

الرضاعة الطبيعية وخصوبة المرأة في البحرين

(دراسة ميدانية)



لطيفة محمد النجار

د. عبد الرحمن عبيد مصيقر

نوفمبر ١٩٩٤



الرضاعة الطبيعية وخصوبة المرأة في البحرين

(دراسة ميدانية)

لطيفة محمد النجار

مساعدة مسؤول البرامج السكانية

منطقة الأسكوا - عمان - الأردن

ومشرفة قسم الدراسات - وزارة الإسكان - البحرين

د. عبد الرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية

كلية العلوم الزراعية

جامعة الإمارات العربية المتحدة

العين - دولة الإمارات العربية المتحدة

مشروع مبارك العبدالله المبارك الصباح

للاستشارات العلمية الموسمية المتخصصة

تخرج هذه السلسلة بإشراف لجنة مكونة

من الذوات التالية أسماؤهم

د. محمد جواد رضا

د. خلدون النقيب

د. فاطمة نذر

د. حسن الإبراهيم (الرئيس)

د. رجاء أبوعلام

د. معصومة المبارك

نوفمبر ١٩٩٤

حقوق الطبع محفوظة
للجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية
ولا يجوز إعادة نشر أو اقتباس أية معلومة
من هذه الدراسة دون موافقة خطية من الجمعية .

الآراء الواردة في هذا الكتاب لا تعبر بالضرورة عن اتجاهات
تبناها الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

تطلب هذه السلسلة من

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

ص . ب : ٢٣٩٢٨ صفاة - الرمز البريدي 13100 الكويت

تلفون : ٤٧٤٨٤٧٩ - ٤٧٤٨٣٨٧

فاكس : ٤٧٤٩٣٨١

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

المحتويات

الصفحة	الموضوع
٧	- المقدمة
٩	- الدراسات السابقة
١٠	- هدف الدراسة ومنهجها
١٠	- هدف الدراسة
١٠	- عينة الدراسة
١٠	- أدوات الدراسة
١٠	- طرق جمع البيانات
١٠	- تحليل البيانات والمعالجة الإحصائية
١١	- المؤشرات الاجتماعية والديموغرافية المستخدمة في الدراسة
١٢	- نتائج الدراسة ومناقشتها
١٢	- أولاً: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لعينة الدراسة
١٢	- ثانياً: مستوى الخصوبة عند عينة الدراسة
١٤	- اختلاف مستوى الخصوبة حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي للأم
١٥	- تأثير تعليم الأم والأب على مستوى الخصوبة
١٥	- تأثير العمل خارج المنزل
١٥	- تأثير عدد مرات الإجهاض واستخدام موانع الحمل
١٧	- ثالثاً: العادات والممارسات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية
١٧	- البدء في الإرضاع الطبيعي بعد الولادة
١٩	- الأغذية التي أعطيت للطفل خلال الأيام الثلاثة الأولى من ولادته
٢١	- طريقة الرضاعة الطبيعية
٢٣	- الرضاعة الطبيعية أثناء النهار
٢٤	- الرضاعة الطبيعية أثناء الليل
٢٦	- عمر الطفل عند إدخال الأغذية التكميلية
٣٠	- طول فترة الرضاعة الطبيعية للطفل الأخير والطفل الذي يسبقه مباشرة
٣٤	- رابعاً: اتجاه الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية
٣٤	- اتجاه الأمهات نحو المدة التي يجب إرضاع الطفل خلالها من الثدي
٣٤	- اتجاه الأمهات نحو تأثير الرضاعة الطبيعية على خصوبة المرأة
٣٥	- خامساً: العوامل المؤثرة على انقطاع الطمث بسبب الإرضاع من الثدي
٣٨	- تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على عودة الطمث بعد ولادة الطفل الأخير
٣٩	- مدة انقطاع الطمث بعد الولادة
٤٠	- انقطاع الطمث عند الأمهات المرضعات وقت إجراء الدراسة
٤٤	- الاستنتاجات
٤٨	- التوصيات
٥٠	- مراجع الدراسة
٥٣	- الملاحق
٥٣	ملحق رقم (١): المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم
٥٩	ملحق رقم (٢): الخطوات العشر لنجاح الرضاعة الطبيعية
٦٠	ملحق رقم (٣): قائمة مراجع لتقييم كفاية الدعم المقدم للرضاعة الطبيعية في مستشفيات الولادة وقاعاتها وعيادتها

المقدمة

بالرغم من أن فائدة الرضاعة الطبيعية لصحة الأم والطفل قد تم التعرف عليها منذ زمن طويل إلا أن الدلائل تشير إلى انحسار ممارسة الرضاعة من الثدي والاتجاه يوماً بعد يوم إلى الرضاعة من القنينة، مما حدا بالعديد من المنظمات والهيئات الدولية إلى التنبيه على أهمية الرضاعة الطبيعية والتذكير بالمخاطر المترتبة عن استخدام الرضاعة الاصطناعية خاصة في الدول النامية والفقيرة التي تتميز بارتفاع معدلات وفيات الأطفال، واعتبرت هذه المنظمات أن الرضاعة من الثدي هي مفتاح السلامة لبقاء الطفل على قيد الحياة وحمايته من معظم الأمراض التي يصاب بها خلال عامه الأول.

ويعتبر استخدام (الرضاعة الاصطناعية) القنينة شكلاً من أشكال التكنولوجيا الحديثة وتمثل أداة جديدة كبديل للثدي، ومن المعروف أن أي تكنولوجيا جديدة تحدث مع استعمالها تغييراً ثقافياً ونفسياً واجتماعياً يؤثر على القيم والمعتقدات والاتجاهات وأنماط المعيشة. فاستخدام حليب الأطفال الجاهز وما يرافقه ذلك من مهارات ومعرفة تتعلق بالإطعام من القنينة والتحضير حسب نسب وكميات محددة كل ذلك يمكن اعتباره من العوامل التي ساهمت في تغيير دور الأمومة وموقف المجتمع من الإرضاع من الثدي. كما أن النزعة للمساواة بين الجنسين وانخراط النساء في العمل أسهم في طلب بديل للرضاعة من الثدي (اليونسكو، ١٩٨١).

وفي حين بدأ قطاع كبير من النساء في الدول الغربية بالعودة إلى الرضاعة من الثدي وذلك مع بداية الثمانينات والذي يعود في جانب منه إلى تأثير الدعوة إلى «العودة إلى الطبيعة»، فإن الرضاعة الطبيعية في الكثير من الدول النامية في طور الانحسار وذلك راجع إلى عدة عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية. وفي دول الخليج العربية حدث تغير كبير في نمط الرضاعة الطبيعية نتيجة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي حدثت خلال السبعينات والثمانينات، وتشير المسوح الغذائية التي أجريت في المنطقة إلى أن مدة الرضاعة من الثدي أخذت في الانخفاض، وبالرغم من أن الأمهات في بعض المناطق القروية مازلن يرضعن أطفالهن من الثدي لفترة طويلة نسبياً إلا أن معظم الأطفال يقدم لهم الحليب الاصطناعي في فترة مبكرة من حياتهم، غالباً ما يكون خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عمرهم مما أثر سلبياً على استمرار الرضاعة من الثدي.

وفي البحرين كان الإرضاع من الثدي هو النمط السائد لتغذية الطفل خلال العامين الأولين من عمره وذلك حتى أوائل الستينات، وقد كان الناس قبل ذلك الوقت يطلقون على الزجاجة التي تستخدم لإرضاع الطفل (زجاجة اليتيم)، مما يدل على استنكار واستهجان المجتمع لاستخدامها، خاصة إذا كانت الأم ماتزال على قيد الحياة، أما إذا فقد الرضيع أمه فإن العديد من القريبات والجاراات يتطوعن لإرضاعه من الثدي، مما يعوضه عن حليب أمه. وفي دراسة قامت بها هانسن (Hansen, 1968) في عام ١٩٦٥م عن الوضع الاجتماعي للمرأة في قرى البحرين وجد أن غالبية الأمهات يرضعن أطفالهن لفترة تصل إلى عامين وأن حليب الأطفال الجاهز يصعب توفره في القرى بل غالباً ما يوجد في سوق المنامة (العاصمة) ونظراً لصعوبة التنقل إلى المنامة وغلاء ثمن هذا الحليب فإنه لا يستخدم في تغذية الطفل. وقد بدأ استخدام الرضاعة الاصطناعية بشكل ملحوظ في البحرين خلال السبعينات، ففي دراسة لعزت أمين (Amine, 1980) تبين أن الرضاعة الطبيعية قد انحسرت بمقدار ٢٢,٧% في المناطق الريفية و١٤,٨% في المناطق الحضرية وذلك في الفترة من ١٩٧٠ حتى ١٩٨٠، مما دعا الجهات الصحية في

البحرين بالتعاون مع منظمة اليونيسيف لشن حملة مضادة بهدف تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية، وقد كان أكبر إنجاز قامت به البحرين ودول الخليج العربية الأخرى في هذا المجال هو إيقاف إعلانات حليب الأطفال الجاهز في وسائل الاعلام المرئية والمسموعة والمقروءة وذلك في أواخر عام ١٩٨١ (مصيقر، ١٩٩١).

أما من ناحية علاقة الرضاعة الطبيعية بخصوبة المرأة أو تنظيم النسل فإن ذلك لم يتم التعرف عليه إلا حديثاً لأن الدراسات المتعلقة بالخصوبة وعلاقتها بالرضاعة الطبيعية لم تتم إلا منذ عقد من الزمان، ولم يتوفر إلا قدر بسيط نسبياً من المعلومات في هذا المجال. ويعتبر انقطاع الطمث في فترة الإرضاع وسيلة ناجحة في منع الحمل والمباعدة بين الولادات في العديد من بلدان العالم الثالث إذ لاتزال الرضاعة الطبيعية في هذه البلدان تساهم إسهاماً أكبر في المباعدة بين الولادات مقارنة بالطرق والوسائل الأخرى المستخدمة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧).

ولقد كان الرأي السائد حتى عهد قريب أن انقطاع الطمث في فترة الإرضاع ليس له فاعلية كبيرة في منع الحمل على المستوى الفردي. ولكن الدراسات أوضحت أن نسبة قليلة من النساء اللاتي يمارسن الرضاعة الطبيعية ولا يستخدمن أي وسيلة أخرى لتنظيم النسل يحملن حملاً جديداً قبل عودة الطمث عندهن، ومن الواضح أن انقطاع الطمث يؤثر من ناحية المباعدة بين الولادات في المجتمعات التي تنتشر فيها الرضاعة الطبيعية وتستمر لفترات طويلة. وقد لوحظ أيضاً أنه حتى بعد ظهور الحيض فإن بعض الأمهات قد لا يحملن على الفور لأن دورات الحيض المبكرة قد تكون لاإباضية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧). وفي إحدى الدراسات وجد أن ٢٪ من الأسر في النيبال تستخدم موانع الحمل، وفي غياب الرضاعة الطبيعية فإن ٤٧٪ من هذه الأسر سوف تحتاج إلى استخدام موانع للحمل للإبقاء على مستوى الخصوبة الحالي وهو ٦,٩ طفلاً لكل امرأة متزوجة (اليونيسيف، ١٩٩٠). وفي دراسة أخرى استخدمت فيها بيانات المسح العالمي للخصوبة في ثماني دول نامية اتضح أن زيادة شهر واحد في المتوسط لمدة الرضاعة الطبيعية يضيف ٠,٣ شهراً للفترة الفاصلة بين ولادة وأخرى وذلك في الاردن وجويانا وبنما، كما أنه يضيف ٠,٤ شهراً في بنغلاديش وبيرو وكولمبيا و ٠,٥ شهراً في اندونيسيا و ٠,٦ شهراً في سريلانكا (Anrndhk and Bangarts, 1981).

الدراسات السابقة

أجريت في البحرين مجموعة من الدراسات المتعلقة بممارسة الرضاعة الطبيعية وبعض العوامل المؤثرة عليها، لكن لم تجر أي دراسة حول علاقة الرضاعة الطبيعية بالخصوبة، وسنحاول هنا أن ننقل الضوء على أهم الدراسات التي أجريت في البحرين خلال العقدين السابقين :

قام مصيقر (Musaiger, 1978) بإجراء أول دراسة عن العادات الغذائية في المناطق الحضرية والريفية في البحرين. وقد شملت الدراسة ٣١٠ أمّاً من جميع المناطق الجغرافية وتبين أن ربات الأسر ذوات التعليم العالي أكثر اهتماماً بتغذية أطفالهن واستعمال الأطعمة الجاهزة في سن مبكرة من عمر الطفل، بينما وجد أن تغذية الأطفال بأغذية الفطام الفقيرة في قيمتها الغذائية كالأرز المهروس تطبق بشكل أوسع عند ربات الأسر ذوات التعليم المنخفض. وتميل فترة الرضاعة إلى النقصان عند ربات الأسر المتعلّقات، فكلما ارتفع المستوى التعليمي قصرت فترة الرضاعة من الثدي وازداد تطبيق الفطام التدريجي وفي سن مبكرة. ووجد أن متوسط فترة الرضاعة أطول عند الأمهات القرويات مقارنة بالأمهات في المدن (١٩,٣ و ١٥,٥ شهراً على التوالي).

وبعد ذلك بعامين قام المبيض وزملاؤه (١٩٨٠) بإجراء دراسة عن الحالة التغذوية للأطفال في البحرين واعتمدت الدراسة على مقابلة الأمهات في مختلف المراكز الصحية في البحرين وشملت ٥١٤ طفلاً في مرحلة ما قبل السن المدرسي (أقل من ٦ سنوات). وأوضحت الدراسة أن ١٦% من الأطفال كانوا يرضعون رضاعة طبيعية و ٨,٢% صناعية، أما الباقي (٧٥,٨%) فكانوا يعتمدون على الرضاعة المختلطة (صناعية وطبيعية). ولم يكن ثمة فرق يذكر بين نمط رضاعة الأطفال الذكور عن الإناث. ولكن بصفة عامة وجد أن هناك ميلاً أكثر نحو الإرضاع من الثدي عند الأمهات في المناطق القروية مقارنة بالأمهات في المناطق الحضرية.

وأجرى مصيقر (Musaiger 1982) دراسة عن الرضاعة الاصطناعية في مدينة المنامة واعتمدت على التقسيم الطبقي لـ ٣١٥ أم يقطن مدينة المنامة، واتضح أنه كلما ارتفع المستوى الاجتماعي للأمم انخفضت نسبة الإرضاع الطبيعي وارتفعت نسبة الرضاعة الاصطناعية، فقد وجد أن ١% من الأمهات ذوات المستوى الاجتماعي المنخفض يستخدمن حليب الأطفال الجاهز في الشهر الأول من عمر الطفل مقابل ١٣,٢% و ١٦,٧% عند الأمهات في الطبقات الاجتماعية المتوسطة والعالية على التوالي .

وتشير الدراسة التي قام بها مصيقر (Musaiger, 1985) حول العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية، وشملت ١٤٨٢ أمّاً من المترددات على المراكز الصحية في البحرين إلى أن هناك انخفاضاً تدريجياً في نسبة الإرضاع من الثدي مع ارتفاع عمر الأم. كما لوحظ أن الأم البحرينية أكثر ميلاً للإرضاع من الثدي مقارنة بالأم غير البحرينية (٧٥,٦% و ٦٦,٤% على التوالي)، وأوضحت الدراسة أن نسبة الإرضاع الطبيعي عند الأمهات العاملات أقل من الأمهات غير العاملات، وأن ٨٢,٦% من الأمهات في القرى يرضعن أطفالهن مقارنة بـ ٦٩,٤% من الأمهات في الحضر.

وفي دراسة حديثة عن العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين قام بأعدادها مصيقر (Musaiger, 1991) وشملت ٤٩٩ أمّاً من جميع المناطق الجغرافية في البحرين وجد أن هناك ميلاً نحو الإرضاع الاصطناعي على حساب الإرضاع الطبيعي وقد أمكن ملاحظة ذلك من خلال ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي قدمن حليب الأطفال الجاهز لأطفالهن (٥٤%) والتأخر في البدء في الإرضاع الطبيعي بعد الولادة. كما تبين أن بعض العوامل الاجتماعية تؤثر على طول فترة الرضاعة من الثدي مثل جنسية الأم ومستوى تعليمها وعملها ومنطقة السكن.

هدف الدراسة ومنهجها

هدف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مايلي :

- ١- مستوى الخصوبة عند الأمهات في البحرين وتأثير بعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية على مستوى الخصوبة.
- ٢- العادات والممارسات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية.
- ٣- اتجاه الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية.
- ٤- بعض العوامل المؤثرة على انقطاع الطمث بسبب الإرضاع من الثدي.

عينة الدراسة :

أجريت الدراسة على ٤٠٠ أم بحرينية متزوجة (أي ليست أرملة أو مطلقة وقت إجراء الدراسة) ولديها على الأقل طفلان أصغرهما لايزيد عمره عن سنتين وذلك حسب ما أوصت به منظمة الصحة العالمية عند دراسة الرضاعة وعلاقتها بخصوبة المرأة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧). وتم تقسيم البحرين إلى ٤ مناطق جغرافية ومن ثم تم اختيار مركزين صحيين في كل منطقة جغرافية، واختيرت الأمهات عشوائياً بواقع ٥٠ أمّاً من كل مركز صحي. واختيرت عينة الدراسة من مجموعة الأمهات المترددات على وحدة الأمومة والطفولة بقصد تطعيم أولادهن أو إجراء بعض الفحوصات الأولية عليهم.

أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة على مقابلة الأمهات في المراكز الصحية عن طريق استمارة خاصة أعدت لهذا الغرض وقد شملت الاستمارة بيانات عن الخلفية الاجتماعية والديموغرافية للأم وممارسات الرضاعة الطبيعية واستخدام موانع الحمل واتجاهات الأمهات نحو الإرضاع الطبيعي بالإضافة إلى الفترة التي تم رجوع الطمث إليهن بعد الولادة. وقد اقتصرت البيانات على المولود الأخير وشقيقه الذي يسبقه مباشرة لضمان الحصول على معلومات دقيقة، وتم إعداد وصياغة الأسئلة حسب المنهجية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية نحو طريقة دراسة الرضاعة الطبيعية وعلاقتها بخصوبة المرأة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧).

طريقة جمع البيانات

قامت إحدى الباحثات الإجتماعيات والمشاركة في هذه الدراسة (لطيفة النجار) بمقابلة الأمهات في المراكز الصحية وتدوين إجابتهن في الاستمارة الخاصة بذلك. وتم مقابلة كل أم على حدة بعد أو قبل الانتهاء من الفحوصات الصحية لأطفالهن، وأجريت المقابلات خلال الفترة من ٦ مارس وحتى ٢٠ أبريل ١٩٩١.

تحليل البيانات والمعالجة الإحصائية

تم تفرغ البيانات وحفظها باستخدام برنامج D-Base، أما التحليل الإحصائي للبيانات فلقد تم باستخدام

برنامج SPSS-PC. واستخدمت المتوسطات الحسابية ومربع كاي في المعاملات الإحصائية لغرض قياس العلاقات بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية وممارسة الرضاعة الطبيعية وكذلك خصوبة المرأة. واعتبر أن الفرق معنوي وذو دلالة إحصائية عندما يكون مستوى الدلالة ٠,٠٥ أو أقل.

المؤشرات الاجتماعية والديموغرافية المستخدمة في الدراسة

اختيرت المؤشرات الاجتماعية والديموغرافية على أساس أن تكون سهلة القياس وحساسة بما فيه الكفاية وأن تكون لها علاقة بالإرضاع الطبيعي اعتماداً على دراسات سابقة (مصيفر، ١٩٩١)، ويمكن تعريف المؤشرات المستخدمة فيما يلي :-

- ١- العمر الحالي للأم : وهو السن الذي ذكرته الأم عند إجراء الدراسة عليها.
- ٢- الجنسية : اعتبرت الأم بحرينية في حالة حصولها على جواز بحريني بغض النظر عن أصلها العرقي السابق (أي قبل الحصول على الجواز).
- ٣- مكان نشأة الأم : يقصد به المنطقة التي نشأت فيها الأم أثناء فترة طفولتها أي حتى سن الـ ١٢ سنة على الأقل ومن المعروف أن المرأة تغير مكان سكنها بعد الزواج حيث تنتقل إلى بيت الزوجية والذي قد يختلف مكانه عن مكان نشأة الأم، وتم تقسيم مكان نشأة الأم إلى قسمين الحضر والريف، واعتمد تصنيف الجهاز المركزي للإحصاء (١٩٨٢) كأساس في تقسيم المناطق إلى حضرية وريفية.
- ٤- مستوى تعليم الأم والأب : وتم قياسه بآخر شهادة علمية حصلت عليها الأم أو حصل عليها الأب وقد قسم المستوى التعليمي إلى ٣ فئات كالتالي :
 - مستوى تعليم منخفض : ويعتبر الشخص ذا تعليم منخفض إذا كان أمياً أو يقرأ ويكتب ولكنه لم يدرس في المرحلة الابتدائية.
 - مستوى تعليم متوسط : ويشمل الأشخاص الذين درسوا أو حصلوا على الشهادة الابتدائية أو الإعدادية.
 - مستوى تعليم عالي : ويشمل الأشخاص الذين درسوا أو حصلوا على الشهادة الثانوية وما فوقها.
- ٥- عمل الأم : ويقصد به عمل الأم بأجر خارج المنزل وتم تقسيمه إلى ٣ فئات : لم تعمل قط، عملت سابقاً (أي قبل إجراء الدراسة إلا أنها لاتعمل حالياً)، وتعمل حالياً.
- ٦- عدد الأطفال المولودين أحياء : وهم الأطفال الذين ولدتهم الأم أحياء بغض النظر عما إذا كانوا مايزالون على قيد الحياة أو لا.
- ٧- عدد الأطفال الأحياء : وهو مجموع الأطفال الذين مازالوا على قيد الحياة وقت إجراء الدراسة.
- ٨- عدد مرات الإجهاض : وهو عدد المرات التي فقدت فيها المرأة جنينها قبل إتمام فترة الحمل.
- ٩- موانع الحمل : ويقصد به الطرق المستخدمة في منع الحمل وتم تقسيمها إلى طريقتين، الطريقة التقليدية مثل العزل أو العد، والطريقة الحديثة مثل تناول الحبوب أو استخدام الإبر أو العازل.

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لعينة الدراسة

يوضح الجدول (١) أن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و ٣٤ سنة (٥٧,٧٪)، تليها الفئة العمرية أقل من ٢٥ سنة (٢٢,٥٪). وهاتان الفئتان هما الأكثر عرضة للإنجاب لأن الأمهات في هذه المرحلة العمرية مازلن في بداية حياتهن الإنجابية، في حين تقل نسبة الأمهات التي تتبع الفئة العمرية ٣٥ سنة فأكثر عن الـ ٢٠٪ وتشكل الأمهات اللاتي نشأن في الريف ما نسبته ٥٦,٣٪ من مجموع أفراد العينة، في مقابل ٤٣,٧٪ نشأن في مناطق حضرية.

وتشير النتائج إلى أن ٣٩٪ من الأمهات كان تعليمهن منخفضاً بينما ٢٥٪ و ٣٦٪ منهن قد أحرزن تعليماً متوسطاً أو عالياً على التوالي (والنسبة الأخيرة تعكس مدى إقبال النساء البحرينيات على مواصلة التعليم حتى مراحلها العليا) وإذا أخذنا المستوى التعليمي للأزواج في الاعتبار، نجد أن ٢٤٪ من الأزواج كانوا من ذوي التعليم المنخفض، في حين أن ٣٤,٨٪ و ٤١,٢٪ كانوا من ذوي التعليم المتوسط والعالي على التوالي، وتتشابه هذه النتائج مع العديد من الدراسات التي أجريت في البحرين (مصيفر، ١٩٩١ و ١٩٧٨، Musaiger).

وتشير البيانات إلى أن ٣٧,٢٪ من الأمهات أنجبن طفلاً أو اثنتين حتى وقت إجراء الدراسة و ٢٩,٨٪ أنجبن ٣-٤ أطفال والباقي أنجبن ٥ أطفال أو أكثر. أما بالنسبة لجنس الأطفال الموجودين على قيد الحياة، فنجد أن ١٦,٣٪ من أفراد العينة لديهم إناثاً فقط، و ١٧,٨٪ لديهم ذكوراً فقط. وتتقارب نسب توزيع الأمهات بالنسبة لعدد الأطفال الذكور أو الإناث الأحياء.

ومن الملاحظ أن ٧٥٪ من الأمهات لم يسبق لهن أن فقدن حملهن، بينما نجد أن ١٧٪ منهن قد أجهضن مرة واحدة فقط، والباقي قد مررن بهذه التجربة مرتين أو أكثر. ومن ناحية استخدام موانع الحمل تبين أن غالبية الأمهات يمارسن تنظيم النسل (٦٧,٨٪) وأنه لا يوجد فرق بين نسبة الأمهات اللاتي يستخدمن موانع حمل تقليدية أو حديثة. وتدلل هذه النتائج على ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي يهتمن بتنظيم النسل مقارنة بالعديد من الدول النامية (هذا يعطي انطباعاً عاماً على ازدياد الوعي عند النساء البحرينيات بغض النظر عن خلفيتهن الاجتماعية).

