

منظمة الامم المتحدة للطفولة
مكتب منطقة الخليج - الرياض

وزارة الصحة
دولة البحرين

**بعض العوامل الأجتتماعية
المؤثره على
الرضاعه الطبيعيه في البحرين
(دراسة ميدانية)**

اعداد
الدكتور عبدالرحمن مصيقر



القاهرة



منظمة الامم المتحدة للطفولة
مكتب منطقة الخليج - الرياض

وزارة الصحة
دولة البحرين

بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعه الطبيعية في البحرين (دراسة ميدانية)

اعداد
الدكتور عبدالرحمن مصيقر
رئيس قسم التغذية
إدارة الصحة العامة - وزارة الصحة

الطبعة الأولى (١٩٩١)



مكتبة البحرين
مركز بحوث البحرين



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة العامة
مركز بحوث الصحة العامة

مؤتمرات وندوات علمية

بمشاركة

العلماء والباحثين من مختلف دول المنطقة

(البحرين ١٩٩١)

١٩٩١

مؤتمرات وندوات علمية

بمشاركة

- بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين
- اعداد الدكتور عبدالرحمن مصيقر
- وزارة الصحة - البحرين (١٩٩١)
- رقم الايداع في المكتبة العامه ١٠٢٦/دع ١٩٩١
- طبع في مطبعة اوال - البحرين

الفهرس

الصفحة

٥	- المقدمة
٨	- الدراسات السابقة
٨	- العادات الغذائية في المناطق الحضرية والريفية (١٩٧٨)
٨	- الحالة التغذوية للأطفال في البحرين (١٩٨٠)
٨	- المسح الغذائي في البحرين (١٩٨٠)
٨	- انتشار الارضاع الاصطناعي في البحرين (١٩٨٢)
٩	- بعض العوامل المؤثرة على الارضاع الطبيعي في البحرين (١٩٨٥)
١٠	- هدف الدراسة ومنهجها
١٠	- فرضيات الدراسة
١٠	- اختيار عينة الدراسة
١١	- ادوات الدراسة
١١	- طريقة جمع البيانات
١١	- تحليل البيانات
١١	- الدراسة التجريبية
١١	- التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة
١٢	- المؤشرات الاجتماعية الداخلة في الدراسة
١٢	- تعريف المؤشرات الاجتماعية
١٥	- نتائج الدراسة ومناقشتها
١٥	- الخصائص الاجتماعية للأمهات المبحوثات
١٥	- وقت البدء في الارضاع الطبيعي
٢٠	- اول طعام اعطي للطفل بعد الولادة
٢٣	- طريقة ارضاع الطفل
٢٦	- طول فترة الرضاعة
٣١	- الاستنتاجات
٣١	- استنتاجات عامة
٣١	- تأثير العوامل الاجتماعية على الارضاع الطبيعي (فحص الفرضيات)
٣٣	- التوصيات
٣٥	- المراجع والهوامش
٣٨	- ملحق رقم (١) المسودة الدولية لبدائل لبن الام

المقدمة

يعتبر سوء التغذية والاصابة بالأمراض المعدية من أهم المشاكل الصحية التي تصيب الأم والطفل في الدول النامية ولا تحدث هذه المشاكل بمعزل عن العوامل الاجتماعية والبيئية والاقتصادية فهي كثيراً ما ترتبط بالاصحاح الرديء والمستوى التعليمي المنخفض والأحوال الاجتماعية والاقتصادية السيئة.

وللرضاعة من الثدي دورها في الوقاية من بعض المشاكل الصحية أو تخفيف حدتها عند كل من الأم والطفل على السواء، ولا نريد هنا أن نعدد مزايا الرضاعة الطبيعية فهذه قد تم تأكيدها من قبل العديد من البحوث والدراسات، ولكن يجب أن نوضح أن الارضاع من الثدي له أهميته في النمو والتطور الصحي للطفل بالإضافة الى أنه يشكل أساساً حيويًا وعاطفيًا لصحة الأم وطفلها. وحبلى الأم بخصائصه المضادة للعدوى يعمل على حماية الرضيع من الاصابة بالكثير من الأمراض، كما وجد أن هناك علاقة بين الرضاعة الطبيعية والمباعدة بين الولادات، وبناءً على هذه المعطيات فإن تشجيع الارضاع من الثدي يعتبر أحد الجوانب الهامة التي يجب دمجها في برامج التنمية الاجتماعية والصحية في أي قطر.

وفي منطقة الخليج العربي حدثت الكثير من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي أثرت سؤاً إيجابياً أو سلبياً على العادات والممارسات الصحية والغذائية، فلقد تحسن الوضع الاقتصادي للأسرة وارتفعت القدرة الشرائية للفرد مما ساعد على سهولة الحصول على الأغذية الجيدة بجميع أنواعها، كما أن تحسن الخدمات الصحية وانتشارها في دول المنطقة ساهم في انحسار بعض الأمراض المعدية وقلل من الوفيات بين الأطفال الرضع ووفيات ما حول الولادة. ولكن هناك جوانب سلبية كذلك فلقد انخفضت نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن من الثدي بشكل ملحوظ في كل من الريف والحضر، وقام العديد منهن باستخدام الحليب الاصطناعي وأغذية الأطفال المعلبة وهذا بدوره قد أثر على صحة الطفل في نواحي مثل سهولة اصابته بالاسهال والعدوى والاصابة بأمراض سوء التغذية (سواء تلك الناتجة عن الافراط في الغذاء أو انخفاض القيمة الغذائية في الغذاء المقدم للطفل) (١).

ويعتبر استخدام القنينة (الرضاعة الصناعية) 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. فأستخدام حليب الأطفال الجاهز وما يرافق ذلك من مهارات ومعرفة تتعلق بالاطعام من القنينة والتحضير حسب نسب وكميات محده،

كل ذلك يمكن اعتباره من العوامل التي ساهمت في تغيير دور الأمومة وموقف المجتمع من الارضاع من الثدي. كما أن النزعة للمساواة بين الجنسين وانخراط النساء في العمل خلقت طلباً على وجود بديل للثدي (٢).

والقنينة كوسيلة حديثة لأطعام الطفل أصبحت شائعة الاستعمال في وقت قصير وعجزت البرامج الصحية والاجتماعية عن إيقاف زحفها المتنامي. واتخذت القنينة لنفسها هالة اجتماعية خاصة فهي تمثل سحر المجتمع الصناعي الذي لا يدنو منه الأ قليلون كما أنها اشباع نفسى لمحاكاة الأنماط الغربية (التي تعتبر نموذجية عند المجتمعات النامية). وبالنسبة للمرأة المتحررة في المجتمعات الحديثة فالقنينة رمزاً للحرية والتحرر فأطعام الطفل من الثدي يجمد وضع الأم بينما القنينة تحررها وتساعد على الحركة والتنقل وتسرحها من رقعة الوسط البيئي المغلق وتمنحها وقتاً أطول للترويح عن النفس والسفر والانجاز المهني وتحقيق الذات (٣).

وقد تكون بعض العوامل السابقة الذكر قد لعبت دورها في إنحسار الرضاعة الطبيعية في دول الخليج العربية، ففي أوائل السبعينات نشطت الحركات النسائية المطالبة بالمساواة وارتفعت القدرة الشرائية للأسرة وحدث ازدياد ملحوظ في نسبة الأمهات العاملات والاعتماد على المربيات في تصريف شؤون المنزل ورعاية الطفل، وهذه التغيرات قد ساهمت بشكل أو بآخر في تدنى الارضاع من الثدي والاعتماد على الرضاعة الصناعية.

وفي البحرين وحتى أوائل الستينات كان الارضاع من الثدي هو النمط السائد في تغذية الطفل خلال العامين الأولين من عمره، وفي دراسة قامت بها هانسن (٤) في عام ١٩٦٥ عن الوضع الاجتماعي لبعض قرى البحرين وجدت أن غالبية الأمهات في القرى يرضعن أطفالهن لفتهر تصل الى عامين وأن الحليب الاصطناعي يصعب توفره في القرية بل يوجد في سوق المنامة ونظرا لصعوبة التنقل الى المنامة وغلاء ثمن هذا الحليب فانه لا يستخدم في تغذية الطفل. ولكن الدراسات التي أجريت في أواخر السبعينات (٦,٥) أثبتت أن هناك توجهاً كبيراً للأُم البحرينية نحو الارضاع الصناعي وترك الرضاعة من الثدي عند فترة مبكرة من حياة الطفل. وأوضح عزت أمين (٧) أن الرضاعة الطبيعية انحسرت بمقدار ٢٢٧٪ في المناطق القروية و ١٤٨٪ في المناطق الحضرية خلال ١٩٧٠ - ١٩٨٠، وتبين أن هناك أعداداً متزايدة من الأمهات يستخدمن القنينة عند أول يوم من ولادة الطفل. وقد سبب هذا الوضع قلقاً للجهات الصحية في البحرين وقامت منظمة اليونيسيف بالتعاون مع هذه الجهات في شن حملات مضادة لغرض تشجيع الارضاع من الثدي ويعتبر إيقاف اعلانات حليب الأطفال في التلفزيون والراديو والمجلات أكبر انجاز قامت به البحرين (ودول الخليج العربية الأخرى) من

الدراسات السابقة

العادات الغذائية في المناطق الحضرية والريفية (١٩٧٨) (٨)

أجريت هذه الدراسة على ٣١٠ أمهات في المناطق الحضرية والريفية في البحرين، وتبين أن ربات الأسر ذوات التعليم العالي أكثر اهتماما بتغذية أطفالهن واستعمال الأطعمة الجاهزة في سن مبكره، بينما وجد أن تغذية الأطفال بالأغذية فقيرة القيمة الغذائية كالأرز المهروس تطبق بشكل أوسع عند ربات الأسر ذوات التعليم المنخفض، وتميل فترة الرضاعة الى النقصان عند ربات الأسر المتعلّقات فكلما زاد المستوى التعليمي قصرت فترة الرضاعة من الثدي وازداد تطبيق الفطام التدريجي وفي سن مبكره. ووجد أن متوسط فترة الرضاعة أطول عند الأمهات القرويات مقارنة بالأمهات في المدن (١٩٨٣ و ١٥٨٥ شهراً على التوالي).

