الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

أولاً: عرض النتائج

نتيجة هذه الدراسة سيتم تقديمها في ستة أجزاء كالتالي:

١- الخصائص الاجتماعية الديموغرافية للأطفال والعائلة والممرضة من جدول ١ ← ٤

٢- التقييم البدني من جدول ٥ ← ٨

٣- المشكلات الصحية

٤- المشكلات البدنية جدول ٩ ← ١٠

٥- المشكلات الاجتماعية جدول ١٠

٦- المشكلات النفسية والعاطفية جدول ١١

ظروف الدار مثل:

النظافة:

- بيئة الدور من حيث النظافة العامة ١٢-٤.
- معدات العيادة الصحية والموارد بالدار جدول ١٥.

- دور الممرضة في دار رعاية الأيتام جدول ١٦.

- العلاقة بين المشكلات الصحية للمشردين من الأطفال وأعمارهم (مستوي تعليمهم – مهنهم) جدول ١٦ - ١٩.

جدول (١): توزيع الأطفال المشردين طبقا لصفات ديموغرافية اجتماعية الاستجابات ليست متعارضة (العينة ١٩٤)

يبين الجدول (١) أن الأعمار من ٦-١٨ سنة ٤٦.٧٦ ٪ من الذكور مقارنة بـ ٣٨.١٨ ٪ من الإناث كانوا في مجموعة عمرية من ٦-١٣ سنة ٤٩.١٪ من الإناث كانوا في مجموعة عمرية من ١٦-١٨ سنة بينما كان ٤٤.٣٪ من العينة من عمر ٦-١٢ سنة كان ٣٦.٦٪ من الكل في فئة عمرية من ١٦-١٨ سنة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم بها الدراسة العمرية مستوي التعليم ٤٦.٧٦٪ من الإناث كانوا في المدارس الابتدائية بينما كان ٤٩.١٪ منهم في المدارس الثانوية و٤٤.٣٪ من مجموعة العينة كان في المدارس الابتدائية مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالملاجئ التي تم فيها دراسة مستوي التعليم.

ويبين الجدول أيضا أن ٤١.٧٪ يقومون بأعمال تقنية ١٠.٨٪ من المجموع كانت أمهاتهم أمية أو تقرأ وتكتب فقط بينما ١٦.٣٦٪ من الذكور و١٨.٢٪ من الإناث يقوم آباؤهم بأعمال تقنية كبائعين مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم فيها دراسة خصائص الوضع العائلي.

جدول (٢): توزيع المشردين طبقا لأوضاعهم (العينة ١٩٤)

يبين الجدول الثاني أن ٥.٧٥٪ من الأطفال الذكور كانوا يعيشون معيشة شرعية من قبل مع الوالدين أو أحدوهما بينما ١٦.٣٦٪ من الإناث كانوا عاشوا بشكل شرعي مع الأبوين أو أحدهما و٩٢.٨٪ من الذكور يعيشون حياة شرعية بالملاجئ بينما ٨٨٪ من المجموع كانوا أطفالا مشردين مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم فيها دراسة حياة الطفل قبل التحاقه بالملاجئ وقد أتي في التقرير أن ٤٦.٧٦٪ من الذكور يعيشون في ملجأ دائم من ٦-١٢ سنة بينما ٤٩.١٪ من الإناث تعيش في الملاجئ وأعمارهم من ١٦-١٨ سنة و٧١.٧٪ من الذكور ٢٨.٣٪ من الفتيات في هذه الدراسة ٧١.٣٪ من الحضر (المدينة) ٢٨.٧ ٪ من الريف مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم بها دراسة محل إقامة عائلة الطفل.

جدول (٣): الخصائص الاجتماعية الديموغرافية للمربيات في الملاجئ (دور الرعاية) ممرضة واحدة (عدد العينة ٥)

يبين الجدول ٣ أن عمر الممرضة بنسبة ٦٠٪ من ٢٠-٣٠ سنة و٤٠٪ منهم تتراوح أعمارهم من ٣٥- ٤٥ سنة في كل الملاجئ من خريجي المدرسة الثانوية للتمريض و١٠٪ لجميع الممرضات لديهن من ١-٥ سنوات خبرة بكل الملاجئ وكان موضوع الدراسة بأخر تدريب حضره الممرضات موضوعه الإسعافات الأولية وكانت المدة منذ حضورهن هذا التدريب خمس سنوات وأوضح الجدول أيضا أن ساعات عمل الممرضات كانت بدار .... ١٦ ساعة، ٨ ساعات في دار ابنتي وكزائرات بدار فجر الإسلام والبنات ودار تحسين الصحة.

جدول (٤): توزيع المشردين من الأطفال طبقا للمهنة وخطورتها

يبين جدول ٤ أن نسبة ٥١.٧٢ ؟٪ من الذكور يعملون طوال الوقت بينما ٤٠.٩ ٪ من المجموع لا يحصلون علي راحة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم بها دراسة نوعية العمل وعدد ساعات العمل وفترات الراحة فيما بينها وبخصوص الانتقال إلي العمل ٤٨.٣٪ من الذكور يذهبون للعمل سيرا علي الأقدام بينما تذهب جميع الإناث للعمل بواسطة الحافلة أو التاكسي مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم بها دراسة الانتقال إلي العمل.

وأما بخصوص آرائهم في أسباب العمل قال الأطفال أنهم يعملون لتحقيق احتياجاتهم التي لا يستطيعون الحصول عليها دون عمل ٩٨٪ من الذكور العاملين ٣٢.٨٪ من الكل يحتاجون إلي الطعام ٢٩.٣٪ من الذكور يحتاجون لشراء الملابس مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم فيها دراسة أسباب العمل.

أما بخصوص نوع وحدة الإصابة نجد أن ٣٧.٩٪ من الذكور بهم جروح أو كدمات و٣١.١٪ من المجموع لديهم جروح طفيفة تتطلب الإسعافات الأولية و٦٦.٧٪ من عينة الإناث لديهم الجروح نفسها أيضا مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم بها دراسة خطورة الأعمال البدنية.

جدول (٥): توزيع الأطفال المشردين طبقا لتقييم أوضاعهم الصحية

إن المقاييس الإنسانية للأطفال تم تقييمها من خلال مقاييس بدنية وفسيولوجية وقد تمت مقارنة النتائج التي تم الحصول عليها بالمعيار النموذجي الصادر عن منظمة الصحة العالمية والمعهد الصحي للتغذية بالقاهرة وقد بينت نتيجة هذه المقارنة أن ٢٥.٨٪ من المجموع لديهم نبض مضطرب بينما ٧١.٩٪ من الذكور لديهم نبض طبيعي بالنسبة إلي ٨٠٪ من الإناث و٧٤.٢٪ من الكل لهم نبض طبيعي.

أما بخصوص معدل التنفس فقد تبين أن نسبة ٢٣.٢٪ من المجموع الكلي لهم تنفس غير طبيعي أما بخصوص ضغط الدم يوضح الجدول أن ٢٩.٤٪ من إجمالي العينة لهم ضغط دم أقل من الطبيعي ٩٠/ ٦٠ و١١.٥٪ لديهم ضغط دم مرتفع و٥٤.٧؟٪ من الذكور ضغطهم مرتفع و٨١.٨ من الإناث كذلك مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الملاجئ التي تم بها دراسة ضغط الدم.

نقص الوزن متفشي بين ٢٩.٩٠٪ من مجموع العينة ، ٥٧.٢٪ من الإجمالي لهم دلالة وزن طبيعية و٦.٧٪ من المجموع يعانون من زيادة الوزن مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة دلالة وزن الجسم ١٨.٥٪ من المجموع الكلي للعينة كانوا طبيعيين بالنسبة لمرض تضخم طيات الجلد و١٢.٩؟٪ من المجموع الكلي كانوا فوق المعدل الطبيعي كان محيط الرأس طبيعي لـ ١٤.٤٪ من العينة بينما ٢٣.٢٪ من إجمالي العينة لديهم صدر طبيعي و١٣.٩؟٪ من إجمالي العينة كان معدل صدورهم فوق الطبيعي و٢٧.٣٪ من الإناث كانوا أقل من الطبيعي.

ويبين الجدول أن ١٣.٤٪ من الكل لديهم مشكلة في المشي (العدو / القفز) و١٤.٤٪ من الإجمالي لديهم مشكلة التسلق مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالتطور الحركي وأيضا علي صعيد النمو المعرفي ٩٥.٩٪ منهم يتحدثون بشكل طبيعي بينما ٤.١٪ من الكل كانوا يتسرعون في الكلام ٣٠٪ غير قادرين علي الفهم و٢.٥٪ من إجمالي العينة لديهم تخلف عقلي مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في هذه الدور بخصوص الفهم.

جدول (٦): توزيع الأطفال المشردين طبقا لحالة التغذية

الاستجابات ليست متعارضة (العينة = ١٩٤)

يبين جدول (٦) العادات الغذائية للأطفال المشردين وكانت النتائج أن ٥٥.٣٩٪ من الذكور يتناولون ثلاث وجبات يوميا بانتظام و٥٦.٧٪ كذلك من الإناث وقد كان استهلاك العنصر الغذائي الكلي عموما مرتفعا بين الأطفال المشردين وقد شكلت المواد الكربوهيدراتية المصدر الرئيسي لغذائهم وقد استهلكت بشكل كامل من قبل العينة كلها ويأتي استهلاك المواد الروتينية بعدها وهذا الاستهلاك يصل غلي ٥٧.٥٪ من إجمالي العينة مقارنة بـ ٥٦.٤٪ للإناث وكان استهلاك الدهون تصل نسبته إلي ٧١.٣٪ للذكور وللإناث ٩٦٪.

وكان استهلاك الأملاح المعدنية يصل إلي ١٤.٤٪ للذكور ١٠٠٪ للإناث وكان استهلاك الفيتامينات بنسبة ١٤.٤٪ للذكور ١٠٠٪ للإناث بينما ١٣.٧٪ من الذكور يفضلون شرب العصير ١٠٠٪ للإناث ١٤.٤٪ من الذكور يفضلون شرب اللبن بينما الإناث ١٠٠؟٪ ٥٧.٥٪ من الذكور يفضلون شرب الشاي ٥٦.٤٪ من

الإناث كذلك وقد تبينت تحاليل أكثر للنظام الغذائي لليوم الكامل أن الأرز هو بند الطعام الثابت غالبا في كل وجبة بين الأطفال وكان مصدر البروتين للأطفال بالدرجة رئيسية من البروتين الحيواني كاللحم والسمك والجبن مدعما بالبروتين النباتي والذي كان بصفة أساسية في شكل فول وفول مدمس وطعمية إن الخضار المطبوخ يستهلك بشكل أكثر من الخضار الطازج ونادرا ما تستهلك الفواكه.

الشاي الأسمر كان المشروب الأكثر شيوعا بين الأطفال بالدور يليها المشروبات الغازية كالكولا وسفن أب وسبرايت كانوا الأكثر استهلاكا بين الأطفال بنسبة ٧٥٪ و٧٨.٤٪ تتناول الطعام داخل جدران الدار بينما ٢١.٦٪ منهم تتناوله خارج الدار.

جدول رقم (٧) توزيع الطفال المشردين طبقا للراحة والنشاط

الاستجابات ليست متعارضة (العينة = ١٩٤)

يبين الجدول (٧) أن ٦٣.٣٠٪ من الأولاد اعتادوا علي نوم ٩ ساعات في حين أن ٤٠٪ من الإناث ينامون ٧-٨ ساعة أو أكثر بينما أن ٤٣.٦٣٪ من الذكور لايأخذون قسطا من النوم في حين أن ٥٩.٧١ ٪ من الذكور ٢٠٪ من الإناث يعانون من النوم غير المنتظم مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الدور التي تم فيها دراسة معدل النوم غير المنتظم لأطفال هذه الدور.