ثانياً: مستوى الخصوبة عند عينة الدراسة

من الأمور المتعارف عليها ديموغرافياً أن مستوى الخصوبة في أي مجتمع من المجتمعات أو بين مجموعة معينة في المجتمع الواحد يرتبط بالخلفية الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية للمرأة خصوصاً وللرجل عموماً، ومن بين العوامل المؤثرة على خصوبة المرأة، مستوى تعليم المرأة وعملها خارج المنزل ومنطقة السكن الحالي وأثناء الطفولة بالإضافة إلى العمر الحالي للزوجة والعمر عند الزواج الأول ومدة الحياة الزوجية وكذلك الفترة التي تقضي بين زواج وآخر (في حالة طلاق المرأة أو ترملها). يضاف إلى ذلك فقدان المرأة لحملها أو وفاة بعض أطفالها وكذلك استخدام موانع الحمل.

جدول (١) : الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأمهات المبحوثات - البحرين ١٩٩١ م.

الخصائص الاجتماعية والديموغرافية	العدد	%
العمر الحالي للأم (سنة)		
أقل من ٢٥	٩٠	٢٢,٥
٢٥ - ٣٤	٢٣١	٥٧,٧
٣٥ فأكثر	٧٩	١٩,٨
مكان النشأة الأولى للأم		
حضر	١٧٥	٤٣,٧
ريف	٢٢٥	٥٦,٣
مستوى تعليم الأم		
منخفض	١٥٦	٣٩,٠
متوسط	١٠٠	٢٥,٠
عالي	١٤٤	٣٦,٠
عمل الأم		
حاليا لا تعمل	٢٨٥	٧١,٣
عملت سابقا	٤١	١٠,٢
تعمل حاليا	٧٤	١٨,٥
مستوى تعليم الزوج		
منخفض	٩٦	٢٤,٠
متوسط	١٣٩	٣٤,٨
عالي	١٦٥	٤١,٢
عدد الأطفال المولودين أحياء		
١ - ٢	١٤٩	٣٧,٢
٣ - ٤	١١٩	٢٩,٨
٥ فأكثر	١٣٢	٣٣,٠
الذكور الأحياء حاليا		
لا يوجد	٦٥	١٦,٣
١ - ٢	٢٣٢	٥٨,٠
٣ - ٤	٦٨	١٧,٠
٥ فأكثر	٣٥	٨,٧
الإناث الأحياء حاليا		
لا يوجد	٧١	١٧,٨
١ - ٢	٢١٤	٥٣,٥
٣ - ٤	٧٧	١٩,٢
٥ فأكثر	٣٨	٩,٥
جنس المولود الأخير		
ذكر	١٩٢	٤٨,٠
أنثى	٢٠٨	٥٢,٠
عدد مرات الإجهاض		
لا يوجد	٣٠١	٧٥,٣
١	٦٩	١٧,٢
٢ فأكثر	٣٠	٧,٥
استخدام موانع الحمل		
تستخدم مانع حاليا	٢٢٧	٥٦,٨
لا تستخدم مانع حاليا	١٧٣	٤٣,٢
نوع المانع المستخدم *		
تقليدي	١١٧	٥١,٥
حديث	١١٠	٤٨,٥
المجموع	٤٠٠	١٠٠,٠

* يشمل الأمهات غير الحوامل ممن يستخدمن مانعا للحمل.

وفي هذا الجزء من الدراسة نحاول أن نقلني الضوء على مستوى الخصوبة عند الأمهات في عينة البحث مستخدمين في ذلك متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء كمقياس لمستوى الخصوبة آخذين في الاعتبار منطقة سكن الأم أثناء الطفولة كعامل أساسي مع ربطه بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية الأخرى المؤثرة في مستوى الخصوبة.

يبين الجدول (٢) العلاقة بين متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب منطقة سكن الأم أثناء الطفولة وبعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية. ونلاحظ في هذا الجدول أن متوسط عدد الأطفال عند الأمهات هو أربعة أطفال وذلك حتى تاريخ إجراء الدراسة. وفي حين أن متوسط الأطفال الذين أنجبته الأمهات اللاتي نشأن في الحضر قد بلغ ثلاثة أطفال يرتفع هذا المتوسط عند الأمهات اللاتي نشأن في الريف ليصل إلى ٤,٧ طفلاً، أي بفارق ١,٧ طفلاً في المتوسط وذلك لصالح المرأة الريفية، وهذا يتفق مع توقعاتنا، فمن المعروف أن مستوى الخصوبة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمنطقة السكن (ريف أو حضر)، فمستوى الخصوبة ينخفض عادة في المناطق الحضرية وذلك لأن النساء الحضريات يملن لإنجاب عدد قليل من الأطفال، فالأزواج بالحضر يتطلعون عادة لتحقيق مستوى معيشي عالٍ لأطفالهم (Jane, 1981).

اختلاف مستوى الخصوبة حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي للأم

يعدّ عمر المرأة عند الزواج الأول أحد العوامل المهمة في تحديد مستوى الخصوبة، فالمجتمعات التي يسود فيها الزواج المبكر بين الفتيات تتميز بارتفاع مستوى الخصوبة فيها والمرأة في هذه المجتمعات تبدأ في الإنجاب مبكراً وتكون حياتها الإنجابية أطول من النساء في المجتمعات التي يتأخر فيها سن زواج الفتيات. لذا فقد لجأت العديد من المجتمعات التي ترتفع فيها نسبة الخصوبة إلى سن قوانين لرفع سن زواج الفتيات وذلك بتحديد حد أدنى للسنة عند الزواج بهدف الحد من عدد المواليد، فعلى سبيل المثال تم في بداية الستينات تقدير الانخفاض الذي قد يحدث في الخصوبة في الهند بـ ٣٠٪ خلال الفترة ١٩٩١ - ١٩٩٢ في حالة زواج كل النساء في سن ١٩ عاماً (United, 1973). واعتبرت منظمة الصحة العالمية أن زواج المرأة عند سن أقل من ١٩ سنة يعتبر عاملاً خطراً على صحتها وصحة جنينها (WHO / EMRO, 1981). ويبين الجدول (٢) أن الأمهات اللاتي تزوجن قبل سن الـ ١٥ عاماً أنجبن في المتوسط ٧,٥ طفلاً وتنخفض هذه النسبة بالتدرج لتصل إلى ٢,٤ طفلاً عند اللاتي تزوجن في سن ٢٥ سنة فأكثر. وإذا أخذنا في الاعتبار منطقة السكن أثناء الطفولة نلاحظ ارتفاع متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى جميع الفئات العمرية عند الأمهات ذوات المنشأ الريفي، ويلاحظ هذا الاختلاف عند الأمهات المتزوجات في سن أقل من ١٥ سنة إذ يبلغ الفرق ٢,٦ طفلاً في المتوسط لصالح الأمهات الريفيات. كما نجد متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء يرتفع كلما ارتفع العمر الحالي للأم بغض النظر عن مكان النشأة الأولى أثناء الطفولة، ويلاحظ زيادة متوسط الأطفال المولودين لأمهات من أصل ريفي مقارنة بأولئك المولودين لأمهات من أصل حضري، وتكبر الفجوة بين الفئتين كلما ارتفع سن الأم حيث يصل الفرق إلى ٣,٩ طفلاً في المتوسط لصالح الأمهات الريفيات في الفئة العمرية ٢٥ سنة فأكثر. وهذه النتيجة تتفق مع تأثير العمر عند الزواج الأول، فمن المتوقع في مجتمع تقليدي كالبحرين أن تكون النساء المتقدمات في السن حالياً قد تزوجن في سن مبكرة مما يعني أنهن قد بدأت حياتهن الإنجابية في سن مبكرة أيضاً وبالتالي فإن مستوى خصوبتهن قد اكتمل أو شارف على الاكتمال، وذلك على عكس النساء الأصغر سناً وقت إجراء الدراسة حيث مازال أمامهن متسع من الوقت للإنجاب.

تأثير تعليم الأم و الأب على مستوى الخصوبة

توصلت العديد من الدراسات الديموغرافية إلى نتيجة مفادها أن تعليم المرأة له تأثير عكسي على مستوى الإنجاب، لأن التحصيل التعليمي يؤثر على السن عند الزواج واستخدام وسائل منع الحمل، كما أن ارتفاع مستوى تعليم المرأة قد يشجعها على تأجيل الزواج وتنظيم النسل، حيث أن اهتمام المرأة المتعلمة لا يقتصر على إنجاب الأطفال وتربيتهم فقط (Ware, 1981).

وتبين الدراسة الحالية ارتفاع مستوى الخصوبة لدى الأم ذات المنشأ الريفي من فئة التعليم المنخفض عنه لدى الأم ذات المنشأ الحضري حيث يصل الفرق إلى طفلين في المتوسط لصالح المرأة الريفية. ومما يثير الدهشة الارتفاع النسبي لخصوبة المرأة الحضرية ذات التعليم المتوسط والعالي عن نظيرتها الريفية حيث يصل الفرق إلى ٠.٦ و ٠.٥ طفلاً في المتوسط على التوالي لصالح المرأة الحضرية، وقد يكون هذا عائداً لتأثير عوامل أخرى بشكل أكبر مثل السن عند الزواج أو استخدام وسائل منع الحمل. وتشير نتائج الدراسة إلى وجود تشابه بين تأثير المستوى التعليمي للوالدين على المستوى الإنجابي للأمهات في حين يلاحظ ارتفاع المستوى الإنجابي بين الأمهات ذوات التنشئة الريفية والمتزوجات برجال ذوي تعليم متوسط أو عالي (٤.٤ و ٣.٠ على التوالي) عنه لدى نظيرتهن ذوات التنشئة الحضرية الحاصلات على نفس المستوى التعليمي (٢.٨ و ١.٩ على التوالي).

تأثير العمل خارج المنزل

لعمل المرأة خارج المنزل والخصوبة تأثير متبادل، فعمل المرأة له تأثير سلبي على مستوى خصوبة المرأة إذ تلجأ المرأة لتنظيم نسلها من أجل التوفيق بين تربية الأطفال وعملها، ومن ناحية أخرى قد تلجأ المرأة لتترك عملها والتفرغ للإنجاب وتربية الأطفال خاصة في المجتمعات العربية. والجدول (٢) يوضح أن مستوى خصوبة الأمهات البحرينيات اللاتي لم يشاركن قط في سوق العمل تصل إلى ٤.٥ طفلاً في المتوسط، وتتفوق المرأة ذات التنشئة الريفية على نظيرتها ذات التنشئة الحضرية بنسبة ١.٥ طفلاً في المتوسط. ويتساوى متوسط الأطفال المولودين أحياء لدى الأمهات اللاتي كن يعملن خارج المنزل بغض النظر عن مكان نشأتهن أثناء الطفولة. ويرتفع متوسط الأطفال بشكل طفيف بين الأمهات ذوات التنشئة الريفية اللاتي مازلن يساهمن في سوق العمل على الأمهات ذوات التنشئة الحضرية حيث يبلغ الفرق بين الفئتين ٠.٦ لصالح الفئة الأولى.

تأثير عدد مرات الإجهاض واستخدام موانع الحمل

بعد فقدان الأم لطفل أو أكثر ممن أنجبتهن بسبب الوفاة أحد المؤشرات الهامة لمستوى خصوبتها، حيث أنها تعمل على تعويض الطفل الذي فقدته بإنجاب طفل آخر أو أكثر، كما أن خوف الزوجين من فقدان أحد الأطفال عند الكبر قد يدفع الزوجين لإنجاب العديد من الأطفال، وتفيد نتائج الدراسة الحالية أن هناك علاقة طردية بين عدد مرات الإجهاض ومتوسط عدد الأطفال المولودين أحياء، ويتضح هذا التأثير بشكل أكبر بين الأمهات اللاتي نشأن في الريف عنه بين نظيرتهن ذوات النشأة الحضرية. كما نلاحظ عدم وجود فرق كبير في المستوى الإنجابي بين الأمهات اللاتي يستخدمن مانعاً للحمل و اللاتي لا يستخدمن مانعاً وقت إجراء الدراسة. في حين نجد أن مستوى الإنجاب أعلى عند الأمهات اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل من اللاتي يستخدمن وسيلة تقليدية، بغض النظر عن منطقة التنشئة أثناء الطفولة. وقد يكون إرتفاع المستوى الإنجابي بين الفئة الأولى دافعاً لاستخدام وسيلة حديثة لمنع الحمل.

جدول (٢) : متوسط الأطفال المولدين أحياء حسب منطقة سكن الأم أثناء الطفولة وبعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية.

العدد	المتوسط الكلي	متوسط عدد الأطفال		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
		ريف	حضر	
١٠٨	٧,٥	٧,٨	٥,٢	العمر عند الزواج الاول
١٠٤	٤,٠	٤,٤	٣,٦	أقل من ١٥ سنة
٨٢	٢,٩	٣,٠	٢,٦	١٥ - ١٩ سنة
١٠٦	٢,٤	٢,٩	٢,١	٢٠ - ٢٤ سنة
				٢٥ سنة فأكثر
٩٠	٢,٠	٢,١	١,٨	العمر الحالي للأم (سنة)
٢٣١	٣,٧	٤,٥	٢,٩	أقل من ٢٥
٧٩	٦,٨	٨,٤	٤,٥	٢٥ - ٣٤
				٣٥ فأكثر
١٥٦	٦,١	٦,٤	٤,٤	مستوى تعليم الأم
١٠٠	٣,١	٢,٨	٣,٤	منخفض
١٤٤	٢,٢	١,٩	٢,٤	متوسط
				عالي
٢٨٥	٤,٥	٤,٩	٣,٤	عمل الأم
٤١	٢,٨	٢,٨	٢,٨	حاليا لا تعمل
٧٤	٢,٦	٣,٠	٢,٤	عملت سابقا
				تعمل حاليا
٩٦	٦,٢	٦,٦	٤,٧	مستوى تعليم الزوج
١٣٩	٣,٨	٤,٤	٣,١	منخفض
١٦٥	٢,٧	٣,٠	٢,٥	متوسط
				عالي
٣٠١	٣,٨	٤,٥	٢,٨	عدد مرات الإجهاض
٦٩	٤,٢	٥,١	٣,٢	لا يوجد
٣٠	٥,٢	٦,٨	٣,٤	١
				٢ فأكثر
٢٢٧	٣,٨	٤,٣	٣,٢	استخدام موانع الحمل
١٧٣	٤,٧	٥,٢	٢,٦	تستخدم مانع حاليا
				لا تستخدم مانع حاليا
١١٧	٣,٢	٣,٤	٢,٩	نوع المانع المستخدم *
١١٠	٤,٣	٥,٥	٣,٤	تقليدي
				حديث
٤٠٠	٤,٠	٤,٧	٣,٠	المجموع

* يشمل الأمهات غير الحوامل ممن يستخدمن مانعا للحمل.

ثالثاً : العادات والممارسات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

البدء في الإرضاع الطبيعي بعد الولادة

إن مبادرة الأم بإرضاع وليدها مباشرة بعد ولادته من الأمور الأساسية في تشجيع الرضاعة الطبيعية، ومن ضمن الخطوات العشر التي حددتها منظمة الصحة العالمية لإنجاح الرضاعة من الثدي مساعدة الأمهات على البدء بالرضاعة الطبيعية خلال نصف ساعة بعد الولادة وألا يقدم للمواليد حديثي الولادة أي طعام أو شراب غير لبن الأم ما لم يتعين ذلك لأسباب طبية، وكذلك توفير المساكنة (أي إبقاء الأمهات والمواليد معاً) لمدة ٢٤ ساعة يومياً في المستشفى (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٩ أ).

وتشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن جميع الأمهات البحرينيات قد بادرن بإرضاع مواليدهن من الثدي ولكن في فترات متفاوتة بعد الولادة، فبيانات الجدول (٣) توضح أن ٤٩٪ منهن قد بادرن بالإرضاع خلال الأربع ساعات الأولى بعد الولادة، في حين قامت ٧,٨٪ منهن بذلك بعد مرور ٥-٨ ساعات و ١٢٪ بعد مرور ٩-١٢ ساعة، في حين بادرت ٣١,٣٪ منهن بعد مرور ١٣ ساعة أو أكثر بعد الولادة. هذا ولم تتضمن استمارة الدراسة أي سؤال حول السبب في عدم قيام العديد من الأمهات بالإرضاع مباشرة بعد الولادة، إلا أن توزيع الأمهات حسب المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية سوف يلقي مزيد من الضوء على سلوك الأمهات في هذا الجانب.

وإذا ألقينا نظرة عامة على نسب الأمهات اللاتي بادرن بالإرضاع خلال الأربع ساعات الأولى بعد الولادة واللاتي بادرن بذلك بعد مرور أكثر من ٤ ساعات نجد أن جميع المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية لها علاقة مع السلوك الإرضاعي للأمهات، فنلاحظ أن هناك علاقة بين عمر الأم ومستواها التعليمي هي وزوجها وعملها وبين مبادرتها بالإرضاع من الثدي خلال الساعات الأربع الأولى من عمر الطفل، فنجد أن النسب تتصاعد من ٤٧,٨٪ عند الأمهات في الفئة العمرية أقل من ٢٥ سنة إلى ٤٨,٩٪ و ٥٠,٦٪ عند الأمهات في الفئتين العمريتين ٢٥ - ٣٤ و ٣٥ سنة فأكثر على التوالي. كما تنخفض النسب من ٥٩٪ عند الأمهات ذوات التعليم المنخفض إلى ٥٠٪ و ٣٧,٥٪ عند الأمهات اللاتي حصلن على تعليم متوسط أو عالٍ على التوالي، ونجد أن الأمهات اللاتي نشأن في الريف كانت مبادرتهن لإرضاع أطفالهن بعد الولادة أسرع من الأمهات اللاتي نشأن في مناطق حضرية. وربما تفسر هذه النتائج بعضها بعضاً، حيث أن الأمهات ذوات التعليم المنخفض هن في أغلب الأحيان من الفئة العمرية المتقدمة في السن أو اللاتي نشأن في مناطق ريفية والعكس صحيح. وتتشابه هذه النتائج مع تلك التي وجدها مصيقر (١٩٩١) في دراسة سابقة، ولكن تأثير التعليم على البدء في الإرضاع الطبيعي كان أكثر وضوحاً في الدراسة الحالية مقارنة بدراسة مصيقر.

ومن ناحية جنس المولود تبين أن الأمهات اللاتي ولدن مولوداً ذكراً قد تأخرن في إرضاع أطفالهن بعد الولادة مقارنة بالأمهات اللاتي ولدن مولوداً أنثى، ولا يوجد لدينا تفسير حول هذه النتيجة وربما جاءت من باب المصادفة. كما نجد أن هناك علاقة طردية بين عدد مرات الإجهاض والمبادرة بإرضاع الطفل خلال الساعات الأولى من ولادته، فكلما زاد عدد مرات الإجهاض ارتفعت نسب الأمهات اللاتي أسرعن في رضاعة وليدهن

جدول (٣) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وعدد الساعات التي مرت قبل مبادرتهن بارضاع مواليدهن من الثدي بعد الولادة.

المجموع		البدء بالإرضاع الطبيعي (ساعة)				الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	١٣ %	١٢ - ٩ %	٨ - ٥ %	٤ - ١ %	
٩٠	١٠٠,٠	٢٧,٨	١٨,٨	٥,٦	٤٧,٨	العمر الحالي للأم أقل من ٢٥
٢٣١	١٠٠,٠	٣٢,٩	١٠,٠	٨,٢	٤٨,٩	٢٥ - ٣٤
٧٩	١٠٠,٠	٣٠,٤	١٠,١	٨,٩	٥٠,٦	+ ٣٥
١٧٥	١٠٠,٠	٣٣,٧	١٢,٠	٨,٦	٤٥,٧	مكان النشأة الأولى للأم
٢٢٥	١٠٠,٠	٢٩,٣	١٢,٠	٧,١	٥١,٦	حضر
١٥٦	١٠٠,٠	٢٥,٦	٩,٦	٥,٨	٥٩,٠	ريف
١٠٠	١٠٠,٠	٣٢,٠	١٠,٠	٨,٠	٥٠,٠	مستوى تعليم الأم
١٤٤	١٠٠,٠	٣٦,٨	١٦,٠	٩,٧	٣٧,٥	منخفض
٢٨٥	١٠٠,٠	٢٩,١	١١,٣	٦,٣	٥٣,٣	متوسط
٤١	١٠٠,٠	٣١,٧	١٢,٢	٧,٣	٤٨,٨	عالي
٧٤	١٠٠,٠	٣٩,٢	١٤,٩	١٣,٥	٣٢,٤	عمل الأم
٩٦	١٠٠,٠	٢٤,٠	٩,٤	٨,٣	٥٨,٣	حاليا لا تعمل
١٣٩	١٠٠,٠	٢٩,٥	١٠,١	٧,٩	٥٢,٥	عملت سابقا
١٦٥	١٠٠,٠	٣٧,٠	١٥,٢	٧,٢	٤٠,٦	تعمل حاليا
١٩٢	١٠٠,٠	٣٧,٥	١٠,٤	٤,٧	٤٧,٤	مستوى تعليم الزوج
٢٠٨	١٠٠,٠	٢٥,٥	١٣,٥	١٠,٥	٥٠,٥	منخفض
٣٠١	١٠٠,٠	٣١,٦	١٢,٠	٨,٦	٤٧,٨	متوسط
٦٩	١٠٠,٠	٣٠,٥	١٣,٠	٥,٨	٥٠,٧	عالي
٣٠	١٠٠,٠	٣٠,٠	١٠,٠	٣,٣	٥٦,٧	جنس المولود الأخير
٢٢٧	١٠٠,٠	٣٠,٠	١٤,١	٨,٨	٤٧,١	ذكر
١٧٣	١٠٠,٠	٣٢,٩	٩,٢	٦,٤	٥١,٤	أنثى
١١٧	١٠٠,٠	٣٣,٣	١٦,٢	١٢,٠	٣٨,٥	عدد مرات الإجهاض
١١٠	١٠٠,٠	٢٦,٤	١١,٨	٥,٤	٥٦,٤	لا يوجد
٤٠٠	١٠٠,٠	٣١,٣	١٢,٠	٧,٨	٤٩,٠	١
		١٢٥	٤٨	٣١	١٩٦	+ ٢
						استخدام موانع الحمل
						تستخدم موانع حاليا
						لا تستخدم موانع حاليا
						نوع المانع المستخدم *
						مانع تقليدي
						مانع حديث
						المجموع
						العدد

* يشمل الأمهات غير الحوامل ممن يستخدمن مانع للحمل.

بعد ولادته وهذا السلوك قد يرجع لخوف الأم من فقدان وليدها نظراً لمرورها بتجارب سابقة في فقدان أطفالها. ويلاحظ أن الأمهات اللاتي لا يستخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة كن أسرع في المبادرة لإرضاع أطفالهن خلال الساعات الأولى بعد الولادة حيث تبلغ نسبتهن ٥١,٤% مقابل ٤٧,١% بين الأمهات اللاتي يتبعن وسيلة لتنظيم الأسرة.

أما إذا أخذنا في الاعتبار نوع الوسيلة المستخدمة لمنع الحمل فنجد أن ٥٦,٤% من الأمهات اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل قد بادرن بإرضاع طفلهن الأخير في الساعات الأربع الأولى من ولادته، بينما قامت بنفس السلوك ٣٨,٥% من الأمهات اللاتي يستخدمن وسيلة تقليدية لمنع الحمل.

وعند احتساب قيمة مربع كاي تبين أنه لا توجد دلالة احصائية بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية من جهة وعدد الساعات التي مرت قبل البدء بالرضاعة من جهة أخرى.

الأغذية التي أعطيت للطفل خلال الأيام الثلاثة الأولى من ولادته

في الظروف الطبيعية لا يحتاج الطفل الرضيع لتناول الماء أو أي طعام آخر (غير حليب الأم) خلال الأيام الأولى من الولادة التي يبدأ فيها إدرار حليب الأم المسمى باللبأ. وعادة لا يكون من الضروري إعطاء أي طعام أو شراب آخر للرضيع الذي يرضع من ثدي أمه قبل انقضاء قرابة الأربعة أشهر من عمره، فقد يترتب على ذلك أخطار منها على سبيل المثال زيادة تعرض الرضيع للإسهال وغيره من الأمراض، كذلك يؤثر إعطاء الرضيع السوائل أو الأغذية في سن مبكرة على قدرته على مص الثدي حيث يبدأ بالعزوف تدريجياً عن تقبل ثدي الأم والاتجاه إلى تقبل الحلمة الاصطناعية التي بدأ يتعود عليها عند إعطاء السوائل أو حليب الأطفال الجاهز (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ ب).