الحالة التغذوية للأطفال في البحرين (١٩٨٠) (٩)

شملت هذه الدراسة ٣٣١ طفلاً من المناطق الحضرية والريفية في البحرين وأوضحت النتائج أن ١٦٪ من الأطفال في سن ما قبل المدرسي رضعوا طبيعياً فقط وكان هذا النوع من الرضاعة أكثر شيوعاً في المناطق الريفية عما هو في المناطق الحضرية، وذلك مقابل حوالي ٩٪ رضعوا صناعياً و ٧٥٪ رضعوا رضاعة مختلطة (طبيعية وصناعية) وكان اتباع هذين الأسلوبين أكثر انتشاراً في الحضر عما هو عليه في الريف.

المسح الغذائي في البحرين (١٩٨٠) (١٠)

اعتمدت هذه الدراسة على مقابلة الأمهات في مختلف المراكز الصحية في البحرين وشملت ٥١٤ طفلاً في مرحلة ما قبل السن المدرسي. وأوضحت الدراسة أن ١٦٪ من الأطفال كانوا يرضعون طبيعياً و ٨٢٪ صناعياً، أما الباقي (٧٥٪) فكانوا يعتمدون على الرضاعة المختلطة (صناعية وطبيعية)، ولم يوجد فرق ذا دلالة في نمط تغذية الأطفال الذكور عن الإناث. ولكن بصفة عامة يوجد ميلاً أكثر عند الأمهات القرويات نحو الارضاع من الثدي مقارنة بالأمهات الحضريات.

انتشار الارضاع الاصطناعي في البحرين (١٩٨٢) (١١)

تم تجميع بيانات هذه الدراسة في عام ١٩٧٩ في مدينة المنامة (عاصمة البحرين) وشملت ٣١٥ أم تم تقسيمهن الى ٣ طبقات اجتماعية اقتصادية، وهذه أول دراسة في البحرين تستخدم هذا التقسيم الطبقي الذي اعتمد على عدة متغيرات اجتماعية وهي تعليم الأم، تعليم الأب، عدد أفراد الأسرة والدخل الشهري للأسرة. وأوضحت الدراسة أنه كلما ارتفع المستوى الاجتماعي للأم انخفضت نسبة الارضاع الطبيعي

وارتفعت نسبة الرضاعة من القنينة، فلقد وجد أن ١٪ من الأمهات ذات المستوى الاجتماعي المنخفض يستخدمن الحليب الاصطناعي في الشهر الأول من عمر الطفل مقابل ١٣٫٢٪ و ١٦٫٧٪ عند الأمهات في الطبقات الاجتماعية المتوسطة والعالية على التوالي.

بعض العوامل المؤثرة على الارضاع الطبيعي في البحرين (١٢) (١٩٨٥)

شملت هذه الدراسة ١٤٨٢ أم من المترددات على المراكز الصحية وقد تم أخذ البيانات من واقع سجلات الأمومة والطفولة في ١٢ مركزا صحيا في مختلف مناطق البحرين، وتم دراسة ٤ عوامل رئيسية وهي عمر الأم وجنسياتها وتعليمها ومنطقة السكن. وتشير نتائج الدراسة أن هناك انخفاض تدريجي في نسبة الارضاع من الثدي مع ارتفاع عمر الأم وتبين أن الأم البحرينية أكثر ميلاً للارضاع من الثدي مقارنة بالأم غير البحرينية (٧٥٫٦٪ و ٦٦٫٤٪ على التوالي). كما وجد أن نسبة الارضاع الطبيعي عند الأمهات العاملات أقل من الأمهات غير العاملات، وأن ٨٢٫٦٪ من الأمهات في القرى يرضعن أطفالهن مقارنة ب ٦٩٫٤٪ من الأمهات في الحضر.

ويعيب هذه الدراسة أنها لم تحدد مدة أو طول فترة الرضاعة الطبيعية كما أنها اقتصرت على أخذ المعلومات من السجلات الصحية وليس عن طريق مقابلة الأمهات مما يجعل هذه المعلومات ليست بالدقة المطلوبة وبالتالي صعوبة اعتمادها.

هدف الدراسة ومنهجها

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على بعض المتغيرات الاجتماعية المؤثرة على الارضاع من الثدي في البحرين. ولقد تم اختيار المتغيرات التالية:

- ١ - جنسية الأم (٢١) (٥٨٨١)
- ٢ - جنسية الأب
- ٣ - مستوى تعليم الأم
- ٤ - مستوى تعليم الأب
- ٥ - عمل الأم
- ٦ - منطقة السكن (حضر، ريف)
- ٧ - نوع المولود (ذكر أو أنثى)

فرضيات الدراسة

- ١ - ان جنسية الأب أو الأم تؤثر على الارضاع الطبيعي فالأم أو الأب البحريني أكثر اهتماماً بالارضاع الطبيعي من غير البحريني.
- ٢ - ان مستوى تعليم الأم أو الأب يؤثر سلبياً على الارضاع من الثدي أى كلما ارتفع مستوى تعليم الأم أو الأب قلت فترة الرضاعة الطبيعية وازداد الاعتماد على الرضاعة الصناعية.
- ٣ - ان عمل الأم يؤثر سلبياً على الارضاع من الثدي، أى أن الأم العاملة أقل ميلاً للارضاع من الثدي مقارنة بالأم غير العاملة.
- ٤ - ان الأم في المجتمع الريفي أكثر ميلاً للارضاع الطبيعي مقارنة بالأم في المجتمع الحضري.
- ٥ - ان هناك تحيزاً نحو رضاعة وتغذية المولود الذكر على حساب الأنثى.

اختيار عينة الدراسة

اختيرت عينة الدراسة من واقع سجلات المواليد في وزارة الصحة حيث أن هذه السجلات تشمل جميع الأطفال المولودين في البحرين، وتعتبر سجلات المواليد من أكثر السجلات الصحية شمولاً وتمثيلاً للمواليد في المجتمع وذلك راجع الى أهمية شهادة الميلاد في استخراج جواز السفر والدخول الى المدرسة. وقد تم اختيار ٥٠٠ مولود من الذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر الى سنتين والذين ولدوا خلال الفتره (مايو ١٩٨٣ الى يونيو ١٩٨٤). واختيرت هذه المرحلة العمرية لأن الارضاع الطبيعي يستمر عند بعض الأمهات الى نهاية السنتين كما أوصى به القران الكريم بقوله تعالى «والولادات

يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة». لذا فإن تحديد أقصى فترة بعامين يضمن لنا الحصول على أطول فترة للارضاع الطبيعي. وقد اختيرت العينة باستخدام الطريقة العشوائية المنتظمة (Systematic random procedure) وذلك باختيار مولود من كل ٤٠ مولود مسجل في سجلات المواليد، وتم تسجيل أسماء المواليد وعناوين أسرهم وذلك لغرض زيارة الأسر ومقابلة الأمهات.

أدوات الدراسة

تم تصميم استمارة خاصة لجمع البيانات عن الحالة الاجتماعية للأسرة ونمط تغذية الطفل وتضمنت هذه الاستمارة معلومات عن عمل الأم وعمرها ومستواها التعليمي وعدد أفراد الأسرة وجنسية الأم والأب ومنطقة السكن ومستوى تعليم الأب وطريقة ارضاع الطفل.

طريقة جمع البيانات

قامت باحثات من ادارة الصحة العامة بجمع البيانات وتدوينها في الاستمارة الخاصة بالدراسة وذلك عن طريق زيارة الأسر ومقابلة الأمهات وسؤالهن عن المستوى الاجتماعى للأسرة وطريقة تغذية الطفل. وقد شملت الدراسة ٤٩٩ أم موزعين على جميع المناطق الجغرافية في البحرين (وتم استبعاد استمارة واحدة لعدم اكتمال البيانات فيها).