ويبين نشاط الطفل أن ٩٦.٤٪ من المجموع الكلي للعينة لهم أصدقاء بينما ٥٨.٦؟٪ من الذكور ١٠٠٪ من الإناث لهم وقت فراغ ١٨.١٪ من المجموع الكلي لهم مشكلة المشاركة في المنظمات الرياضية ١٨.١٪ من المجموع الكلي لهم مشكلة في الاستمتاع بالنشاط البدني مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور

والإناث بالدور التي تمت بها دراسة وقت الفراغ لدي الطفل.

وعندما سئل الأطفال عن قضاء أوقات فراغهم وجدنا أن نسبة ٣٠.٨٣٪ من الذكور يقضون أوقات فراغهم داخل دار الرعاية في حين أن ٨١.٨٪ من إناث العينة يقضون أوقات فراغهم داخل الدار بالنسبة إلي ١٠٠؟٪ من الإناث مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي يتم بها دراسة طرق قضاء أوقات الفراغ لدي الأطفال بينما يقضي نسبة ٤٦.٧٦ ٪ من الذكور عطلة نهاية الأسبوع بالدور ٥٣.٣٣٪ منهم يقضونها خارجها في حين أن نسبة ١٠٠٪ من إناث العينة يقضونها بالدور أي (بالداخل).

جدول (٨): توزيع الأطفال المشردين طبقا لعاداتهم ومعتقداتهم تجاه التبغ:

(الاستجابات ليست متعارضة) (العينة = ١٩٤)

يوضح جدول (٨) أن عادات الأطفال عند التدخين كانت بنسبة ٢٨.٧٪ من الذكور بينما ٥٦.٨٪ من الذكور يعتقدون أن أكثر الأسباب شيوعا للتدخين هو ..... المدخن وقد وافق الإناث بنسبة ٥٤.٥٪ علي هذا بينما تلقي ٣٤٪ من الكلي تعليمات من مشرفهم مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث.

وأوضح الجدول (٨) بعض المعتقدات بخصوص التدخين ٨٧.٦٪ من إجمالي العينة كانوا واقفين لمعتقدات التدخين لأنه برأيهم يؤذيهم ويستهلك نقودهم بينما ٩٦.٤٪ من إجمالي العينة يرفضون عدم التدخين لأنهم برأيهم يجعل الإناث أجمل الطفل أكثر نضجان يكسبهم أصدقاء عديدين ويساعدهم علي التأقلم مع الغضب

وأيضا يساعدهم علي التركيز مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تم بها دراسة المعتقدات الصحية للأطفال الخاصة بالتبغ.

جدول (٩): توزيع الأطفال المشردين طبقا للمشكلات الصحية البدنية

الاستجابات ليست متعارضة (العينة = ١٩٤)

يبين جدول (٩) أن نسبة ٧٠.٢٪ لوحظ أنهم يشكون من الجهاز المعدي المعوي ١٩.٤٢ ٪ من الذكور يعانون من فقدان الشهية وعسر الهضم بينما ٢٩.١٪ من الإناث يعانون من الآلام الجوفية و٢٨.٤٪ منهم يعانون من فقدان الشهية وعسر الهضم مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تم بها دراسة المشكلات المعدية المعوية.

أما الشكاوي المتعلقة بالمشكلات البولية نسبة ٥٧.٢٪ من إجمالي العينة واحتوت العينة علي نسبة ٣١.٧ ؟٪من الذكور ووو١٨.٨١٪ من الإناث يعانون من الحرقان أو الصعوبة أثناء التبول مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الدور التي تمت بها دراسة مشكلات التبول أو المشكلات المتعلقة بالأوعية الدموية كانت ٤٩٪ من إجمالي العينة واحتوت ٢٦.٣٪ منهم كانوا يعانون من الخمول أو الكسل و٢٠٪ منهم يعانون من سرعة خفقان القلب بلا اختلافات إحصائية بينهما.

ويوضح الجدول أن ٦١.١٪ يشتكون من اضطرابات بالجهاز التنفسي العلوي وقد لوحظت علي ٢٠.١ ٪ من إجمالي العينة كانوا يعانون من التهاب اللوزتين

و١٥.١٥ من الذكور كانوا يعانون من احتقان بالفم ورائحة كريهة به مع بعض اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة مشكلات الجهاز التنفسي العلوي بينما كانت مشكلات الجهاز التنفسي السفلي تمثل ٤٠.٧٪ من إجمالي العينة ٣٢.٣٧٪ من الذكور ٢١.٨٪ من الإناث ٢٩.٤٪ من الكل كانوا جميعا يعانون من السعال أو الجفاف أو مسبباتها مع عدم وجود اختلافات إحصائية بينهما وكان ٤٠٪ من الأطفال يشتكون من مشكلات الجهاز العصبي المركزي ١٧.٢٦٪ من الذكور كانت تعاني من آلام الظهر ١١.٥٪ منهم كانوا يعانون من ألم في الأطراف السفلي.

بينما ٢١.٨٪ من الإناث كانوا يعانون آلام الظهر و٧.٣٪ منهم كان يعاني من آلام المفاصل مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة الجهاز العصبي المركزي بينما ٢٢.٧٪ من إجمالي العينة يعانون من الصداع مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة الصداع.

ويبين جدول (٩) أن ٩٠.٧٪ من إجمالي العينة يشكون من أمراض الجلد و٢٧.٣٪ من الذكور يعانون من التنيا بينما ٣٠.٩٪ من الإناث يعانون من الخشونة والكثافة الزائدة في الجلد مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة الأمراض الجلدية.

وقد كان ٤٩.٤٪ من إجمالي العينة يعانون من مشكلات بالعين و١٩.١٪ من إجمالي العينة يعانون من التهاب العين أو زيادة إفرازاتها و١٨.٥٪ من إجمالي العينة كانوا يرتدون النظارات. بينما كان ٢١.٥٨٪ من الذكور يعانون من التهاب العين وزيادة افرازاتها مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث

بالدور التي تمت بها دراسة مشكلات العين.

وكان هناك ٢٢.١٪ من إجمالي العينة من الأطفال المشردين يشتكون من مشكلات سمعية ١٥.١٠٪ من الذكور كانون يعانون من ضعف السمع (الصم الكلي أو الجزئي) بينما ٧.٣٪ من عينة الإناث كانوا يعانون من آلم في الأذن مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة المشكلات السمعية بينما ٦٥.٩٪ من إجمالي العينة كانوا يعانون من أمراض طفيلية و٣٥.٩٧٪ من الذكور يعانون من الدودة الدبوسية، ١٧.٢٦٪ يعانون من دودة الإسكارس بينما ١٨.٢٪ من الإناث كانوا يعانون من الدودة الدبوسية مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث في الدور التي تمت بها دراسة الأمراض الطفيلية ٨٦.٦٪ من إجمالي العينة يعانون من الأمراض الغذائية و٤٩.٥٪ من إجمالي العينة كانوا يعانون من الأنيميا ومن الذكور ٣١.٦٣٪ يعانون من النحافة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة الأمراض الغذائية.

بينما ٤٧.٥٪ من إجمالي العينة كانوا يعانون من شكاوى أخري مختلفة ٢٦.٨٪ من إجمالي العينة كانوا يعانون من تسوس الأسنان ٢٤.٥٪ من الذكور ٣٢.٧٪ من الإناث مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث.

جدول (١٠): توزيع الأطفال المشردين طبقا للأمراض المزمنة والمشكلات الجراحية (العينة = ١٩٤)

يوضح جدول ١٠ أن معظم المشكلات المزمنة لدي إجمالي العينة هي الروماتيزم

٤.١٪ المرض العقل ٤.١٪ الحساسية وداء الربو ٤.١٪ بلا اختلافات إحصائية بينهما، بينما ١٣.٨٪ من إجمالي العينة كانوا يحتاجون عمليات جراحية بينما ٧.٩٪ من الذكور كان لديهم عمليات جراحية في الأذن والأقلية منهم ٢.١٪ بالفم والأقلية من الإناث ١.٨٪ لديهم عمليات بالقلب.

جدول (١١): توزيع الأطفال طبقا للمشكلات الاجتماعية والنفسية والعاطفية: (العينة = ١٩٤)

ويوضح جدول (١١) أن العنف كان أكثر المشكلات الاجتماعية شيوعا بين أطفال دور الأيتام بمحافظة الدقهلية ٨٣٪ من إجمالي العينة يعانون من العنف بينما ٧٦.٨٪ من الذكور يعانون من درجات مختلفة من العنف بينما ٣٩.٥٪ من الذكور لديهم معدل مرتفع منه بينما ٩٤.٤٪ من عينة الإناث كانوا يعانون درجات مختلفة من العنف ٧٤.٥٪ من عينة الإناث كان لديهم معدلات مرتفعة منه مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة العنف ٤٠.٣٪ من عينة الذكور يعانون من درجات متفاوتة من السرقة ٢١.٦٪ منهم لديهم معدلات مرتفعة منها بينما ١٤.٦٪ من عينة الإناث لديهم درجات متفاوتة من السرقة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بدور الرعاية التي تمت بها السرقة، بينما ٢٧.٩٪ من الذكور يعانون من درجات متفاوتة من الانسحاب في حين أن ١٤.٩٪ منهم يعانون من درجات مرتفعة منه بينما ١٨.٣٪ من عينة الإناث يعانون من درجات متفاوتة من الانسحاب بلا اختلافات إحصائية بين الجنسين.

بينما ٥٧٪ من الذكور لديهم درجات مختلفة من الجنس ٢٨.٨٪ منهم لديهم معدلات مرتفعة بينما ١٢.٧٪ من الإناث لديهم درجات متفاوتة وينتشر العدد

الأكبر منهم بين الذكور بدار رعاية البنين مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بدور الرعاية التي تمت بها دراسة الجنس.

ويبين الجدول أن الإحباط من بين المشكلات الأكثر شيوعا بين الأطفال المشردين بدور الرعاية بمحافظة الدقهلية ٢٦.٦٪ منهم لديهم درجة عالية منه ٣٦.٣٪ من الإناث يعانون من درجات متفاوتة منه بينما ١٨.٧٪ من الذكور وعلاقاتهم سيئة بأقرانهم (زملائهم) وبالناس بينما ٢٠٪ من عينة الإناث علاقاتهن سيئة ... وبالآخرين مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تم دراسة علاقات الطفل بالآخرين بينما ٥٢٪ يعانون من درجات متفاوتة من القلق كما يعاني ٢٨٪ من معدلات مرتفعة منه ٢٩٪ من الإناث يعانون من معدلات مرتفعة من القلق وبينهم درجات مرتفعة منه مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة مستوي القلق، بينما كان الأطفال الذين يعانون من مشكلات عاطفية ٧٤.٧٪ من الإجمالي الذين يعانون من الخوف ٨٤.٥٪ من الكل لديهم غيرة من الأقارب ٦٨٪ منهم فضوليون و٦٥.٩٪ منهم يعانون من الغضب مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبري بين الذكور والإناث بالدور التي تمت بها دراسة النمو العاطفي.