ومن الممارسات الخاطئة التي كانت تمارس في مستشفيات البحرين إعطاء الطفل سائل أخرى غير حليب الأم مثل الماء أو الحليب الاصطناعي مما يؤثر سلباً على الرضاعة من الثدي، كما أنه قد يشجع الأم على مواصلة الأسلوب نفسه في تغذية طفلها بعد الخروج من المستشفى وذلك بالاعتماد بصورة كلية أو جزئية على الرضاعة الاصطناعية في تغذيته. ولكن مؤخراً قامت وزارة الصحة بوضع أسس عملية لتقليل هذه الممارسات الخاطئة وتشجيع الرضاعة الطبيعية. وقد ذكرت ٩٨,٨% من أفراد العينة بأن أطفالهن قد أعطوا أغذية أخرى غير حليب الأم خلال الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، بينما صرحت ١,٢% بأنه لم يقدم أي نوع من السوائل أو الأغذية لأطفالهن خلال هذه الأيام. وأوضحت الدراسة أن ٩٣,٢% من الأطفال قد أعطوا ماء وحليباً اصطناعياً، بينما أعطى الباقي منهم ماء فقط خلال الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة (جدول رقم ٤).

وبالتأكيد على نسب الأطفال الذين أعطوا ماء وحليباً اصطناعياً وتأثير الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لأمهاتهم على ذلك، نجد أن عمر الأم ليس له دلالة إحصائية فالفروق في نسب الأطفال ضئيلة جداً. أما بالنسبة لمكان النشأة الأولى للأم فنجد أن نسب الأطفال المولودين لأمهات نشأن في الريف قد بلغت ٩١% مقابل ٩٦% للأطفال المولودين لأمهات نشأن في مناطق حضرية وقد يكون ذلك عائداً لسرعة مبادرة الأمهات الريفيات لرضاعة أطفالهن خلال الساعات الأولى بعد الولادة. وهذا التفسير ينطبق أيضاً على نسب الأطفال المولودين

جدول (٤) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ونوع الأغذية التي أعطيت لمواليدهن خلال الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة.

المجموع		نوع الأغذية التي أعطيت للطفل		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	ماء وحليب اصطناعي %	ماء فقط %	
				العمر الحالي للأم
٨٩	١٠٠,٠	٩٣,٢	٦,٨	أقل من ٢٥
٢٢٨	١٠٠,٠	٩٤,٣	٥,٧	٢٥ - ٣٤
٧٨	١٠٠,٠	٩٣,٦	٦,٤	+ ٣٥
				مكان النشأة الأولى للأم
١٧٣	١٠٠,٠	٩٦,٦	٣,٤	حضر
٢٢٢	١٠٠,٠	٩١,٩	٨,١	ريف
				مستوى تعليم الأم
١٥٤	١٠٠,٠	٩١,٦	٨,٤	منخفض
٩٩	١٠٠,٠	٩٤,٩	٥,١	متوسط
١٤٢	١٠٠,٠	٩٥,٨	٤,٢	عالي
				عمل الأم
٢٨١	١٠٠,٠	٩٢,٩	٧,١	حاليا لا تعمل
٤١	١٠٠,٠	٩٧,٦	٢,٤	عملت سابقا
٧٣	١٠٠,٠	٩٥,٩	٤,١	تعمل حاليا
				مستوى تعليم الزوج
٩٥	١٠٠,٠	٩٢,٦	٧,٤	منخفض
١٣٨	١٠٠,٠	٩٤,٢	٥,٨	متوسط
١٦٢	١٠٠,٠	٩٤,٤	٥,٦	عالي
				جنس المولود الأخير
١٨٩	١٠٠,٠	٩٣,٧	٦,٣	ذكر
٢٠٦	١٠٠,٠	٩٤,٢	٥,٨	انثى
				عدد مرات الإجهاض
٢٩٨	١٠٠,٠	٩٥,٣	٤,٧	لا يوجد
٦٨	١٠٠,٠	٨٩,٩	١٠,١	١
٢٩	١٠٠,٠	٩٠,٠	١٠,٠	+ ٢
				استخدام موانع الحمل
٢٢٥	١٠٠,٠	٩٣,٣	٦,٧	تستخدم مانع حاليا
١٧٠	١٠٠,٠	٩٤,٧	٥,٣	لا تستخدم مانع حاليا
				نوع المانع المستخدم
١١٦	١٠٠,٠	٩٢,٢	٧,٨	مانع تقليدي
١٠٩	١٠٠,٠	٩٤,٥	٥,٥	مانع حديث
٣٩٥	١٠٠,٠	٩٣,٩	٦,١	المجموع *
		٣٧١	٢٤	العدد

* يشمل الأمهات اللاتي قمن لأطفالهن ماء أو ماء وحليب اصطناعي.

لأمهات ذوات تعليم منخفض حيث بلغت نسبتهن ٩٠,٣% مقابل حوالي ٩٥% من ذوات التعليم المتوسط والعالي. أما بالنسبة لتعليم الزوج فإن النسب لا تشير إلى وجود تأثير ملحوظ. وباستخدام مربع كاي وجد أنه لا توجد دلالة إحصائية لمتغيرات نشأة الأم ومستوى تعليم الزوجين وعمل الأم على نوع الأغذية التي أعطيت للطفل خلال الثلاثة أيام الأولى بعد الولادة.

وعلى العكس من ذلك فقد وجد أن عدد مرات الإجهاض له علاقة مع تقديم الماء والحليب الاصطناعي للطفل، فلقد تبين أن ٩٥% من الأمهات اللاتي لم يجهضن قط أعطين لأطفالهن الماء والحليب الاصطناعي مقابل ٩٠% للأمهات اللاتي أجهضن مرة أو مرتين فأكثر. أما بالنسبة لتأثير استخدام موانع الحمل وكذلك نوع هذه الموانع فإنه لم يكن هناك تأثير يذكر. وبصفة عامة لم توجد أي دلالة إحصائية بين هذه المتغيرات والخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأم.

طريقة الرضاعة الطبيعية

بعد الإرضاع المتكرر من الثدي وحسب الطلب ضرورياً لإنتاج حليب كاف لتلبية حاجة الرضيع. وتعتقد العديد من الأمهات بأنه من الأفضل وضع جدول زمني محدد لإرضاع الطفل في ساعات معينة من اليوم لكن هذه الطريقة قد تؤدي إلى قلة إدرار الحليب وتناقص كميته بالتدريج كما أن بعض الأطفال لا يحصلون على كفايتهم من الحليب عند استخدام هذه الطريقة ويشعرون بالجوع، وتؤكد منظمتا الصحة العالمية واليونيسيف بأن الرضاعة حسب الطلب (أي كلما جاع الطفل) تكفل له الاستفادة من حليب أمه الذي يحتل أقصى أهمية من الناحية الصحية للوقاية من الأمراض الشائعة، ومن الناحية الغذائية للتزود بالعناصر الغذائية الضرورية للنمو (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ أ).

وتشير بيانات الجدول (٥) إلى أن ٨٧,٣% من الأمهات المرضعات وقت إجراء الدراسة كن يرضعن أطفالهن حسب الطلب بينما كانت تقوم ١٢,٧% منهن بالإرضاع حسب جدول زمني محدد، وقد بيّنت دراسة سابقة (مصيفر، ١٩٩١) أن نسبة الأمهات البحرينيات اللاتي يرضعن أطفالهن حسب الطلب كانت أقل (٧٧%) مما يعطي مؤشراً على حدوث تغيير في السلوك الإرضاعي عند الأمهات البحرينيات واتجاههن لممارسة الأسلوب الصحيح في الإرضاع.

وإذا أخذنا في الاعتبار العوامل الاجتماعية والديموغرافية نجد أن نسب الأمهات المرضعات لأطفالهن حسب الطلب تتناسب طردياً مع عمر الأم. فكلما زاد عمر الأم ارتفع ميلها لإرضاع طفلها حسب حاجته، والعكس صحيح بالنسبة للرضاعة المنتظمة أو حسب جدول زمني، فالأمهات في الفئة العمرية أقل من ٢٥ سنة يملن أكثر لرضاعة أطفالهن في ساعات محددة مقارنة بالأمهات في الفئات العمرية الأخرى، وقد يرجع ذلك إلى تأثير عوامل أخرى متداخلة مع عامل العمر مثل التعليم أو العمل ولكن لا توجد أي دلالة إحصائية بين متغير عمر الأم وطريقة الرضاعة الطبيعية.

ويبدو الفرق واضحاً وذو دلالة إحصائية قوية (٠,٠٠٨) عند دراسة نشأة الأم وطريقة الإرضاع حيث وجد أن هناك فرقاً بين الأم التي نشأت في الريف وتلك التي نشأت في الحضر، ويبلغ الفرق في نسبتهن حوالي ١٢%.

جدول (٥) : توزيع الأمهات اللاتي مازلن يمارسن الرضاعة الطبيعية أثناء فترة الدراسة حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وطريقة الرضاعة الطبيعية.

المجموع		طريقة الرضاعة الطبيعية		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	حسب جدول زمني %	حسب الطلب %	
				العمر الحالي للأم
٦٢	١٠٠,٠	١٤,٥	٨٥,٥	أقل من ٢٥
١٢٣	١٠٠,٠	١٢,٢	٨٧,٨	٢٥ - ٣٤
٤٣	١٠٠,٠	١١,٦	٨٨,٤	+ ٣٥
				مكان النشأة الأولى للأم
٨٣	١٠٠,٠	٢٠,٥	٧٩,٥	حضر
١٤٥	١٠٠,٠	٨,٣	٩١,٧	ريف
				مستوى تعليم الأم
٩٣	١٠٠,٠	٦,٥	٩٣,٥	منخفض
٦٤	١٠٠,٠	١٥,٦	٨٤,٤	متوسط
٧١	١٠٠,٠	١٨,٣	٨١,٧	عالي
				عمل الأم
١٨٠	١٠٠,٠	١١,١	٨٨,٩	حاليا لا تعمل
٢١	١٠٠,٠	١٤,٣	٨٥,٧	عملت سابقا
٢٧	١٠٠,٠	٢٢,٢	٧٧,٨	تعمل حاليا
				مستوى تعليم الزوج
٥٦	١٠٠,٠	٧,١	٩٢,٩	منخفض
٨٣	١٠٠,٠	١٦,٩	٨٣,١	متوسط
٨٩	١٠٠,٠	١٢,٤	٨٧,٦	عالي
				جنس المولود الأخير
١٠٤	١٠٠,٠	١٢,٥	٨٧,٥	ذكر
١٢٤	١٠٠,٠	١٢,٩	٨٧,١	انثى
				عدد مرات الإجهاض
١٨٠	١٠٠,٠	١٣,٣	٨٦,٧	لا يوجد
٣٥	١٠٠,٠	٨,٦	٩١,٤	١
١٣	١٠٠,٠	١٥,٤	٨٤,٦	+ ٢
				استخدام موانع العمل
١٣٧	١٠٠,٠	١٥,٣	٨٤,٧	تستخدم مانع حاليا
٩١	١٠٠,٠	٨,٨	٩١,٢	لا تستخدم مانع حاليا
				نوع المانع المستخدم
٨١	١٠٠,٠	١٤,٨	٨٥,٢	مانع تقليدي
٥٦	١٠٠,٠	١٦,١	٨٣,٩	مانع حديث
٢٢٨	١٠٠,٠	١٢,٧	٨٧,٣	المجموع
		٢٩	١٩٩	العدد

لصالح الفئة الأولى، وهذا يعود لوجود الأمهات ذوات التنشئة الريفية إلى جانب أطفالهن طوال اليوم على عكس المرأة ذات التنشئة الحضرية التي لا ينحصر اهتمامها فقط بإرضاع طفلها وإنما يكون لديها اهتمامات أخرى كالعمل أو الحياة الاجتماعية التي تبعتها عن طفلها. وهذا التفسير يبدو واضحاً إذا أخذنا في الاعتبار المستوى التعليمي للأمهات وعملهن، فنسب الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن حسب الطلب تتناسب عكسياً مع مستوى تعليم الأم وعملها. أما بالنسبة لجنس المولود وكذلك عدد مرات الإجهاض فلم يلاحظ أي تأثير لهذين العاملين على طريقة الرضاعة الطبيعية.

وتشير بيانات الجدول (٥) إلى أن الأمهات اللاتي لا يتبعن وسيلة لمنع الحمل هن أكثر ميلاً للإرضاع حسب الطلب من اللاتي يستخدمن مانعاً للحمل (٩١,٢% مقابل ٨٤,٧%) وقد يكون من المبالغة أن نفسر ذلك باعتماد الفئة الأولى على الرضاعة لمنع حدوث حمل جديد إذا عرفنا بأن ٣١,٥% منهن قد استعدن الطمث بعد الولادة. أما بالنسبة لنوع الوسيلة المستخدمة لمنع الحمل فنجد أن اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل أقل ميلاً للإرضاع حسب الطلب من النساء اللاتي يستخدمن وسيلة تقليدية.

وبصفة عامة لم تلاحظ أي دلالة إحصائية بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وطريقة رضاعة الطفل باستثناء نشأة الأم كما ورد سابقاً.

الرضاعة الطبيعية أثناء النهار

من بين الخطوات العشر التي حددتها منظمتا الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف بهدف إنجاح الرضاعة الطبيعية تشجيع الرضاعة من الثدي عند الطلب (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ أ). وهذا يعني توفير الفرصة للطفل للرضاع من الثدي في أي وقت بالنهار أو بالليل. وفي هذا الجزء من دراستنا نستعرض السلوك الإرضاعي للأمهات البحرينية أثناء فترتي النهار والليل.

وتوضح النتائج المدونة في الجدول (٦) أن ٦٣,٦% من الأمهات قيد الدراسة و اللاتي مازلن يمارسن الرضاعة من الثدي يرضعن أطفالهن أقل من ٦ مرات أثناء النهار، بينما تقوم ٣٦% منهن برضاعة أطفالهن ٦ مرات أو أكثر. وعلى عكس توقعاتنا، فقد سجلت الأمهات الأكبر سناً أعلى النسب في الإرضاع لأقل من ٦ مرات نهاراً (٦٧,٤%)، تليها الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن الـ ٢٥ عاماً (٦٦%)، ثم الأمهات من الفئة العمرية ٢٥ - ٣٤ سنة (٦١%)، ولكن الفرق لم يكن ذا دلالة إحصائية.

ويبدو أن تأثير تعليم الأم في هذا الجانب مشابه لتأثير تعليم الزوج، فنجد أن الأمهات ذوات التعليم المتوسط أو المتزوجات برجال ذوي تعليم متوسط يملن أكثر من الأمهات ذوات المستويات التعليمية الأخرى لإرضاع أطفالهن من ٦ مرات نهاراً (٦٧,٢% و ٦٦,٣% على التوالي). وتؤكد البيانات على التأثير السلبي لعمل الأم على إرضاع الطفل نهاراً، فنسبة الأمهات العاملات اللاتي يرضعن طفلهن ٦ مرات أو أكثر أثناء النهار تبلغ ٢٢,٢% فقط، في حين أن ٧٧,٨% منهن يرضعن أطفالهن من الثدي أقل من ٦ مرات. ويبدو الفرق واضحاً أيضاً بين الأمهات اللاتي كن يعملن سابقاً (٦٦,٧%) و اللاتي لم يسبق لهن المشاركة في سوق العمل (٦١,١%). أما بالنسبة لتأثير جنس المولود على عدد الرضعات بالنهار فنجد أن نسبة الأطفال الإناث اللاتي أرضعن أكثر من ٦ مرات كانت

أعلى مقارنة بالأطفال الذكور (٣٧,٩% و ٣٤,٦% على التوالي).

وعلى عكس تأثير عمل الأم فإن عامل عدد مرات الإجهاض له تأثير إيجابي على زيادة عدد مرات الرضاعة في النهار، ففي حين أن ٣٤,٤% فقط من الأمهات اللاتي لم يجهضن قط يرضعن أطفالهن من الثدي ٦ مرات فأكثر، ترتفع النسبة إلى ٤٠% بين من أجهضن مرة واحدة فقط ثم إلى ٥٣,٨% بين من أجهضن مرتين أو أكثر. وقد يكون لهذه التجربة (أي الإجهاض) أثرها النفسي على الأم مما يدفعها لتخصيص وقت أطول لرعاية وتغذية طفلها.

وتشير البيانات إلى أن الأمهات اللاتي يتبعن وسيلة لتنظيم النسل أكثر ميلاً للإرضاع لأقل من ٦ مرات من اللاتي لا يستخدمن أية وسيلة وقت إجراء الدراسة. ويبدو تأثير نوع المانع المستخدم أكثر وضوحاً في هذا الجانب، حيث نجد أن ٧٥% من اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل يرضعن أطفالهن أقل من ٦ مرات نهاراً مقابل ٦٤,٢% ممن يستخدمن وسيلة تقليدية لمنع الحمل.

وتجب الإشارة هنا إلى أن تأثير بعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية على عدد الرضعات في النهار يتوقف على عمر الطفل فكلما ازداد عمر الطفل قلَّ عدد مرات الإرضاع من الثدي، ولم نحاول في هذه الدراسة البحث في هذا العامل ومدى تأثيره على العوامل الأخرى. وعند استخدام مربع كاي وجد أنه لا توجد دلالة إحصائية بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية وعدد مرات الرضاعة أثناء النهار.

الرضاعة الطبيعية أثناء الليل

ترجع أهمية الرضاعة في الليل إلى أنها تعني زيادة عدد مرات الإرضاع من الثدي وهذا يساعد على تأخير الإباضة وعودة الطمث. وهناك دلائل تشير إلى أن الرضاعة الطبيعية في الليل بالذات لها تأثير كبير على خصوبة المرأة، وقد أثبتت إحدى الدراسات أن الأم التي تمارس الرضاعة من الثدي في الليل يتأخر عندها الطمث مقارنة بالأم التي لا تمارس الرضاعة في الليل (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ ب).

وقد أوضحت النتائج أن جميع الأمهات المرضعات وقت إجراء المسح كن يقمن بإرضاع أطفالهن من الثدي أثناء الليل، إلا أنهن يختلفن في عدد مرات الإرضاع، فبينما تقوم ٥٩,٢% منهن بالإرضاع ٣ مرات أو أكثر أثناء الليل، فإن ٤٠,٨% يقمن بذلك مرة أو اثنتين فقط (جدول رقم ٧). وعند ملاحظة البيانات التفصيلية لهذا الجدول يتضح أن ٧٤,٢% من الأمهات ممن تقل أعمارهن عن ٢٥ سنة يقمن بالإرضاع ٣ مرات أو أكثر ليلاً، بينما نجد أن ما يقارب من ٥٤% من الفلتين العمريتين ٢٥-٣٤ و ٣٥ سنة فأكثر يمارسن السلوك نفسه، ولقد كان الفرق ذا دلالة إحصائية (٠,٠٢) ولا يوجد تأثير يذكر على الرضاعة في الليل عند الأم حسب مكان نشأتها، ويبلغ الفرق بين الأمهات ذوات النشأة الريفية وبين الأمهات ذوات النشأة الحضرية حوالي ٢% لصالح الفئة الثانية، وهذه النسبة مقاربة لتلك المتعلقة بالرضاعة أثناء النهار.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي للأم وزوجها فإننا نجد أن للمستوى التعليمي المتوسط تأثيراً أكبر من المستويات التعليمية الأخرى في التأثير على سلوك الأم الإرضاعي أثناء الليل، حيث نجد أن ٦٥,٦% من الأمهات ذوات التعليم المتوسط يرضعن أطفالهن ٣ مرات أو أكثر في الليل بينما كانت النسبة ٥٨,١% عند ذوات التعليم المنخفض

جدول (٦) : توزيع الأمهات اللاتي مازن يرضعن أطفالهن من الثدي خلال فترة الدراسة حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وعدد مرات الرضاعة أثناء النهار.

المجموع		عدد مرات الرضاعة بالنهار		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	٦ فأكثر %	أقل من ٦ %	
				العمر الحالي للأم
٦٢	١٠٠,٠	٣٣,٩	٦٦,١	أقل من ٢٥
١٢٣	١٠٠,٠	٣٩,٠	٦١,٠	٢٥ - ٣٤
٤٣	١٠٠,٠	٣٢,٦	٦٧,٤	+ ٣٥
				مكان النشأة الأولى للأم
٨٣	١٠٠,٠	٣٤,٩	٦٥,١	حضر
١٤٥	١٠٠,٠	٣٧,٢	٦٢,٨	ريف
				مستوى تعليم الأم
٩٣	١٠٠,٠	٣٧,٦	٦٢,٤	منخفض
٦٤	١٠٠,٠	٣٢,٨	٦٧,٢	متوسط
٧١	١٠٠,٠	٣٨,٠	٦٢,٠	عالي
				عمل الأم
١٨٠	١٠٠,٠	٣٨,٩	٦١,١	حاليا لا تعمل
٢١	١٠٠,٠	٣٣,٣	٦٦,٧	عملت سابقا
٢٧	١٠٠,٠	٢٢,٢	٧٧,٨	تعمل حاليا
				مستوى تعليم الزوج
٥٦	١٠٠,٠	٣٩,٣	٦٠,٧	منخفض
٨٣	١٠٠,٠	٣٣,٧	٦٦,٣	متوسط
٨٩	١٠٠,٠	٣٧,١	٦٢,٩	عالي
				جنس المولود الأخير
١٠٤	١٠٠,٠	٣٤,٦	٦٥,٤	ذكر
١٢٤	١٠٠,٠	٣٧,٩	٦٢,١	انثى
				عدد مرات الإجهاض
١٨٠	١٠٠,٠	٣٤,٤	٦٥,٦	لا يوجد
٣٥	١٠٠,٠	٤٠,٠	٦٠,٠	١
١٣	١٠٠,٠	٥٣,٨	٤٦,٢	+ ٢
				استخدام موانع الحمل
١٣٧	١٠٠,٠	٣١,٤	٦٨,٦	تستخدم مانع حاليا
٩١	١٠٠,٠	٤٤,٠	٥٦,٠	لا تستخدم مانع حاليا
				نوع المانع المستخدم
٨١	١٠٠,٠	٣٥,٨	٦٤,٢	مانع تقليدي
٥٦	١٠٠,٠	٢٥,٠	٧٥,٠	مانع حديث
٢٢٨	١٠٠,٠	٣٦,٤	٦٣,٦	المجموع
		٨٣	١٤٥	العدد

و ٥٤,٩% عند ذوات التعليم العالي. ومع مقارنة ذلك بالرضاعة أثناء النهار نجد أن المستوى التعليمي المتوسط قد كان له تأثير مشابه بالنسبة لعدد مرات الرضاعة. وقد يرجع ذلك إلى عوامل أخرى مرتبطة بالحالة الاجتماعية للأم ولكن مع ذلك فلم يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين الفئات التعليمية في هذا الجانب.

ويبدو تأثير عمل الأم واضحاً في تقليل عدد الرضعات في الليل حيث تدل البيانات على أن ٤٤,٤% من الأمهات العاملات يرضعن أطفالهن أكثر من مرتين ليلاً، بينما تقوم بذلك ٦٠% من الأمهات اللاتي لم يعملن قط، أما اللاتي شاركن سابقاً في سوق العمل فقد سجلن ما نسبته ٧١,٤%، وهذا على العكس من سلوكهن الإرضاعي في النهار. أما بالنسبة لجنس المولود الأخير فإن له تأثيراً واضحاً في تكرار الإرضاع ليلاً، ففي حين بينت ٦٤,٤% ممن أنجبن ولداً بأنهن يرضعن طفلهن أكثر من مرتين ليلاً، فإن ٤٥,٢% فقط من الأمهات اللاتي أنجبن بنتاً يفعلن ذلك، وهذا يختلف إلى حد ما مع سلوكهن الإرضاعي أثناء النهار.

وإذا قمنا بقياس تأثير عدد مرات الإجهاض على الرضاعة بالليل نجد أن هناك اتساق في السلوك الإرضاعي أثناء النهار والليل بين من أجهضن مرتين أو أكثر خلال حياتهن الإنجابية، فقد أوضحت ٧٧% من الأمهات بأنهن أرضعن طفلهن ٣ مرات أو أكثر ليلاً، وهذه أعلى النسب بين جميع الفئات من النساء. وتوضح البيانات كذلك بأن الأمهات اللاتي لا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل أكثر ميلاً لإرضاع أطفالهن لأكثر من ٣ مرات ليلاً من الأمهات المستخدمات لوسيلة لمنع الحمل. كما نلاحظ اختلافاً في السلوك الإرضاعي للأمهات اللاتي يتبعن وسيلة لمنع الحمل، فنجد أن الأمهات اللاتي يتبعن وسيلة تقليدية لمنع الحمل أكثر ميلاً للإرضاع أثناء الليل من الأمهات اللاتي يتبعن وسيلة حديثة.

وتشير المعاملات الإحصائية باستخدام مربع كاي أنه لا توجد دلالة إحصائية بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية للأم وبين عدد مرات الرضاعة بالليل.