تحليل البيانات

تم تحليل البيانات في ادارة الصحة العامة، واستخدم برنامج + SPSS PC في التحليل الاحصائي للبيانات. كما استخدمت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري ومربع كاي في المعاملات الاحصائية لغرض قياس العلاقة بين العوامل الاجتماعية ونمط تغذية الطفل.

الدراسة التجريبية (Pilot study)

تم اجراء دراسة تجريبية على حوالى ٢٠ أسرة من خارج نطاق عينة الدراسة وذلك لغرض تدريب فريق العمل والتعرف على الوقت اللازم لجمع المعلومات وكذلك فحص أسئلة الاستبيان والتأكد من صلاحية ومستوى الأسئلة. ولقد تم تعديل الاستبيان في صيغته النهائية ووضع البرنامج الزمنى لاجراء المسح الميدانى بعد هذه الدراسة التجريبية.

التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة

بين جدول رقم (١) توزيع العينة وحجمها في كل منطقة جغرافية في البحرين ،

ونلاحظ في هذا الجدول أن أعلى نسبة لأفراد العينة كانت في منطقة المنامة (٢٧ر٨٪) تليها منطقة ستره (١١ر٦٪) ثم منطقة المحرق (- ١١ر١٪). ولا تعكس هذه النسب الكثافة السكانية لهذه المناطق بقدر ما تعكس عدد الأسر التي لديها أطفال تقل أعمارهم عن عامين، وبمقارنة التوزيع النسبي لعينة الدراسة مع التوزيع النسبي لسجلات المواليد في وزارة الصحة من حيث المنطقة الجغرافية نجد أنه لا يوجد اختلاف معنوي بين نسبة المختارين في عينة الدراسة والمسجلين في السجلات الصحية في كل منطقة جغرافية. فيما عدا في منطقة ستره حيث كانت نسبة تمثيل المواليد في عينة الدراسة أعلى من تلك الموجودة في السجلات الصحية وقد يرجع ذلك الى زيادة عدد المسجلين من منطقة ستره في فترة أخذ البيانات.

المؤشرات الاجتماعية الداخلة في الدراسة

اختيرت المؤشرات الاجتماعية على أساس عدة اعتبارات وهي:

- (١) أن يكون المؤشر سهل القياس.
- (٢) أن يكون المؤشر حساس (Sensetive) بما فيه الكفاية.
- (٣) أن يكون المؤشر له علاقة بالارضاع الطبيعي وذلك من خلال استخدامه في دراسات سابقة.

وبناء على هذه المعطيات وكذلك على الدراسة التجريبية تم استثناء مؤشرين اجتماعيين وهما دخل الأسره ووظيفة الأب وذلك لصعوبة قياس المؤشر الأول بالشكل الدقيق فلقد وجد أنه من الصعوبة معرفة الدخل الحقيقي للأسره، كما أن هناك عدم دقة في اعطاء البيانات المرتبطة بالدخل. أما المؤشر الثاني وهو وظيفة الأب فلقد تبين أن هناك أكثر من مهنة للعديد من الآباء وبالتالي فإنه يصعب تصنيفهم تحت مهنة واحدة فمثلاً قد يكون الأب موظف حكومي ولكن لديه محل بقاله يديره اخرون. وتشير الدراسات (١٣) أن مهنة الأم (تعمل أو لا تعمل) هي الأكثر تأثيراً على تغذية الطفل من مهنة الأب. وان كانت وظيفة الأب تفيد في حساب أو تقسيم الاسر إلى طبقات اجتماعية ولكننا لم نقم في هذه الدراسة باجراء مثل هذا التقسيم الذي يعتمد على تجميع المؤشرات في مقياس واحد ومن ثم تقسيم الاسر الى ٣ طبقات اجتماعية (منخفضة، متوسطة وعالية)، بل اعتمدنا على قياس تأثير كل مؤشر على حدة.

تعريف المؤشرات الاجتماعية

الجنسية : يعتبر الأب بحريني أو الأم بحرينية في حالة حصوله أو حصولها على جواز سفر بحريني.

مستوى التعليم : تم تقسيم مستويات التعليم الى ٣ فئات رئيسية كالتالي :

مستوى تعليم منخفض : يعتبر الشخص ذا تعليم منخفض اذا كان أمياً أو يقرأ

ويكتب ولكنه لم يحصل على الشهادة الابتدائية.
مستوى تعليم متوسط : يعتبر الشخص ذا تعليم متوسط عند حصوله على الشهادة
الابتدائية والاعدادية أو أحدهما.
مستوى تعليم عالي : يعتبر الشخص ذا تعليم عالي عند حصوله على الثانوية أو
الجامعية أو أحدهما (تشمل أولئك الحاصلون على الدبلوم).

منطقة السكن : وتم تقسيمها الى مجموعتين : الحضر والريف ولقد اعتمد تصنيف
الجهاز المركزي للإحصاء (١٤) كأساس في تقسيم المناطق الى حضرية وريفية، حيث
أن هذا الجهاز لديه قائمة تفصيلية بالمناطق الحضرية والريفية في البحرين.

عمل الأم : وتم تقسيمه الى فئتين أم عاملة وغير عاملة ويقصد بالأم العاملة تلك التي
تقوم بنشاط بأجر معين خارج المنزل. أما الأم غير العاملة فهي تلك التي لا تقوم بأى
نشاط بأجر خارج المنزل (ربة أسرة).

جدول رقم (١) التوزيع الجغرافي لعدد الامهات المختارات حسب المنطقة الجغرافية. توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية.

المنطقة الجغرافية	عدد الامهات المختارات	النسبة المئوية
الحد	١٥	٣ر٠
المحرق	٥٥	١١ر٠
المنامة	١٣٩	٢٧ر٨
جدحفص	٤٩	٩ر٨
المنطقة الشمالية	٢٥	٥ر٠
ستره	٥٨	١١ر٦
المنطقة الوسطى	٤٤	٩ر٠
مدينة عيسى	٥١	١٠ر٢
الرفاع	٤٦	٩ر٢
المنطقة الغربية	١٧	٣ر٤
المجموع *	٤٩٩	١٠٠ر٠

* تم استبعاد استمارة واحدة لعدم استيفاء البيانات فيها.

نتائج الدراسة ومناقشتها

الخصائص الاجتماعية للأمهات المبحوثات

يوضح لنا الجدول رقم (٢) أهم الخصائص الاجتماعية للأمهات المبحوثات ونلاحظ أن حوالي ٤٢٪ من الأمهات يقطن المناطق القروية وهذه نسبة عالية لو قارناها بالتوزيع السكاني للأسر في البحرين، ولكنها تعكس تركز نسبة الأطفال الأقل من سنتين أثناء أخذ بيانات الدراسة حيث أن معدل الولادات في المناطق القروية أعلى منه في المناطق الحضرية.

وتشير النتائج أن غالبية الأمهات بحرينيات الجنسية (٨٥٪) وأن أعمارهن تتراوح ما بين ٢١ إلى ٣٠ سنة (٦٨٥٪). أما من ناحية المستوى التعليمي فنجد أن نسبة الحاصلات على التعليم العالي (ثانوية فأعلى) يمثلن حوالي ثلث أفراد العينة (٣١٪)، وتقارب هذه النسبة تلك التي وجدها قسم التخطيط والبحوث في دراسته حول مستويات المعرفة عند الأسر البحرينية حيث كانت نسبة الأمهات اللاتي حصلن على الشهادة الثانوية فما فوقها حوالي ٢٨٪ (١٥). ولكنها أعلى مما وجدته مصيقر (١٦) في عام ١٩٧٨ حيث كانت نسبة الأمهات الحاصلات على الشهادة الثانوية وما فوقها ١٨٧٪. وهذا أمر متوقع نتيجة زيادة انخراط المرأة في التعليم مما أدى الى ارتفاع نسبة المتعلقات وانخفاض نسبة الأمية بين النساء بشكل ملحوظ.

ومن المفارقات أن نسبة الأمهات العاملات لم يطرأ عليهن تغيير يذكر بل انخفضت قليلا مقارنة بالدراسات السابقة فلقد وجد مصيقر (١٧) في عام ١٩٧٨ أن ٢٢٪ من الأمهات يعملن، بينما تبين نتائج هذه الدراسة أن نسبة الأمهات العاملات قد انخفضت الى ١٣٦٪ وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قام بها قسم التخطيط والبحوث حيث وجد أن ١٣٪ من الأمهات يعملن (١٨). وهناك أكثر من تفسير بالنسبة لعمل الأم في عينة الدراسة الحالية فملاحظ أن عينة الأمهات القرويات عالية وهذا بدوره قد أثر على نسبة الأمهات العاملات حيث أن الغالبية العظمى من الأمهات في القرى لا يعملن. والتفسير الثاني أن نسبة كبيرة من الأطفال المبحوثين في الدراسة كانت أعمارهم أقل من سنة (٤٠٪) ومن الملاحظ في البحرين أن العديد من الأمهات يأخذن اجازة بدون مرتب لمدة سنة لتربية الطفل والاعتناء به خلال هذه الفترة، وبعضهن يتركن العمل ويرجعن بعد عام أو عامين للبحث عن عمل جديد.