جدول (١٢): توزيع دور الرعاية طبقا لمكونات البناء والنظافة البيئية

يبين الجدول ١٢ أن كل الدور التى اختيرت للدراسة بها أضواء (إنارة) اصطناعية بينما توجد أضواء طبيعية بثلاثة دور هم دار إبنتى – تحسين الصحة وفجر الإسلام . وتوجد دارين بهما تكييف صناعى وهما دار البنيين ودار البنات . ويبين الجدول أن جميع الدور بها حمامات ومطابخ مشتركة. وثلاثة دور بها مطابخ مناسبة هى دار ابنتى ، تحسين الصحة، فجر الإسلام، وداران ليس بهما مطابخ مناسبة هى

دار البنيين ودار البنات وثلاثة ملاجىء بها تناسب جيد بين عدد المطابخ والخدمات الضرورية وهم دار ابنتى ، فجر الإسلام ، البنات . وداران غير مناسبات وهما دار البنيين وتحسين الصحة . وكل الدور كان بها حجرات لتقديم الطعام. وكل الدور بها وجبات مناسبة ولكنها ليست مطابقة لحالة الأطفال الصحية ، وكلاهما كان وقت تقديم الوجبات بها قصيرا ، وكل الدور لم تكن تعطى اعتبارا لرأى الأطفال فى اختيار الطعام . ولا تزودهم بالوجبات الخفيفة بين الوجبات وكلها تقدم الوجبات غير ساخنة وغير فاتحة للشهية.

ثلاثة دور بها هيئة كافية لتقديم الخدمات الضرورية أثناء الوجبات هى دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر الإسلام أما اثنين لم يكن بها هذا الطاقم وهما البنيين والبنات، وأربعة دور تخزين الطعام فى ثلاجات وهم فجر الإسلام وتحسين الصحة والبنات ودار ابنتى ودار واحدة تضعه خارج الثلاجة وهى دار البنيين ، وكل الدور ليس بها شهادات صحية لكل موظف.

أما بخصوص الصرف الصحى فهو جيد بأربعة دور وهى فجر الإسلام وتحسين الصحة والبنات ودار ابنتى أما دار البنيين فكان صرفها سيء، وكانت ثلاثة دور بهم صرف منتظم وهم دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر الإسلام، واثنين أن صرفهما غير منتظم وهما دار البنيين ودار البنات، وكانت لكل الدور مصادر مياه.

أما بخصوص غرف المعيشة فقد كانت مناسبة بثلاثة دور وهما دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر الإسلام . وكانت الغرف غير ملائمة بدارين هما البنيين والبنات، واحتوت كل الدور على أثاث مكون من دولاب – سرير – كرسى – منضدة وسلة مهملات بالحجرة وكان ثلاثة دور بهم مكتب.

جدول (١٣) توزيع دور الرعاية الملاجيء طبقا للازدحام السكانى

٨١.٢٥٪ من دار البنيين الذى كان مزدحما بينما فجر الإسلام وتحسين الصحة والبنات كانوا مزدحمين بنسبة ٥٠٪ من إجمالى العينة بينما دار ابنتى كانت ٣٧.٥٪ ازدحاما.

جدول (١٤): توزيع دور الرعاية طبقا لنسبة مستوى النظافة.

يبين جدول ١٤ مستوى النظافة، فبثلاثة دور وجد بها حجرات وأثاث وصالة وأرضية نظيفة. أما اثنين من هذه الدور فكانت فيهما غرف غير نظيفة وهما البنات والبنين، فى حين أن اثنين كانت حوائطها وأسقفها نظيفة وهما دار ابنتى وفجر الإسلام، أما ثلاثة دور فهى غير نظيفة وهى البنيين والبنات وتحسين الصحة. وكان بدارين أوقات عديدة باليوم لعمليتى الكنس والمسح وهما دار ابنتى وفجر الإسلام . وكانت العمليتان تتمان يوميا بدار تحسين الصحة والبنات. وقد خصص وقت طويل للمسح والكنس بدار رعاية البنيين كل شهر أو أسبوعين.

وكل الدور كان بها حمامات (مراحيض) مشتركة وثلاثة دور بها صابون ومبيدات ، وثلاث نظيفة مغطاه بدار ابنتى وتحسين الصحة وفجر الإسلام ودارين لم يكن بهما هذه الأشياء وهما دار البنيين والبنات بينما ثلاث دور كان بها مطابخ نظيفة وهى دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر الإسلام ، دارين بهما مطابخ غير نظيفة وهما البنيين والبنات . فى حين أن أربع ملاجيء بها نظام جمع يومى وهم دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر الإسلام والبنات ودار واحدة يستغرق فترة طويلة فى جمع الأطفال وهى دار البنيين.

جدول (١٥) توزيع (دور الرعاية) الملاجىء طبقا للحالة الصحية للعاملين بها

يوضح جدول (١٥) طاقم العيادة الطبية بالدار والتى تشتمل على طبيب، ممرضة، أخصائيين اجتماعيين لكل دار كلجنة طبية بدون وصف لطبيعة عملهم. ويعمل الطبيب والممرضة كزوار لبعض الدور، أما باقى اللجنة الطبية كطبيب الأسنان والعظام والعيون وطبيب الأمراض العقلية وطبيب الأمراض النفسية وأخصائى التغذية غير موجودين . وبخصوص الخدمات الطبية فهى غير كافية بالدور.

أما بخصوص الأدوات الطبية الخاصة بغرفة العيادة الصحية بالدار مثل الإسعافات والحلول الطبية كانت غير كافية بالدور وبخصوص الأدوات المستخدمة فى الفحص الطبى مثل الإسعافات الأولية ومصادر فرش الأسرة كانت غير كافية بكل الدور.

جدول (١٦) توزيع دور الرعاية طبقا لدور الممرضات الملاحظات لسلوك الأطفال تجاه شكواهم:

يبين جدول (١٦) أن الدور الإداري والرقابى التقييمى والوقائى لمربيات أطفال الدور غير كاف بخمس دور والدور العلاجى لكل ممرضات الدور غير كاف

جدول (١٧) العلاقة بين مشكلات الحالة الصحية للأطفال وأعمارهم

يبين جدول ١٧ أن الشكاوى المتعلقة بالجهاز المعدى والمعوى كانت بنسبة ٣٤.٩٪ لدى الأطفال من عمر ٦-١٢ سنة كانوا يعانون من مغص جوفى مقارنة بـ٣٢.٣٪ من الأطفال من عمر ١٣-١٥ سنة . بينما ٤١.٦٪ من الأطفال من عمر ١٦-١٨ كانوا يعانون من فقدان الشهية وعسر الهضم مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى . وكانت الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز البولى كانت ١٨.٦٪ من عمر ٦-١٢ فى حين أن تعانى من العشاء الليلى بينما ٥٨.١٪ لدى الأطفال من عمر ١٣-١٥ سنة يعانون من حرقان أو صعوبة التبول بينما ١٦.٩٪ من عمر ١٦-١٨ يعانون من نفس الشكوى مع اختلاف إحصائية ذات دلالة كبرى.

أما بخصوص الشكاوى المتعلقة بمشكلات القلب والأوعية الدموية كانت نسبة ٣٣.٧٪ من عمر ٦-١٢ سنة يعانون من الخمول والكسل فى حين أن ٦٤.٥٪ من عمر ١٣-١٥ سنة يعانون من نفس الشكوى ، بينما ٢٤.٧٪ من عمر ١٦-١٨ سنة يعانون من سرعة خفقان القلب مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

ويبين هذا الجدول مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى، وكانت الشكاوى المتعلقة بالجهاز العصبى المركزى بنسبة ٣٤.٩٪ من عمر ٦-١٢ سنة يعانون من الصداع ، نسبة ٤٨.٤٪ من عمر ١٣-١٥ سنة يعانون من آلام فى الأطراف السفلية مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

يبين جدول ١٧ الشكاوى المتعلقة بالأمراض الجلدية حيث يعانى ٣٠.٢٪ من عمر ٦-١٢ سنة من الأطفال من زيادة سمك الجلد والخشونة ، نسبة ٢٢.٦٪ من عمر ١٣-١٥ سنة يعانون من نتوءات جلدية بينما نسبة ٣٣.٨٪ من عمر ١٦-١٨

سنة يعانون من التنيه مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

بينما نسبة ١٨.٦٪ من عمر ٦-١٢سنة ، عمر ١٦-١٨ سنة يعانون من التهاب العين وزيادة إفرازاتها . بينما نسبة ٣٥.٥٪ من عمر ١٣-١٥ سنة كانوا يرتدون النظارات . مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

بينما كانت مشكلات السمع بنسبة ١٧.٤٪ من عمر ٦-١٢سنة من أطفال دور الرعاية يعانون من ضعف السمع (الصمم الكلى أو الجزئى) بينما ٢٢.٦٪ من عمر ١٣-١٥ سنة يعانون من آلام فى الأذن مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

بينما كانت الأمراض الطفيلية بنسبة ٤٣٪ من عمر ٦-١٢ سنة فى حين أن نسبة ٢٧.٣٪ من عمر ١٦-١٨ سنة يعانون من الدودة الدبوسية بينما ٢٢.٦٪ من عمر ١٣-١٥سنة يعانون من دودة الإسكارس مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المتعلقة بأمراض التغذية بنسبة ٥٨.١٪ من عمر ٦-١٢ سنة يعانون من الأنيميا ، ونسبة ٩٣.٥٪ من عمر ١٣-١٥سنة يعانون من نفس الشكوى ، ٣١.٢٪ من عمر ١٦-١٨سنة يعانون من النحافة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

جدول (١٨): العلاقة بين مشكلات الصحة البدنية لدى أطفال دور الرعاية ومستواهم التعليمى (الاستجابات ليست متعارضة) (العينة = ١٩٤)

يبين جدول ١٨ الشكاوى المتعلقة بالجهاز المعدى المعوى وقد تبين أن نسبة ٨٧.٥٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون يعانون من مغص جوفى (بطنى) فى

حين أن نسبة ٢٧.٩٪ كانوا فى مستوى التعليم الابتدائى ونسبة ٣٠.٣٪ فى مستوى التعليم الإعدادى ، نسبة ٣٧.٣٪ فى مستوى التعليم الثانوى كانوا يعانون من فقدان الشهية وعسر الهضم . مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز البولى بنسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون فى حين أن نسبة ٢٦.٧٪ من مستوى التعليم الابتدائى ونسبة ٤٥.٥٪ من مستوى التعليم الاعدادى يعانون من حرقان البول وصعوبة التبول بينما نسبة ٨.٥٪ من مستوى التعليم الثانوى يعانون من أملاح فى البول مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المتعلقة بمشكلات الأوعية الدموية والقلب بنسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون وكانوا يعانون من الخمول فى حين أن نسبة ٢٤.٤٪ من مستوى التعليم الابتدائى ، نسبة ٣٩.٤٪ من مستوى التعليم الاعدادى ونسبة ١٠.٢٪ من مستوى التعليم الثانوى يعانون من سرعة خفقان القلب مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وقد بين جدول ١٨ الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز التنفسى العلوى وقد ظهر أن نسبة ٨٧.٥٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون يعانون من انسداد أنفى وأن نسبة ١٧.٤٪ من مستوى التعليم الابتدائى يعانون من التهابات فى الغشاء المخاطى ونسبة ٢١.٢٪ من مستوى التعليم الإعدادى يعانون من التهابات فى الفم ورائحة كريهة به فى حين أن نسبة ٦.٨٪ من مستوى التعليم الثانوى يعانون من نفس المشكلة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

بينما كانت مشكلات الجهاز التنفسى السفلى بنسبة ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين

يقرؤون ويكتبون فى حين أن ٣٦٪ من مستوى التعليم الابتدائى، ٣٠.٣٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الإعدادى يعانون من الكحة الجافة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المرتبطة بالجهاز العصبى المركزى بنسبة ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون والذين كانوا يعانون من آلام الظهر والصداع ، وكانت نسبة ٣١.٤٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الابتدائى كانوا يعانون من الصداع ، نسبة ٣٠.٣٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الإعدادى كانوا يعانون من آلام فى الأطراف السفلية، كانت نسبة ٦.٨٪ من مستوى الأطفال فى مستوى التعليم الثانوى يعانون من آلام المفاصل مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

يبين جدول ١٨ الشكاوى المتعلقة بالأمراض الجلدية نسبة ٧٥٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون كانوا يعانون من التهاب الجلد (الحساسية الجلدية) ، نسبة ٣٠.٢٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الابتدائى ، نسبة ٢٥.٤٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الثانوى يعانون من زيادة الجلد والخشونة، ونسبة ٣٦.٤٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الإعدادى يعانون من مرض التنية مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت نسبة ٨٧.٥٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون يرتدون نظارات ، ونسبة ١٨.٦٪ من الأطفال فى مستوى التعليم الابتدائى ونسبة ٣٣.٣٪ من الأطفال مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

فى حين أن المشكلات السمعية كانت بنسبة ٥٦.٣٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون وكانوا يعانون من ضعف السمع (الصمم الكلى أو الجزئى) بينما يعانى

نسبة ١٤٪ من أطفا التعليم الابتدائى من آلام الأذن مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

أما بالنسبة للأمراض الطفيلية فكانت نسبة ٧٥٪ عند الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون وكانوا يعانون من الأميبا ونسبة ٤٥.٣٪ من الأطفال مستوى التعليم الابتدائى يعانون من الدودة الدبوسية ، ونسبة ٣٣.٣٪ من الأطفال فى مستوى الاعدادى يعانون من الإسكارس .مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى، كانت أمراض التغذية بنسبة ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون ، نسبة ٥٨.١٪ من التعليم الابتدائى، نسبة ٦٩.٧٪ من أطفال التعليم الاعدادى يعانون من الأنيميا، ونسبة ٢٧.١٪ من الأطفال فى التعليم الثانوى يعانون من النحافة مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

جدول (١٩) العلاقة بين المشكلات الصحية للأطفال:

يبين جدول ١٩ الشكاوى المرتبطة بالجهاز المعدى المعوى وقد بين الجدول أن نسبة ٣٤.٤٨٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية يعانون من فقد الشهية وعسر الهضم ، نسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال مكتبية يعانون من المغص البطنى مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المتعلقة بمشكلات البول بنسبة ٣٦.٢٠٪ عند الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية وكان الأطفال ذو الأعمال المكتبية يعانون من حرقان البول وصعوبة التبول بنسبة ١٠٠٪ مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المرتبطة بالقلب والأوعية الدموية بنسبة ٣٦.٢٠٪ لدى الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية ، وكان الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية بنسبة ١٠٠٪ يعانون من الخمول مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

ويبين الجدول الشكاوى المرتبطة بمشكلات الجهاز التنفسى العلوى وقد تبين أن نسبة ٢٠.٦٨٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية يعانون من إفرازات أنفية سمراء خضراء ، نسبة ٦٦.٧٪ يعانون من انسداد أنفى مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

بينما مشكلات الجهاز التنفسى السفلى بنسبة ٥٠٪ لدى الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية ، ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين يقومون بأعمال مكتبية وكانوا يعانون من سعال جاف أو منتج مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز يعانون من الصداع ونسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية كانوا يعانون من الصداع مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

يبين جدول ١٩ الشكاوى المرتبطة بالأمراض الجلدية، وقد بين الجدول أن نسبة ٣٢.٧٥٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية يعانون من التنبيه ، نسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية يعانون من التهابات الجلد وحساسية الجلد مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

بينما نسبة ٢٩.٣١٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية كانوا يرتدون نظارات ، ونسبة ٦٦.٧٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية يعانون من التهابات العين وزيادة افرازاتها مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت المشكلات السمعية بنسبة ٨.٦٢٪ لدى الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية كانوا يعانون من آلام الأذن بينما كانت نسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية يعانون من الافرازات الشمعية للأذن مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت الأمراض الطفيلية بنسبة ٣٦.٢٠٪ لدى الأطفال الذين يقومون بأعمال تقنية وكانوا يعاون من الدودة الدبوسية ، وكانت نسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية يعانون من الأميبا مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

وكانت نسبة أمراض التغذية بنسبة ٥١.٧٢٪ من الأطفال الذين يقومون باعمال تقنية ونسبة ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقومون بأعمال وظيفية كانوا يعانون من الأنيميا مع اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى.

ثانيا: مناقشة النتائج

من الممكن تعريف التشرد انه مغامرة، أو هروب من الظروف القاسية مثل الفقر والعنف من قبل الأسرة وهجرة الطفل والفشل الدراسى وهجره وتغير الحياة الأسرية .

وهذه تعتبر أكثر الأسباب وضوحا لوجود التشرد بين أطفال.

وقد ذكر (وهدان ٢٠٠٠) أن مشكلة أطفال الشوارع مرتبطة بعوامل اجتماعية مثل الازدحام والفقر وتدنى مستوى المعيشة.

ومن ثم يميل الأطفال المشردون إلى الاستمرار فى حياة الشوارع ورفض المأوى

، فالوقاية هى العامل الرئيسى لحل هذه المشكلة وعلى عاتق المجتمعات هذه الأيام توجد مهمة صعبة فى تزويد أفرادها بخدمات رعاية صحية عقلية ، وهذه الخدمات يجب أن تكون شاملة باحتوائها على وقاية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة .

وتلعب الرعاية المجتمعية دورا هاما فى التدخل الوقائى لحماية الأطفال المشردين ، وبسبب المشكلات التى على نطاق واسع لهؤلاء الأطفال ، يتطلب من مربى هؤلاء الأطفال التعرف على العوامل التى تسهم فى التشرد وتجعله متفاقما وتبنى تقنيات لحلول المشكلات لمواجهة هذه المشكلات.

الخواص الاجتماعية الديموغرافية:- تدل الدراسة التى نحن بصددها على أن أكثر الأطفال شيوعا فى التشرد هم فى سن ٦-١٨ سنة . وهذه الفئة العملية تشمل الطفولة المتأخرة والبلوغ ، وكان عمر من ٦-١٢ يمثل نصف العينة إلى أجريت عليها الدراسة ، وقد تم تم مقارنة ثلث الذكور من ١٦-١٨ سنة ونصف الإناث فى نفس العمر (جدول١) . وهذه الدراسة تتفق مع دراسة أبو ناصر (٢٠٠٣) فى القاهرة والتى تقول أن عمر الأطفال المشردين داخل دور الرعاية من سن ٦-١٨ سنة ، وتختلف هذه الدراسة مع فهمى (٢٠٠١) والذى أوضح أن عمر الأطفال المشردين داخل دور الرعاية يتراوح بين ٦ – ١٢ سنة .

كما تختلف هذه الدراسة مع صديق (٢٠٠٠) الذى ذكر أن نصف الأطفال المشردين من عمر ١١-١٤ سنة وأن الذكور المشردين أكثر من الإناث .

أما بخصوص تعليم الطفل فقد بنيت نتائج هذه الدراسة أن أغلبية العينة الخاصة بالدراسة كانوا فى المدارس الابتدائية ونصف الإناث تقريبا كانوا بالمدارس الثانوية وخمس الذكور كانوا بالمدارس الإعدادية بينما الأقلية عينة الدراسة

يستطيعون القراءة والكتابة فقط (جدول ١) وتفق هذه الدراسة مع دراسة عبد الحليم (٢٠٠٤) الذى ذكر أن ثلثى الأطفال كانوا فى المستويات المختلفة من التعليم وخاصة المدارس الابتدائية إلى ونسبة ٨٪ تستطيع فقط القراءة والكتابة وأقل من الثلث يذهب إلى المدرسة وقد أثبتت الدراسة أن هناك اختلاف ذات دلاله بين الأطفال .

أما بخصوص مهنة الأطفال فقد كان تقريبا ثلث العينة يعملون ، وكان خمس الذكور لهم أعمال تقنية مثل البيع كخبازين أو فى مصانع والقليل من الإناث كن يعملن فى أعمال مكتبية كسكرتيرات ، وقد تراوحت أعمارهم من ١٣-١٨ سنة ، وقد أوضحت الدراسة أنه كان هناك فروق ذات دلاله فى المهنة بين الأطفال وهذا طبقا لمرسى (٢٠٠١) الذى ذكر أن الأطفال المشردين يعملون فى وظائف عديدة .

وكانت نسبة ٤٤٪ من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين ١٥-١٧ سنة، وتختلف هذه الدراسة مع حمزة (٢٠٠٠) الذى ذكر أن الأطفال المشردين يعملون فى وظائف عديدة بنسبة ٤٤٪ وتتراوح أعمارهم من ٦-١١ سنة .

وتبين الدراسة الحالية أن توزيع الأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة طبقا لتعليم والديهم هو أكثر من عشر العينة والذين قالوا أن إباؤهم هم أميين أو يستطيعون فقط القراءة والكتابة .

وأكثر من عشر العينة كانت أمهاتهم أميات أو يستطيعون القراءة والكتابة فقط بينما كان اقل من خمس أمهات الإناث أميات أو يستطعن القراءة والكتابة.

وكان أقلية من الذكور وأقل من خمس الإناث كان لدى آبائهم أعمال تقنية كبائعين.

وعلاوة على ذلك نجد أن هناك أقلية من الذكور وأكثر من عشر الإناث كانت أمهاتهم ربات منزل (جدول١).

وقد وافقت هذه الدراسة دراسة السملوطى (٢٠٠٠) الذى ذكر فى دراسته فى القاهرة أن نسبة الأمية بين عائلات الأطفال المشردين قد ازدادت بسبب الفقر الذى يدفع الأطفال أن ترك المنزل والذهاب إلى الشوارع وهناك أسباب تدفع العائلات إلى إدخال أولادهم دور الرعاية وهى الأمية والفقر والطلاق والعنف الأسرى والحمل غير الشرعى والدخل اجتماعى (المنخفض) للوالدين ، ومن الممكن أن يشجع المجتمع الوالدين على توفير الرعاية لطفل فى المنزل .

أما بخصوص الموقف الشرعى لأطفال المشردين فكانت أغلبية الذكور وأكثر من ثلاثة أرباع الإناث أطفال غير شرعيين يعيشون فى الملاجئ ، بينما كانت أغلبية العدد الكلى وتقريبا كان للعينة مشردين وكانت نسبة قليلة من الذكور وتقريبا ربع الإناث يعيشون مع والدين أو أقارب (شرعيون) والآن يعيشون دخل دور الرعاية ، ومن ناحية أخرى كان ثالثة أرباع لعينة أولاد والربع الباقي بنات ، تقريبا كان حوالى ثلاثة أرباع الأطفال فى العينة من مناطق حضرية والربع الأخر كان ريفيا .

وهذه النتيجة مطابقة لما ذكر عبد الحليم ٢٠٠٤ فى دراسته بالقاهرة حيث قال ثلاثة أرباع الأطفال من مناطق حضرية والربع الأخر ريفيا ومعظمهم ذكور ، وكان هناك سببان جعلهم لا يعيشون مع والديهم ، ويظهر ذلك هو موت الوالدين أو أحدهما بينما ذكر القليل أن الأب أو الام فى السجن ، وقد ذكر عشر الإناث أن موت الوالدين أو أحدهما هو السبب بينما ذكر آخرون أن الطلاق هو السبب الرئيسى ، وهذه النتيجة بخلاف ما ذكر خليل فى دراسته بالقاهرة ٢٠٠٠ وهو أن أغلبية الأطفال كانوا يعيشون مع أحد الوالدين قبل ذلك ، وهذه موافقة للدراسة الحالية

لأسباب ترك العائلة والحياة فى دور الرعاية .