عمر الطفل عند إدخال الأغذية التكميلية

يقصد بالأغذية التكميلية الأغذية التي تعطى بجانب حليب الأم لغرض تكملة الاحتياجات الغذائية المطردة للطفل، وينمو الطفل الذي يرضع من ثدي أمه نمواً سليماً حتى الشهر الرابع إلى الشهر السادس من عمره، وبدون إدخال أي أغذية أخرى غير حليب الأم. ولكن وجد أن بعض الأطفال يحتاجون إلى أغذية تكميلية بعد الشهر الرابع، لذا أوصت منظمة الصحة العالمية بأهمية إدخال أغذية أخرى غير حليب الأم مع نهاية الشهر الرابع. والمعروف أن إدخال الأغذية التكميلية في سن مبكرة من عمر الطفل أي قبل الشهر الرابع يؤثر على عدد مرات الإرضاع من الثدي وبالتالي تقليل فرصة إدرار حليب الأم بالشكل المطلوب ومع الاستمرار في إعطاء الأغذية التكميلية نجد أن الطفل يبدأ تدريجياً في العزوف عن الرضاعة الطبيعية مما يساعد على إيقافها في سن مبكرة (اليونسكو، ١٩٨١).

تشير نتائج دراستنا الحالية إلى أن ٧٢,٢% من أفراد العينة قد أدخلن الأغذية التكميلية عند بلوغ طفلهن سن ٤-٦ أشهر، كما أن ٢٠,٦% قد قمن بذلك قبل بلوغ الطفل سن الـ ٤ أشهر في حين أن ٧,٢% منهن قد قمن بذلك عندما بلغ الطفل ٧ أشهر أو أكثر من عمره (جدول ٨). وتدلل هذه النتائج على أن نسبة لا يستهان بها من

جدول (٧) : توزيع الأمهات اللاتي مازن يرضعن أطفالهن من الثدي خلال فترة الدراسة وذلك حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وعدد مرات الرضاعة أثناء الليل.

المجموع		عدد مرات الرضاعة بالليل		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	أكثر من ٣ %	أقل من ٣ %	
٦٢	١٠٠,٠	٧٤,٢	٢٥,٨	العمر الحالي للأم
١٢٣	١٠٠,٠	٥٣,٧	٤٦,٣	أقل من ٢٥
٤٣	١٠٠,٠	٥٣,٥	٤٦,٥	٢٤ - ٢٥
				+ ٣٥
٨٣	١٠٠,٠	٥٧,٨	٤٢,٢	مكان النشأة الأولى للأم
١٤٥	١٠٠,٠	٦٠,٠	٤٠,٠	حضر
				ريف
٩٣	١٠٠,٠	٥٨,١	٤١,٩	مستوى تعليم الأم
٦٤	١٠٠,٠	٦٥,٦	٣٤,٤	منخفض
٧١	١٠٠,٠	٥٤,٩	٤٥,١	متوسط
				عالي
١٨٠	١٠٠,٠	٦٠,٠	٤٠,٠	عمل الأم
٢١	١٠٠,٠	٧١,٤	٢٨,٦	حاليا لا تعمل
٢٧	١٠٠,٠	٤٤,٤	٥٥,٦	عملت سابقا
				تعمل حاليا
٥٦	١٠٠,٠	٥٥,٤	٤٤,٦	مستوى تعليم الزوج
٨٣	١٠٠,٠	٦١,٤	٣٨,٦	منخفض
٨٩	١٠٠,٠	٥٩,٦	٤٠,٤	متوسط
				عالي
١٠٤	١٠٠,٠	٦٤,٤	٣٥,٦	جنس المولود الأخير
١٢٤	١٠٠,٠	٥٤,٨	٤٥,٢	ذكر
				انثى
١٨٠	١٠٠,٠	٥٨,٩	٤١,١	عدد مرات الإجهاض
٣٥	١٠٠,٠	٥٤,٣	٤٥,٧	لا يوجد
١٣	١٠٠,٠	٧٦,٩	٢٣,١	١
				+ ٢
١٣٧	١٠٠,٠	٥٦,٩	٤٣,١	استخدام موانع الحمل
٩١	١٠٠,٠	٦٢,٦	٣٧,٤	تستخدم مانع حاليا
				لا تستخدم مانع حاليا
٨١	١٠٠,٠	٦٠,٥	٣٩,٥	نوع المانع المستخدم
٥٦	١٠٠,٠	٥١,٨	٤٨,٢	مانع تقليدي
				مانع حديث
٢٢٨	١٠٠,٠	٥٩,٢	٤٠,٨	المجموع
		١٣٥	٩٣	العدد

الأمهات تقوم بإدخال أغذية أخرى - غير حليب الأم - في سن مبكرة (1-3 أشهر) مما قد يعرض الطفل للإسهال وغيره من الأمراض، ولتقويم هذا السلوك الخاطيء يستوجب تكثيف برامج التوعية الصحية من قبل المعنيين بصحة الطفل نحو وقت ونوع الأغذية التكميلية التي تقدم للطفل الرضيع .

وإذا أخذنا في الاعتبار الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأمهات نجد أن نسبة الأمهات اللاتي أدخلن أغذية تكميلية في غذاء الطفل عند بلوغه سن 4-6 أشهر تتناسب طردياً مع السن الحالي للأم، والعكس صحيح بالنسبة لمن قمن بذلك قبل بلوغ الطفل سن الـ 4 أشهر. وعلى الرغم من تناؤل الفرق بين نسب الأمهات ذوات التنشئة الحضرية مقابل ذوات التنشئة الريفية في عمر الطفل عند إدخال الأغذية التكميلية إلا أن الفرق يرتفع إلى 3,8% لصالح الأمهات الحضريات اللاتي أدخلن أغذية تكميلية عند بلوغ الطفل سن 7 أشهر فأكثر وهذا أمر غير متوقع حيث تشير أغلب الدراسات إلى أن الأمهات في الريف هم أكثر تأخراً في إدخال الأغذية التكميلية بالأمهات في الحضر، ولكن لم يوجد أي فرق ذا دلالة إحصائية بين الأمهات في الحضر وأولئك في الريف من ناحية إدخال الأغذية التكميلية.

أما بالنسبة لتأثير المستوى التعليمي للأم في هذا الجانب فإن بيانات الجدول تدل على ميل الأمهات ذوات التعليم المتوسط إلى إدخال أغذية تكميلية قبل بلوغ الرضيع سن الـ 4 أشهر مقارنة بالأمهات في الفئات التعليمية الأخرى، حيث بلغت النسب 28,3% و 13,4% و 22,8% لفئة التعليم المتوسط والمنخفض والعالي على التوالي، ونلاحظ تأثيراً مشابهاً في هذا الجانب بالنسبة للمستوى التعليمي للأزواج. وعموماً نجد أن الأمهات ذوات التعليم العالي هم أقل ميلاً في تأخير الأغذية التكميلية للطفل مقارنة بالفئات التعليمية الأخرى وهذا ينطبق مع العديد من الدراسات في منطقة الخليج وكذلك في الدول النامية.

ومما يلفت النظر قلة تأثير مشاركة المرأة في سوق العمل سواء بالماضي أو الحاضر على إدخال الأغذية التكميلية في غذاء الطفل عند بلوغه سن 1-3 أشهر أو 4-6 أشهر (23% و 71% على التوالي)، بينما تميل الأمهات غير العاملات لتأجيل إدخال الأغذية التكميلية لحين بلوغ الطفل سن 4-6 أشهر أو 7 أشهر فأكثر، وهذا قد يدل على أن عودة المرأة للبقاء في المنزل له تأثير كبير في تغيير هذا السلوك في تغذية الطفل. وتشير إحدى الدراسات في البحرين (مصيفر، 1991) إلى أن الأمهات العاملات أكثر ميلاً لإرضاع أطفالهن من غير العاملات وقد يرجع ذلك إلى جوانب نفسه حيث تشعر الأم بالتقصير في العناية بالطفل عند تركه في المنزل، لذا فأنها تحاول الاهتمام بتغذيته خاصة من الثدي لتعويض هذا التقصير والاحساس النفسي بقربها بجانب الطفل.

أما بالنسبة لتأثير جنس المولود الأخير فنجد أن الأمهات اللاتي أنجبن إنثاءً أسرع في إدخال الأغذية التكميلية في طعام الطفل ممن أنجبن طفلاً ذكراً (22,6% مقابل 18,3%). ونجد اتجاهاً مشابهاً عند من لم يسبق لهن الإجهاض وكذلك بين من يستخدمن مانعاً للحمل.

وباحتساب مربع كاي لم تلاحظ أي دلالة إحصائية بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية من جهة وعمر الطفل عند إدخال الأغذية التكميلية من جهة أخرى.

جدول (٨) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وعمر الطفل الأخير عند إدخال الأغذية التكميلية *.

المجموع		عمر الطفل عند إدخال الأغذية التكميلية			الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	% + ٧	% ٦ - ٤	% ٣ - ١	
					العمر الحالي للأم
٧٣	١٠٠,٠	٦,٨	٦٨,٥	٢٤,٧	أقل من ٢٥
١٩٥	١٠٠,٠	٧,٧	٧٠,٨	٢١,٥	٢٥ - ٣٤
٦٧	١٠٠,٠	٦,٠	٨٠,٦	١٣,٤	+ ٣٥
					مكان التشاؤ الأولى للأم
١٥١	١٠٠,٠	٩,٣	٧١,٥	١٩,٢	حضر
١٨٤	١٠٠,٠	٥,٥	٧٢,٨	٢١,٧	ريف
					مستوى تعليم الأم
١٢٧	١٠٠,٠	٧,٩	٧٨,٧	١٣,٤	منخفض
٨٥	١٠٠,٠	٨,٢	٦٣,٥	٢٨,٣	متوسط
١٢٣	١٠٠,٠	٥,٧	٧١,٥	٢٢,٨	عالي
					عمل الأم
٢٣٦	١٠٠,٠	٧,٦	٧٢,٩	١٩,٥	حاليا لا تعمل
٣٤	١٠٠,٠	٦,٩	٧٠,٦	٢٣,٥	عملت سابقا
٦٥	١٠٠,٠	٦,١	٧٠,٨	٢٣,١	تعمل حاليا
					مستوى تعليم الزوج
٧٩	١٠٠,٠	١٠,١	٧٢,٢	١٧,٧	منخفض
١١٧	١٠٠,٠	٦,٠	٧٠,٩	٢٣,١	متوسط
١٣٩	١٠٠,٠	٦,٥	٧٣,٤	٢٠,١	عالي
					جنس المولود الأخير
١٥٨	١٠٠,٠	٧,٠	٧٤,٧	١٨,٣	ذكر
١٧٧	١٠٠,٠	٧,٣	٧٠,١	٢٢,٦	انثى
					عدد مرات الإجهاض
٢٥٤	١٠٠,٠	٦,٣	٦٩,٦	٢٤,١	لا يوجد
٥٦	١٠٠,٠	١٠,٧	٨٠,٤	٨,٩	١
٢٥	١٠٠,٠	٨,٠	٨٠,٠	١٢,٠	+ ٢
					استخدام موانع الحمل
١٩٨	١٠٠,٠	٧,١	٧١,٧	٢١,٢	تستخدم مانع حاليا
١٣٧	١٠٠,٠	٧,٣	٧٣,٠	١٩,٧	لا تستخدم مانع حاليا
					نوع المانع المستخدم
٩٨	١٠٠,٠	٧,١	٧٠,٤	٢٢,٤	مانع تقليدي
١٠٠	١٠٠,٠	٧,٠	٧٣,٠	٢٠,٠	مانع حديث
٣٣٥	١٠٠,٠	٧,٢	٧٢,٢	٢٠,٦	المجموع
		٢٤	٢٤٢	٦٩	العدد

* يشمل الأمهات اللاتي بدأن في إدخال الأغذية التكميلية للطفل .

طول فترة الرضاعة الطبيعية للطفل الأخير والطفل الذي يسبقه مباشرة

يعتبر طول فترة الرضاعة الطبيعية من المقاييس الهامة التي تستخدم للتعرف على مدى رسوخ ممارسة الرضاعة من الثدي في المجتمع. ولقد أوضحت الدراسات أن العديد من المجتمعات في الدول النامية والفقيرة تمارس الرضاعة الطبيعية لمدة طويلة ولكنها في الوقت نفسه تتأخر في تقديم الأغذية المكملة لحليب الأم مما يؤثر على الحالة الصحية والغذائية للطفل. وفي البحرين وجد أن هناك انخفاضاً لطول فترة الرضاعة الطبيعية خلال الفترة ١٩٧٥-١٩٨٥ ولكن مع تكثيف حملات التوعية الصحية وكذلك برامج الأمومة والطفولة التي تهدف إلى تعزيز وتشجيع الرضاعة الطبيعية بدأت نسبة لآبأس بها من الأمهات بالعودة إلى الرضاعة الطبيعية. وتشير بيانات مسح صحة الطفل (Ministry of Health, 1992) إلى أن متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية قد ارتفع إلى ١١ شهراً وهذه فترة معقولة جداً. ولكن يعيب أغلب الدراسات في هذا الجانب أنها لا تحدد نسبة الأمهات اللاتي يرضعن لفترات قصيرة (أقل من ٤ اشهر) فالمتوسط الحسابي غالباً لا يدل على نسب الأمهات اللاتي يرضعن لفترات طويلة وقصيرة خاصة.

وفي دراستنا الحالية نحاول أن نربط العلاقة بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية من جانب وبين طول فترة الرضاعة للطفل الأخير والذي يسبقه مباشرة من جانب آخر للتعرف على مدى تأثير هذه العوامل على طول مدة الرضاعة. وقد تم تقسيم مدة الرضاعة إلى ٥ فترات وهي أقل من ٤ أشهر و ٤-٦ أشهر و ٧-٩ أشهر و ١٠-١٢ شهراً وأخيراً أكثر من سنة. ويفيد هذا التقسيم في التعرف على نسب الأمهات اللاتي استمررن في الرضاعة الطبيعية حتى العام الثاني.

ويبين الجدولين (٩ و ١٠) توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومدة رضاعة الطفل الأخير والذي يسبقه مباشرة على التوالي. وإن أول ما يلفت النظر من البيانات المدونة في هذين الجدولين أن نسبة الأمهات اللاتي أرضعن أطفالهن طبيعياً لأكثر من ١٢ شهراً قد انخفضت من ٦٠٪ إلى ٣٣٪ أي حوالي النصف وذلك عند مقارنة طول فترة الرضاعة للطفل الأخير وقبل الأخير على التوالي. وبالمقابل ارتفعت نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن لأقل من ٤ اشهر. وهذه المؤشرات تدق ناقوس الخطر وتشير إلى وجود تحول نحو الرضاعة الاصطناعية على حساب الرضاعة الطبيعية. وقد تشكلت هذه النتائج من مدى جدوى برامج التوعية وكذلك برامج الأمومة والطفولة في إقناع الأمهات بممارسة الرضاعة الطبيعية لفترة طويلة.

وبدراسة تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على طول فترة الرضاعة للطفل الأخير وقبل الأخير نجد أن تشابه تأثير هذه العوامل على مدة الرضاعة من الثدي للطفل الأخير وكذلك الطفل الذي يسبقه مباشرة ما عدا عمل الأم حيث نجد أن أعلى نسبة للرضاعة الطبيعية لأقل من ٤ أشهر كانت عند الأمهات اللاتي عملن سابقاً وتعمل حالياً بالنسبة للطفل الأخير، بينما نجد أن أعلى نسبة كانت عند الأمهات اللاتي تعمل حالياً و اللاتي لم تعمل قط بالنسبة للطفل قبل الأخير. كما لوحظ أن هناك توجهاً كبيراً عند الأمهات الشابات (أقل من ٢٥ سنة) نحو تقليل مدة الرضاعة الطبيعية مقارنة بالأمهات في الفئات العمرية الأخرى. فبينما كان ٦٨٪ من الأمهات الشابات يرضعن أطفالهن لأكثر من ١٢ شهراً انخفضت النسبة إلى ٢٥٪ عند رضاعة الأخير. وهذا التوجه قد

يعطي انطباعاً أن الجيل الجديد من النساء أقل ممارسة للرضاعة الطبيعية من الجيل الأكبر منه سناً وتتشابه نتائج هذه الدراسة مع دراسات أخرى في دول الخليج العربية (Musaiger, 1994) حيث وجد أن طول فترة الرضاعة تتزايد مع ارتفاع عمر الأم. وقد يرجع ذلك إلى أن غالبية النساء الشابات هن عاملات وبالتالي صعوبة الموازنة بين الاستمرار في الرضاعة الطبيعية والاستمرار في العمل، وللتعرف على الأسباب الحقيقية لهذه الظاهرة فإنه يفضل إجراء دراسة مقارنة بين جيل الأمهات الحالي وجيل الأمهات السابق نحو ممارسة الرضاعة الطبيعية وكذلك طول مدتها لأن دراسة كهذه تلقي الضوء على العوامل الرئيسية وراء انحسار الرضاعة الطبيعية عند الجيل الجديد من الأمهات.

وعند ربط العلاقة بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية ونسبة الأمهات اللاتي أرضعن أطفالهن لأكثر من عام تبين لنا أن الأمهات اللاتي نشأن في الريف وذوات التعليم المنخفض واللاتي لم يعملن قط هن أكثر ميلاً لإطالة الرضاعة من الثدي مقارنة الأمهات اللاتي نشأن في الحضر وذوات التعليم المتوسط والعالي واللاتي يعملن. ولقد كان تأثير الزوج على طول فترة الرضاعة الطبيعية مشابه لتأثير تعليم الأم.

وعند أخذ جنس الطفل بعين الاعتبار وجد أن النسبة المئوية للأطفال الإناث اللاتي أرضعن طبيعياً لأكثر من سنة كانت أعلى منها عند الأطفال الذكور للطفل الأخير (٣٧٪ مقابل ٢٨٪) ولكن لا يوجد فرق في نسب الإرضاع عند الجنسين للطفل قبل الأخير. إن طول فترة الرضاعة الطبيعية للإناث ولكن لم يكن متوقعاً حيث تشير دراسة سابقة (مصيفر، ١٩٩١) إلى أن متوسط طول فترة الرضاعة عند الذكور كانت أعلى بحوالي شهر مقارنة بالإناث ولكن لم يكن هناك فرق ذا دلالة إحصائية. كما تبين المعاملات الإحصائية في الدراسة الحالية أنه لا يوجد فرق ذا دلالة إحصائية في طول فترة الرضاعة وجنس المولود سواء الأخير أو قبل الأخير.

ويبدو أن الأمهات اللاتي لا يستخدمن مانع للحمل هم أكثر ميلاً نحو إطالة فترة الرضاعة الطبيعية فنجد أن ٣٦٪ من الأمهات اللاتي لا يستخدمن موانع للحمل أثناء إجراء الدراسة أرضعن أطفالهن لفترة أكثر من سنة مقابل ٢٧٪ عند الأمهات اللاتي يستخدمن مانع للحمل وذلك للطفل الأخير وكانت النسبة ٥٢٪ و ٦٨٪ على التوالي للطفل قبل الأخير. وقد يرجع ذلك إلى أن بعض موانع الحمل مثل الحبوب تؤثر على إفراز الحليب وتقلله وبالتالي تساعد على تقليل مدة الرضاعة الطبيعية ويعزز هذا الاستنتاج أن نسبة الأمهات اللاتي يستخدمن موانع تقليدية للحمل أكثر استعداداً لإطالة فترة الرضاعة الطبيعية مقارنة بالأمهات اللاتي يستخدمن موانع حديثة للحمل كالحبوب والعازل الطبي.

وباحتساب مربع كاي تبين أن هناك دلالة إحصائية بين مدة الرضاعة الطبيعية للطفل الأخير ومكان تنشئة الأم (٠,٠٠٣) ومستوى تعليم الأم (٠,٠٢) وعمل الأم (٠,٠١) أما بالنسبة للإجهاض واستخدام موانع الحمل ونوعها فلم توجد لهما أي دلالة إحصائية. وبالنسبة للطفل قبل الأخير فلقد وجد أنه لا توجد أي دلالة إحصائية بين طول فترة رضاعته وجميع المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية.

جدول (٩) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومدّة رضاعة الطفل الأخير*.

المجموع		مدّة رضاعة الطفل الأخير (شهر)					الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	% +١٣	% ١٢ - ١٠	% ٩-٧	% ٦-٤	أقل من ٤ %	
٢٨	١٠٠,٠	٢٥,٠	١٠,٧	١٠,٧	٢٨,٦	٣٥,٧	العمر الحالي للأم أقل من ٢٥
١٠٨	١٠٠,٠	٢٩,٦	٦,٥	٩,٢	٢٣,١	٣٢,٤	٢٥ - ٣٤
٣٦	١٠٠,٠	٤٧,٢	٨,٣	٢,٨	١٣,٩	٢٧,٨	+ ٣٥
٩٢	١٠٠,٠	١٩,٦	٧,٦	٨,٧	٢٩,٣	٣٥,٩	مكان النشأة الأولى للأم حضر
٨٠	١٠٠,٠	٤٧,٥	٧,٥	٧,٥	١٣,٨	٢٣,٨	ريف
٦٣	١٠٠,٠	٤٧,٦	١١,١	٦,٣	٧,٩	٢٧,٠	مستوى تعليم الأم منخفض
٣٦	١٠٠,٠	٢٥,٠	٨,٣	٥,٦	٢٧,٨	٣٣,٣	متوسط
٧٣	١٠٠,٠	٢٣,٣	٤,١	٩,٦	٣١,٥	٣١,٥	عالي
١٠٥	١٠٠,٠	٤١,٠	٩,٥	٥,٧	١٦,٢	٢٧,٦	عمل الأم حاليا لا تعمل
٢٠	١٠٠,٠	٣٠,٠	-	١٠,٠	٢٥,٠	٣٥,٠	عملت سابقا
٤٧	١٠٠,٠	١٤,٩	٦,٤	١٠,٦	٣٤,٠	٣٤,٠	تعمل حاليا
٤٠	١٠٠,٠	٥٠,٠	٥,٠	٧,٥	٧,٥	٣٠,٦	مستوى تعليم الزوج منخفض
٥٦	١٠٠,٠	٣٩,٣	٨,٩	٣,٦	١٢,٥	٣٥,٧	متوسط
٧٦	١٠٠,٠	١٨,٤	٧,٩	١٠,٥	٣٦,٨	٢٦,٣	عالي
٨٨	١٠٠,٠	٢٨,٤	٦,٨	٩,١	٢٥,٠	٣٠,٦	جنس المولود الأخير ذكر
٨٤	١٠٠,٠	٣٦,٩	٨,٣	٦,٠	١٩,٠	٢٩,٨	انثى
١٢١	١٠٠,٠	٣٢,٢	٧,٤	٦,٦	١٩,٨	٣٣,٩	عدد مرات الإجهاض لا يوجد
٣٤	١٠٠,٠	٣٥,٣	٨,٨	٥,٩	٢٣,٥	٢٦,٤	١
١٧	١٠٠,٠	٢٩,٤	٥,٩	١٧,٦	٣٥,٣	١١,٨	+ ٢
٩٠	١٠٠,٠	٢٦,٧	٢,٢	٦,٧	٢٧,٨	٢٦,٧	استخدام موانع الحمل تستخدم مانع حاليا
٨٢	١٠٠,٠	٣٩,٠	١٣,٤	٨,٥	١٥,٩	٢٣,٢	لا تستخدم مانع حاليا
٣٦	١٠٠,٠	٣٣,٣	-	٢,٨	٢٢,٢	٤١,٧	نوع المانع المستخدم مانع تقليدي
٥٤	١٠٠,٠	٢٢,٢	٣,٧	٩,٣	٣١,٥	٣٣,٣	مانع حديث
١٧٢	١٠٠,٠	٣٢,٦	٧,٦	٧,٦	٢٢,١	٣٠,٠	المجموع
		٥٧	١٣	١٣	٣٨	٥١	العدد

* يشمل الأمهات اللاتي فطمن طفلهن الأخير من حليب الثدي.

جدول (١٠) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومدة رضاعة الطفل قبل الأخير*.