وقت البدء في الارضاع الطبيعي

يعتبر وقت البدء في الارضاع الطبيعي من العوامل المهمة في تشجيع الرضاعة من الثدي، فلقد وجد أن عزل الأطفال المولودين حديثاً عن أمهاتهم وتقديم الحليب الاصطناعي لهم قد ساعد على زيادة الاعتماد على هذا الحليب وترك الرضاعة من الثدي. وتدعى بعض الأمهات بأنهن يكن منهكات بعد الولادة مباشرة ولهذا فانهن لا

يستطعن ارضاع أطفالهن من الثدي. ولكن الدراسات وجدت أن وضع الطفل على ثدى الأم بعد الولادة مباشرة لا يسبب أى اجهاد أو تعب للأم وتبين أن الأم التى تبدأ فى ارضاع طفلها فى وقت مبكر بعد الولادة تستمر فى ارضاعه من الثدي لفترة أطول من الأم التى بدأت ارضاع طفلها فى وقت متأخر أى بعد ١٢ ساعه من الولاده، كما تبين أن استعداد الطفل والمنعكسات العصبية المرتبطة بالمص تكون قوية ساعة ولادة الطفل، وأن الاستعجال بمص الحليب من الثدي يساعد على تحفيز ادرار الحليب (١٩، ٢٠).

وتشير بيانات الجدول رقم (٣) أن ٢٨٪ من الأمهات قد بدأت الارضاع الطبيعى مباشرة بعد الولادة وبحساب نسبة اللاتى أرضعن أطفالهن خلال الـ ١٢ ساعه الأولى بعد الولادة نجد أنها ٥٤٦٪، وهذه نسبة قليلة حيث أن أكثر من نصف العينة لا يملن الى الارضاع الطبيعى خلال الـ ١٢ ساعه الأولى بعد الولادة مباشرة. ومن الملاحظ أن الأم البحرينية أكثر ميلاً لارضاع طفلها من الثدي بعد الولادة مباشرة مقارنة بالأم غير البحرينية (٢٨٥٪)، وعند قياس تأثير مستوى التعليم نلاحظ أن الارضاع من الثدي بعد الولادة مباشرة أكثر شيوعاً عند الأمهات ذات التعليم المنخفض (٣٢٧٪) من الأمهات ذات التعليم المتوسط (١٩٨٪)، ولم نلاحظ هذا التوجه عند قياس تأثير مستوى تعليم الأب حيث نجد أن النسب جميعها متقاربة. ونجد أن هناك فرقاً بسيطاً بين الأم العاملة وغير العاملة من حيث الارضاع الطبيعى بعد الولاده مباشرة، وقد كان الفرق ٢٣٪ لصالح الأم غير العاملة.

ويبدو الفرق واضحاً عند قياس تأثير المنطقة الجغرافية حيث نجد أن الأم فى المناطق القروية أكثر ميلاً لارضاع طفلها من الثدي بعد الولادة مباشرة (٣٣٢٪) مقارنة بالأم فى المناطق الحضرية (٢٥٥٪). وهذا يتفق مع الدراسات فى الدول العربية التى أوضحت أن الرضاعة الطبيعية أكثر شيوعاً فى الريف عنها فى الحضر (٢١).

ولتوضيح الصورة بشكل أفضل قمنا بتقسيم وقت البدء بالارضاع الطبيعى الى قسمين خلال الـ ١٢ ساعه الأولى أو بعد الـ ١٢ ساعه الأولى بعد الولاده كما هو مبين فى جدول رقم (٤)، وباستخدام مربع كاي تبين أن هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين وقت البدء بالارضاع الطبيعى وكل من جنسية الأم والأب ومستوى تعليم الأم والمنطقة السكنية بينما لا توجد علاقة ذات دلالة معنوية بين البدء بالارضاع الطبيعى وكل من مستوى تعليم الأب وعمل الأم ونوع المولود.

جدول رقم (٢)

توزيع الامهات حسب الخصائص الاجتماعية

الخصائص الاجتماعية	العدد	%
عمر الام (سنة)		
اقل من ٢١	٣٩	٧ر٨
٢١ - ٣٠	٣٤٢	٦٨ر٥
اكبر من ٣٠	١١٨	٢٣ر٧
جنسية الام		
بحرينية	٤٢٤	٨٥ر٠
غير بحرينية	٧٥	١٥ر٠
جنسية الاب		
بحريني	٤٢١	٨٤ر٤
غير بحريني	٧٨	١٥ر٦
مستوى تعليم الام		
منخفض	٢٢٤	٤٤ر٩
متوسط	١١٨	٢٣ر٧
عالي	١٥٧	٣١ر٤
مستوى تعليم الاب		
منخفض	١٣٠	٢٦ر١
متوسط	١٤٢	٢٨ر٥
عالي	٢٢٧	٤٥ر٤
عمل الام		
لا تعمل	٤٣١	٨٦ر٤
تعمل	٦٨	١٣ر٦
منطقة السكن		
حضر	٢٩١	٥٨ر٣
ريف	٢٠٨	٤١ر٧
جنس المولود		
ذكر	٢٧٨	٥٥ر٧
انثى	٢٢١	٤٤ر٣
المجموع	٤٩٩	١٠٠ر٠

يستطعن ارضاع أطفالهن من الثدي. ولكن الدراسات وجدت أن وضع الطفل على ثدى الأم بعد الولادة مباشرة لا يسبب أى اجهاد أو تعب للأم وتبين أن الأم التي تبدأ في ارضاع طفلها في وقت مبكر بعد الولادة تستمر في ارضاعه من الثدي لفترة أطول من الأم التي بدأت ارضاع طفلها في وقت متأخر أى بعد ١٢ ساعة من الولادة، كما تبين أن استعداد الطفل والمنعكسات العصبية المرتبطة بالمص تكون قوية ساعة ولادة الطفل، وأن الاستعجال بمص الحليب من الثدي يساعد على تحفيز ادرار الحليب (١٩، ٢٠).

وتشير بيانات الجدول رقم (٣) أن ٢٨٪ من الأمهات قد بدأت ارضاع الطبيعي مباشرة بعد الولادة وبحساب نسبة اللاتي أرضعن أطفالهن خلال الـ ١٢ ساعة الأولى بعد الولادة نجد أنها ٥٤٦٪، وهذه نسبة قليلة حيث أن أكثر من نصف العينة لا يملن الى ارضاع الطبيعي خلال الـ ١٢ ساعة الأولى بعد الولادة مباشرة. ومن الملاحظ أن الأم البحرينية أكثر ميلاً لارضاع طفلها من الثدي بعد الولادة مباشرة مقارنة بالأم غير البحرينية (٢٨٥٪)، وعند قياس تأثير مستوى التعليم نلاحظ أن ارضاع من الثدي بعد الولادة مباشرة أكثر شيوعاً عند الأمهات ذات التعليم المنخفض (٣٢٧٪) من الأمهات ذات التعليم المتوسط (١٩٨٪)، ولم نلاحظ هذا التوجه عند قياس تأثير مستوى تعليم الأب حيث نجد أن النسب جميعها متقاربة. ونجد أن هناك فرقاً بسيطاً بين الأم العاملة وغير العاملة من حيث ارضاع الطبيعي بعد الولاده مباشره، وقد كان الفرق ٢٣٪ لصالح الأم غير العاملة.

ويبدو الفرق واضحاً عند قياس تأثير المنطقة الجغرافية حيث نجد أن الأم في المناطق القروية أكثر ميلاً لارضاع طفلها من الثدي بعد الولادة مباشرة (٣٣٢٪) مقارنة بالأم في المناطق الحضرية (٢٥٥٪). وهذا يتفق مع الدراسات في الدول العربية التي أوضحت أن الرضاعة الطبيعية أكثر شيوعاً في الريف عنها في الحضر (٢١).

ولتوضيح الصورة بشكل أفضل قمنا بتقسيم وقت البدء بالارضاع الطبيعي الى قسمين خلال الـ ١٢ ساعة الأولى أو بعد الـ ١٢ ساعة الأولى بعد الولاده كما هو مبين في جدول رقم (٤)، وباستخدام مربع كاي تبين أن هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين وقت البدء بالارضاع الطبيعي وكل من جنسية الأم والأب ومستوى تعليم الأم والمنطقة السكنية بينما لا توجد علاقة ذات دلالة معنوية بين البدء بالارضاع الطبيعي وكل من مستوى تعليم الأب وعمل الأم ونوع المولود.

