
- 146 - فقد الحمل
"الدليل إلى ما يمكن أن يوفره"
كل من الطب المكمل والبديل"
سلسلة المناهج الطبية (145)
تأليف: جانيتا بنسيولا
ترجمة: د. محمد جابر صدقي
- 147 - الألم والمعاناة والمداواة
"الاستبصار والفهم"
سلسلة المناهج الطبية (146)
تحرير: بيتر ويميس جورمان
ترجمة: د. هشام الوكيل
- 148 - الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء
سلسلة المناهج الطبية (147)
تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران
ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف

- 149 - الأمراض الجلدية لدى المسنين
تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتني هاي
سلسلة الأطالس الطبية العربية (148)
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
- 150 - طبيعة ووظائف الأحلام
تأليف: د. أرنست هارتمان
سلسلة المناهج الطبية (149)
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
- 151 - تاريخ الطب العربي
تأليف: د. محمد جابر صدقي
سلسلة المناهج الطبية (150)
- 152 - عوائد المعرفة والصحة العامة
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
سلسلة المناهج الطبية (151)
- 153 - الإنسان واستدامة البيئة
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
سلسلة المناهج الطبية (152)
- 154 - كيف تؤثر الجينات على السلوك
تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان
و كينيث كندلر
سلسلة المناهج الطبية (153)
ترجمة: د. علي عبد العزيز النفيلي
- 155 - التمرريض للصحة العامة
و د. إسراء عبد السلام بشر
التعزيز والمبادئ والممارسة
تحرير: بول لينسلي و روزلين كين و سارة أوين
سلسلة المناهج الطبية (154)
ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم
- 156 - مدخل إلى الاقتصاد الصحي
تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايزمان
سلسلة المناهج الطبية (155)
ترجمة: د. سارة سيد الحارثي وآخرين
- 157 - قمرريض كبار السن
تحرير: جان ريد و شارلوت كلازك و آن ماكفارلين
سلسلة المناهج الطبية (156)
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- 158 - قمرريض الحالات الحادة للبالغين
و د. محمود علي الزغبى
كتاب حالات مرضية
تحرير: كارين باج و أيدين مكيني
سلسلة المناهج الطبية (157)
ترجمة: د. عبد المنعم محمد عطوه
و د. عماد حسان الصادق

- 159 - النظم الصحية والصحة والثروة
والرفاهية الاجتماعية
"تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية"
سلسلة المناهج الطبية (158)
تأليف: غاري موريس و جاك موريس
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي وآخرين
- 160 - الدليل العملي لرعاية مريض الحرف
سلسلة المناهج الطبية (159)
161 - تعرّف على ما تأكل
كيف تتناول الطعام دون قلق؟
سلسلة المناهج الطبية (160)
- 162 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف G)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (G)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- 163 - العلة والصحة النفسية في علم الاجتماع
سلسلة المناهج الطبية (161)
تأليف: آن روجرز و ديفيد بلجرم
ترجمة: د. تيسير عاصي و د. محمد صدقي
و د. سعد شبير
- 164 - تعايش صغار السن مع السرطان
مقتضيات للسياسة والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (162)
تأليف: آن جرينيار
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- 165 - مقالات في قضايا الصحة والبيئة
سلسلة المناهج الطبية (163)
إعداد: مجموعة من الأطباء والمختصين
- 166 - الخدمة الاجتماعية وتعاطي المخدرات
سلسلة المناهج الطبية (164)
تأليف: إيان بايلور و فيونا مشعام و هيوغ آشير
ترجمة: د. دينا محمد صبري
- 167 - أسس الممارسة الطبية المساندة
رؤية نظرية
سلسلة المناهج الطبية (165)
تأليف: آمندا بلاير
ترجمة: د. صالح أحمد ليري
و د. أشرف إبراهيم سليم
- 168 - الصحة البيئية
سلسلة المناهج الطبية (166)
تأليف: ديد مولر
ترجمة: د. حسام عبد الفتاح صديق

- 169 - الطب النووي
تأليف: د. إيمان مطر الشمري
سلسلة المناهج الطبية (167)
و د. جيهان مطر الشمري
170 - الطب التكميلي والبديل
تأليف: د. محمد جابر صدقي
سلسلة المناهج الطبية (168)
171 - 100 حالة في جراحة وتقويم
العظام وطب الروماتزم
تأليف: بارميندر سينج و كاثرين سوارز
محرر السلسلة: جون ريس
سلسلة المناهج الطبية (169)
ترجمة: د. محمد جابر صدقي
172 - التشريح الشعاعي العملي
تأليف: سارة ماك ويليامز
سلسلة المناهج الطبية (170)
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
173 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
(الإصدار الأول حرف H)
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (H)
174 - التوحيد
تأليف: ماري كولمان و كريستوفر جيلبرج
سلسلة المناهج الطبية (171)
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
175 - الطب التلطيفي
تأليف: د. أمينة محمد أحمد الأنصاري
سلسلة المناهج الطبية (172)
176 - التشريح العصبي لمناطق
تأليف: ميشيل بتريديس
اللغة بالدماغ البشري
ترجمة: د. محمد إسماعيل غريب إسماعيل
سلسلة الأطالس الطبية (173)
177 - الطعام والإدمان - دليل شامل
تحرير: كيلبي برونيل و مارك جولد
سلسلة المناهج الطبية (174)
ترجمة: د. سلام محمد أبو شعبان
و د. هبه حمود البالول
178 - دور الحيوانات في ظهور
الأمراض الفيروسية
تحرير: نيكولاس چونسون
سلسلة المناهج الطبية (175)
ترجمة: د. أحمد محمد شوقي أبو القمصان