أما عن الخصائص الاجتماعية للممرضات : هؤلاء الممرضات لسن متواجدات طوال الوقت ولكنهن يعملن كزائرات وجميع الممرضات اللاتى يعملن بدور رعاية الأطفال خريجات المدرسة الثانوية للتمريض وهؤلاء الممرضات فى دور رعاية الأطفال لهن خبره تتجاوز الخمس سنوات وكان أخر تدريب حضرته الممرضات عن الإسعافات الأولية ، كانت الفترة التى مرت منذ حضور هذا التدريب هى خمس سنين فى كل دور رعاية أطفال وكان دورهن الوحيد هو الإسعافات الأولية (جدول ٣)

وقد يكون ذلك هو عيب غياب اعمل الاشرافى والخبرة المتطورة للممرضات ، لذلك لا تساعد الممرضات على تقدم الرعاية المزودة بها أطفال الشوارع ، أما بخصوص المهنة وساعات العمل فكان خمس أطفال العينة يعملون وقتا كاملا وخمسهم يعملون جزءا من الوقت بينما قليل ن إناث العينة يعملون جزءا من الوقت ، وتقريبا حوالى ربع الذكور يأخذون العينة راحة من نصف ساعة إلى أكثر من ساعة (جدول ٤) .

وكانت الدراسة مطابقة لدراسة مرسى (٢٠٠٠) فى القاهرة والذى ذكر أن الأطفال المشردين يعملون طوال اليوم ونادرا ما يأخذون راحة ، وتقريبا حوالى خمسهم يذهبون الى اعمل على الأقدام .

أما بخصوص أسباب العمل فأن خمسين من الذكور يعملون لإشباع احتياجاتهم مثل الطعام ، شراء الملابس ، والأشياء الترفيهية والادخار وقليل من الإناث يعملن من أجل شراء الملابس ، وتبين الدراسة أن هناك اختلافات ذات

دلالة كبرى فى المهنة ما بين الأطفال .

وتوافق الدراسة دراسة كريم فى القاهرة ٢٠٠٠ والذى ذكر فيها أن أغلب الأطفال يعملون للحصول على نقود من أجل الطعام .

وكان أغلب الأطفال العاملين ذكور من (مؤسسة البنين) بمنطقة المنصورة وذلك ليشبعوا احتياجاتهم من طعام وشراء الملابس وأشياء ترفيهية وادخار ، ولك لأن دور الرعاية تتجاهل احتياجاتهم .

ويذهب عدد كبير من الأطفال إلى عملهم سيرا على الأقدام ليوفروا النقود مما يسبب لهم الأم فى الأطراف والظهر .

أما بخصوص أخطار المهنة فكان اقل من خمس الذكور الذين يعملون بهم إصابات فى الرأس والصدر والبطن واليد والأقدام . بينما كان لعدد قليل من الإناث إصابات بالرأس واليد والأقدام . وكان تكرار الإصابة لدى عشر أطفال العينة يحدث مرة واحدة وكانت الجروح الثانوية تحتاج إلى إسعافات أولية فقط ، وقد تعرض القليل إلى إصابات قاسية لا تحتاج إلى الذهاب إلى المستشفى (جدول٤) .

وقد ذكر عبد الجواد فى دراسته بالقاهرة (٢٠٠٠) أن الأطفال المشردين يتعرضون لأخطار بدينة مهنية وكان ما ذكره مابقا كهذه الدراسة . وقد بينت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة كبرى بخصوص أخطار المهنة بين أطفال .

أن الإصابة فى (الرأس أو اليد أو الأقدام) الناتجة عن خطر المهنة تكون مرتفعة بدرجة كبيرة عندما يمارس الأطفال الأعمال الثقيلة التى لا تناسب مع أعمارهم دون أتباع إجراءات الأمان فى غياب الأشراف بين الأطفال .

وقد بنيت هذه الدراسة أن التقييم البدنى أوضاعهم أن ثلث الذكور وخمس الإناث لديهم نبضات قلب غير طبيعية وتغير فى التنفس وأن ثلث العينة لديه ضغط دم غير عادى وما يشمل هذا الثلث ثلث الذكور وتقريبا خمس الإناث كان لديهم انخفاض ضغط الدم مع اختلافات ذات دلاله كبرى (جدول٥) .

وهذه الدراسة توافق كل من وهدان ومصطفى (٢٠٠٢) بالقاهرة اللذان ذكرا أن الأطفال المشردين لديهم مشكلات خاصة بالعمليات الحيوية (البرودة – انخفاض ضغط الدم) وأن الأطفال المشردين لديهم مشكلات مرتبطة بظروف التغذية كنتيجة لبقائهم أغلب الوقت فى العمل وفى الشارع وقد بينت الدراسة الحالية ذات الدلالة الكبرى أن أكثر من ربع الذكور وثلث الإناث كانوا ناقصى الوزن وكان أقل من عشر الذكور واقل من عشر الإناث زائدى الوزن وأقل من عشر الذكور كانوا على وشك زيادة الوزن

وبخصوص طيات الجلد كان خمس الذكور أقل من الطبيعى وكان ربع من الذكور لهم محيط زراع متوسط أقل من الطبيعى وكان أكثر من عشر الذكور لهم طيات جلد فوق الطبيعى وعشر ذوى الزراع المتوسط كان فوق الطبيعى وتقريبا كان ثلث العينة لهم جلد ومحيط زراع طبيعيين.

وقد استخدمت هذه الدراسة خمس دلائل للتقييم الغذائى وهم (وزن الجسم – طيات الجلد – محيط الزراع – محيط كل من الرأس والصدر) (جدول٥)

وتطابق الدراسة دراسة كل من فهمي وآخرون (٢٠٠١) اللذان ذكرا أن الأطفال المشردين فى مصر كانوا ناقصي الوزن

أما بخصوص النشاط البدنى ، فتقريبا خمس الذكور كان لديهم مشكلة فى المشى

، وتقريبا خمس الذكور وعش الإناث لديهم مشكلة فى التسلق ، وكان حوالى خمس الذكور وعشر الإناث لا يستطيعون الاستمتاع بالنشاط البدنى (جدول٥)

وهذه الدراسة تطابق دراسة عبد الحليم (٢٠٠٤) الذى ذكر أن مشكلات التطور المعرض شائق بين الأطفال المشردين

وتبين هذه الدراسة أن الوضع الغذائى يوضح أن الأرز هو نوع ثابت من الطعام يستهلكه كل الأطفال ، نصف عدد أطفال الصين فى دور الرعاية كان استهلاكهم من البروتين بدرجة رئيسية البروتين الحيواني مثل اللحم والسمك والجبن ونادرا ما يستخدمون البروتين النباتى فى شكل الفول المدمس والطعمية وكان الخضار المطهى يستهلكه أكثر من خمس العينة فضلا عن الخضار الطازج والفاكهة التى نادرا ما تستخدم

وكان الشاى الأسمر هو المشروب الشائع بين الأطفال فى دور الرعاية يستهله نصف أطفال العينة . وكان ثلاثة أرباع الأطفال يستهلون مشروبات غازية مثل الكولا وسفن أب واسبرايت . وتبين الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص الوضع الغذائى

فأقل من ثلاثة أرباع الذكور وأغلبية الإناث يتناولون الوجبات داخل دور الرعاية بينما أكثر من ربع الذكور وأقلية من الإناث يتناولون الوجبات خارج دار الرعاية (جدول٥)

وهذه الدراسة تتفق ع دراسة عبد الحليم ٢٠٠٤ والذى ذكر فيها أن الأطفال المشردين لهم عادات طعام خاطئة

أما بخصوص الراحة فقد اعتاد حوالى ثلثى الأطفال أن يناموا أكثر من ٩ ساعات بينما نصف العينة لا تأخذ قسطا من النوم أثناء النهار . وبينت الدراسة أن أكثر من نصف الذكور يشكون من اضطراب النوم المعروف بالرق وخمس الإناث كذلك (جدول٧) . وتختلف هذه الدراسة مع مصطفى . وتتفق هذه الدراسة مع مرسى (٢٠٠١) القاهرة حيث ذكر أن أكثر الأطفال المشردين ينامون نوما جيدا . وتبين الدراسة اختلافات ذات دلالة كبرى بخصوص الأطفال ومخاطر المهنة

وتبين الدراسة أن نشاط الأطفال المشردين كان به اختلافات ذات دلالة كبرى وأن أغلب الأطفال لهم أكثر من صديق والأقلية ليس لهم أصدقاء بينما أغلبية الذكور وكل الإناث لديهم أوقات فراغ وأن أكثر من عشر الذكور ١٤.٤٪ ليس لدسهم أوقات فراغ . بينما حوالى نصف الأطفال يقضون أوقاتهم داخل دور الرعاية والربع منهم يقضون نهايات الأسبوع خارج الدور (السينما – المقهى – مراكز الكمبيوتر مع الأصدقاء) أو فى كل ما ذكر سابقا (جدول ٧)

وتتفق هذه الدراسة مع عبد الحليم ٢٠٠٤ الذى ذكر ا، أغلب الأطفال يقضون أوقات فراغهم فى نهاية الأسبوع فى الشارع. وتتفق أيضا مع موسى ٢٠٠٥ فى القاهرة والذى ذكر ا، أغلب الذكور يقضون أوقات فراغهم خارج دور الرعاية

أوضحت هذه الدراسة أن نصف أطفال العينة يعانون من النوم غير المنتظم خاصة أثناء الليل . وهذا بسبب خوفهم من الناس أثناء النهار. لذلك من السهل عليهم أن يتحركوا ويقضون أوقات فراغهم ويعملون بحرية أثناء الليل دون أن يلاحظهم أحد وخاصة فى دار رعاية (مؤسسة البنيين)

وتبين هذه الدراسة عادات التدخين عند الأطفال فأكثر من ربع الذكور وقليل

من الإناث كانوا مدخنين وبينت الدراسة أيضا أن السبب الأكبر فى أن يصبح نصف العينة مدخنون هو تقليدهم لمدرسيهم فى الملجأ وذلك متفقا مع أكثر من نصف الإناث فى حين أن ثلث أطفال العينة قد تلقوا تعليمات بخصوص أخطار التدخين من مشرفيهم وقد تكون بعض المعتقدات هى السبب فى أن يبدأ الشخص بالتدخين وقد اختلف أغلب أطفال العينة مع المعتقدات التى تقول بأن التدخين يؤذيهم ويبدد نقودهم فى حين أن أغلب أطفال العينة يختلفون مع القول أن البنات يتجهون إلى التدخين لاعتقادهم أنه يجعلهم أكثر جمالا ويجعل الطفل البالغ له عديد من الأصدقاء وأن التدخين يجعلهم يتكيفون مع الغضب ويساعدهم على التركيز . وتبين الدراسة وجود فروق ذات دلالة كبرى مرتبطة بعادات التدخين عند الأطفال (جدول٨)

المشكلات الصحية : تبين الدراسة أن ثلاثة أرباع أطفال العينة يعانون من المشاكل معدية معوية التى كان لها دلالة كبرى بين الأطفال وأن خمس الأطفال يعانون من آلام فى البطن وأن ثلثهم يعانون من الغثيان والقيء والإمساك والإسهال بينما أكثر من ربع الإناث يعانون من مغص بالبطن ، وأن أكثر من ربعهم يعانون من فقدان الشهية وسوء الهضم (جدول٩)