جدول رقم (٢)

توزيع الامهات حسب الخصائص الاجتماعية

الخصائص الاجتماعية	العدد	%	المجموع
عمر الام (سنة)			
اقل من ٢١	٣٩	٧ر٨	
٢٠ - ٢١	٣٤٢	٦٨ر٥	
اكبر من ٢٠	١١٨	٢٣ر٧	
جنسية الام			
بحرينية	٤٢٤	٨٥ر٠	
غير بحرينية	٧٥	١٥ر٠	
جنسية الاب			
بحريني	٤٢١	٨٤ر٤	
غير بحريني	٧٨	١٥ر٦	
مستوى تعليم الام			
منخفض	٢٢٤	٤٤ر٩	
متوسط	١١٨	٢٣ر٧	
عالي	١٥٧	٣١ر٤	
مستوى تعليم الاب			
منخفض	١٣٠	٢٦ر١	
متوسط	١٤٢	٢٨ر٥	
عالي	٢٢٧	٤٥ر٤	
عمل الام			
لا تعمل	٤٣١	٨٦ر٤	
تعمل	٦٨	١٣ر٦	
منطقة السكن			
حضر	٢٩١	٥٨ر٣	
ريف	٢٠٨	٤١ر٧	
جنس المولود			
ذكر	٢٧٨	٥٥ر٧	
انثى	٢٢١	٤٤ر٣	
المجموع	٤٩٩	١٠٠ر٠	

جدول رقم (٣)

توزيع الامهات حسب وقت البدء بالارضاع الطبيعي بعد الولادة والخصائص الاجتماعية.

وقت البدء في الارضاع الطبيعي (ساعة)						الخصائص الاجتماعية
مباشرة بعد الولادة	١ - ٦	٧ - ١٢	١٣ - ٢٤	بعد ٢٤ ساعة	المجموع	
%	%	%	%	%	%	
٢٨.٥	١٥.٠	٢.٩	٩.٧	٤٣.٩	١٠٠.٠	جنسية الام
٢٤.٠	٨.٠	٨.٠	١٠.٧	٤٩.٣	١٠٠.٠	بحرينية
						غير بحرينية
٢٨.٩	١٤.٦	٢.٩	٩.٦	٤٤.٠	١٠٠.٠	حنسية الاب
٢١.٨	١٠.٣	٧.٧	١١.٥	٤٨.٧	١٠٠.٠	بحريني
						غير بحريني
٣٢.٧	١٥.٣	٤.٠	٥.٠	٤٣.٠	١٠٠.٠	مستوى تعليم الام
١٩.٨	١٢.٩	١.٨	١٢.٩	٥٢.٠	١٠٠.٠	منخفض
٢٩.٢	١١.٠	٤.٦	١٣.٦	٤١.٦	١٠٠.٠	متوسط
						عالي
٢٨.٧	١٥.٥	٣.١	١.٠	٤٢.٦	١٠٠.٠	مستوى تعليم الاب
٢٧.٢	١٠.٧	٢.١	٧.٩	٥٢.١	١٠٠.٠	منخفض
٢٨.١	١٤.٧	٤.٩	١١.٢	٤١.١	١٠٠.٠	متوسط
						عالي
٢٨.١	١٣.٩	٣.٩	٩.١	٤٥.٠	١٠٠.٠	عمل الام
٢٥.٨	١٣.٦	١.٥	١٥.١	٤٤.٠	١٠٠.٠	لا تعمل
						تعمل
٢٥.٥	١٢.٧	٣.٣	١١.٨	٤٦.٧	١٠٠.٠	منطقة السكن
٣٣.٢	١٦.٨	٢.٥	٧.٤	٤٠.١	١٠٠.٠	حضر
						ريف
٢٩.٦	١١.٩	٣.٦	٩.٤	٤٥.٥	١٠٠.٠	جنس المولود
٢٥.٦	١٦.٤	٣.٦	١٠.٥	٤٣.٩	١٠٠.٠	ذكر
						انثى
١٣٨	٦٩	١٨	٤٩	٢١٩	٤٩٣	المجموع (العدد)
٢٨.٠	١١.٠	٣.٦	١٠.٠	٤٤.٤	١٠٠.٠	(%)

ملحوظة : ٦ امهات لم يرضعن اطفالهن طبيعيا منذ الولادة.

أول طعام أعطي للطفل بعد الولادة

يؤثر نوع الطعام الذى يعطى للطفل بعد الولادة مباشرة على استمرارية الارضاع الطبيعى ولقد وجد أن تقديم الحليب الاصطناعى للأطفال المولودين حديثاً فى المستشفيات يغرس عند الوالدين الاعتقاد بأن حليب الأم غير كاف لتغذية الطفل وأنه يجب تدعيمه بالحليب الاصطناعى. كما أن تعويد الطفل على القنينة (الرضاعة) يؤدى الى عزوفه عن الرضاعة من الثدي فى وقت مبكر وذلك لأن القنينة أسهل فى المص وتوفير الحليب كما أن طعم الحليب الاصطناعى أحلى من حليب الأم وكل هذه الأمور تساعد على عزوف الرضيع عن حليب أمه والتثبت بالارضاع الاصطناعى(٢٢).

والجانب الأهم هو أن حليب الأم فى الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة (اللبأ) يحتوى على نسب عالية من المواد المضادة وهو مهم لوقاية الطفل من الأمراض ومقاومته للالتهابات، ولكن للأسف فإن بعض الأمهات تعتقد أن هذا الحليب ضار بصحة الطفل لذا نجدهن يوقفن الرضاعة الطبيعية خلال اليومين الأولين بعد الولادة ويعطين المولود حليب الأطفال الصناعى ظناً أن ذلك يجنب الطفل مخاطر حليب اللبأ.

وتشير نتائج الدراسة أن ٣١٪ من الأمهات فقط قد قمن بارضاع أطفالهن من الثدي بعد الولادة مباشرة أى أن حليب الأم كان أول غذاء يقدم للطفل الرضيع كما هو مبين فى جدول رقم (٥). ولقد كان لجنسية الأم والأب ومستوى تعليمهما تأثيراً واضحاً على الارضاع الطبيعى بعد الولادة مباشرة، فمثلاً نجد أن حوالى ٣٢٪ من الأمهات البحرينيات قمن بارضاع أطفالهن من الثدي بعد الولادة مباشرة مقابل ٢٦٫٧٪ من الأمهات غير البحرينيات. والفرق كان اكبر عند احتساب جنسية الأب (٣٢٫٥٪ مقابل ٢٣٫١٪ للأب البحريني وغير البحريني على التوالى).

أما بالنسبة لتأثير مستوى التعليم فلقد كان ذوا التعليم المتوسط (سواء فى الأمهات أو الأباء) أقل الفئات التعليمية تقديماً لحليب الأم بعد الولادة، بينما تساوت النسبة عند ذوى التعليم المنخفض والعالى ولا يوجد تفسير محدد لهذه الظاهره حيث كان من المتوقع وحسب فرضيتنا أن تقل نسبة الارضاع من الثدي تدريجياً مع ارتفاع مستوى التعليم، وقد يرجع ذلك الى أن هذه الفئة (المتوسطة التعليم) هى أكثر عرضة للتأثر بالمتغيرات الاجتماعية نتيجة لاحتكاكها بالمجتمع بصورة أكبر من ذوى التعليم المنخفض، ونظراً للنقص فى مستوى معلوماتهن الصحية فانهن قمن بتقديم أغذية أخرى غير حليب الأم. ولا يعتبر هذا التفسير كاف ونعتقد أننا نحتاج الى المزيد من البحث حول أسباب أو تأكيد مدى صحة هذه الظاهرة التى كشفتها الدراسة الحالية.

وبصفة عامة نجد أن أكثر من نصف الأمهات المبحوثات (٥٣٧٪) قدمن حليب الأطفال الصناعي لأطفالهن كأول طعام بعد الولادة مباشرة، وهذا اتجاه خاطيء يجب العمل على تغييره من قبل برامج التوعية الصحية لأنه يؤثر سلباً على الارضاع الطبيعي. ويرجع ذلك بصفة خاصة الى الممارسات غير الصحيحة في المستشفيات حيث يسمح بتقديم حليب الأطفال الصناعي للأطفال حديثى الولادة وتقف الأم مكتوفة الأيدى حيال هذا التصرف فهى تعتقد أن الممارسين الصحيين هم أكثر دراية بصحة وغذاء أطفالهن. ولقد أوضحت دراسة سابقة (٢٣) أن الممارسين الصحيين يلعبون دوراً كبيراً في تشجيع الرضاعة الصناعية، فلقد صرحت ٦٨٪ من الأمهات في مدينة المنامة بأنهن استخدمن حليب الأطفال الجاهز بناء على نصائح الأطباء والمرضات.

وتعتبر سياسة توزيع عينات حليب الأطفال على الأمهات في المستشفيات والمراكز الصحية من أنجح الوسائل في ترويج الرضاعة الاصطناعية في دول الخليج العربية، خاصة بعد إيقاف عرض الاعلانات التجارية في وسائل الاعلام، وكثيراً ما تقوم الأمهات بالاستمرار في شراء نفس علبه الحليب التى أعطيت لها في المستشفى لاعتقادها أنه الحليب الأفضل. لذا نجد أن مناقصات حليب الأطفال في وزارات الصحة في دول المنطقة تحظى باهتمام كبير من قبل شركات أغذية الأطفال. وتوصى منظمى الصحة العالمية واليونسيف بعدم تقديم أى نوع من العينات المجانية لحليب الأطفال المصنع للأمهات الحوامل وأمهات الأطفال في المستشفيات والمراكز الصحية (٢٤)، ولكن للأسف الشديد فإن مثل هذا النشاط مازال جارياً (ولو بصورة أقل) في معظم المراكز الصحية والمستشفيات في البحرين وبقية دول المنطقة.