- 179 - شقيقة الدماغ " الوظيفة والبنية التصويرية"
تحرير: ديفيد بورسوك وآخرين
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- سلسلة المناهج الطبية (176)
و د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 180 - معجم الوراثة
تأليف: روبرت كنزج و بامبلا موليجان
- سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (177)
و ويليام ستانسفيلد
- ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- و د. شيرين جابر محمد
- 181 - الأمراض الفيروسية
تأليف: د. قاسم طه السارده
- سلسلة المناهج الطبية (178)
- 182 - الوعي باستثمار المعرفة وتنميتها
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
- سلسلة المناهج الطبية (179)
- 183 - إدارة المستشفيات
تأليف: د. جاكلين ولسن متي
- سلسلة المناهج الطبية (180)
- 184 - الضوضاء والدماغ
تأليف: جوس إجرمونت
- تأليف: د. تيسير كايد عاصي
- تأليف: د. جين آلتني و د. إدوارد هوي
- ترجمة: د. جيلان مصطفى أحمد شنب
- دليل مصور
- سلسلة المناهج الطبية (182)
- 186 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
- إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- (الإصدار الأول حرف I)
- سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (I)
- 187 - كيف تموت المدرسة ؟
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
- سلسلة المناهج الطبية (183)

- 188 - التعامل مع النصوص والمصطلحات
الطبية والصحية (دليل مترجم)
سلسلة المناهج الطبية (184)
- 189 - منع عداوى المستشفيات
مشكلات حقيقية وحلول واقعية
سلسلة المناهج الطبية (185)
- 190 - سرطان الخلايا الكلوية
سلسلة المناهج الطبية (186)
- 191 - الانتحار
الموت غير الحتمي
سلسلة المناهج الطبية (187)
- 192 - ما الخطأ في مرارتي ؟
فهم استئصال الماراة بتنظير البطن
سلسلة المناهج الطبية (188)
- 193 - عمل واستخدام الأضداد
دليل عملي
سلسلة المناهج الطبية (189)
- 194 - التخطيط الصحي
سلسلة المناهج الطبية (190)
- 195 - رعاية المحتضرين
سلسلة المناهج الطبية (191)
- 196 - مدخل إلى علم المصطلح الطبي
سلسلة المناهج الطبية (192)
- تأليف: د. قاسم طه الساره
- تأليف: سانجاي سانت و سارة كرين
و روبرت ستوك
- ترجمة: د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن
تحرير: نيزار تانير
- ترجمة: د. عبيد محمد عدس
تحرير: دافوتا واسرمان
- ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- تأليف: وي - ليانج لو و كونراد أونج
نتالي نجوي و سنج شانج نجوي
- ترجمة: د. محمود حافظ الناقة
تحرير: جاري هوارد و ماثيو كاسر
- ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- تأليف: د. قاسم طه الساره
- تحرير: جوديث بايس
- محرر السلسلة : بيتي فيريل
- ترجمة: د. عبيد محمد عدس
- تأليف: د. قاسم طه الساره

197 - أفضل 300 إجابة منفردة

تأليف: جيمس ديفيز و جورج كولنز

في الطب الإكلينيكي

و أوسكار سويفت

سلسلة المناهج الطبية (193)

تحرير: هيو بينون

ترجمة: د. قاسم طه الساره

و د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن

و د. بدر محمد المراد

198 - النساء والمرض القلبي الوعائي

تأليف: كيفين كامبل

معالجة الفوارق في تقديم الرعاية

ترجمة: د. عهد عمر عرفه

سلسلة المناهج الطبية (194)

199 - التوعية الصحية

تأليف: د. أميمة كامل السلاموني

دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية

سلسلة المناهج الطبية (195)

200 - الصحة المدرسية

تأليف: د. عبير عبده بركات

سلسلة المناهج الطبية (196)





**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE
KUWAIT**

SCHOOL HEALTH

By

Dr. Abeer Abdou Barakat

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2019

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE**

ISBN: 978-9921-700-39-8

All Rights Reserved, No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or by any means; electronic, mechanical, photocopying, or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
KUWAIT**

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/5338611

Fax. : + (965) 25338618/5338619

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE - Kuwait**

SCHOOL HEALTH



By: Dr. Abeer Abdou Barakat

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

2019 م