وتتفق هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ ومرسى ٢٠٠٤ واللذان ذكرا فى دراستهما بالقاهرة أن مجموعة من المشكلات الصحية التى واجهت الأطفال كانت عدوى الجهاز التنفسى واضطرابات الجهاز المعدي المعوي والأمراض الجلدية

أما بخصوص مشاكل الجهاز البولي فإن أكثر من نصف أطفال العينة يعانون من شكاوى التبول وثلث الذكور يعانون من حرقان في البول وصعوبة التبول مقارنة بخمس الإناث الذين يعانون من نفس الشكوى

وبينت الدراسة أن خمس الذكور يعانون من زيادة الأملاح فى حين أن قليل من الإناث يعانون من نفس الشكوى

ونجد أن نصف العينة يعانون من مشكلات القلب والأوعية الدموية وأن ربع أطفال العينة يعانون من الخمول وخمس أطفال العينة يعانى من سرعة النبض (جدول٩)

وقد اتفقت هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ الذى ذكر فى دراسته بالقاهرة أن الشكاوى المرتبطة بالقلب والأوعية الدموية كانت سائدة بين الأطفال المشردين وأحيانا توجد مشكلة تبول مثل البول اللإرادى

وتبين الدراسة أن هناك اختلافات ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص مشكلات الجهاز البولي وذلك بسبب أن الأطفال يعملون لوقت طويل بدون أكل أو يأكلون أقل مما تحتاجه أجسامهم وأغلبهم فى مرحلة نمو ويبدوا عليهم الأنيميا وخاصة فى مؤسسة البنيين والبنات بمنطقة المنصورة وتبين الدراسة أن ثلثى العينة يعانون من مشكلات الجهاز التنفسى العلوى والتى تمثل خمس المعاناة الكلية هى التهاب اللوزتين . وأكثر من عشر العينة يعانون من آلام الفم وعشر آخر يعانى من انسداد في الأنف والتهابات الغشاء المخاطى . فى حين أن خمسى العينة يعانون من أمراض الجهاز التنفسى السفلى وأن ثلث الذكور وخمس الإناث يعانون من السعال

وأن أكثر من عشر أطفال العينة (١١.٣٪) يعانون من (آلام الصدر وضيق التنفس والتهاب الشعبتين الهوائيتين والربو) أو من كل ما تم ذكره (جدول٩)

وتتفق هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ ومرسى ٢٠٠٤ واللذان ذكرا أن مجموعة المشكلات الصحية التى واجهها الأطفال المشردون كانت :

عدوى الجهاز التنفسى واضطرابات الجهاز المعدي والمعوي والتهاب الجلد. وتبين الدراسة أن هناك اختلافات ذات دلالة كبرى بين الأطفال مرتبطة بمشكلات الجهاز التنفسى.

قد يكون غياب الطاقم الطبى وغياب دور الممرضات وبخاصة الثقافة الصحية وإهمال العلاج كل ذلك قد يكون سببا فى انتشار أمراض الجهاز التنفسى بين الأطفال.

أما بخصوص الشكاوى البدنية للأطفال المذكورة فى التقرير الطبى نجد أن خمس أطفال العينة يعانون من مشكلات فى الجهاز العصبى المركزى وأقل من خمس الذكور وخمس الإناث يعانون من آلام الظهر. وأن أكثر من عشر الذكور يعانون من آلام فى الأطراف السفلية وأن أقل من عشر الإناث يعانون من آلام المفاصل فى حين أن أكثر من خمس العينة يعانون من صداع وعشر الذكور يعانون من فقد الإحساس بالأطراف وتخمة العضلات (جدول ٩).

وتتفق هذه الدراسة مع مرسى ٢٠٠١ الذى ذكر فى دراسة بالقاهرة أن الأطفال المشردين يعانون من مشكلات الجهاز المركزى وبينت الدراسة أن هناك اختلافات ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص الجهاز العصبى المركزى.

إن شكاوى الأطفال من الجهاز العصبى المركزى سببها أنهم يقفون فترة كبيرة من العمل دون النظر إلى أعمارهم وأحيانا ينامون على الأرض بدون مرتبه مما يكون لها تأثير كبير على أطرافهم وعلى ظهورهم ورؤوسهم وخاصة فى مؤسسة البنين.

أما بخصوص أمراض الجلد نجد أن الأطفال المشردين فى محافظة الدقهلية يعانون من الأمراض الجلدية المختلفة وأن أكثر من ربع الذكور وخمس الإناث

يعانون من التنيه ، فى حين أن ربع الذكور وثلث الإناث يعانون من سمك الجلد (جدول ٩).

وتتفق هذه الدراسة مع مرسى وآخرون ٢٠٠٤ الذين ذكروا أن أمراض الجلد كانت من المشكلات الشائعة بين الأطفال المشردين.

وتختلف هذه الدراسة مع كريم ٢٠٠٤ الذى ذكر أن الجرب كان أكثر المشكلات الجلدية انتشارا وذلك بسبب النظافة الشخصية السيئة.

وتبين الدراسة أن هناك اختلافات ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص الأمراض الجلدية وذلك بسبب النظافة الشخصية السيئة والإهمال فى دور الرعاية من الأخصائيين الاجتماعيين والرعاية الطبية وخاصة فى دار رعاية الأولاد (مؤسسة البنين) وأيضا بسبب جهل الأطفال بالعادات الصحية.

وقد كان نصف العينة يشكون من آلام العين وأقل من خمس العينة كانوا يرتدون نظارات. وخمسهم كانوا يعانون من التهاب العين وزيادة افرازاتها وأن أكثر من العشر يعانون من الحول فى حين أن أكثر من الخمس يعانون من مشكلات سمعية وأن أكثر من عشر الذكور يعانون من فقد السمع (الصمم الكلى – الجزئى) بينما أقلية من الإناث يعانون من آلام الأذن وزيادة افرازاتها (جدول ٩). وتتفق هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ وعبد الحليم ٢٠٠٤ اللذان ذكرا فى دراستهما أن أكثر المشكلات الشائعة بين الأطفال كانت فى جهاز الإحساس وذلك مثل شكاوى العين والسمع. وتبين الدراسة أن هناك اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص جهاز الإحساس وسبب هذا هو غياب الرعاية الطبية من الأطباء والممرضات داخل دور الرعاية أثناء مرض الطفل. فهم لا يتابعون الإشراف

الاجتماعى.

وقد حدث ذلك خاصة فى دار رعاية البنين وهذا يؤدى إلى أن يصبح الطفل أصم أو يفقد عينا واحدة أو عينين وذلك نتيجة للجهل بحالته وبالعلاج المطلوب وخاصة عندما يكون الأطفال صغارا وهذا يؤدى إلى انتشار أسرع للأمراض بين الأطفال.

وتبين هذه الدراسة أن هناك اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص الأمراض الطفيلية التى كان يعانى منها أكثر من ثلثى العينة وأكثر من ثلث الذكور وأقل من خمس الإناث يعانون من الدودة الدبوسية وأقل من خمس الذكور يعانى من الإسكارس وقليل منهم يعانون من البلهارسيا.

ويؤيد موسى ٢٠٠٥ هذه النتائج وقد ذكر فى دراسته بالقاهرة أن الأمراض الطفيلية كانت الأكثر شيوعا وبخاصة البلهارسيا وذلك بسبب الاستحمام فى الأنهار والترع القذرة.

وتتفق هذه الدراسة أيضا مع مرسى ٢٠٠٣ الذى ذكر أن الأمراض الطفيلية هى الأكثر شيوعا بين الأطفال المشردين وذلك بسبب غياب دور الممرضة فى التثقيف الصحى بخصوص الاهتمام بالنظافة الشخصية والعادات الصحية السيئة (داخل دور الرعاية وادخل المدرسة) والعلاج الطبى بين الأطفال.

تبين هذه الدراسة أن هناك اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص مشكلات التغذية حيث يعانى الأغلبية العظمى من العينة من الأنيميا وثلث الذكور وعشر الإناث يعانون من النحافة. وعشر أطفال العينة يعانون من البدانة (جدول ٩).

وتتفق هذه الدراسة مع عبد الحليم ٢٠٠٤ الذى ذكر أن أكثر المشاكل الشائعة الخاصة بالتغذية هى الأنيميا كنتيجة لعدم أكل أنواع الطعام مما يؤدى إلى النحافة. وبسبب ظروف التغذية لدى الأطفال فهم يأكلون أقل من احتياجات جسمهم ولا يشرف عليهم متخصص تغذية ليساعدهم فى الحصول على وجبة متوازنة بالإضافة إلى العادات الغذائية الخاصة بين الأطفال.

وتبين الدراسة أن أكثر من خمس أطفال العينة يعانون من مشكلات مختلفة وذلك لأن ربع هذا العدد يعانى من تسوس الأسنان وأقل من خمس العينة يعانون من فقد الأسنان ونزيف اللثة (جدول ٩). وتتفق هذه الدراسة مع مرسى ٢٠٠١ الذى ذكر أن مشكلات عديدة سائدة بين الأطفال هى مشكلات الأسنان.

فالمشكلة الأكثر شيوعا بين الأطفال فى دور الرعاية ولكنها منتشرة أكثر بين الذكور فى مؤسسة البنين وذلك نتيجة الإهمال الطبى وخاصة الأطفال الصغار والأكثر من ذلك أن دور الممرضة هو الإسعافات الأولية فقط وليس التعليم.

وقد بينت هذه الدراسة أن المشكلات المزمنة تمثل الأقلية من الذكور وعشر الإناث (الروماتيزم – السرطان – مشكلات القلب والأوعية الدموية والعقلية والحساسية والشلل) بين الأطفال المشردين.

بينما أكثر من عشر إجمالى العينة لديهم أنواع مختلفة من المشكلات فى الأجهزة المختلفة وعمليات جراحية تم إجراؤها لهم مثل (الأذن – العظام – العين – الأنف – الفم – القلب – الزائدة الدودية – المعدة – الطحال) وقليل من الإناث لديهم عمليات بالقلب (جدول ١٠).

وتختلف هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ وعبد الحليم ٢٠٠٤ واللذان ذكرا أن

الظروف المزمنة والجراحة للأطفال المشردين كانت سائدة بين الأطفال.

وقد بينت الدراسة أن هناك اختلافات إحصائية ذات دلالة كبرى بين الأطفال بخصوص المشكلات الاجتماعية بدور رعاية الأطفال بمحافظة الدقهلية وهى كالتالى حوالى ٣/ ٤ الذكور يعانون من العنف وخمسيهما لديهما درجة كبيرة منه فى حين أن خمسى الذكور يشكون من السرقة وخمسهم لديه درجة كبيرة منه بينما يعانى أكثر من نصف الذكور من الاضطرابات الجنسية والاغتصاب وتقريبا ربعهم يعانى من اللواط بينهم كما وجد بدار الرعاية (البنين) (جدول ١١).

وتتفق هذه الدراسة مع مرسى ٢٠٠١ وموسى ٢٠٠٥ واللذان ذكرا فى دراستهما بالقاهرة أن العنف والسرقة والانسحاب وإدمان الجنس والاغتصاب كانوا أكثر شيوعا بين الأطفال المشردين. فانتشار الأمراض الاجتماعية بين الأطفال المشردين كانت بسبب عدم استحسان ورفض المجتمع لهم وفقدان الحب من قبل الوالدين والناس والبعض يشعر بإحساس العار بسبب اللا شرعية.