المجموع	مدة رضاعة الطفل قبل الأخير						الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
	العدد	%	% +١٣	% ١٢ - ١٠	% ٩-٧	% ٦-٤	
٢٨	١٠٠,٠	٦٧,٩	٧,١	٣,٦	١٧,٩	٣,٦	العمر الحالي للأم أقل من ٢٥
١٠٨	١٠٠,٠	٥٧,٤	٣,٧	٩,٣	١١,١	١٨,٥	٢٥ - ٣٤
٣٦	١٠٠,٠	٦١,١	٨,٣	٨,٣	٥,٦	١٦,٧	+ ٣٥
٩٢	١٠٠,٠	٤٨,٩	٥,٤	٨,٧	١٥,٢	٢١,٧	مكان النشأة الأولى للأم
٨٠	١٠٠,٠	٧٢,٥	٥,٠	٧,٥	٦,٣	٨,٨	حضر
٦٣	١٠٠,٠	٧٨,٣	٤,٨	٦,٣	٤,٨	١٥,٩	ريف
٣٦	١٠٠,٠	٥٠,٠	٨,٣	٥,٦	١٦,٧	١٩,٤	مستوى تعليم الأم
٧٣	١٠٠,٠	٥٧,٥	٤,١	١١,٠	١٣,٧	١٣,٧	منخفض
١٠٥	١٠٠,٠	٦٠,٠	٦,٧	٧,٦	٩,٥	١٦,٢	متوسط
٢٠	١٠٠,٠	٦٠,٠	٥,٠	٥,٠	٢٠,٠	١٠,٠	عالي
٤٧	١٠٠,٠	٥٩,٦	٢,١	١٠,٦	١١,٦	١٧,٠	عمل الأم
٤٠	١٠٠,٠	٦٠,٠	٥,٠	٧,٥	١٠,٠	١٧,٥	حاليا لا تعمل
٥٦	١٠٠,٠	٥٨,٩	٧,١	١,٨	١٢,٥	١٩,٦	عملت سابقا
٧٦	١٠٠,٠	٦٠,٥	٣,٩	١٣,٢	١٠,٥	١١,٨	تعمل حاليا
٨٨	١٠٠,٠	٦٠,٢	٦,٨	٨,٠	١١,٤	١٣,٦	مستوى تعليم الزوج
٨٤	١٠٠,٠	٥٩,٥	٣,٦	٨,٣	١٠,٧	١٧,٩	منخفض
١٢١	١٠٠,٠	٥٨,٧	٥,٨	٧,٤	٩,٩	١٨,٢	متوسط
٣٤	١٠٠,٠	٦٧,٦	-	٨,٨	١١,٨	١١,٨	عالي
١٧	١٠٠,٠	٥٢,٩	١١,٨	١١,٨	١٧,٦	٥,٩	جنس المولود الأخير
٩٠	١٠٠,٠	٥٢,٢	٣,٣	٨,٩	١٤,٤	٢١,١	ذكر
٨٢	١٠٠,٠	٦٨,٣	٧,٣	٧,٣	٧,٣	٩,٨	انثى
٣٦	١٠٠,٠	٦٣,٩	-	٨,٣	٨,٣	١٩,٤	عدد مرات الإجهاض
٥٤	١٠٠,٠	٤٤,٤	٥,٦	٩,٣	١٨,٥	٢٢,٢	لا يوجد
١٧٢	١٠٠,٠	٥٩,٩	٥,٢	٨,١	١١,٠	١٥,٧	١
		١٠٣	٩	١٤	١٩	٢٧	+ ٢
							استخدام موانع الحمل
							تستخدم مانع حاليا
							لا تستخدم مانع حاليا
							نوع المانع المستخدم
							مانع تقليدي
							مانع حديث
							المجموع
							العدد

* يشمل الأمهات اللاتي فطمن طفلهن الأخير من حليب الثدي.

رابعاً : اتجاه الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية

اتجاه الأمهات نحو المدة التي يجب إرضاع الطفل خلالها من الثدي

إن معرفة اتجاه الأمهات نحو طول فترة الرضاعة من الثدي يعدّ مؤشراً هاماً لتوجه الأم لممارسة الرضاعة الطبيعية وكذلك قياس مستوى معلوماتها في مجال تغذية الطفل. وبينت الدراسة الحالية أن ٨١٪ من الأمهات يؤمن بضرورة استمرار الرضاعة الطبيعية إلى العام الثاني من عمر الطفل في حين تعتقد ١٩٪ منهن بأن الرضاعة من الثدي يجب أن تتوقف خلال العام الأول من عمر الطفل.

وتوضح بيانات الجدول (١١) أن نسب الأمهات اللاتي يؤمن بضرورة استمرار الرضاعة الطبيعية حتى العام الثاني من عمر الطفل تبلغ ٩١٪ بين الفئة العمرية ٣٥ سنة فأكثر وتقل هذه النسبة إلى ٧٦٪ في الفئة العمرية ٢٥-٣٤ سنة، ويبدو الفرق واضحاً عند الأمهات ذوات التنشئة الريفية مقارنة بذوات التنشئة الحضرية (٩٠,٧٪ و ٦٨٪ على التوالي) وباحتساب مربع كاي وجد أن هناك دلالة إحصائية بين عمر الأم (٠,٠١) ومكان نشأتها (٠,٠٠١) من جهة واتجاهها نحو الإرضاع الطبيعي.

إن نسب الأمهات اللاتي يؤمن بضرورة استمرار الرضاعة من الثدي لأكثر من العام الواحد تتناسب عكسياً مع مشاركة المرأة في سوق العمل وكذلك مع المستوى التعليمي للأم والأب، إلا أنه يمكن ملاحظة أن تأثير تعليم الأم كان أقوى من تأثير تعليم الأب في هذا الجانب. ولقد كان لتعليم الأم دلالة إحصائية قوية (٠,٠٠١) بينما لا توجد أي دلالة إحصائية لتعليم الأب. أما بالنسبة لعمل الأم فلقد كان الفرق ذا دلالة إحصائية قوية كذلك (٠,٠٠١).

ولم يترتب على جنس المولود الأخير أي فرق في اتجاه الأمهات نحو طول فترة الرضاعة من الثدي، ولا يعطينا عامل عدد مرات الإجهاض فروقات ذات دلالة إحصائية حيث أن نسب الأمهات المؤيدات لاستمرار الرضاعة من الثدي لمدة تزيد على العام الواحد كانت ٨٢,١٪ لدى الأمهات اللاتي لم يجهضن قط في حياتهن و ٧٥,٤٪ و ٨٠,٠٪ لدى من أجهضن مرة واحدة أو مرتين فأكثر على التوالي. أما من ناحية استخدام موانع الحمل فنجد النسبة أعلى عند غير المستخدمات لأي وسيلة لمنع الحمل مقارنة بالمستخدمات، كما أن الفرق بين المستخدمات لوسيلة تقليدية والمستخدمات لوسيلة منع حمل حديثة كان ضئيلاً (٣٪). ولم تلاحظ أي دلالة إحصائية بين هذه المتغيرات واتجاه الأم نحو الإرضاع الطبيعي.

اتجاه الأمهات نحو تأثير الرضاعة الطبيعية على خصوبة المرأة

من المعروف أن الرضاعة من الثدي تؤدي في كثير من الأحيان إلى منع حدوث حمل جديد، وهذا يتوقف على تكرار الرضاعة أثناء النهار والليل وكذلك كثافة الرضاعة في المرة الواحدة، وتجهل العديد من الأمهات علاقة الرضاعة الطبيعية بمنع حمل جديد. وبهدف معرفة اتجاه الأمهات البحرينيات في هذا الشأن، فقد تم تخصيص سؤال لهذا الغرض في الاستمارة، وقد لوحظ أثناء إجراء الدراسة أن الأمهات كن يستندن في

إجاباتهم على هذا السؤال على تجربتهم الخاصة أو على تجارب قريباتهن أو صديقاتهن .

وبصفة عامة تبين أن ٢١,٨ ٪ من الأمهات يؤمن بفعالية الرضاعة الطبيعية في منع الحمل، في حين رأى ٥٣,٥ ٪ منهن بأن الرضاعة ليس لها تأثير في منع الحمل ورأى ١٧,٢ ٪ أنها قد تكون ذات تأثير فعال في بعض الأحيان - أي أنها تكون وسيلة ناجحة لدى بعض النساء دون البعض الآخر - وأوضحت ٧,٥ ٪ من الأمهات أنهن لا يعرفن مدى تأثير الرضاعة على منع الحمل وتعطي هذه النسب مؤشراً هاماً للمعنيين بتشجيع الرضاعة الطبيعية أو بترويج وسائل تنظيم الأسرة نحو أهمية توعية الأمهات حول دور الرضاعة من الثدي في منع الحمل .

وإذا ركزنا على نسب الأمهات اللاتي يؤمن بتأثير الرضاعة الطبيعية في منع الحمل ومدى تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية نجد أن هناك تفاوت في النسب حسب هذه العوامل . فالأمهات في المرحلة العمرية الأقل من ٢٥ سنة والأكثر من ٣٤ سنة هن الأكثر اعتقاداً بتأثير الرضاعة على تأخير الحمل، كذلك نجد أن الأمهات اللاتي نشأن في الريف وذوات المستوى التعليمي المنخفض والمتوسط هن الأكثر اعتقاداً بتأثير الرضاعة ولقد لوحظ التأثير نفسه عند دراسة علاقة تعليم الزوج بهذا الاعتقاد . كما أن الأم التي لم تعمل قط أو تلك التي كان مولودها الأخير أنثى والتي لم تجهز قط كانت أكثر قناعة بشأن فعالية الرضاعة من الثدي في منع الحمل (جدول ١٢) .

وتعتقد ١٦,٧ ٪ من الأمهات اللاتي يستخدمن وسيلة لمنع الحمل بفعالية الرضاعة على خصوبة المرأة بينما كانت النسبة ٢٨ ٪ عند الأمهات اللاتي لا يستخدمن أي وسيلة لمنع حدوث حمل جديد . أما إذا أخذنا في الاعتبار نوع المانع المستخدم نجد أن ١٩,٧ ٪ ممن يستخدمن وسيلة تقليدية لمنع الحمل و ١٣,٦ ٪ ممن يستخدمن وسيلة حديثة يعتقدن بفعالية الرضاعة من الثدي في منع الحمل . وبالمقابل نجد أن ٥٩,٨ ٪ من الفئة الأولى و ٦٢,٧ ٪ من الفئة الثانية ارتأين أنه لا يمكن الاعتماد على الرضاعة الطبيعية كمانع للحمل . ويمكننا الاستنتاج هنا بأن النساء اللاتي يتبعن تنظيم الأسرة و اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل هن أكثر اتساقاً في اتجاههن وسلوكهن الفعلي ذلك أنهن قد ترجمن ما يؤمن به إلى سلوك إيجابي .

وعند إجراء المعاملات الإحصائية باستخدام مربع كاي وجد أنه لا توجد أي دلالة إحصائية بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأم واتجاهها نحو تأثير الرضاعة على خصوبة المرأة باستثناء متغير استخدام موانع الحمل حيث وجد أنه ذو دلالة إحصائية قوية (٠,٠٠٣) .

خامساً : العوامل المؤثرة على انقطاع الطمث بسبب الإرضاع من الثدي

من الأمور المتعارف عليها أن الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن من الثدي فقط - أي دون إعطائهم حليباً اصطناعياً أو أغذية أخرى - لا يسترجعن الطمث في وقت مبكر بعد الولادة على عكس الأمهات اللاتي لا يرضعن من الثدي أو اللاتي يتبعن الرضاعة الاصطناعية في سن مبكرة من عمر الطفل . ففي دراسة أجريت بقطاع غزة بفلسطين اتضح أن هناك علاقة وثيقة بين الرضاعة الطبيعية وعاملين أساسيين في تحديد الفترة الفاصلة بين ولادة وأخرى وهما فترة انقطاع الطمث بعد الولادة وفترة الانتظار لحدوث حمل جديد . فالنساء اللاتي يرضعن من الثدي وحدث لهن الطمث بعد الولادة وواصلن الإرضاع هن أقل احتمالاً للتعرض

جدول (١١) : توزيع الأمهات وذلك حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
والمدة التي يعتقدون أنها واجبة لرضاعة الطفل من الثدي.

المجموع		المدة الواجبة للرضاعة		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	سنة فأكثر %	أقل من سنة %	
٩٠	١٠٠,٠	٨٣,٣	١٦,٧	العمر الحالي للأم أقل من ٢٥
٢٣١	١٠٠,٠	٧٦,٢	٢٣,٨	٢٥ - ٣٤
٧٩	١٠٠,٠	٩١,١	٨,٩	+ ٣٥
١٧٥	١٠٠,٠	٦٨,٠	٣٢,٠	مكان النشأة الأولى للأم حضر
٢٢٥	١٠٠,٠	٩٠,٧	٩,٣	ريف
١٥٦	١٠٠,٠	٩٠,٤	٩,٦	مستوى تعليم الأم منخفض
١٠٠	١٠٠,٠	٨١,٠	١٩,٠	متوسط
١٤٤	١٠٠,٠	٧٠,١	٢٩,٩	عالي
٢٨٥	١٠٠,٠	٨٥,٣	١٤,٧	عمل الأم حاليا لا تعمل
٤١	١٠٠,٠	٧٥,٦	٢٤,٤	عملت سابقا
٧٤	١٠٠,٠	٦٦,٢	٣٣,٨	تعمل حاليا
٩٦	١٠٠,٠	٨٤,٤	١٥,٦	مستوى تعليم الزوج منخفض
١٣٩	١٠٠,٠	٨١,٣	١٨,٧	متوسط
١٦٥	١٠٠,٠	٧٨,٢	٢١,٨	عالي
١٩٢	١٠٠,٠	٨٠,٧	١٩,٣	جنس المولود الأخير ذكر
٢٠٨	١٠٠,٠	٨٠,٨	١٩,٢	انثى
٣٠١	١٠٠,٠	٨٢,١	١٧,٩	عدد مرات الإجهاض لا يوجد
٦٩	١٠٠,٠	٧٥,٤	٢٤,٦	١
٣٠	١٠٠,٠	٨٠,٠	٢٠,٠	+ ٢
٢٢٧	١٠٠,٠	٧٧,١	٢٢,٩	استخدام موانع الحمل تستخدم مانع حاليا
١٧٣	١٠٠,٠	٨٥,٥	١٤,٥	لا تستخدم مانع حاليا
١١٧	١٠٠,٠	٧٨,٦	٢١,٤	نوع المانع المستخدم مانع تقليدي
١١٠	١٠٠,٠	٧٥,٥	٢٤,٥	مانع حديث
٤٠٠	١٠٠,٠	٨٠,٨	١٩,٣	المجموع
		٣٢٣	٧٧	العدد

جدول (١٢) : توزيع الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية واتجاههم نحو تأثير الرضاعة الطبيعية كمانع للحمل.

المجموع		تأثير الرضاعة على منع الحمل				الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	لا تعرف	أحيانا	لا	نعم	
						العمر الحالي للأم
٩٠	١٠٠,٠	٥,٦	١٦,٧	٥٢,١	٢٥,٦	أقل من ٢٥
٢٣٦	١٠٠,٠	٩,٥	١٧,٣	٥٣,٧	١٩,٥	٢٥ - ٣٤
٧٩	١٠٠,٠	٣,٨	١٧,٧	٥٤,٤	٢٤,١	+ ٣٥
						مكان النشأة الأولى للأم
١٧٥	١٠٠,٠	٨,٠	١٦,٦	٥٦,٠	١٩,٤	حضر
٢٢٥	١٠٠,٠	٧,٠	١٧,٨	٥١,٦	٢٣,٦	ريف
						مستوى تعليم الأم
١٥٦	١٠٠,٠	٧,٧	١٧,٣	٥١,٩	٢٣,١	منخفض
١٠٠	١٠٠,٠	٦,٠	١٧,٠	٥٤,٠	٢٣,٠	متوسط
١٤٤	١٠٠,٠	٨,٣	١٧,٤	٥٤,٩	١٩,٤	عالي
						عمل الأم
٢٨٥	١٠٠,٠	٧,٤	١٦,٨	٥٢,٦	٢٣,٢	حاليا لا تعمل
٤١	١٠٠,٠	٩,٨	١٩,٥	٥٣,٧	١٧,١	عملت سابقا
٧٤	١٠٠,٠	٦,٨	١٧,٦	٥٦,٨	١٨,٩	تعمل حاليا
						مستوى تعليم الزوج
٩٦	١٠٠,٠	٥,٢	١٩,٨	٤٩,٠	٢٦,٠	منخفض
١٣٩	١٠٠,٠	٧,٢	١٧,٣	٥١,٠	٢٤,٥	متوسط
١٦٥	١٠٠,٠	٩,١	١٥,٧	٥٨,٢	١٧,٠	عالي
						جنس المولود الأخير
١٩٢	١٠٠,٠	٨,٩	١٩,٣	٥٤,٢	١٧,٧	ذكر
٢٠٨	١٠٠,٠	٦,٢	١٥,٤	٥٢,٩	٢٥,٥	انثى
						عدد مرات الإجهاض
٣٠١	١٠٠,٠	٨,٦	١٨,٦	٥٠,٥	٢٢,٣	لا يوجد
٦٩	١٠٠,٠	٢,٩	١٣,١	٦٢,٣	٢١,٧	١
٣٠	١٠٠,٠	٦,٧	١٣,٣	٦٣,٣	١٦,٧	+ ٢
						استخدام موانع الحمل
٢٢٧	١٠٠,٠	٦,٦	١٥,٥	٦١,٢	١٦,٧	تستخدم مانع حاليا
١٧٣	١٠٠,٠	٨,٧	١٩,٧	٤٣,٤	٢٨,٣	لا تستخدم مانع حاليا
						نوع المانع المستخدم
١١٧	١٠٠,٠	٦,٨	١٣,٧	٥٩,٨	١٩,٧	مانع تقليدي
١١٠	١٠٠,٠	٦,٤	١٧,٣	٦٢,٧	١٣,٦	مانع حديث
٤٠٠	١٠٠,٠	٧,٥	١٧,٢	٥٣,٥	٢١,٨	المجموع
		٣٠	٦٩	٢١٤	٨٧	العدد

لحمل جديد من النساء الأخريات (Anderson et al, 1986).

ولكي تتأخر الإباضة (الطمث) بعد الولادة يجب أن تقوم الأم بعدة ممارسات متعلقة بالرضاعة الطبيعية وهي (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ ب) :

- ١- ممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة أي بدون إدخال أي أغذية أو سوائل أخرى خلال الأربعة الأشهر الأولى من عمر الطفل.
- ٢- طول فترة الرضاعة الطبيعية فكلما ازدادت الفترة كان احتمال تأخير الإباضة أكبر.
- ٣- تكرار الإرضاع من الثدي في الليل والنهار.

وعادة يعود الطمث خلال الشهر الثاني أو الثالث بعد الوضع إلى الأمهات اللاتي لا يرضعن من الثدي أما الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن من الثدي فعادة تطول عندهن فترة ضهي الإرضاع. ولكن أغلب الأمهات اللاتي يرضعن لمدة ١٢ شهراً غالباً ما يعود إليهن الحيض قبل أن ينقطعن عن الرضاعة الطبيعية وقد دلت الدراسات على أن من ١٪ إلى ١٣٪ من الأمهات المرضعات يصبحن حوامل دون أن يحضن بعد الوضع. ففي بعض الحالات تعود الإباضة قبل عودة الحيض (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧).

وفي البحرين لم يدرس تأثير الرضاعة الطبيعية على عودة الطمث، لذا سناحاول من خلال دراستنا هذه القاء الضوء على هذا الجانب مهمدين بذلك الطريق لدراسات أخرى أكثر عمقاً. ويبين الجدول (١٣) نسب الأمهات حسب عمر الطفل الأخير وقت إجراء الدراسة وما إذا استعدن الطمث بعد الولادة أم لا. ونستنتج من هذا الجدول أنه ما إن يبلغ الطفل ١٢ شهراً حتى تكون جميع الأمهات قد استعدن الطمث. وهذا يعني عودة خصوبتهن لطبيعتها السابقة وبالتالي تعرضهن للحمل مرة أخرى ما لم يستخدمن وسيلة لمنع.

وتوضح البيانات كذلك أن نسبة ملموسة من النساء قد استعدن الطمث في فترة قصيرة بعد الولادة، حيث نجد أن ٤٤,٤٪ ممن بلغن طفلهن الأخير أقل من ٥ أشهر من العمر قد استعدن الطمث وترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٥٩٪ ثم إلى ٨٧,٢٪ بين الأمهات اللاتي بلغن طفلهن سن ٥-٨ أشهر و ٩-١٢ شهراً على التوالي.

جدول (١٣) : توزيع الأمهات حسب العمر الحالي للطفل الأخير وعودة الطمث بعد الولادة

المجموع		استعادة الطمث				عمر الطفل (بالأشهر)
		لا		نعم		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
١٠٠,٠	١٠٨	٥٥,٦	٦٠	٤٤,٤	٤٨	أقل من ٥
١٠٠,٠	٧٨	٤١,٠	٣٢	٥٩,٠	٤٦	٥-٨
١٠٠,٠	٤٧	١٢,٨	٦	٨٧,٢	٤١	٩-١٢
١٠٠,٠	١٦٧	-	-	١٠٠,٠	١٦٧	أكثر من ١٢ شهراً
١٠٠,٠	٤٠٠	٢٤,٥	٩٨	٧٥,٥	٣٠٢	المجموع الكلي

تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على عودة الطمث بعد ولادة الطفل الأخير

يوضح الجدول (١٤) العلاقة بين استعادة الطمث بعد ولادة الطفل الأخير وبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية للأمهات ويتضح من هذا الجدول أن هناك علاقة طردية بين استعادة الطمث وعمر الأم ومستواها

التعليمي، ولا نجد مثل هذه العلاقة بالقوة نفسها إذا أخذنا في الاعتبار مستوى تعليم الزوج. أما بالنسبة لعمل الأم فإننا نجد أن له تأثير مغاير لتوقعاتنا، حيث تشكل الأمهات اللاتي كن يعملن سابقاً أعلى نسبة من بين من استعدن الطمث بعد الولادة (٩٢,٧%)، تليها فئة العاملات حالياً (٧٩,٧%)، ثم فئة ربات البيوت (٧١,٩%).

واتساقاً مع توقعاتنا، فقد فاقت نسب الأمهات ذوات التنشئة الحضرية واللاتي استعدن الطمث نسب النساء ذوات التنشئة الريفية حيث كانت نسبة ٨١,٧% و ٧٠,٧% على التوالي. ومن حيث عدد مرات الإجهاض فنجد أن الأمهات اللاتي أجهضن مرتين أو أكثر يشكلن أقل النسب في استعادة الطمث بعد ولادة الطفل الأخير (٦٦,٧%)، تليها الأمهات اللاتي لم يجهضن قط (٧٥,٧%)، وأخيراً اللاتي أجهضن مرة واحدة فقط (٧٨,٣%). ويرتفع الفارق النسبي بين من يستخدمن مانعاً للحمل ومن لا يستخدمنه إلى ٢٣,١%. وتصل إلى ٨,٨% بين من يستخدمن مانعاً حديثاً وأولئك ممن يستخدمن مانعاً تقليدياً. أما بالنسبة لجنس المولود الأخير فلم تشر البيانات إلى وجود تأثير يذكر في هذا الجانب، ولقد كان لعمل الأم (٠,٠١) واستخدام موانع الحمل (٠,٠٠١) دلالة إحصائية مع استعادة الطمث بعد الولادة ولم تلاحظ أي دلالة إحصائية للمتغيرات الأخرى.

ولتسليط مزيد من الضوء على موضوع انقطاع الطمث بعد الولادة سنناقش في الجزئين التاليين من هذه الدراسة مدة انقطاع الطمث بعد ولادة الطفل الأخير وتأثير الرضاعة الطبيعية في ذلك.

مدة انقطاع الطمث بعد الولادة

يبين الجدول (١٥) توزيع الأمهات اللاتي استرجعن الطمث بعد الولادة (بغض النظر عما إذا كن مازلن يرضعن أطفالهن من الثدي أم لا) وحسب مدة انقطاع الطمث، وبصفة عامة نلاحظ أن ٦٢,٣% من الأمهات قد استعدن الطمث في فترة تقل عن الثلاثة أشهر بعد الولادة بينما استعادت ٣٧,٧% منهن الطمث بعد مرور ٣ أشهر أو أكثر. وإذا نظرنا إلى تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية نجد أن ما يقارب من ٦٥% من الأمهات في الفئة العمرية أقل من ٢٥ سنة و ٢٥-٣٤ سنة قد استعدن الطمث في أقل من ٣ أشهر بعد الولادة وذلك مقابل ٥٠,٨% من الفئة العمرية ٣٥ سنة فأكثر.

وبينما استعادت ٥٩,١% من الأمهات اللاتي نشأن في الريف الطمث في أقل من ٣ أشهر بعد الولادة فإن النسبة ترتفع إلى ٦٥,٧% بين النساء اللاتي نشأن في المدن. هذا، وفي الوقت الذي تتركز فيه نسبة من استعدن الطمث بين ذوات التعليم المنخفض والعالي حوالي الـ ٦٠% نجد هذه النسبة تقفز لتصل إلى ما يقرب من ٧٠% عند الأمهات ذوات التعليم المتوسط، والنسبة الأخيرة تنطبق أيضاً على الأمهات العاملات حالياً، بينما تتطابق نسب الأمهات اللاتي عملن سابقاً واللاتي لم يعملن قط. أما بالنسبة لعامل المستوى التعليمي للزوج فإن النسب كانت متقاربة في جميع المستويات التعليمية.