جدول رقم (٥)

توزيع الامهات حسب اول طعام اعطي للطفل بعد الولادة مباشرة والخصائص الاجتماعية.

المجموع	آخر	الماء/اوالماء والسكر	حليب الاطفال	حليب الام	الخصائص الاجتماعية
%	%	%	%	%	
١٠٠.٠	٤.٧	٩.٩	٥٣.٥	٣١.٩	جنسية الام
١٠٠.٠	٢.٦	١٦.٠	٥٤.٧	٢٦.٧	بحرينية
١٠٠.٠	٥.٠	١٠.٠	٥٢.٥	٣٢.٥	غير بحرينية
١٠٠.٠	١.٣	١٥.٤	٦٠.٣	٢٣.١	جنسية الاب
١٠٠.٠	٥.٨	١٧.٩	٤٢.٠	٣٤.٣	بحريني
١٠٠.٠	٠.٨	٢٨.٠	٤٥.٨	٢٥.٤	غير بحريني
١٠٠.٠	٣.٢	٢١.١	٤٣.٩	٣١.٨	مستوى تعليم الام
١٠٠.٠	٤.٧	٨.٥	٥٣.٥	٣٣.٣	منخفض
١٠٠.٠	٣.٦	١٢.١	٥٧.٤	٢٧.٠	متوسط
١٠٠.٠	٤.٥	١١.٥	٥١.٣	٣٢.٧	عالي
١٠٠.٠	٥.١	١٠.٩	٥٢.٧	٣١.٣	مستوى تعليم الاب
١٠٠.٠	٠.٠	١٠.٣	٦٠.٣	٢٩.٤	منخفض
١٠٠.٠	٤.٩	٨.٣	٥٥.٨	٣٠.٩	متوسط
١٠٠.٠	٤.٩	١١.٨	٤٩.٠	٣٤.٣	عالي
١٠٠.٠	٤.٠	١١.٩	٥٢.٥	٣١.٧	عمل الام
١٠٠.٠	٥.٠	٩.٥	٥٥.٢	٣٠.٣	لا تعمل
١٠٠.٠	٤.٩	٨.٣	٥٥.٨	٣٠.٩	تعمل
١٠٠.٠	٤.٩	١١.٨	٤٩.٠	٣٤.٣	منطقة السكن
١٠٠.٠	٤.٠	١١.٩	٥٢.٥	٣١.٧	حضر
١٠٠.٠	٥.٠	٩.٥	٥٥.٢	٣٠.٣	ريف
١٠٠.٠	٤.٠	١١.٩	٥٢.٥	٣١.٧	جنس المولود
١٠٠.٠	٥.٠	٩.٥	٥٥.٢	٣٠.٣	ذكر
١٠٠.٠	٥.٠	٩.٥	٥٥.٢	٣٠.٣	انثى
٤٩٩	٢٢	٥٤	٢٦٨	١٥٥	المجموع (العدد)
١٠٠.٠	٣.٢	١٠.٨	٥٣.٧	٣١.١	(%)

ومن الأمور الضارة كذلك اعطاء الرضيع الماء والسكر أو شراب الجلوكوز حيث تبين أن نسبة لا بأس بها من الأمهات (٨٠.٨٪) تقوم بتقديم هذا المحلول السكرى. وهذا تصرف ليس له أساس صحى وهو يزيد من احتمال الإصابة بالعدوى كما أنه يقلل من قدرة الرضيع على مص الثدي ومن قدرة الأم على ادرار الحليب.

طريقة ارضاع الطفل

تعتقد الكثير من الأمهات أن ارضاع أطفالهن حسب جدول زمنى محدد (كل ٣ أو ٤ ساعات) هى الطريقة المثلى للارضاع. وهذا تصرف خاطىء حيث أنه يفترض أن جميع الأطفال يشعرون بالجوع بعد فترة زمنية واحدة بغض النظر عن الاختلافات الفردية فى الحجم والوراثة وغيرها. وتوصى الجهات المتخصصة بتغذية الطفل (٢٥) باتباع أسلوب ارضاع الطفل حسب الطلب (أى كلما يجوع) لأن ذلك يساعد الطفل على الحصول على طعامه عندما يحتاجه وبذلك تصبح فترات الارضاع مبنية على الاحتياجات الفردية لكل طفل، كما أن هذه الطريقة تساعد على زيادة افراز الحليب من الثدي فلقد وجد أن الرضاعة عند الطلب تنشط انتاج هرمون البرولكتين الذى يساعد بدوره على افراز الحليب، وأن هذه الطريقة تفيد كذلك فى الوقاية من مشكلة احتقان الحليب فى الثدي (٢٦).

ونجد من الدراسة الحالية أن غالبية الأمهات فى البحرين (٧٥.٥٪) يقمن بارضاع أطفالهن حسب الطلب وهذا توجه صحى يجب الاهتمام به وتشجيعه. ولكن فى المقابل فإن ربع الأمهات مازلن يقمن بارضاع أطفالهن حسب جدول زمنى محدد وهذا التصرف أكثر شيوعا عند الأمهات غير البحرينيات (٣٦.١٪) مقارنة بالبحرينيات (٢٢.٥٪)، ولوحظ نفس التأثير عند قياس جنسية الأب (جدول رقم ٦).

أما عند قياس مستوى التعليم فنلاحظ أنه كلما ارتفع مستوى تعليم الوالدين ازداد استخدام طريقة الارضاع حسب جدول زمنى محدد، ويبدو التأثير أكثر وضوحا عند قياس مستوى تعليم الأم حيث تزداد النسبة بشكل كبير مع كل ارتفاع فى المرحلة التعليمية فنجد أن النسبة ٢١.١٪ عند الأمهات ذوات التعليم المنخفض، وترتفع الى ٢٥٪ ثم الى ٤٣.٥٪ عند ذوات التعليم المتوسط والعالى على التوالى. وتتفق هذه النتائج مع دراسات سابقة فى البحرين (٢٧) وفى منطقة الخليج (٢٨ ، ٢٩) حيث أوضحت هذه الدراسات أن مستوى التعليم له تأثير سلبي على الارضاع الطبيعى خاصة من ناحية التقيد بمواعيد محدودة للارضاع والنوم وهذا راجع الى اعتقاد الأم المتعلمة أن التقيد بنظام محدد فى تغذية ورعاية الطفل هو أسلوب صحى وعملى يفيد الطفل، بينما نجد أن الأم الأمية مازالت تعيش على فطره والتجربه وتقوم بارضاع طفلها كلما طلب ذلك.

ويبدو الفرق واضحاً وذا دلالة معنوية عالية بين الأم العاملة وغير العاملة من حيث طريقة ارضاع الطفل، فنجد أن ٨٠٪ من الأمهات غير العاملات يرضعن أطفالهن حسب الطلب مقابل ٤٦٫٣٪ عند الأمهات العاملات. ويمكن تفسير ذلك بأن تنظيم الوقت بالنسبة للأم العاملة يعتبر مهم جداً، لذا فهي تهتم بتحديد فترات الارضاع بما يتناسب مع ساعات خروجها من المنزل، كما أن الاعتماد على الخادمة أو المربية يجعل الأم تحدد المواعيد التي يجب على هذه الخادمة في تقديم الطعام للطفل. وهناك جانب آخر وهو أن الأم العاملة هي أعلى تعليماً وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن حسب جدول زمني محدد تزيد مع ارتفاع مستوى التعليم.

وكما هو متوقع فإن الأم في المناطق القروية تميل الى ارضاع طفلها حسب الطلب بشكل أكبر من الأم في المناطق الحضرية (٨٤٫٦٪ مقابل ٧١٫٤٪ على التوالي). وهذه النتيجة تتفق مع ما وجدته مصيقر في دراسته حول تغذية الطفل في المناطق الحضرية والريفية (٣٠). أما من ناحية نوع المولود فلم يوجد أى اختلاف بين المولود الذكر والمولودة الأنثى من حيث الارضاع.