وبسبب عدم التفرقة بين الأعمار فى الملاجئ يؤدى إلى ظهور اللواط والجنس بين الأطفال وقد بينت الدراسة أن المشكلات النفسية بين الأطفال بمحافظة الدقهلية كانت ذات دلالة كبرى.

أكثر من نصف الذكور يعانون من الإحباط وربعهم لديهم درجة كبيرة منه وثلث الإناث لديهم درجات مختلفة من الإحباط بينما خمس الذكور والإناث علاقاتهم فاترة مع الآخرين. بينما نصف الذكور وأكثر من ربع الإناث يعانون من القلق وربع الذكور وعشر الإناث لديهم درجة مرتفعة منه (جدول ١١).

وتتفق هذه الدراسة مع عبد الحليم ٢٠٠٤ وموسى ٢٠٠٥ واللذان ذكرا أن

الإحباط والعلاقات الرديئة والقلق كانوا من بين المشكلات الأكثر شيوعا بين الأطفال المشردين.

فالإحباط ، العلاقات الرديئة مع الآخرين والقلق بين الأطفال المشردين ناتجة عن رفض المجتمع لهم بالإضافة إلى خوفهم من نظرة الناس إليهم وان بعضهم لديه إحساس بالخزى من اللاشرعية.

أما بخصوص المشكلات العاطفية فإن ما يقرب من ثلاثة أرباع أطفال العينة يعانون من الخوف. والأغلبية كانوا يعانون من الغيرة من الأقارب واقل من ثلثيهم يعانون من الفضول وأن أكثر من النصف يعانون من العنف (جدول ١١). واتفقت هذه الدراسة مع عبد الحليم ٢٠٠٤ وموسى ٢٠٠٥ اللذان ذكرا أن المشكلات العاطفية كانت الأكثر شيوعا بين الأطفال المشردين.

الملجأ (دار الرعاية): وبينت الدراسة أن كل دور الرعاية بها أضواء صناعية فى حين أن ثلاثة منها بها أضواء تهوية طبيعية (دار ابتسى – تحسين الصحة – وفجر السلام) بينما دارين بهما تكييف صناعى وهما (البنين والبنات) ويوجد بكل دور الرعاية حمامات ومطابخ مشتركة. وثلاث دور رعاية بها مطابخ مناسبة وهم (دار ابتسى – تحسين الصحة – فجر السلام) ودارين بهما مطبخ مناسب (البنين – البنات) ويوجد ثلاث دور بها تناسب ما بين المطبخ والخدمات الضرورية وهم (دار ابتسى – فجر السلام – البنات) ودارين كانا غير مناسبين وهما (البنين وتحسين الصحة).

وكان بكل الملاجئ حجرات تقديم طعام ، تقديم وجبات طبيعية لا تتوافق مع ظروف الأطفال الصحية ووقت محدود لتناول الوجبة دونما اعتبار لرأى الأطفال فى اختيار الطعام وكل دور الرعاية لا تقدم وجبات خفيفة بين الوجبات أو ساخنة أو

فاتحة للشهية. وكان بثلاثة دور طاقم كاف لتقديم الخدمات الضرورية وقت الوجبة (دار ابنتى – تحسين الصحة – فجر السلام) ويوجد دارين لم يكن بهما طاقم لتقديم الخدمات الضرورية أثناء الوجبات (البنين – البنات – تحسين الصحة – دار ابنتى) ودار واحدة فقط يحفظ الطعام خارج الثلاجة. وكل دور الرعاية لم يكن بها شهادات صحية لكل عامل بها (جدول ١٢)

أما بخصوص الصرف الصحى فيوجد أربعة دور منطقة جيدة للصرف وهم (فجر السلام – تحسين الصحة – البنات – دار ابنتى) فى حين أن دارا واحدة يوجد بها منطقة صرف سئ (البنين). وكان إلقاء القمامة بشكل منتظم بثلاثة دور هم (دار ابنتى – تحسين الصحة – فجر السلام) أما اثنتين لم يكن إلقاء القمامة منتظم بهما هما (البنين – البنات). يوجد بكل الدور مصادر للمياه. أما بخصوص ملائمة الغرف يوجد ثلاثة دور بها غرف مناسبة وهم (دار ابنتى – تحسين الصحة – فجر السلام) وتوجد داران بهما غرف غير مناسبة (البنين والبنات) وكل الدور بها أثاث بالحجرات مثل دولاب – كرسى – سرير ومنضدة. بينما يوجد سلال للقمامة بغرف دارين ، أما الثلاثة دور الآخرين فبهم مكاتب.

وكانت مقاييس الأمان متاحة بثلاثة دور هم (دار ابنتى – تحسين الصحة – فجر السلام) وبها أجهزة إنذار داخلية للوقاية من الحوادث.

ولا تتخذ داران (البنين – البنات) أى إجراءات وقائية. بينما كلها بها مرافق ترفيهية كالتلفاز والحاسوب والنادى ولكن لم يكن مكتبا بكل دور الرعاية ولا أماكن لإقامة الاجتماعات والحفلات (جدول ١٢).

اتفقت هذه الدراسة مع عبد الحليم ٢٠٠٤ الذى ذكر أن الملاجئ (دور الرعاية)

يجب أن يكون بها بيئة مناسبة وأيضا مع عسكر ٢٠٠٥ الذى قال أن دار الرعاية يجب أن يكون مناسبا للأطفال.

وأوضحت هذه الدراسة أن الأغلبية العظمى بدار رعاية البنين الذى كان مزدحما بنسبة ١٨.٢٥٪ بينما انخفض مستوى الزحام إلى ٥٠٪ فى كل من دار فجر السلام وتحسين الصحة والبنات فى حين أن مستوى الزحام بدار ابنتى تخطى الثلث ٣٧.٥٪ (جدول ١٢).

واتفقت هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ الذى وجد أن الكثير من الدور مزدحمة وغير مناسبة من حيث البيئة.

أما بخصوص مستوى النظافة فيوجد بثلاثة دور رعاية حجرات وأثاث وصالات وأرضيات نظيفة وهم دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر السلام وداريين لم تكن بها هذه الأشياء نظيفة هما (البنين والبنات) وكانت الحوائط والأسقف نظيفة بدارين (دار ابنتى وفجر السلام) ولم تكن نظيفة بثلاثة دور (البنين والبنات وتحسين الصحة)

وكان بدارين أوقات باليوم للكنس والمسح وهما دار ابنتى وفجر السلام ، وكانت عملية الكنس يومية بدارى تحسين الصحة والبنات وكانت عملية الكنس تتكرر بشكل شهرى أو نصف شهرى بدار رعاية البنين.

وكل الدور كان بها حمامات ومراحيض مشتركة وثلاثة دور يوجد بها صابون ومبيدات وسلال نظيفة مغطاة هم (دار ابنتى – تحسين الصحة – فجر السلام) وداران لم تكن بها هذه الأشياء (البنين والبنات)

فى حين أنه يوجد مطابخ نظيفة بثلاثة دورهم (دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر السلام) ولا يوجد بدارى البنين والبنات مطابخ نظيفة.

بينما يوجد نظام جمع يومى بأربعة دور هم (دار ابنتى وتحسين الصحة وفجر السلام والبنات)ودار واحدة تستغرق وقتا طويلا لجمعهم هى دار البنين (جدول ١٣).

وكانت هذه الدور غير مناسبة للأطفال بسبب مبانيها ومستوى نظافتها.

أما بخصوص العيادة الصحية بدور الرعاية فكانت الطواقم الطبية مكونة من أطباء وممرضات وأخصائيين اجتماعيين بكل الدور لكنهم لم يقدموا وصفا لطبيعة عملهم وعلاوة على ذلك فإن بعض الأطباء والممرضات يعلمون كزوار لبعض هذه الدور أما باقى التخصصات فلا توجد مثل طبيب الأسنان وأخصائى العظام وطبيب العيون وطبيب الأمراض العقلية والطبيب النفسانى وأخصائى التغذية.

فى حين أن الخدمات الطبية غير كافية بنسبة ١٠٠٪.

أما بخصوص معدات صناعة الأسرة والتى تستخدم فى أداء الفحص البدنى ومعدات الإسعافات الأولية كانت كاملة بنسبة ١٠٠٪ (جدول ١٤).

واتفقت هذه الدراسة مع أبو النصر ومرسى ٢٠٠١ واللذان ذكرا فى دراستيهما بالقاهرة أن التجهيزات المادية يجب أن تكون كاملة. والمعدات والإمدادات اللازمة للتجهيزات المادية كانت تستخدم فى الإسعافات الأولية فقط.

وتبين الدراسة أن الدور الادارى والرقابى والتقييمى والوثائى للمربيات بكل دور الرعاية كان غير كاف أما دور الممرضات فكان كافيا (جدول ١٥).

واتفقت هذه الدراسة مع عسكر ٢٠٠٥ ، أبو النصر ٢٠٠١ واللذان ذكر أن دور الممرضة داخل دور الرعاية لم يكن إلا إسعافات أولية فقط. أما بخصوص الدور الادارى يبين الجدول أن إجراءات الممرضات بأربعة دور كانت كافية ما عدا تسجيل الأطفال الذين لديهم مشكلات تسجيل تلقى العلاج والرعاية الصحية وفحص بطاقة التأمين قبل التحويل إلى عيادة خارجية ومراجعة سجل التطعيم وإعداد أدوات الإسعافات الأولية للدور وإنجاز السياسة والإجراءات الطبية فى دور فجر السلام والبنات ودار ابتسى وتحسين الصحة ولكن هذه المراحل لم تكن مكتملة بدار البنين باستثناء تسجيل الأطفال الذين يتلقون العلاج ومراجعة سجلات التطعيم وإعداد أدوات الإسعافات الأولية وتنفيذ السياسة الطبية (جدول ١٦).

وتتفق هذه الدراسة مع عسكر والذى ذكر أن دور الممرضة داخل دار الرعاية اقتصر على الإسعافات الأولية فقط.

أما بخصوص دور المراقبة والتقييم يبين الجدول أن دور الممرضة فى كل المراحل غير كاف باستثناء مرحلة واحدة فى حالة الزيادات المفرطة أو الشكاوى المتكررة والتى يتم مناقشتها مع الإخصائى الاجتماعى ويتم إتباعها بكل دور رعاية الأطفال (جدول ١٥).

واتفقت هذه الدراسة مع عسكر ٢٠٠٥ والذى ذكر أن دور الممرضة اقتصر على الإسعافات الأولية بكل دور الرعاية.

أما بخصوص الدور الوقائى لوحظ فى كل دور رعاية الأطفال أن الممرضة اقتصر على الإسعافات الأولية بكل دور الرعاية.

أما بخصوص الدور الوقائى لوحظ فى كل دور الرعاية الأطفال أن الممرضة كان دورها غير كاف لأنها لا تزود الأطفال بالثقافة الصحية أو التطعيم مثل لقاح التيتانوس للجروح أو مصل داء عضة الكلب ولا تزودهم بالرعاية (الخدمة) كمرجع للفريق الطبى وممارسة العادات الصحية السليمة وعزل الأطفال المصابون بالعدوى (جدول ١٥).

واتفقت هذه الدراسة مع أبو النصر ٢٠٠١ الذى ذكر أن دور الممرضة بدور الرعاية اقتصر على الإسعافات الأولية.

أما بخصوص دور الرعاية الخاص بالممرضة يبين الجدول أيضا أن الممرضة تقوم بدور كاف فى حالة القئ وتؤدى كل المراحل باستثناء (قياس وتسجيل درجات الحرارة- قياس وزن الجسم قياس كمية ولون وتماسك وعدد مرات القئ).