وإذا أخذنا متغير عدد مرات الإجهاض وعلاقته بفترة انقطاع الطمث، نجد أن الفرق بين من أجهضت مرة واحدة وبين من لم تجهض قد يصل إلى ١,٦% فقط، بينما كانت النسبة عند الأمهات اللاتي أجهضن مرتين فأكثر تصل إلى حوالي ٤٥%، وبالتالي فإن ٥٥% منهن قد امتدت فترة انقطاع الطمث لديهن إلى ٣ أشهر فأكثر.

أما بالنسبة لجنس المولود الأخير، فنجد أن النسبة عند من أنجبن طفلاً ذكراً بلغت ٦٤%، في حين تصل إلى ٦٠,٥% عند من أنجبن أنثى. وتتقارب نسب الأمهات اللاتي يستعملن مانعاً للحمل وأولئك اللاتي لا يستعملن أي مانع. وكذلك الحال بالنسبة لمن يستخدمن مانعاً تقليدياً واللاتي يستخدمن مانعاً حديثاً.

وعند استخدام مربع كاي تبين أنه لا يوجد دلالة إحصائية بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومدة انقطاع الطمث.

انقطاع الطمث عند الأمهات المرضعات وقت إجراء الدراسة

يدعو المهتمون بصحة الطفل إلى ضرورة استمرار الرضاعة الطبيعية حتى في حالة عودة الطمث للأم وذلك من أجل صحة الطفل وعلى الأم في حالة عودة الطمث أن تلجأ لاستخدام وسيلة فعالة لمنع حدوث حمل جديد في فترة قصيرة بعد الولادة (اليونسيف، ١٩٩٠). وبالنسبة لعينة البحث الحالي، يوضح الجدول (١٦) أن ٥٨,٨% من الأمهات المرضعات وقت إجراء الدراسة قد استعدن الطمث في حين أن ٤١,٢% منهن لم يستعدن الطمث بعد.

وتشير البيانات إلى أن نسبة الأمهات المرضعات اللاتي استعدن الطمث بعد الولادة تزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم، حيث نجد أن ٥٣,٨% و ٥٩,٤% و ٦٤,٨% من ذوات التعليم المنخفض والمتوسط والعالي على التوالي قد استعدن الطمث، أما بالنسبة لتعليم الزوج فإن النسب تتقارب عند ذوي التعليم المنخفض والمتوسط وترتفع عند ذوي التعليم العالي.

ومن الأمور التي تدعو للدهشة تأثير عمل الأم في هذا الصدد، فنجد أن الأمهات اللاتي لا يعملن في وقت إجراء الدراسة ولكن سبق أن انخرطن في سوق العمل يشكلن أعلى نسبة بين الأمهات (٨٦%) مقارنة بالأمهات اللاتي لم يعملن قط (٥٧%)، و اللاتي يعملن وقت إجراء الدراسة (٤٨%). ولا نستطيع هنا أن نصدر حكماً قاطعاً بأن انخفاض نسبة من استعدن الطمث من الأمهات العاملات عن غيرهن من الأمهات غير العاملات يعود فقط لممارسة الرضاعة الطبيعية إذ أن سن الطفل أو الفترة الفاصلة بين ولادته وتاريخ إجراء الدراسة قد يكون عاملاً مهماً في هذا الجانب، وقد يحتاج الأمر إلى إجراء مسح على عينة من الأمهات ممن أنجبن في فترة زمنية محددة، أي خلال نفس الأسبوع أو الشهر نفسه للتأكد من هذه النتائج.

وفي حين أن ٦٠,٦% و ٦٠% من الأمهات اللاتي لم يفقدن حملهن قط و اللاتي أجهضن مرة واحدة على التوالي قد استعدن الطمث بعد الولادة، فإن تلك النسبة تنخفض بشكل واضح لتصل إلى ٣٠,٨% فقط بين من أجهضن مرتين أو أكثر خلال حياتهن الإنجابية.

وإذا أخذنا في الاعتبار جنس المولود الأخير نجد أن الفرق يبلغ ٥,٢% لصالح الأمهات اللاتي أنجبن ولداً، أما بالنسبة للأمهات اللاتي يستخدمن وسيلة لمنع حدوث حمل جديد فنلاحظ أن نسبتهن تبلغ ٧٦,٦% مقابل ٣١,٩% عند من لا يستخدمن مانعاً للحمل وقد تكون عودة الطمث دافعاً للفئة الأولى من الأمهات لاستخدام وسيلة لمنع الحمل، كما أن خشية المستخدمين لمانع الحمل ممن لم يستعدن الطمث من حدوث حمل لهن قبل حدوث الطمث مرة أخرى لدليل على وعيهن لهذا الجانب. وقد يكون هذا مؤشراً للقائمين على برامج التوعية بوسائل تنظيم الأسرة لتوجيه برامج تثقيفية لفئة النساء غير المستخدمات لأي مانع للحمل. أما بالنسبة للأمهات اللاتي يستخدمن مانعاً للحمل فنجد أن ٧١,٨% ممن يستخدمن وسيلة تقليدية لمنع الحمل (مثل العد أو العزل) قد استعدن الطمث مقابل ٨٢,١% ممن يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل.

وتشير المعاملات الإحصائية أن قيمة مربع كاي كانت ذات دلالة إحصائية لمتغير عمل الأم (٠,٠٢) واستخدام موانع الحمل (٠,٠٠٠) ولم توجد أي دلالة إحصائية للمتغيرات الأخرى عند ربطها باستعادة الطمث بعد الولادة عند الأمهات اللاتي مازلن يمارسن الرضاعة الطبيعية.

جدول (١٤) : توزيع الأمهات حسب استعادة الطمث بعد الولادة وبعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية .

المجموع		استعادة الطمث بعد الولادة		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	% لا	% نعم	
				العمر الحالي للأم
٩٠	١٠٠,٠	٢٧,٨	٧٢,٢	أقل من ٢٥
٢٣١	١٠٠,٠	٢٣,٨	٧٦,٢	٢٥ - ٣٤
٧٩	١٠٠,٠	٢٢,٨	٧٧,٢	+ ٣٥
				مكان النشأة الأولى للأم
١٧٥	١٠٠,٠	١٨,٣	٨١,٧	حضر
٢٢٥	١٠٠,٠	٢٩,٣	٧٠,٧	ريف
				مستوى تعليم الأم
١٥٦	١٠٠,٠	٢٨,٨	٧١,٢	منخفض
١٠٠	١٠٠,٠	٢٧,٠	٧٣,٠	متوسط
١٤٤	١٠٠,٠	١٨,١	٨١,٩	عالي
				عمل الأم
٢٨٥	١٠٠,٠	٢٨,١	٧١,٩	حاليا لا تعمل
٤١	١٠٠,٠	٧,٣	٩٢,٧	عملت سابقا
٧٤	١٠٠,٠	٢٠,٣	٧٩,٧	تعمل حاليا
				مستوى تعليم الزوج
٩٦	١٠٠,٠	٢٨,١	٧١,٩	منخفض
١٣٩	١٠٠,٠	٢٨,١	٧١,٩	متوسط
١٦٥	١٠٠,٠	١٩,٤	٨٠,٦	عالي
				جنس المولود الأخير
١٩٢	١٠٠,٠	٢٤,٥	٧٥,٥	ذكر
٢٠٨	١٠٠,٠	٢٤,٥	٧٥,٥	انثى
				عدد مرات الإجهاض
٣٠١	١٠٠,٠	٢٤,٣	٧٥,٧	لا يوجد
٦٩	١٠٠,٠	٢١,٧	٧٨,٣	١
٣٠	١٠٠,٠	٣٣,٣	٦٦,٧	+ ٢
				استخدام موانع الحمل
٢٢٧	١٠٠,٠	١٤,٥	٨٥,٥	تستخدم مانع حاليا
١٠٨	١٠٠,٠	٥٩,٣	٤٠,٧	لا تستخدم مانع حاليا
				نوع المانع المستخدم
١١٧	١٠٠,٠	١٨,٨	٨١,٢	مانع تقليدي
١١٠	١٠٠,٠	١٠,٠	٩٠,٠	مانع حديث
٤٠٠	١٠٠,٠	٢٤,٥	٧٥,٥	المجموع
		٩٨	٣٠٢	العدد

جدول (١٥) : توزيع الأمهات اللاتي استعدن الطمث بعد ولادة الطفل الأخير
حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومدة انقطاع الطمث.

المجموع		مدة انقطاع الطمث		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	أقل من ٣ %	٣ فأكثر %	
				العمر الحالي للأم
٦٥	١٠٠,٠	٣٥,٤	٦٤,٦	أقل من ٢٥
١٧٦	١٠٠,٠	٣٤,٧	٦٥,٣	٢٥ - ٣٤
٦١	١٠٠,٠	٤٩,٢	٥٠,٨	+ ٣٥
				مكان النشأة الأولى للأم
١٤٣	١٠٠,٠	٣٤,٣	٦٥,٧	حضر
١٥٩	١٠٠,٠	٤١,٩	٥٩,١	ريف
				مستوى تعليم الأم
١١١	١٠٠,٠	٤٠,٥	٥٩,٥	منخفض
٧٣	١٠٠,٠	٣٠,١	٦٩,٩	متوسط
١١٨	١٠٠,٠	٣٩,٨	٦٠,٢	عالي
				عمل الأم
٢٠٥	١٠٠,٠	٣٩,٥	٦٠,٥	حاليا لا تعمل
٣٩	١٠٠,٠	٣٩,٥	٦٠,٥	عملت سابقا
٥٩	١٠٠,٠	٣٠,٥	٦٩,٥	تعمل حاليا
				مستوى تعليم الزوج
٦٩	١٠٠,٠	٣٦,٢	٦٣,٨	منخفض
١٠٠	١٠٠,٠	٣٩,٠	٦١,٠	متوسط
١٣٣	١٠٠,٠	٣٧,٦	٦٢,٤	عالي
				جنس المولود الأخير
١٤٥	١٠٠,٠	٣٥,٩	٦٤,١	ذكر
١٥٧	١٠٠,٠	٣٩,٥	٦٠,٥	انثى
				عدد مرات الإجهاض
٢٢٨	١٠٠,٠	٣٦,٨	٦٣,٢	لا يوجد
٥٤	١٠٠,٠	٣٥,٢	٦٤,٨	١
٢٠	١٠٠,٠	٥٥,٠	٤٥,٠	+ ٢
				استخدام موانع الحمل
١٩٤	١٠٠,٠	٣٦,٦	٦٣,٤	تستخدم مانع حاليا
١٠٨	١٠٠,٠	٣٩,٨	٦٠,٢	لا تستخدم مانع حاليا
				نوع المانع المستخدم
٩٥	١٠٠,٠	٣٥,٨	٦٤,٢	مانع تقليدي
٩٩	١٠٠,٠	٣٧,٤	٦٢,٦	مانع حديث
٣٠٢	١٠٠,٠	٣٧,٧	٦٢,٣	المجموع
		١١٤	١٨٨	العدد

جدول (١٦) : توزيع الأمهات اللاتي مازلن يمارسن الرضاعة الطبيعية حسب عودة الطمث بعد الولادة وبعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية.

المجموع		استعادة الطمث بعد الولادة		الخصائص الاجتماعية والديموغرافية
العدد	%	% لا	% نعم	
٦٢	١٠٠,٠	٤٠,٣	٥٩,٧	العمر الحالي للأم أقل من ٢٥
١٢٣	١٠٠,٠	٤٢,٣	٥٧,٧	٢٥ - ٣٤
٤٣	١٠٠,٠	٣٩,٥	٦٠,٥	+ ٣٥
٨٣	١٠٠,٠	٣٦,١	٦٣,٩	مكان النشأة الأولى للأم حضر
١٤٥	١٠٠,٠	٤٤,١	٥٥,٩	ريف
٩٣	١٠٠,٠	٤٦,٢	٥٣,٨	مستوى تعليم الأم منخفض
٦٤	١٠٠,٠	٤٠,٦	٥٩,٤	متوسط
٧١	١٠٠,٠	٣٥,٢	٦٤,٨	عالي
١٨٠	١٠٠,٠	٤٢,٨	٥٧,٢	عمل الأم حاليا لا تعمل
٢١	١٠٠,٠	١٤,٣	٨٥,٧	عملت سابقا
٢٧	١٠٠,٠	٥١,٩	٤٨,١	تعمل حاليا
٥٦	١٠٠,٠	٤٤,٦	٥٥,٤	مستوى تعليم الزوج منخفض
٨٣	١٠٠,٠	٤٥,٨	٥٤,٢	متوسط
٨٩	١٠٠,٠	٣٤,٨	٦٥,٢	عالي
١٠٤	١٠٠,٠	٤٣,٣	٥٦,٧	جنس المولود الأخير ذكر
١٢٤	١٠٠,٠	٣٩,٥	٦٠,٥	انثى
١٨٠	١٠٠,٠	٣٩,٣	٦٠,٦	عدد مرات الإجهاض لا يوجد
٣٥	١٠٠,٠	٤٠,٠	٦٠,٠	١
١٣	١٠٠,٠	٦٩,٢	٣٠,٨	+ ٢
١٣٧	١٠٠,٠	٢٣,٤	٧٦,٦	استخدام موانع الحمل تستخدم مانع حاليا
٩١	١٠٠,٠	٦٨,١	٣١,٩	لا تستخدم مانع حاليا
٨١	١٠٠,٠	٢٧,٢	٧١,٨	نوع المانع المستخدم مانع تقليدي
٥٦	١٠٠,٠	١٧,٩	٨٢,١	مانع حديث
٢٢٨	١٠٠,٠	٤١,٢	٥٨,٨	المجموع
		٩٤	١٣٤	العدد

الاستنتاجات

أظهرت الدراسة الحالية العديد من الاستنتاجات الهامة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند إعداد البرامج المتعلقة بتشجيع الرضاعة الطبيعية وتنظيم النسل وكذلك عند التخطيط لأي دراسات مستقبلية متعلقة بصحة الأم والطفل ويمكننا أن نستعرض أهم الاستنتاجات فيما يلي :

١- العادات والممارسات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية

دلت الدراسة الحالية على أن هناك تحسناً في بعض العادات والممارسات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية في البحرين ولم يحدث تغير في عادات أخرى فمثلاً مازالت نسبة كبيرة من الأمهات (٩٤%) يبدأن بإعطاء الماء وحليب الأطفال الجاهز إلى أطفالهن الرضع خلال ثلاثة الأيام الأولى من الولادة. وهذا الإجراء عادة ما تقوم به مستشفيات الولادة وليست الأم حيث أن هذه المستشفيات تعزل المولود عن الأم بعد الولادة مباشرة وتقدم له الحليب الاصطناعي. ولكن في الآونة الأخيرة بدأت المستشفيات في البحرين وخاصة الحكومية بتطبيق برنامج مستشفى صديق الأطفال الذي اقترحتة منظمة اليونيسيف ومن ضمن نشاطات هذا البرنامج هو عدم تقديم أي سائل أو أغذية للطفل الرضيع وتشجيع الأم على الرضاعة من الثدي خلال الساعة الأولى من الولادة.

ومن الملاحظ أن حوالي ٥٠% من الأمهات بدأن الرضاعة الطبيعية خلال أربع الساعات الأولى بعد الولادة أما الباقيون فقد بدأن بعد أربع ساعات، ونجد أن نسبة كبيرة (٣١%) بدأن الرضاعة بعد اليوم الأول من ولادة الطفل. وتشير هذه النتائج إلى تحسن ملموس في البدء في الإرضاع الطبيعي عند الأمهات حيث بينت دراسة سابقة أجريت في عام ١٩٨٤ أن حوالي ٣٩% من الأمهات بدأن الرضاعة الطبيعية خلال ست الساعات الأولى بعد الولادة. وأن ٤٤% بدأن بعد يوم واحد من الولادة (مصيفر، ١٩٩١).

أما من ناحية رضاعة الطفل من الثدي حسب الطلب (أي كلما جاع الطفل) فنجد أن هناك تحسناً كذلك في ممارسة هذه الطريقة حيث ارتفعت النسبة من ٧٥% في عام ١٩٨٤ إلى ٨٧% في دراستنا الحالية. وقد يرجع التحسن في بعض ممارسات الإرضاع الطبيعي عند الأم في البحرين إلى تكثيف برامج الأمومة والطفولة على أهمية الرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى اهتمام وسائل الاعلام بهذا الجانب، وإن كان ذلك لا يمكن استنتاجه بهذه السهولة، حيث أن بعض المؤشرات تبين مدى التدهور في بعض ممارسات الرضاعة الطبيعية وقد يعني ذلك أن هناك جوانب سلبية وأخرى ايجابية في البرامج الصحية الموجهة للأم وأن عملية تقييم هذه البرامج أمراً هاماً للتعرف على أوجه النقص فيها.

وتبين نتائج الدراسة الحالية أن متوسط عدد الرضعات في النهار كان ٥,٤ رضعات ومتوسط عدد الرضعات في الليل بلغ حوالي ٣,١ رضعات بمتوسط عام ٨,٥ رضعات في اليوم، وبالرغم من أن عدد الرضعات يتوقف على عمر الطفل حيث تقل الرضعات مع زيادة عمره إلا أن هذا المتوسط يفوق ما توصل إليه مسح صحة الطفل حيث كان متوسط عدد الرضعات في اليوم حوالي ٥ رضعات (Ministry of Health, 1992)، وقد يرجع هذا الفرق إلى منهجية البحث والفئة المستهدفة وكذلك على طريقة صياغة الأسئلة حيث أن السؤال في مسح صحة الطفل كان مركزاً على عدد الرضعات في اليوم. أما في الدراسة الحالية فلقد تم تقسيم السؤال إلى شقين الأول عن

عدد الرضعات في النهار والثاني عن عدد الرضعات في الليل، وهذه الطريقة أفضل حيث أنها تعطي مجالاً واسعاً للأم للإجابة.

ومن الأمور الهامة التي يجب التركيز عليها وكذلك في برامج صحة الأم والطفل هي عدم البدء في إدخال أغذية الفطام في سن مبكرة مما يؤثر على استمرار الرضاعة الطبيعية وكذلك على تعرض الطفل للأسهالات. وتشير الدراسة الحالية إلى أن ٢١٪ من الأمهات بدأت بإدخال الأغذية التكميلية قبل أن يصل الطفل الشهر الرابع من عمره، وهذا لا يتطابق مع توصيات المنظمات الصحية العالمية التي توصي بأن يتم إدخال الأغذية التكميلية بين ٤ و ٦ أشهر، كما نجد أن هناك نسبة لا بأس بها (٧٪) من الأمهات أدخلن الأغذية التكميلية بعد الشهر السادس وهذا قد يشكل خطراً على صحة الطفل حيث أن تأخير إدخال الأغذية التكميلية له مردود سلبي على نمو الطفل بالشكل السليم.

أما بالنسبة لطول فترة الرضاعة الطبيعية فقد حدث تحسن بسيط في ذلك، حيث ارتفعت نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن لفترة أكثر من عام من ٢٤٪ في عام ١٩٨٤ إلى ٣٣٪ في الدراسة الحالية، ولكن مع ذلك فإنه لم يحدث تغيير في نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهم لأقل من ٤ أشهر فقد كانت النسبة ٢٩٪ في عام ١٩٨٤ و ٣٠٪ في الدراسة الحالية. وبصفة عامة نجد أن سلوك الأمهات في إطالة مدة الرضاعة الطبيعية غير مرض حيث حصل تدهور في طول فترة الرضاعة عند مقارنة مدة رضاعة الطفل الأخير بالطفل الذي يسبقه. فمثلاً وجد أن نسبة الأمهات اللاتي أَرْضَعْنَ أطفالهن لأكثر من عام أنخفضت من ٦٠٪ إلى ٣٣٪ عند الطفل قبل الأخير والأخير على التوالي، وازدادت نسبة الأمهات اللاتي أوقفن الرضاعة الطبيعية خلال الشهور الأربعة الأولى من عمر الطفل من ١٦٪ عند الطفل قبل الأخير إلى ٣٠٪ عند الطفل الأخير.

ان هذه النتائج المتعلقة بطول فترة الرضاعة توضح لنا أنه بالرغم من أن الأمهات يطبقن بعض الأساليب الصحيحة في إرضاع أطفالهن إلا أن قرار طول فترة الرضاعة ربما يكون قد خطط له مسبقاً من قبل الزوجة أو الزوجين بالإضافة إلى تداخل عوامل أخرى، خاصة عمل الأم. وبالرغم من أن ٨١٪ من الأمهات يعتقدن أن الطفل يجب أن يرضع لفترة أكثر من عام واحد إلا أن ماتعتقد به الأم شيء وماتطبقه شيء آخر. لذا فإن برامج التوعية الصحية يجب أن تركز على تعديل السلوك وليس فقط اعطاء المعلومات ويجب على مخططي هذه البرامج إجراء دراسات تقييمية قبل تنفيذ البرامج وبعده لمعرفة نسبة الأشخاص الذين قاموا بتعديل سلوكهم فالمعروف أن اكتساب المعلومات لا يعني أن الشخص سوف يقوم بتغيير سلوكه.

٢- العوامل الاجتماعية والديموغرافية المرتبطة بممارسة الرضاعة الطبيعية

دلت الدراسة الحالية أن هناك مجموعة من العوامل الاجتماعية والديموغرافية التي تؤثر على بعض الممارسات المتعلقة بالإرضاع من الثدي وان بعض هذه العوامل له دلالة إحصائية قوية وبصفة عامة فإن مستوى تعليم الأم ومكان نشأتها وعمرها تلعب دوراً كبيراً في ممارسة الرضاعة الطبيعية وهذه النتائج تتشابه مع دراسات سابقة في البحرين (مصيفر، ١٩٩١ و Musaiger et al, 1986). ويعتبر مستوى التعليم من المؤشرات الهامة في قياس العادات والاعتقادات الغذائية والصحية وتشير إحدى الدراسات (Winkleby et al, 1992) إلى أن مستوى التعليم يعتبر أفضل مؤشر لقياس مستوى الحالة الصحية للأفراد.

وبالرغم من أن الأم ذات التعليم العالي (ثانوي أو جامعي) تتناول غذاء أفضل وتهتم بالرعاية الصحية لأطفالها بشكل أكبر من الأم ذات التعليم المنخفض، إلا أن بعض ممارسات الرضاعة الطبيعية مازالت غير صحيحة عند الفئة الأولى من الأمهات ومثل هذه النتيجة توصلت إليها العديد من الدراسات في الدول النامية حيث وجد أن للتعليم تأثيراً عكسياً على ممارسة الرضاعة الطبيعية فالأم المتعلمة أقل إرضاعاً لطفلها من الثديي وأسرع في إدخال أغذية الفطام (Musaiger, 1994).

أما بالنسبة لعمر الأم فإن الاختلاف في ممارسة الرضاعة الطبيعية يرجع إلى أن الأم صغيرة السن أقل خبرة في تغذية الطفل، وغالباً ما تكون أعلى تعليماً مقارنة بالأم كبيرة السن. فالعمر كثيراً ما يرتبط بالتعليم (خاصة في دول الخليج العربية التي دخل فيها تعليم المرأة في فترة متأخرة نسبياً مقارنة بتعليم الرجل)، هذا ناهيك عن بعض العادات والتقاليد التي تؤثر على تأخير تعليم المرأة.

وتعتقد منظمة اليونيسيف أن هناك تمييزاً واضحاً في تغذية الطفل لصالح الطفل الذكر وأن هذا التمييز أثر على صحة الفتيات نظراً للإهتمام والرعاية التي تعطى للمولود الذكر. ولكن الدراسة الحالية وكذلك دراسات سابقة (مصيقر، ١٩٩١ و 1978، Musaiger) أوضحت أن مثل هذا التمييز غير موجود في البحرين وأنه لا توجد اختلافات جوهرية في ممارسات تغذية الطفل الذكر والأنثى بالرغم من وجود بعض الاختلافات في طول فترة الرضاعة أو إدخال الأغذية التكميلية إلا أن هذه الاختلافات غالباً ما تكون من باب المصادفة في العينة، وليس لها أي دلالة احصائية.

ولأول مرة في البحرين ومنطقة الخليج يتم دراسة تأثير الإجهاض واستخدام موانع الحمل على ممارسة الإرضاع من الثدي. ومما يثير الدهشة أن مثل هذه العوامل لها تأثير ملموس وذو دلالة احصائية على بعض ممارسات الرضاعة الطبيعية مما يوجب على مخططي برامج رعاية الأمومة والطفولة الأهتمام بهذا الجانب. فمثلاً وجد أن تعرض الأم للإجهاض يحفزها على البدء في الإرضاع الطبيعي بصورة مبكرة وقد يكون ذلك خوفاً على فقد وليدها أو تعويض نفسي عن فقدانها للأطفال. والأم التي تعرضت لإجهاض طفلين أو أكثر تكون حريصة أكثر في زيادة عدد مرات الإرضاع في النهار والليل. كما وجد أن الأم التي تعرضت للإجهاض تكون حريصة أكثر في إدخال الأغذية التكميلية في السن الموصى بها (٤-٦ اشهر) مقارنة بالأم التي لم تتعرض للإجهاض.