الأم العامل غير صالح العمل لدى الاسراء في تعدادها طبقاً لـ
 توزيع الامهات حسب طريقة ارضاع الطفل والخصائص الاجتماعية

طريقة ارضاع الطفل			الخصائص الاجتماعية
المجموع	حسب جدول زمني %	حسب الطلب %	
			جنسية الام
١٠٠٠٠	٢٢٠٥	٧٧٠٥	بحرينية
١٠٠٠٠	٣٦٠١	٦٣٠٩	غيربحرينية
			جنسية الاب
١٠٠٠٠	٢٢٠٢	٧٧٠٨	بحريني
١٠٠٠٠	٣٧٠٣	٦٢٠٧	غير بحريني
			مستوى تعليم الام
١٠٠٠٠	١٢٠١	٨٧٠٩	منخفض
١٠٠٠٠	٢٥٠٠	٧٥٠٠	متوسط
١٠٠٠٠	٤٣٠٥	٥٦٠٥	عالي
			مستوى تعليم الاب
١٠٠٠٠	١٤٠٨	٨٥٠٢	منخفض
١٠٠٠٠	١٧٠٦	٨٢٠٤	متوسط
١٠٠٠٠	٣٤٠٥	٦٥٠٥	عالي
			عمل الام
١٠٠٠٠	١٩٠٩	٨٠٠١	لا تعمل
١٠٠٠٠	٥٣٠٧	٤٦٠٣	تعمل
			منطقة السكن
١٠٠٠٠	٢٨٠٦	٧١٠٤	حضر
١٠٠٠٠	١٥٠٤	٨٤٠٦	ريف
			جنس المولود
١٠٠٠٠	٢٤٠٨	٧٥٠٢	ذكر
١٠٠٠٠	٢٤٠٢	٧٥٠٨	انثى
٤٨٩	١٢٠	٣٦٩	المجموع (العدد)
١٠٠٠٠	٢٤٠٥	٧٥٠٥	(%)

ملحوظة : ١٠ امهات لم يجبن على هذا السؤال ٦ امهات لم يرضعن اطفالهن طبيعياً.

طول فترة الرضاعة

تشير الدراسات التي أجريت في بعض الدول العربية (٣١) أن هناك العديد من العوامل الاجتماعية التي تؤثر على طول فترة الرضاعة. ففي الكويت وجد عزت أمين وزملاءه (٣٢) أن أهم العوامل المؤثرة على طول فترة الرضاعة هي عمر الأم وتعليمها وعملها وترتيب المولود والدخل الشهري، وفي الأردن وجد أكين وزملاءه (٣٣) أن الرضاعة الطبيعية تتأثر بعمر الأم وتعليمها والوضع الوظيفي لها ولزوجها وكذلك منطقة الاقامة. وفي البحرين وجد مصيقر (٣٤) أن هناك فروق ذات دلالة معنوية في طول فترة الرضاعة بين الحضر والريف وبين الأم المتعلمة وغير المتعلمة.

وتفيد البيانات المدونة في جدول (٧) أن نسبة الأمهات اللاتي قمن بالارضاع الطبيعي تقل بازدياد عمر الطفل فنجد أن ٢٨٫٦٪ قد أرضعن أطفالهن لمدة أقل من ٤ أشهر وأن ٢٠٫٣٪ قد أرضعن أطفالهن لمدة ٤ - ٦ شهور والباقي قمن بالارضاع لفترة أطول من ٦ شهور. ومن الناحية الصحية فإن أهم فئة هي تلك التي ترضع أطفالها أقل من ٤ شهور فإن هؤلاء الأطفال يكونون أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية والأمراض المعدية. وتوصى المنظمات الصحية أن يستمر الارضاع لأطول فترة ممكنة ويمكن للأم أن ترضع لمدة عامين بدون خوف أو قلق بشرط أن تقوم بتدعيم حليبها بأغذية أخرى مغذية بعد الشهر الرابع. وتشير بيانات نفس الجدول السابق أن الأم البحرينية أكثر اهتماماً باستمرار الارضاع من الثدي من الأم غير البحرينية، وقد يرجع ذلك الى أن نسبة كبيرة من الأمهات غير البحرينيات عاملات ولذا فانهن يسارعن الى فطام أطفالهن في سن مبكرة تمهيدا للعودة للعمل. أما من ناحية جنسية الأب فنلاحظ عكس الاتجاه السابق أي عندما يكون الأب غير بحريني تكون الأم أكثر ميلاً في استمرار الارضاع الطبيعي لفته أطول من الأم المتزوجة من أب بحريني.

أما من ناحية التعليم فنجد أن الأم ذات التعليم المنخفض تميل الى ارضاع طفلها لفترة أطول من الأم ذات التعليم المتوسط أو ذات التعليم العالي، فحوالي ٣٠٪ من الأمهات ذوات التعليم المنخفض يرضعن أطفالهن لفترة أكثر من ١٢ شهر مقابل ٢٣٪ عند ذوات التعليم المتوسط و ١٠٫٥٪ عند ذوات التعليم العالي. ونلاحظ نفس الاتجاه عند قياس مستوى تعليم الأب ولكن الفروق بين المستويات التعليمية التابعة للأب كانت أقل عند مقارنتها بالفروق بين مستويات تعليم الأم. ومن الأمور الملفتة للنظر أن الأم العاملة أكثر ميلاً للاستمرار في الارضاع الطبيعي من الأم غير العاملة وهذه النتيجة تخالف العديد من الدراسات الأخرى (٣٥) ويبدو أن السبب الرئيسي في ذلك هو ارتفاع عدد الولادات عند الأم غير العاملة مما يجعلها توقف الارضاع الطبيعي في فترة مبكرة أي حالما تعرف أنها حامل، فمن الاعتقادات الشائعة في البحرين أن حليب

الأم الحامل غير صالح للطفل لذا تقوم الأم الحامل بالاسراع في فطام طفلها. وينطبق هذا التفسير كذلك على الأم في المناطق القروية حيث أنها أقل ميلاً في الاستمرار في الارضاع الطبيعي.

أما من ناحية نوع المولود فهناك توجه نحو الاستمرار في ارضاع المولود الذكر لفترة أطول من المولودة الأنثى فنجد أن ٢٩ر٦٪ من المواليد الذكور قد رضعوا طبيعياً لفترة أطول من ١٢ شهر مقابل ١٧ر٧٪ من المواليد الاناث. وتبين الدراسات في الدول النامية (٣٦) أن هناك تمييزاً في التغذية والعناية الصحية بالمولود الذكر على حساب المولودة الأنثى. ولكننا لا نعتقد أن مثل هذا التمييز موجود بالشكل المؤثر في الوقت الحاضر في البحرين ويبدو أن الاختلاف في فترة الارضاع بين الذكور والاناث قد يكون نتيجة الصدفة في العينة.

وقد حاولت الدراسة أن تقيس متوسط طول فترة الارضاع من الثدي وذلك لاعطاء صورة أوضح عن الفروق في الرضاعة الطبيعية وتأثير العوامل الاجتماعية عليها. واعتمدت النتائج على عدد الأمهات اللاتي أكملن الرضاعة من الثدي وهن ٢٦٦ أم ولم تشمل بقية الأمهات اللاتي مازلن يرضعن أطفالهن أثناء مقابلاتهن ولا تعتبر هذه الطريقة كافية لاعطاء الصورة الحقيقية لطول فترة الارضاع الطبيعي في البحرين وذلك لأن جزء من العينة لم يدخل ضمن حساب متوسط طول فترة الارضاع ولكنها تعطى مؤشراً حول تأثير العوامل الاجتماعية على طول الرضاعة الطبيعية.

والجدول رقم (٨) يبين لنا العلاقة بين العوامل الاجتماعية وطول فترة الرضاعة الطبيعية. ولقد تم ادراج عمر الأم هنا وذلك لأن دراسات أخرى في المملكة العربية السعودية (٣٧) وفي الكويت (٣٨) وبعض الدول العربية (٣٩) قد أوضحت ان هناك علاقة بين عمر الأم والارضاع الطبيعي. وتشير الدراسة الحالية الى أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية أعلى عند الأمهات اللاتي كانت أعمارهن أكبر من ٣٠ سنة، تليها الأمهات صغيرات السن (أقل من ٢١ سنة)، ثم الأمهات متوسطات العمر (٢١ - ٣٠ سنة). وهذا لا يتفق مع ما وجدته عبدالرحمن الفريح (٤٠) في المملكة العربية السعودية حيث أنه كلما ارتفع عمر الأم ازدادت نسبة الارضاع الطبيعي، ولكن دراسة الفريح لم تشر الى متوسط فترة الرضاعة. أما في الكويت فلقد وجد عزت أمين وزملاءه (٤١) أنه بزيادة عمر الأم فان متوسط فترة الرضاعة يزداد كذلك، فلقد كان متوسط فترة الرضاعة ٥ شهور عند الأم التي يتراوح عمرها ما بين ٢٠ - ٣٠ سنة ثم تزداد الفترة الى ٦ أشهر عند الأم التي يتراوح عمرها ما بين ٣٠ - ٣٥ سنة، والى ٧ أشهر عند الأم الأكبر من ٣٥ سنة. ومن الملاحظ أن متوسط فترة الارضاع من الثدي عند الفئات العمريه في الكويت أقل مما هي عند نفس الفئات العمريه من الأمهات في

البحرين، مما يبين لنا أن المتوسط العام لفترة الرضاعة أعلى في البحرين مقارنة بالكويت.