أما بخصوص لون البطن فقد كانت تؤدى كل المراحل باستثناء قياس وتسجيل درجة حرارة الجسم.

وبخصوص الإسهال فهى لا تقوم بـ (تسجيل درجة حرارة الجسم – قياس الوزن – تسجيل لون ودرجة تماسك وعدد مرات البراز).

أما بخصوص الزكام فهى تقوم بأداء الخطوة الثانية وهى التزويد بالعلاج الطبى مثل نقاط الأنف والأسبرين وتسجيله فى كل دور رعاية الأطفال.

أما بخصوص آلام الحنجرة فقد تم أداء كل الخطوات باستثناء (ما عدا) مقياس وتسجيل درجة حرارة الجسم.

أما بخصوص السعال تم أداء كل الخطوات ما عدا الخطوة الأولى كآلام الحلق

والحمى ولم يتم قياس درجة حرارة الجسم أثناء الطفح الجلدي (جدول ١٥).

وتتفق هذه الدراسة مع أبو ناصر ٢٠٠١ على أن دور الممرضة ما هو إلا إسعافات أولية فقط داخل دار الرعاية.

أما بخصوص آلام الأسنان فتقوم الممرضة داخل الملجأ بكل الخطوات بما فيها غسل الفم وتحويل الطفل إلى طبيب أسنان.

أما بخصوص نزيف الأنف ، تجعل الممرضة الطفل فى وضع مناسب بان تجعل رأسه للأمام وتستخدم الضغط اليدوى على الأنف ، واستخدام الكمدات الباردة على الأنف وتحويله إلى طبيب.

أما بخصوص الرض (الجرح) فإن ممرضة الدار تهدأ الطفل وتجعله يستريح وفى الحال تضمد الجراح (وتجعل الطفل دافئا وتنظف الجرح بطريقة مناسبة تحت مياه جارية وتحقنه باللقاح التيتانوس (جدول ١٥). وتتفق هذه الدراسة مع أبو ناصر ٢٠٠١.

أما بخصوص عضة الكلب فلا تقوم الممرضة بأداء أية خطوة (غسل الجرح والحقن بتطعيم داء الكلب) فهى فقط تحول الطفل إلى المستشفى. أما بخصوص الصداع فتقوم الممرضة بأداء كل الخطوات فتسأل الطفل عما إذا كان تناول طعام الإفطار ، وتقدم له دواء كأسبرين وتحوله إلى طبيب. ولا تقوم بقياس درجة حرارة الجسم وتستخدم اختبار النظر. أما بخصوص الاضطراب البصري لا تؤدى الممرضة اختبار فحص البصر.

تؤدى الممرضة ثلاث خطوات داخل الدار فى كل الأمراض كدور علاجى مثل

(سؤالها للطفل عما إذا كان قد تناول طعام الإفطار – تقديم الدواء طبقا للمرض – تحويل الطفل إلى طبيب) وهذه الخطوات تتم فى كل الدور. وفى سجلات كل الدور لا توجد أى خطوات مهمة سوى تسجيل الدواء فقط. إن دور الممرضة داخل الدار هو التزويد بالإسعافات الأولية فقط (جدول ١٥). وتتفق هذه الدراسة مع أبو ناصر، ٢٠٠١)

إن دور الممرضة داخل الدار إسعافات أولية وذلك لأنها تحتاج إلى تدريب مكثف عن الدور الهام بدار المشردين وليس فقط إسعافات أولية، لكنها تحتاج إلى أن تعرف كيف تتعامل مع الأطفال (اجتماعيا – نفسيا – بدنيا) كمعلمة إدارية وأن يكون دورها وقائى علاجى وأن تتعلم كيف تكون مشرفة، متعاونة مع الوكالات الأخرى، ويجب أن تكون قادرة على تقديم الاحتياجات التى لا يمكن تحقيقها للأطفال تحت إشراف وزارى. يجب أن يكون لديها عقل واع وعين واعية لأن دور الممرضة الحقيقي هام جدا وخاصة فى مرحلة النمو.

أما بخصوص الشكاوى المرتبطة بالجهاز الهضمي نجد أن ثلث الأطفال من ٦ – ١٢ يعانون من مغص بالبطن في حين أن ثلث الأطفال من ١٣ – ١٥ يعانون من نفس الشكوى. بينهما خمسى الأطفال من ١٦ – ١٨ يعانون من فقدان الشهية وسوء الهضم، وكانت الشكاوى المتعلقة بالجهاز البولي أقل من الخمس يعانون من العشى الليلى من ٦ – ١٢ سنة فى حين أن نصف الأطفال من ١٣ – ١٥ يعانون من حرقان فى البول وصعوبة التبول بينما أقل من خمس من سن ١٦ – ١٨ يعانون من نفس الشكوى.

وتتفق هذه الدراسة مع عبد الحليم ٢٠٠٤ (جدول ١٧).

أما بخصوص الشكاوى المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية نجد أن ثلث الأطفال من ٦ – ١٢ يعانون من الخمول فى حين أن ثلثى من عمر ١٣ – ١٥ سنة يعانون من نفس الشكوى بينما أكثر من خمس من عمر ١٦ – ١٨ يعانون من سرعة خفقان القلب.

وقد تم ملاحظة الشكاوى المرتبطة بالجهاز التنفسى العلوى لأقل من خمس الأطفال من عمر ٦ – ١٢ عاما كانوا يعانون من التهاب فى الأغشية المخاطية فى حين أن ما يقرب من خمس الأطفال من سن ١٣ – ١٥ كانوا يعانون من انسداد فى الأنف. بينما أقل من الخمس من عمر ١٦ – ١٨ سنة وكانوا يعانون من احتقان فى الفم ورائحة كريهة. بينما مشكلات الجهاز التنفسى السفلى كانت أكثر من خمسى من الأطفال من عمر ٦ – ١٢ سنة كانوا يعانون من الكحة الجافة أو المنتجة ، فى حين أن نصف الأطفال من عمر (١٣ – ١٥ سنة) يعانون من نفس الشكوى.

١١.٩ ٪ من عمر ١٦ – ١٨ كانوا يعانون من نفس المشكلات.

أما الشكاوى المتعلقة بمشكلات العصبى المركزى كانت أكثر من خمس الأطفال من سن ٦ – ١٢ والذين يعانون من الصداع ، أقل من نصف الأطفال من عمر ١٣ – ١٥ يعانون من آلام فى الظهر ، ١٤.٣ ٪ من الأطفال من عمر ١٦ – ١٨ سنة يعانون من آلام بأطرافهم السفلية. هذه الدراسة اتفقت مع عبد الحليم ٢٠٠٤ (جدول ١٧).

أما بخصوص الشكاوى المتعلقة بالجهاز الهضمي كانت أغلبية الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون يعانون من المغص في حين أن أكثر من ربع الأطفال فى مستوى التعليم الابتدائى يعانون من نفس الشكوى ، بينما ثلث الأطفال فى مستوى التعليم

الإعدادي وأكثر من ثلث الأطفال فى مستوى التعليم الثانوى كانوا يعانون من فقدان الشهية وسوء الهضم.

وكانت الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز البولي كانت ١٠٠٪ من الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون فى حين كان ربع الأطفال فى مستوى التعليم الابتدائى وأكثر من خمسى الأطفال فى مستوى التعليم الإعدادي يعانون من حرقان فى البول وصعوبة التبول. بينما ٨.٥٪ من طلاب المرحلة الثانوية كانوا يعانون من زيادة الأملاح وكانت المشكلات المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية بنسبة ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون حيث كانوا يعانون من الخمول فى حين أن ربع أطفال المرحلة الابتدائية تقريبا يعانون من نفس المشكلة وتقريبا خمسى الأطفال فى التعليم الإعدادي ١٠.٢٪ من طلاب المرحلة الثانوية يعانون من سرعة خفقان القلب.

واتفقت هذه الدراسة مع موسى ٢٠٠٥ (جدول ١٨).

أما بخصوص الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز التنفسى العلوى فقد لوحظ أن أغلبية الأطفال يقرؤون ويكتبون يعانون من الانسداد الأنفي ، أقل من خمس أطفال المرحلة الابتدائية يعانون من التهاب الغشاء المخاطى ، وخمس طلاب المرحلة الإعدادية ، ٦.٨٪ من طلاب المرحلة الثانوية يعانون من احتقان فى الفم ومن رائحة كريهة ، بينما مشكلات الجهاز التنفسى السفلى كانت ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون وأكثر من ثلث طلاب المرحلة الابتدائية وأقل من ثلث طلاب المرحلة الإعدادية يعانون من الكحة الجافة والمنتجة.

أما بخصوص الشكاوى المتعلقة بمشكلات الجهاز العصبى المركزى كانت

بنسبة ١٠٠٪ لدى الأطفال الذين يقرؤون ويكتبون وكانوا يعانون من صداع وآلام في الظهر وكان يعانى حوالى ثلث طلاب المرحلة الابتدائية من الصداع وأقل من ثلث طلاب المرحلة الإعدادية من آلام في الأطراف السفلية.

وقد كانت هذه المشكلات نتيجة غياب الدور التعليمي الصحي للممرضة عن الغياب بالصحة العامة والعادات الصحية بالدار وبالمدرسة والعلاج الطبي بين الأطفال وكان أغلبية العينة يعاني أمراض مرتبطة بالتغذية ، وأكثر من خمس الأطفال يعانون من مشكلات مختلفة أخري ومثلت المشكلات المزمنة أقلية الذكور وعشر الإناث بينما أكثر من عشر الأطفال اجروا أنواع مختلفة من العمليات في أجهزة مختلفة من الجسم وأكثر من ثلاثة أرباع الذكور يعانون من العنف بينما كان يشكو خمسيهم من السرقة وربعهم كان يعاني من الانسحاب بينما كان يعاني أكثر من نصف الذكور من الاضطرابات الجنسية والاغتصاب وكان ربعهم تقريبا يعاني من ألواط كما وجد بدار رعاية البنين .

إن شيوع المشكلات الاجتماعية بين الأطفال المشردين كان نتيجة لرفض المجتمع لهم وعدم تقبله لهم وفقدان الحب من الوالدين والناس وكان بعضهم لديه حساسية الخزي أو العار بسبب العلاقات اللاشرعية .

وبدون التفرقة بين الأعمار في هذه الدور تظهر المشكلات اللواط والشذوذ الجنسي بين الأطفال

وقد بينت هذه الدراسة أن المشكلات النفسية بين الأطفال بدور رعاية محافظة الدقهلية كانت ذات دلالة كبري وكان اكسر من نصف الذكور يعاني من الإحباط وثلث الإناث لديهن درجات مختلفة منه ، بينما كان خمس الذكور وخمس الإناث

تقريبا علاقاتهم رديئة مع الآخرين بينما كان نصف الذكور وأكثر من ربع الإناث يعانون من القلق .إن شيوع الإحباط والعلاقات الرديئة مع الآخرين والقلق كان بسبب رفض المجتمع لهم . بالإضافة إلي خوفهم من النظرة المستقبلية للناس لهم .

كان بعضهم يعاني من الخزي بسبب عدم شرعيتهم :

أما بخصوصي الدور المجتمعي الصحي للممرضة داخل الدار أوضحت هذه الدراسة إن الدور الإداري والرقابي ولتقييمي والوقائي لهن بكل الدور أن غير كاملا.

أما الدور العلاجي لمن كان كاملا . حيث اقتصر دورهن فقط علي الإسعافات الأولية .

أما بخصوصي بيئة الدور ومؤشرات المشردين بكل دور الرعاية ماعدا دار مؤسسة البنين.