أما من ناحية استخدام وسائل منع الحمل فنلاحظ بصفة عامة أن الأمهات اللاتي لا يستخدمن وسائل لمنع الحمل (أثناء الدراسة) كن أفضل في ممارستن للرضاعة الطبيعية من الأمهات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل ولكن عند ربط نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة مع ممارسات الرضاعة الطبيعية تبين أن هناك تفاوتاً بين نسب الأمهات في ممارسة الرضاعة الطبيعية ولم يكن هناك نمط محدد لممارسات الرضاعة الطبيعية.

٣- بعض العوامل المرتبطة بخصوبة المرأة في البحرين

تتمتع البحرين بصفة عامة بمستوى منخفض في الخصوبة مقارنة ببعض الدول الخليجية والعربية فبينما تتراوح نسبة الخصوبة في العديد من هذه الدول بين ٥ إلى ٧ أطفال نجد أن المتوسط في البحرين حوالي ٤ أطفال،

وهذه النتيجة تتطابق إلى حد كبير مع نتائج مسح صحة الطفل في البحرين الذي وجد أن متوسط عدد الأطفال عند الأم البحرينية حوالي ٤.٢ طفلاً (Ministry of Health, 1992).

ولقد أظهرت الدراسة الحالية أن خصوبة المرأة تتأثر بعدة عوامل اجتماعية واقتصادية باستثناء العمر حيث أنه من البديهي أن تكون المرأة الأكبر سناً لديها عدد أكبر من الأطفال، نجد أن تنشأة المرأة أثناء طفولتها ومستوى تعليمها وتعليم زوجها والتحاقها بالعمل وعدد مرات الإجهاض وكذلك استخدام موانع الحمل كل هذه العوامل تؤثر على متوسط عدد الأطفال للأم البحرينية وبدرجات متفاوتة.

وبعد التعليم من المؤشرات الهامة لخصوبة المرأة ولقد كان تأثير تعليم الأم والأب على خصوبة المرأة متشابهاً إلى حد كبير وهذا راجع في الأساس إلى أن الرجل المتعلم يميل إلى الزواج من امرأة متعلمة، ونجد أن هناك فرقا واضحا بين الأمهات ذوات التعليم المنخفض والأمهات ذوات التعليم المتوسط والعالي من حيث عدد الأطفال. فقد كان متوسط عدد الأطفال الأحياء ٦.١ طفلاً عند الأمهات ذوات التعليم المنخفض مقابل ٣.١ و ٢.٢ عند الأمهات ذوات التعليم المتوسط والعالي على التوالي، ويعني هذا أن الأم الأمية تقوم بإنجاب ضعف ما تنجبه الأم المتعلمة. وهذا يوضح لنا أهمية تعليم المرأة ليس من أجل صحتها فقط بل من أجل تنظيم النسل كذلك.

ومن الجوانب الهامة التي أثارها الدراسة ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي يمارسن تنظيم النسل حيث تبين أن حوالي ثلث الأمهات قيد الدراسة كن يستخدمن موانع الحمل. وتعد هذه النسبة عالية إذا ما قورنت مع بقية الدول الخليجية، فمثلاً وجد أن ١١٪ من الأمهات في سلطنة عمان يستخدمن موانع الحمل (Musaiger, 1992). ولقد كان لإستخدام موانع الحمل تأثير على عدد الأطفال الأحياء حيث كان متوسط عدد الأطفال أقل عند الأمهات اللاتي يستخدمن مانع حمل تقليدياً. ولانستطيع الجزم أن الطرق التقليدية في منع الحمل أكثر فاعلية من الطرق الحديثة ولكن قد يرجع ذلك إلى أن الطرق التقليدية مثل العزل والعد تتطلب دراية ومعرفة بأوقات الإباضة مما يتطلب مستوى من التعليم، لذا قد تكون الأمهات الأعلى تعليماً هن الأكثر استخداماً لهذه الطريقة خاصة مع خوف العديد من الأمهات من مضاعفات الطرق الحديثة في منع الحمل.

ومن المعروف أن فترة انقطاع الطمث تتأثر بعدة عوامل مثل طول فترة ممارسة الرضاعة الطبيعية وسرعة إدخال الأغذية إلى الطفل الرضيع وكذلك استخدام موانع الحمل وغيرها. والدراسات المتعلقة بطول انقطاع فترة الطمث بعد الولادة في الدول العربية بصفة عامة والدول الخليجية بصفة خاصة شحيحة ومحدودة. ففي دراسة في دولة قطر (Musaiger, 1994) تبين أن طول فترة انقطاع الطمث تتأثر بعمر الأم وتعليمها وطول فترة الرضاعة. وفي دراسة أخرى في سلطنة عمان (Musaiger, 1992) وجد أن هناك علاقة بين مكان سكن الأم وطول فترة انقطاع الطمث فقد تبين أن مدة انقطاع الطمث بعد الولاد تختلف باختلاف المناطق الجغرافية في سلطنة عمان.

وفي الدراسة الحالية نجد أن مدة انقطاع الطمث اطول عند الأمهات كبيرات السن واللاتي نشأن في الريف وذوات التعليم المنخفض والمتوسط واللاتي أجهضن لمرتين أو أكثر. ولا توجد دراسات توضح مدى علاقة هذه العوامل بانقطاع الطمث ولكننا نعتقد أن هناك عوامل أخرى متداخلة مع هذه العوامل خاصة طول فترة الرضاعة الطبيعية والبدء في ادخال الأغذية التكميلية. وعلى العموم فإن هذه النتائج يمكن أن تفتح مجالاً لدراسات أعمق وأشمل في هذا الجانب.

التوصيات

بناء على نتائج الدراسات الحالية ولكي يتم حماية وتشجيع وتعزيز الرضاعة الطبيعية في البحرين فإننا نوصي باتخاذ الإجراءات التالية :

١- تطبيق المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والتي أصدرتها منظمتي الصحة العالمية واليونسيف في عام ١٩٨١ . والجدير بالذكر أن الأمانة العامة لمجلس وزراء الصحة للدول العربية في الخليج أوصت في عام ١٩٨٢ بتطبيق هذه المدونة في الدول الأعضاء بعد أن أجرى بعض التعديلات عليها، وحتى الآن لم تطبق أي دولة من الدول الخليجية هذه المدونة بالشكل المطلوب ولكن تم تطبيق بعض البنود فيها . وتهدف هذه المدونة إلى الإسهام في تأمين تغذية سليمة وكافية وملائمة للطفل عن طريق حماية الإرضاع من الثدي وتعزيز شأنه (انظر الملحق رقم ١) .

٢- منع توزيع العينات المجانية لحليب الأطفال الجاهز إلى الأمهات حديثي الولادة وكذلك الأمهات المترددات على مراكز الأمومة والطفولة، إذ درجت بعض المستشفيات والمراكز الصحية على توزيع عينات مجانية إلى بعض الأمهات المحتاجات، ويعتقد العديد من الباحثين أن توزيع العينات المجانية لحليب الأطفال يشجع الأم على مواصلة الرضاعة الإصطناعية والعزوف عن الرضاعة الطبيعية كما أنه يعطي شعوراً نفسياً للأم بأن الجهات الحكومية تدعم هذا النوع من الرضاعة (الإصطناعية) .

٣- عدم فصل الطفل عن أمه بعد الولادة مباشرة وتقتصر منظمة الصحة العالمية أن تحل المساكنة (ROOMING IN) محل عادة إبقاء الأم والطفل في غرفتين منفصلتين وهذا يعني وضع الأم والطفل في الغرفة نفسها . وتشير المنظمة أن للمساكنة عدد من المزايا الهامة فهي تيسر الارتباط بين الأم والطفل وتسمح بالرضاعة الطبيعية عند طلبها كما تتيح إقامة صلات أوثق مع الأب وسائر أفراد الأسرة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩) .

٤- تشجيع تباعد الولادات وذلك لإعطاء فترة كافية للأم لرعاية طفلها وإرضاعه طبيعياً لأطول فترة ممكنة وهذا يمكن أن يتم بتشجيع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية، وقد أمرنا الله تعالى في كتابه العزيز بإرضاع الطفل إلى سنتين بقوله تعالى «والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة» ، سورة البقرة آية ٢٣٣ ، ويفيد ذلك في التباعد بين الولادات حيث وجد من الدراسات أن الاستمرار في الإرضاع الطبيعي يؤخر من ظهور الطمث (الإباضة) عند الأم مما يعد نوعاً من الوقاية من حدوث الحمل .

٥- يجب أن تركز برامج التثقيف الصحي والغذائي على كيفية تجهيز الأم للإرضاع الطبيعي أثناء الحمل وبعد الولادة وتصحيح الإعتقادات الخاطئة المرتبطة بصحة الأم والطفل . فقد وجد أنه كلما اهتمت الأم بتثديها وتجهيزه للإرضاع أثناء الحمل ازدادت قدرتها على الإرضاع الطبيعي بعد الولادة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ أ) . كما تبين أن المعتقدات الخاطئة أثناء الحمل وبعد الولادة تلعب دوراً كبيراً في عدم استمرار الإرضاع الطبيعي .

- ٦- تمديد اجازة الأمومة إلى ٣ أشهر بدلاً من ٤٥ يوماً كما هو حاصل الآن وذلك لأعطاء الأم فترة أطول لرعاية طفلها وتغذيته بشرط عدم خصم هذه الإجازة من الإجازات السنوية للأم فمن حق الأم أن تستمتع بأجازة سنوية أسوة ببقية العاملين. كما يجب عدم خصم الإجازات المرضية أثناء الحمل من إجازة الأمومة أو الإجازة السنوية.
- ٧- يجب العمل على إعطاء الأم المرضع العاملة ساعة واحدة لإرضاع طفلها خلال الأشهر الست الأولى بعد الوضع على أن تمدد هذه المدة كلما استدعى الأمر ويمكن أن يتم ذلك تحت إشراف مراكز الأمومة والطفولة للتأكد من أن الأم مستمرة في الإرضاع من الثدي.
- ٨- العمل على إنشاء حضانات خاصة للأطفال الرضع في المؤسسات والشركات التي يتواجد فيها عدد كبير من الأمهات وذلك لأعطاء فرصة للأم لإرضاع طفلها ورعايته.
- ٩- إدخال المعلومات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وأهميتها والعوامل المؤثرة فيها في المناهج الدراسية والجامعية، فإن ذلك يساعد على توفير المعلومات اللازمة للجيل الجديد وتشجيع وتعزيز الرضاعة الطبيعية، ويجب أن تقدم هذه المعلومات للجنسين فالنظرة السائدة أن الرضاعة الطبيعية يجب أن تدرس للبنات فقط ليس لها أي أساس من الصحة فقد وجد أن الأولاد لديهم الأهتمام نفسه بهذا الموضوع عند تدريسهم ذلك، كما أن دور الزوج في تشجيع الرضاعة الطبيعية لا يقل عن دور الزوجة وقد بينت هذه الدراسة أن ارتفاع مستوى تعليم الزوج يلعب دوراً هاماً في تحسين بعض ممارسات تغذية الطفل.
- ١٠- تدريب العاملين الصحيين والاجتماعيين ولاسيما المسؤولين مباشرة عن رعاية الأمهات وتوعيتهم حول الأسس السليمة لتغذية الطفل مع التركيز على كيفية تشجيع الإرضاع الطبيعي عند الأمهات. وتركز منظمة الصحة العالمية على ضرورة إلمام هؤلاء العاملين بآليات الرضاعة الطبيعية وتأثيراتها النفسية والاجتماعية والصعوبات التي تواجه استمرارها وكيفية التغلب على هذه الصعوبات (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩ أ).
- ١١- إجراء المزيد من الدراسات التي تكشف عن تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية على تغذية وصحة الطفل.

1. Amine, E.K. Bahrain Nutrition Status Survey, UNICEF, Gulf Area office, Abu - Dhabi (1980).
2. Anderson, J.E. et al, Breastfeeding effects on birth interval comonents : A prospective child health study in Gaza. **Stud. Fam. Plann**, 17, 153-160 (1986).
3. Anrmdhk, J, and Bangatrs, J. Breastfeeding patterns, correlates and fertility effect. . **Stud. Fam. Plann**. 12, 3, 79-99 (1981).
4. Hansen, H.H. Investigation in Shia Village in Bahrain. National Museum of Denmark, Copenhagen (1968).
5. Jane, S.D. Nationality Patterns in Developing Countries : Implication for Fertility. Population Reference Bureau, Washington (1981).
6. Ministry of Health, Child Health Survey, Bahrian (1992).
7. MUSAIGER, A. O. Food Habits in Urban and Rural Area in Bahrain, Master Thesis, High Institute of Public Health, University of Alexandria, Alexandria, Egypt (1978).
8. MUSAIGER, A.O. The extent of bottlefeeding in Bahrain. **Food Nutr. Bull.**, 5, 20-22 (1982).
9. MUSAIGER, A.O. Some factors affecting breastfeeding in Bahrain. **Bahrain Med. Bull.**, 7, 99-102 (1985). 10. MUSAIGER, A.O. et al. Education and food habits in Bahrain. **J. Royal Soc. Hlth**. 106 , 85-86 (1986).
11. MUSAIGER, A.O. Health and Nutritional Status of Omani Families. UNICEF / Oman (1992).
12. MUSAIGER, A. O. Breastfeeding Patterns in Arabian Gulf Countrries. **Wld Rev. Nutr. Diet**. 77 (1994).
13. MUSAIGER, A. O. et al. Breastfeeding and lactation ammonerea in Qatar (in preparation) (1994).
14. United Nations, The Determinants and Consequences of Population Trends, N. Y. (1973).
15. Ware, H. Women, Demography and Development. The Australian National University, Camberra (1981).
16. WHO / EMRO. Strengthening Maternal and Child Health Programmes through Primary Health Care, Alexandria, Egypt (1991).
17. Winkleby M.A. et al. Socioeconomic status and health : How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. **Am. J. Publ. Hlth**, 82, 816-820 (1992).

الملاحق ملحق رقم (١)

المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم*

المادة الأولى: هدف الدستور

يهدف هذا الدستور إلى الأسهم في تأمين تغذية سليمة وكافية وملائمة للاطفال، عن طريق حماية الإرضاع من الثدي وتعزيز شأنه، وعن طريق التأكد من حسن استخدام بدائل حليب الثدي، في حالة الضرورة، على اساس معلومات ملائمة، ومن خلال ما يناسب من شؤون التسويق والتوزيع.

المادة الثانية : اطار الدستور

يطبق هذا الدستور على اعمال التسويق والممارسات المتصلة بالتسويق، بخصوص المنتجات الآتية : بدائل حليب الثدي. بما في ذلك حليب المعادلات وغير ذلك من منتجات الحليب. والأطعمة والمشروبات. بما في ذلك الأطعمة التكميلية التي تعطى بالزجاجة (الفنية). عندما يجري تسويقها او تقديمها بأشكال أخرى لتظهر مناسبة. مع تعديلها او دونه. من اجل استخدامها جزئياً او كلياً للحلول محل حليب الثدي، فضلاً عن زجاجات الاطعام والحلمات. كما أنه يطبق على نوعيتها واتاحتها، وعلى المعلومات المرتبطة باستعمالها.

المادة الثالثة تعريفات

في سبيل الأهداف التي يتوخاها هذا الدستور :

- * **بديل حليب الثدي :** يعني اي طعام يجري تسويقه او تقديمه ليحل جزئياً او كلياً محل حليب الثدي، سواء اكان ملائماً لهذا الغرض ام غير ملائم.
- * **الطعام التكميلي :** يعني اي طعام سواء اكان مصنوعاً في المصانع ام محضراً تحضيراً محلياً، يصلح كطعام اضافي يستكمل حليب الثدي او حليب المعادلة التجارية للأطفال، عندما يصبح كل منهما غير كاف لتلبية متطلبات التغذية لدى الطفل.
- ويسمى مثل هذا الطعام عادة، طعام الفطام، او من اضافيات حليب الثدي.
- * **العلبه :** يعني أي شكل من اشكال وضع المنتجات في رزم للبيع، بيعاً عادياً بالمفروق، بما في ذلك وضعها في غلاف.
- * **الموزع :** يعني شخصاً، او شركة او اي كيان آخر في القطاع العام او الخاص، يقوم بمشروع تجاري (باسلوب مباشر أو غير مباشر) لتسويق منتج من المنتجات بالجملة او بالمفروق، ضمن اطار هذا الدستور و الموزع الأول هو وكيل بيع للمصانع. او ممثل لها، او موزع على الصعيد القومي، او سمسار.
- * **نظام العناية الصحية :** يعني المؤسسات الحكومية، او غير الحكومية، او الخاصة، او المنظمات التي تعمل بطريقة مباشرة، او غير مباشرة في ميدان العناية الصحية للأمهات، وللاطفال والأمهات الحاملات، فضلاً عن دور الحضانه او المؤسسات التي نعى بالأطفال، ويشمل ذلك ايضا العاملين الصحيين في ميدان الممارسة الخاصة، ومن اجل اغراض هذا الدستور، لا يشمل نظام العناية الصحية الصيدليات او غيرها من منافذ جرى تأسيسها لأغراض البيع.

* المصدر : منظمة الصحة العالمية ، المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، جنيف (١٩٨١)

- * العامل الصحي : يعني شخصياً يعمل في فرع من الفروع التي تؤلف مثل هذا النظام للعناية الصحية سواء اكان محترفاً او غير محترف، بما في ذلك العاملون المتطوعون دون اجر.
- * معادلة الطفل : تعني بدلاً من بدائل حليب الثدي مجهزا تجهيزا صناعيا بموجب ما يصلح أن يطبق عليه من معايير «دستور الطعام»، من اجل تلبية المتطلبات الغذائية العادية للأطفال حتى ما يتراوح بين اربعة وستة اشهر من العمر. وهو بديل مكيف لخصائص الأطفال الفيزيولوجية مع العلم أنه يمكن تحضير معادلة الطفل، تحضيراً منزلياً. وفي الحال توصف بانها محضرة منزلياً.
- * البطاقة : تعني أية بطاقة او ماركة او اشارة، او غير ذلك من المواد الوصفية المكتوبة، او المطبوعة، او المستنسخة، او المرسومة، او المزخرفة زخرفة نافرة، او المدموغة، او المربوطة بوعاء (انظر اعلاه) يحتوي اية منتجات تقع في اطار هذا الدستور.
- * المصنع : يعني شركة او كيانا اخر في القطاع العام او القطاع الخاص يزاول مشروعاً تجارياً ، صناعياً او يؤدي وظيفة (سواء اكان ذلك بطريقة مباشرة او غير مباشرة عن طريق وكيل او عن طريق كيان يخضع لسيطرته او مرتبط معه باتفاقية) من شأنهما صناعة منتج من المنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور.
- * التسويق : يعني تعزيز المنتج، وتوزيعه، وبيعه، والدعاوة له، والعلاقات العامة، وخدمات الاعلام المرتبطة به.
- * موظفو التسويق : يعنون أي اشخاص تشتمل وظائفهم على تسويق منتج او منتجات تقع ضمن اطار هذا الدستور.
- * عينات : تعني كميات مفردة او قليلة من المنتج يقدم دون لقاء.
- * لوازم او تجهيزات : تعني كميات من المنتج تقدم للاستعمال الممتد على فترة طويلة. أما مجاناً او بسعر منخفض. لاسباب اجتماعية، بما في ذلك مايقدم للعائلات المحتاجة.

المادة الرابعة : الاعلام والتربية

- ١-٤ - يجب أن تأخذ الحكومات على عاتقها المسؤولية التي تقضي بتأمين اعلام موضوعي وثابت حول اطعام الطفل والولد الصغير، لكي تستخدمه العائلات واولئك المشتغلون في ميدان تغذية الطفل والولد الصغير ويجب أن تشمل تلك المسؤولية أما التخطيط لاجاد ذلك الاعلام وتوفيره للناس. ونشره بينهم وأما ضبط هذه الشؤون والسيطرة عليها.
- ٢-٤ - أن المواد الاعلامية والتربوية، سواء اكانت خطية او سمعية، او بصرية، تتعلق باطعام الأطفال، ويقصد منها أن تصل إلى النساء الحاملات وامهات الأطفال والأولاد الصغار، يجب أن تشمل معلومات واضحة حول النقاط التالية :
- (أ) فوائد الإرضاع من الثدي، وتفوقه على ما عداه.
- (ب) تغذية الأم وهيئتها لكي ترضع من ثديها، وتستمر في ذلك الإرضاع وتحافظ عليه.
- (ج) التأثير السلبي على الإرضاع من الثدي، الناتج عن ادخال الاطعام بالزجاجة (القنينة) ادخالاً جزئياً على غذاء الطفل.
- (د) صعوبة تغيير القرار للانتقال من عدم الإرضاع من الثدي إلى الإرضاع منه.
- (هـ) حسن استعمال «معادلة الطفل»، حيث تلزم سواء اكانت منتجة صناعياً او محضرة بيتياً.
- وعندما تحتوي مثل هذه المواد معلومات حول استخدام «معادلة الطفل»، يجب أن تشتمل على متضمنات استخدامها ومغازيه من النواحي الاجتماعية والمالية، وعلى المخاطر الصحية التي تنتج عن عدم ملاءمة الأطعمة او سوء استعمال طرائق الاطعام وعلى المخاطر الصحية التي تنجم بوجه خاص عن عدم ضرورة الاستعمال، او سوء الاستعمال المتعلق بمعادلة الطفل وبغيرها من بدائل حليب الثدي. أن تلك المواد واشباهها يجب أن لا تستخدم اية صور او نصوص قد تخلع صفة المثالية على استعمال بدائل حليب الثدي.

٤-٣ - أن منح الأجهزة أو المواد الترويجية أو الإعلامية من قبل المصنعين أو الموزعين يجب أن لا يتم الا بطلب من السلطة الحكومية المختصة وبعد موافقتها الخطية، أو ضمن حدود ارشادات تصدرها الحكومات لهذا الغرض ولا مانع من أن تحمل تلك الأجهزة أو المواد اسم الشركة الواهبة أو رمزها، ولكن لا يجوز أن تشير إلى منتج محتكر غير مرخص به، مما يقع ضمن اطار هذا الدستور، ويجب أن لا توزع على كل حال إلا بواسطة نظام العناية الصحية.

المادة الخامسة : جمهور الناس العام والأمهات

٥-١ - لا يجوز القيام بالدعاية أو بأي شكل آخر من اشكال التعزيز للمنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور، بغية التأثير في جماهير الناس.

٥-٢ - لا يجوز أن يقوم المصنعون والموزعون باعطاء النساء الحوامل، والأمهات، أو اشخاصاً من سائر اعضاء عائلاتهم، بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، عينات من المنتجات الواقعة في إطار هذا الدستور.

٥-٣ - عطفاً على الفقرتين الأولى والثانية من هذه المادة، وانسجاماً مع مضمونهما، لا يجوز القيام بدعايات من اجل البيع المخفض، واعطاء عينات أو غير ذلك من وسائل التعزيز، لاغراء المستهلك إغراءً مباشراً بالشراء على مستوى البيع بالمفرق، مثل نشر معروضات خاصة، أو اعطاء بطاقات حسم، أو جوائز، أو إقامة مبيعات خاصة، أو البيع بخسارة، أو بأشكال سرية، فيما يتعلق بالمنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور. ولكن هذا الشرط لا يمنع من إقامة سياسات وممارسات للتسعير، بقصد توفير منتجات بأسعار ارخص على اساس مدى بعيد .

٥-٤ - لا يجوز أن يقوم المصنعون أو الموزعون بتوزيع اية هدايا من ادوات أو اوان من شأنها أن تروج وتعزز استخدام بدائل لحليب الثدي أو اللجوء إلى الأتعام بالزجاج (القنينة) ، عندما يتوجهون إلى النساء الحوامل، وامهات الأطفال والأولاد الصغار .

٥-٥ - لا يجوز أن يسعى موظفو التسويق أثناء اضطلاعهم بعملهم التجاري، لإقامة اية اتصالات مباشرة أو غير مباشرة من أي نوع كان . مع النساء الحوامل أو مع امهات الأطفال والأولاد الصغار .

المادة السادسة : أنظمة العناية الصحية

٦-١ - يجب أن تتخذ السلطات الصحية في الدول الأعضاء التدابير المناسبة لتشجيع الإرضاع من الثدي وحمايته ورعايته . ولتعزيز مبادئ هذا الدستور وترويجها، كما يجب أن تزود العاملين الصحيين بالمعلومات والإرشادات الملائمة فيما يختص بمسؤولياتهم وصلاحياتهم، بما في المعلومات المنصوص عليها في المادة ٤-٢ .

٦-٢ - لا يجوز استخدام اي تسهيل من تسهيلات نظام العناية الصحية من اجل الترويج لحليب معادلة الطفل أو غير ذلك من المنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور. ولكن هذا الدستور لا يمنع نشر المعلومات وإيصالها إلى المحترفين في حقل الصحة. كما نصت على ذلك المادة ٧-٢ .

٦-٣ - لا يجوز استخدام التسهيلات الموجودة لدى أنظمة العناية الصحية لعرض المنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور، أو لنشر اعلانات أو ملصقات على الجدران تتعلق بمثل هذه المنتجات. أو لتوزيع مواد يعطيها مصنع أو موزع. غير ما حدد في المادة ٤-٣ .

٦-٤ - لا يسمح لنظام العناية الصحية أن يستخدم ممثلين للخدمات المحترفة، أو معروضات محترفات للامومة، أو ما يشبه ذلك من موظفين يوفرهم المصنعون أو الموزعون أو يدفعون لهم اجرهم .

٦-٥ - أما اطعام حليب معادلة الطفل . سواء اكانت مصنعة أو محضرة تحضيراً منزلياً، فيجب أن يبرهن على إجراءاتها العملية من قبل العاملين الصحيين وهدمهم، أو غيرهم من العاملين في المجتمع المحلي إذا اقتضى الأمر لصالح اصحاب العلاقة من الأمهات أو افراد العائلة الذين يحتاجون إلى استعمالها، ويجب أن تتضمن المعلومات المعطاة تفسيراً واضحاً للمخاطر التي ينطوي عليها سوء الاستعمال .

٦-٦ - يمكن اعطاء هبات او مبيعات رخيصة الثمن إلى المؤسسات، او المنظمات، فيما يختص بلوازم معادلة الطفل او غير ذلك من المنتجات في اطار هذا الدستور. سواء اتم ذلك من اجل الاستهلاك الداخلي في تلك المؤسسات او من اجل التوزيع لخارجها. ولا يجوز أن تستعمل مثل هذه اللوازم والتجهيزات او توزع الا لصالح الأطفال الذين يتوجب عليهم أن يتغذوا ببدائل حليب الثدي. وإذا جرى توزيع هذه اللوازم للاستعمال خارج المؤسسات، يجب أن يتم ذلك عن طريق تلك المؤسسات او المنظمات المعنية وحدها دون غيرها. ولا يجوز بأية حال أن يستخدم المصنعون او الموزعون مثل تلك الهبات او المبيعات المتدنية الكلفة لاغراء الناس بالشراء.

٦-٧ - عندما تؤخذ الهبات من لوازم معادلة الطفل او غير ذلك من المنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور، وتوزع خارج المؤسسة، يجب أن تتخذ المؤسسة او المنظمة ما يلزم من خطوات وتدابير لتأمين استمرار تدفق تلك اللوازم إلى أصحاب العلاقة. مادام الأطفال المعنيون بحاجة إليها. وينبغي على الواهبين والمانحين كما ينبغي على المؤسسات او المنظمات المعنية أن يضعوا جميعاً هذه المسؤولية نصب اعينهم.

٦-٨ - ويسمح للتجهيزات والمواد، فضلاً عما اشرنا إليه في المادة ٤-٢- المعطاة كهبة إلى نظام العناية الصحية، أن تحمل اسم الشركة الواهبة او رمزها، ولكن لا يجوز أن تشير إلى منتج محتكر وغير مرخص به في اطار هذا الدستور.

المادة السابعة : العاملون الصحيون

٧-١ - يجب على العاملين الصحيين أن يشجعوا الإرضاع من الثدي وان يقوموا بحمايته أما اولئك المعنيون خصوصاً بتغذية الأم والطفل، فيجب أن يتبلغوا مسؤوليتهم في اطار هذا الدستور. بما في ذلك المعلومات الواردة في المادة ٤-٢-.

٧-٢ - أن المعلومات المعطاة من قبل المصنعين والموزعين إلى العاملين الصحيين بشأن منتجات تقع في اطار هذا الدستور. يجب أن تقتصر على الأمور العلمية والواقعية. ولا يجوز أن تشتمل تلك المعلومات صراحة او ضمناً على ما من شأنه أن يخلق اعتقاداً بان الإطعام من الزجاجاة (القنينة) يتعادل مع الإرضاع من الثدي او يفوقه شأنًا، كما يجب ايضاً أن تشتمل على المعلومات الواردة في المادة ٤-٢-.

٧-٣ - لا يجوز أن يقدم المصنعون او الموزعون إلى العاملين الصحيين او إلى اعضاء من عائلاتهم اية اغراءات مالية او مادية من اجل ترويج المنتجات في اطار هذا الدستور، ولا يجوز للعاملين الصحيين او افراد عائلاتهم أن يقبلوا ذلك.

٧-٤ - لا يجوز أن يعطي للعاملين الصحيين عينات من حليب معادلة الطفل او غير ذلك من المنتجات في اطار هذا الدستور، او اجهزة، او اوعية من اجل تحضير تلك المنتجات او استعمالها، الا عندما تقتضي الضرورة ذلك بهدف إجراء تقييم مهني او بحث عملي على مستوى المؤسسة. ويتوجب على العاملين الصحيين أن لا يعطوا عينات من حليب معادلة الطفل التجارية إلى النساء الحوامل، او امهات الأطفال والأولاد الصغار، او افراد من عائلاتهم.

٧-٥ - يجب على المصنعين والموزعين للمنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور، أن يتصلوا بالمؤسسة التي يتبع لها العامل الصحي الذي يتلقى العطايا، ويكشفوا لها عن أي اشتراك اعطى له أو لأجله فيما يختص بالمنح، أو مخصصات رحلات الدراسة، أو هبات البحث، أو حضور المؤتمرات المهنية، او ما اشبه ذلك، وكذلك يجب على الشخص المتلقى للعطايا أن يقوم بمثل ذلك.

المادة الثامنة : الاشخاص المستخدمون لدى المصنعين والموزعين

٨-١ - فيما يتعلق بأنظمة حوافز البيع المختصة بموظفي التسويق. لايجوز أن يدخل حجم المبيعات من المنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور، في مجال احتساب العلاوات لهؤلاء الموظفين، ولا يجوز ايضاً تحديد حصص نسبية (كوتا) لبيع هذه المنتجات بوجه خاص، ويجب أن لا يفهم من هذا الأمر أنه يمنع دفع علاوات لهؤلاء الموظفين، قائمة على مجمل مبيعات الشركة، بشأن منتجات أخرى تسوقها الشركة.

٨-٢ - يتوجب على الموظفين المستخدمين لتسويق منتجات تقع في اطار هذا الدستور أن تمتنعوا عن القيام بوظائف ترويجية، كجزء من مسؤوليات عملهم، حيال النساء الحوامل، او امهات الأطفال والأولاد الصغار. ويجب أن لا يفهم من هذا الأمر أنه

يمنع نظام العناية الصحية من استخدام مثل اولئك الموظفين ليقوموا بوظائف أخرى، بناء لطلب السلطة المختصة لدى الحكومة المعنية. وبعد موافقتها الخطية.

المادة التاسعة : وضع البطاقات

١-٩ - يجب أن تصمم البطاقات التي توضع على المنتوجات، لكي توفر للناس المعلومات اللازمة حول استعمال المنتج. ويشكل لا يثبت لديهم العزم على الإرضاع من الثدي.

٢-٩ - يجب على مصنعي حليب معادلة الطفل وموزعيه أن يتأكدوا من طبع رسالة على كل «علبة» تكون واضحة، ظاهرة وسهلة القراءة والفهم، أو طبعها على بطاقة لا يسهل فصلها عن العلبة. ويجب أن تكتب الرسالة بلغة مناسبة وتشتمل على النقاط الآتية: (١) تعبير «ملاحظة مهمة، أو ما يماثلها، (ب) عبارة حول تفوق الإرضاع من الثدي على غيره، (ج) تصريح بان المنتج يجب أن لا يستعمل الا بناء على ارشاد من العامل الصحي من حيث ضرورة الحاجة لاستعماله، ومن حيث الطريقة الصحيحة لاستعماله، (د) تعليمات لحسن تحضير ذلك الحليب، وتحذيراً بشأن المخاطر الصحية التي تنجم عن التحضير غير السليم ويجب أن لا تظهر على العلبة أو البطاقة المربوطة بها صور اطفال أو صور أخرى، أو نص، مما يمكن ان يعطي صورة مثالية عن استعمال حليب معادلة الطفل، أما يمكن أن يظهر على العلبة أو البطاقة رسوم بيانية ترمي إلى التعرف السهل على المنتج كبديل من بدائل حليب الثدي، أو تهدف إلى إيضاح طرائق التحضير. ولا يجوز استعمال تعابير مثل حليب «مؤنس» أو «أموي، أو ما شاكل ذلك. ويمكن اقام بطاقات داخلية، في العلب المفردة المعدة للبيع بالمفرق أو في الرزم الكبيرة، تعطي معلومات اضافية حول المنتج وحسن استعماله، شرط التقيد بالشروط الواردة اعلاه. كما تطبق هذه الشروط أيضاً إذا اعطت البطاقات تعليمات حول تعديل منتج من المنتوجات ليصبح معادلة من معادلات الطفل.

٣-٩ - أما منتوجات الطعام التي تقع في اطار هذا الدستور، وتسوق لأطعام الأطفال، دون أن تتوفر فيها جميع شروط معادلة الطفل. أما يمكن تعديلها لتنطبق عليها تلك الشروط او المتطلبات، فيجب أن تحمل على البطاقة تحذيراً مفاده أن هذا المنتج غير المعدل يجب أن لا يكون المصدر الوحيد لتغذية الطفل. وبما أن الحليب المكثف المحلى لا يصلح لاطعام الطفل، ولايجوز اعتباره العنصر الأساسي في حليب معادلة الطفل، يجب أن لا تحتوي بطاقته تعليمات تدعي كيفية تعديله لذلك الغرض.

٤-٩ - يجب أن تذكر على بطاقة منتوجات الطعام الواقعة في اطار هذا الدستور، النقاط التالية: (١) العناصر المستعملة (ب) وتركيب / تحليل المنتج، (ج) وشروط التخزين المطلوبة، (د) ورقم دفعة الرزم، والتاريخ الذي يجب أن يستهلك المنتج قبله، مع مراعاة شروط المناخ وشروط التخزين في البلد المعني.

المادة العاشرة : النوعية

١-١٠ - تعتبر نوعية المنتوجات عنصراً جوهرياً لحماية صحة الأطفال، ولذلك يجب أن تكون ذات مستوى عال معترف به.

٢-١٠ - عندما تباع أو توزع منتوجات الطعام الواقعة في اطار هذا الدستور، يجب أن تنطبق عليها المعايير الموصى بها من قبل لجنة دستور الاطعام، (*) و، دستور الممارسة الصحية اطعمة الأطفال والأولادة، (**).

المادة الحادية عشرة : التنفيذ والمراقبة

١-١١ - يجب على الحكومات أن تتخذ تدابير فعلية لتطبيق مبادئ هذا الدستور واهدافه. كما يتلاءم مع اطارها الاجتماعي والتشريعي. بما في ذلك تبني اصدار التشريعات الوطنية، والانظمة، وغير ذلك من التدابير، ولهذا الغرض، يجب أن تسعى الحكومات عندما تدعو الحاجة إلى اقامة تعاون وثيق مع منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، وغير ذلك من الوكالات التابعة لنظام الأمم المتحدة. أما التدابير والسياسات الوطنية، بما فيها القوانين والأنظمة التي يجري تبنيها لتطبيق مبادئ هذا الدستور

واهدافه، فيجب أن تعلن على الملأ بحيث تصل إلى جميع الناس، وأن تطبق بنفس الأسس على جميع القائمين بتصنيع وتسويق المنتجات في اطار هذا الدستور.

١١-٢ - أن مراقبة تطبيق هذا الدستور يقع على عاتق الحكومات التي تعمل لهذا الغرض، فرادى او مجتمعة، من خلال منظمة الصحة العالمية. كما نصت على ذلك الفقرات ٦ و٧ من هذه المادة، ويجب أن يتعاون مع الحكومات لهذا الغرض كل المصنعين والموزعين لمنتجات تقع في اطار هذا الدستور، والمنظمات الحكومية المختصة، والجماعات المهنية، ومنظمات المستهلكين.

١١-٣ - وبمعزل عن اية تدابير أخرى تتخذ من اجل تنفيذ هذا الدستور، يجب أن يعتبر المصنعون والموزعون لمنتجات تقع في اطار هذا الدستور. أنفسهم مسؤولين عن مراقبة ممارساتهم في التسويق، تبعاً لمبادئ هذا الدستور واهدافه، وعن اتخاذ خطوات من شأنها التأكد من أن سلوكهم على كل صعيد يتطابق مع تلك المبادئ والاهداف.

١١-٤ - أما المنظمات غير الحكومية، والجماعات المهنية، والمؤسسات والافراد المعنيون، فيجب أن يلتزموا المسؤولية التي تقضي بلفت انتباه المصنعين او الموزعين إلى الأنشطة التي لا تتفق مع مبادئ هذا الدستور واهدافه، بشكل يؤول إلى اتخاذ التدبير العملي اللازم بشأنها. كما يجب ابلاغ ذلك إلى السلطة الحكومية المختصة.

١١-٥ - يتوجب على المصنعين، والموزعين الأوليين لمنتجات تقع في اطار هذا الدستور أن يبلغوا كل عضو من الأعضاء المشتركين بأعمال التسويق لديهم، نصوص هذا الدستور والمسؤوليات التي تقع على عاتقهم بموجبه.

١١-٦ - تبعاً للمادة ٦٢ من الدستور العام لمنظمة الصحة العالمية، يجدر بالدول الأعضاء أن يبلغوا المدير العام سنوياً المعلومات المتعلقة بالتدابير المتخذة لتطبيق مبادئ هذا الدستور واهدافه.

١١-٧ - ويجدر بالمدير العام أن يضع تقريراً كل سنتين من السنوات المزدوجة، يقدم إلى الجمعية العمومية للصحة العالمية حول احوال تنفيذ هذا الدستور، وأن يوفر للدول الاعضاء بناء لطلبها، مساعدة فنية تؤازرها في ما تعده من تشريعات او أنظمة، او في ما تتخذه من تدابير ملائمة أخرى لتنفيذ مبادئ هذا الدستور واهدافه، ولتعزيزها.

ملحق رقم (٢)

الخطوات العشر لنجاح الرضاعة الطبيعية

ينبغي لكل مرفق يقدم خدمات الأمومة ورعاية المواليد حديثي الولادة :

- ١- أن تكون له سياسة مكتوبة للرضاعة الطبيعية تبلغ بصورة روتينية لجميع العاملين بالرعاية الصحية.
- ٢- أن يدرّب جميع العاملين بالرعاية الصحية على المهارات اللازمة لتنفيذ هذه السياسة.
- ٣- أن يعرف جميع الحوامل بمزايا الرضاعة الطبيعية ويتدابير مباشرتها.
- ٤- أن يساعد الأمهات على البدء بالرضاعة الطبيعية خلال نصف ساعة من الولادة.
- ٥- أن يبين للأمهات كيفية الإرضاع، وكيفية الحفاظ على الأدرار، وأن افترقن عن أطفالهن الرضع.
- ٦- أن لا يقدم للمواليد حديثي الولادة أي طعام أو شراب غير لبن الأم ما لم يتعين ذلك لأسباب طبية.
- ٧- أن يهيء المساكنة - أي ابقاء الأمهات والمواليد معا - لمدة ٢٤ ساعة يوميا.
- ٨- أن يشجع الرضاعة الطبيعية عند طلبها.
- ٩- أن لا يقدم حلّات صناعية أو دمي مهدئة أخرى (مما يسمى أحيانا بالملهيات أو المشغلات) للأطفال الذين يرضعون من امهاتهم.
- ١٠- أن يتبنى إنشاء جماعات لدعم الرضاعة الطبيعية، وأن يحيل الأمهات إليها عند خروجهن من المستشفى أو العيادة.

ملحق رقم (٣)

قائمة مراجعة لتقييم كفاية الدعم المقدم للرضاعة الطبيعية في مستشفيات الولادة وقاعاتها وعياداتها(١).

أعدت قائمة المراجعة Check-list التالية كي تستعملها السلطات المختصة في مختلف البلدان - راسم السياسة الصحية والغذائية، ومديرو خدمات صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة، والقائمون بالعمل السريري والقابلات وهيئات التمريض الموظفون المعاونون في الخدمات والمرافق الصحية المعنية برعاية المواليد حديثي الولادة، وتنظيمات العاملين الصحيين، وجماعات دعم الأمهات. والمراد أن تكون تذكراً لا قائمة شاملة لأنواع الخطوات العملية الممكن اتخاذها في نطاق الخدمات الصحية ومن خلالها من أجل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها. فينبغي استعمالها جنباً إلى جنب مع النص الرئيسي للبيان المشترك بين المنظمة واليونيسف. وإذا توافرت ظروف مثالية فإن الإجابة عن جميع الأسئلة الواردة بالقائمة سوف تكون «نعم». وقد تكشف الإجابة السلبية عن ممارسة خاطئة أو إجراء روتيني غير ملائم ويقضي الأمر تعديله وفقاً لهذا البيان.

السياسة

- ١- هل لمرفق الرعاية الصحية سياسة واضحة لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها ؟
- ٢- هل تبلغ هذه السياسة للمسؤولين عن إدارة وتقديم خدمات الأمومة (وعلى سبيل المثال، الشرح الشفوي الموجز عن استخدام موظف جديد، وفي الكتيبات والدلائل وغيرها من المواد المكتوبة ؟ أو عن طريق الموظفين المشرفين) ؟

٣- هل توجد آلية لتقييم مدى فعالية سياسة الرضاعة الطبيعية ؟ ومن أمثلة ذلك :

- هل تجمع معطيات عن مدى أنتشار بدء الرضاعة الطبيعية، وعملية الرضاعة الطبيعية عند خروج الأم ووليدها من مرفق الرعاية الصحية ؟
- هل يوجد نظام لتقييم ممارسات الرعاية الصحية والتدريب ومواد الترويج، ومنها ما يشجع استعماله في خدمات ما قبل الولادة وما بعدها ؟
- ٤- هل يلتزم تعاون ودعم جميع الأطراف المعنية ولاسيما مقدمي الرعاية الصحية ودعاة الرضاعة الطبيعية وجماعات دعم الأمهات والجمهور العام كذلك، عند وضع وتنفيذ سياسة مرافق الرعاية الصحية في مجال الرضاعة الطبيعية ؟

تدريب العاملين

- ٥- هل جميع العاملين في الرعاية الصحية يدركون أهمية ومزايا الرضاعة الطبيعية، ويعرفون سياسة وخدمات مرافق الرعاية الصحية من أجل حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها ؟
- ٦- هل يقدم مرفق الرعاية الصحية تدريباً متخصصاً في مجال الإشراف على ممارسة الإرضاع لموظفين بعينهم ؟

هيكل وأداء الخدمات

٧- هل تبين سجلات ما قبل الولادة ما إذا كانت قد تمت مناقشة الرضاعة الطبيعية مع المرأة الحامل ؟ وهل سجل :

- ما إذا كانت المرأة قد أبدت رغبتها في الإرضاع رضاعة طبيعية ؟

-- ما إذا كان قد تم فحص ثديها ؟

-- ما إذا كان قد سجل تاريخ رضاعتها الطبيعية ؟

-- زمن وتواتر إرضاعها الفعلي رضاعة طبيعية.

(١) يشار إليها جميعها، فيما بعد، بعبارة «مرافق الرعاية الصحية».

المصدر : منظمة الصحة العالمية، حماية الرضاعة الطبيعية، المكتب الأقليمي لشرق البحر المتوسط، الاسكندرية (١٩٨٩).

- ما إذا كانت قد صادفت من قبل أية مشاكل، وإذا كان الأمر كذلك، فما نوعها ؟
- نوع المساعدة التي تلقتها، إن وجدت، وممن ؟
- ٨- هل كان سجل الأم قبل الولادة متاحاً وقت الولادة ؟
- وإن لم يكن الأمر كذلك، هل أبلغت المعلومات الواردة في النقطة ٧، رغم ذلك إلى موظفي مرفق الرعاية الصحية ؟
- هل تتلقى المرأة التي لم ترضع من قبل رضاعة طبيعية أو التي واجهت في السابق مشاكل في الرضاعة الطبيعية، عناية خاصة ومساندة من موظفي مرفق الرعاية الصحية ؟
- ٩- هل يأخذ مرفق الرعاية الصحية في اعتباره عزم المرأة على الإرضاع من الثدي عند تقرير استعمال أي مهدىء أو مسكن أو مخدر، إن وجد، خلال فترة المخاض والولادة ؟
- هل الموظفون على علم بآثار هذه الأدوية على الرضاعة الطبيعية ؟
- ١٠- بصفة عامة، هل المواليد حديثو الولادة :
- عرضوا على أمهاتهم خلال ٥ دقائق من انتمام المرحلة الثانية من الولادة ؟
- عرضوا على أمهاتهم أو سلموا لهن قبل وضع نترات الفضة أو قطرة مضادات لحيوية في أعينهم للوقاية ؟
- أعطوا لأمهاتهم لحملهم وتقريبهم من صدورهن بعد نصف ساعة من انتمام المرحلة الثانية من الولادة، وسمح لهم بالبقاء معهن لمدة لا تقل عن ساعة كاملة ؟
- ١١- هل توجد بمرفق الرعاية الصحية سياسة مساكنة - in rooming ؟ أي هل يبقى الرضع مع أمهاتهم طوال فترة الإقامة ؟
- هل يسمح للأم بإبقاء رضيعها معها في فراشها ؟
- هل إذا بقي الرضيع في المهد يوضع إلى جوار سرير امه ؟
- إذا سمح بالمساكنة خال ساعات النهار فقط، فهل يؤتى بالرضيع في فترات متقاربة، على الأقل (كل ٣-٤ ساعات) ليلا إلى الأم ؟
- ١٢- هل من سياسة مرفق الرعاية الصحية تقدير إعطاء أغذية سابقة للإرضاع، أي طعام أو شراب غير لبن الأم، قبل توطد الرضاعة الطبيعية ؟
- التثقيف الصحي**
- ١٣- هل تقدم المشورة لجميع الحوامل بشأن المتطلبات التغذوية خلال فترة الحمل والإرضاع وبشأن الأخطار المتصلة باستعمال الأدوية ؟
- ١٤- هل تقدم إلى الحوامل المعلومات والتوعية بشأن الرضاعة الطبيعية على نحو روتيني خلال فترة الرعاية السابقة للولادة ؟
- ١٥- هل يتواجد الموظفون والدعاة الذين تلقوا تدريباً متخصصاً في الإشراف على ممارسة الإرضاع، طوال الوقت لتقديم المشورة للأمهات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية خلال فترة إقامتهن في مرفق الرعاية الصحية وعند اعدادهن للخروج من المستشفى ؟ وهل تتلقى الأم معلومات :
- عن فيزيولوجية الإرضاع وكيفية مواصلته ؟
- عن كيفية الرعاية من المشاكل العامة ومعالجتها كاحتقان الثدي والتهاب أو تشقق الحلمتين مثلا ؟
- عن وقت الإحالة، على سبيل المثال، إلى جماعات دعم الرضاعة الطبيعية، لعلاج هذه المشاكل أو ما يتصل بها ؟ (هل لجماعات دعم الرضاعة الطبيعية مدخل إلى مرفق الرعاية الصحية ؟).

- ١٦- هل يقدم الدعم والمشورة بشأن كيفية بدء الرضاعة الطبيعية والحفاظ عليها، بصفة روتينية للمرأة التي :
- أجريت لها عملية قيصرية ؟
- ولدت ولادة مبتسرة ؟
- ولدت مولودا ناقص الوزن عند الولادة ؟
- ولدت مولودا وضع قيد العناية الخاصة لسبب من الأسباب ؟
- ١٧- هل تزود الأم التي ترضع رضاعة طبيعية بمواد مطبوعة تقدم لها الإرشادات والمعلومات ذات الصلة ؟

الخروج من المستشفى

- ١٨- هل من سياسة مرفق الرعاية الصحية، أن يضمن ألا تضم، رزمة الخروج من المستشفى، التي تحتوي منتجات للعناية بالطفل وللعناية الشخصية والتي تزود بها الأم عند خروجها من المستشفى أو العيادة، أية أشياء قد تعوق نجاح بدء الإرضاع واعتياده، ومن ذلك مثلا القوارير وحلمات الإرضاع والملهيات والتركيبات الغذائية للأطفال ؟
- ١٩- هل تقدم للأمهات، الرضع الذين لا يغذون بلبن الأم، أو أفراد الأسرة الآخرين حسب الأقتضاء، معلومات كافية عن الأعداد السليم لبندان لبن الأم والتغذية بها، وتحذيرات من الأخطار الصحية المترتبة على سوء الأعداد ؟
- هل من سياسة مرفق الرعاية الصحية ألا يقدم هذه الإرشادات بحضور الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن بأنفسهن ؟
- ٢٠- هل يحدد لكل أم موعداً لأول زيارة متابعة للرعاية بعد الولادة ولرعاية المولود ؟
- هل تقدم لها معلومات عن كيفية مواجهه أية مشاكل قد تنشأ خلال ذلك الوقت تتعلق بالرضاعة الطبيعية ؟

السعر ١,٥٠٠ د.ك