ونلاحظ أن الأم البحرينية تقوم بارضاع طفلها لفترة أطول من الأم غير البحرينية ولكن النتيجة عكسية عند قياس تأثير جنسية الأب فالأم المتزوجة من زوج غير بحريني ترضع طفلها لفترة أطول من الأم المتزوجة من زوج بحريني. وعند قياس مستوى تعليم الأم نجد طول فترة الرضاعة تقل كلما ارتفع مستوى تعليم الأم وهذا يطابق مع ما وجدته عزت أمين وزملاءه (٤٢) في الكويت حيث أن هناك فروق ذات دلالة معنوية بين الأم الأمية والأم المتعلمة من حيث طول فترة الرضاعة ولم يلاحظ نفس التوجه عند قياس مستوى تعليم الأب بل وجد أنه بارتفاع مستوى تعليم الأب تزداد فترة الارضاع من الثدي.

ومن أهم النتائج التي أفرزتها دراستنا الحالية أن الأم العاملة تقوم بارضاع طفلها لفترة أطول من الأم غير العاملة وهذا لا ينطبق مع بعض الدراسات في الدول العربية (٤٣)، ففي الكويت مثلاً وجد أن هناك فرقاً واضحاً في صالح الأم غير العاملة في طول فترة الرضاعة، فلقد كانت طول فترة الرضاعة ٧ أشهر عند الأم غير العاملة مقابل حوالي ٤ أشهر عند الأم العاملة (٤٤). وكما هو متوقع فلقد وجدنا أن الأم في الحضر ترضع طفلها لفترة أقل من الأم في القرى (٧١ شهراً مقابل ٩١ شهراً على التوالي). وهذه الظاهرة منتشرة في معظم الدول النامية حيث أن الأم القروية تميل الى ارضاع طفلها لفترة طويلة تصل الى السنتين. أما بالنسبة لنوع المولود فلقد تبين أن طول فترة ارضاع المولود الذكر أكبر من المولودة الأنثى (٨٩ شهراً مقابل ٧٨ شهراً) مما يعطى انطباعاً أن هناك ميلاً للاهتمام بالمولود الذكر، وان كانت هذه النتيجة لا تعطى الصورة الكاملة لهذا التمييز ويتطلب ذلك اجراء دراسة أعمق حول التمييز بين الذكر والأنثى في الرعاية الصحية والتغذوية. ولا تتفق هذه النتيجة مع ما وجدته دراسة سابقة في الكويت حيث لم يلاحظ أى اختلاف في طول الارضاع بين المولود الذكر والمولودة الأنثى (٤٥).

وبصفة عامة يمكن القول أن متوسط فترة الرضاعة في البحرين قد حصل له تدهور سريع فلقد كان يصل الى السنتين في الستينات ثم انخفض الى ١١ شهراً في السبعينات ثم واصل الانخفاض الى ٨ شهور في الثمانينات. ولكن مازالت هذه المدة جيدة مقارنة بالعديد من الدول النامية التي تقوم فيها الأمهات بارضاع أطفالهن لفترة أقل من ٦ شهور. كما أنها أفضل من تلك التي وجدت مؤخراً في الكويت (٤٦) حيث كانت الفترة ٥٨ شهور وهي قريبة من التي وجدها مصيقر (٤٧) في سلطنة عمان (٨٨ شهراً).

جدول رقم (٧)

توزيع الامهات حسب طول فترة الرضاعة والخصائص الاجتماعية

طول فترة الرضاعة (شهر)						
المجموع	اقل من ٤	٤ - ٦	٧ - ٩	١٠ - ١٢	اكثر من ١٢	الخصائص الاجتماعية
	%	%	%	%	%	
١٠٠.٠	٢٨.٤	١٩.٨	١٤.٧	١٢.٢	٢٦.٨	جنسية الام
١٠٠.٠	٢٩.٦	٢٢.٧	٢٠.٥	٦.٨	١١.٤	بحرينية
١٠٠.٠	٣٠.٢	٢٠.٥	١٤.٠	١٢.٦	٢٢.٨	غير بحرينية
١٠٠.٠	١٥.٠	٢٠.٠	٢٥.٠	١٠.٠	٣٠.٠	جنسية الاب
١٠٠.٠	٤٠.٧	١٧.٥	٩.٩	٢.٢	٢٩.٧	بحريني
١٠٠.٠	٣٩.٣	١٣.١	١٦.٤	٨.٢	٢٣.٠	غير بحريني
١٠٠.٠	٤٣.٩	٢٢.٨	١١.٤	١١.٤	١٠.٥	مستوى تعليم الام
١٠٠.٠	٣٨.٢	١٦.٤	١٢.٧	١٢.٧	٢٠.١	منخفض
١٠٠.٠	٢٥.٧	٢٧.٠	١٣.٥	١٢.٢	٢٠.٦	متوسط
١٠٠.٠	٢٥.٨	١٨.٤	١٨.٤	١٠.٣	٢٧.٢	عالي
١٠٠.٠	٢٩.٣	٢٠.٥	١٧.٧	١١.٢	٢١.٤	مستوى تعليم الاب
١٠٠.٠	٢٥.٥	١٩.٦	٧.٨	١١.٨	٣٥.٣	منخفض
١٠٠.٠	٢٨.٣	٢٠.٣	١٤.٥	١٢.٣	٢٤.٦	متوسط
١٠٠.٠	٣٣.٨	٢٠.٨	١٣.٠	١٣.٠	٢٩.٥	عالي
١٠٠.٠	٢٧.٥	٢١.١	١١.٣	١٠.٦	٢٩.٦	عمل الام
١٠٠.٠	٢٩.٨	١٩.٤	٢١.٠	١٢.١	١٧.٧	لا تعمل
١٠٠.٠	٢٨.٣	٢٠.٣	١٤.٥	١٢.٣	٢٤.٦	تعمل
١٠٠.٠	٢٧.٥	٢١.١	١١.٣	١٠.٦	٢٩.٦	منطقة السكن
١٠٠.٠	٢٩.٨	١٩.٤	٢١.٠	١٢.١	١٧.٧	حضر
١٠٠.٠	٢٧.٥	٢١.١	١١.٣	١٠.٦	٢٩.٦	ريف
١٠٠.٠	٢٧.٥	٢١.١	١١.٣	١٠.٦	٢٩.٦	جنس المولود
١٠٠.٠	٢٧.٥	٢١.١	١١.٣	١٠.٦	٢٩.٦	ذكر
١٠٠.٠	٢٧.٥	٢١.١	١١.٣	١٠.٦	٢٩.٦	انثى
٢٦٦	٧٦	٥٤	٤٢	٣٠	٦٤	المجموع (العدد)
١٠٠.٠	٢٨.٦	٢٠.٣	١٥.٨	١١.٣	٢٤.٠	(%)

ملحوظة : يشمل الامهات اللآتي اكملن الرضاعة من الثدي وعددهن ٢٦٦ أم.

انظر توزيع العينة في جدول رقم (٨).

جدول رقم (٨)
متوسط فترة الرضاعة حسب الخصائص الاجتماعية للأمهات.

الانحراف المعياري (شهر)	متوسط فترة الرضاعة (شهر)	العدد	الخصائص الاجتماعية
٥ر٦٤	٨ر٧٥	٢٠	عمر الام (سنة) اقل من ٢١
٦ر٣٨	٨ر٠٣	١٩٣	٢١ - ٣٠
٧ر٠٨	٩ر٣٢	٥٣	اكبر من ٣٠
٦ر٣٩	٨ر٤٣	٢٢٢	جنسية الام بحرينية
٦ر٩٣	٧ر٩٣	٤٤	غير بحرينية
٦ر٢٨	٨ر١١	٢٠	جنسية الاب بحريني
٦ر٣٧	٩ر٤٥	٢١٥	غير بحريني
٦ر٩	٨ر٤	٩٠	مستوى تعليم الام منخفض
٦ر٣	٨ر١	٦١	متوسط
٥ر٢	٦ر٥	١١٥	عالي
٦ر٣٢	٧ر٤٠	٥٥	مستوى تعليم الاب منخفض
٦ر٢٨	٧ر٩٩	٧٤	متوسط
٦ر٦٢	٨ر٩٦	١٣٦	عالي
٦ر١٥	٧ر٨٨	٢١٥	عمل الام لا تعمل
٧ر٤٦	١٠ر٢٧	٥١	تعمل
٦ر٤	٧ر١	١٨١	منطقة السكن حضر
٦ر٧	٩ر١	٨٠	ريف
٦ر٧٤	٨ر٨٥	١٤٢	جنس المولود ذكر
٦ر١٤	٧ر٧٧	١٢٤	انثى

الاستنتاجات

يمكننا تلخيص أهم استنتاجات الدراسة الحالية فيما يلي :-

أولاً : استنتاجات عامه

١ - تشير نتائج الدراسة الى أن هناك ميلاً الى الارضاع الاصطناعى على حساب الارضاع الطبيعى وقد أمكن ملاحظة ذلك من خلال ارتفاع نسبة الأمهات اللاتى قدمن الحليب الاصطناعى لأطفالهن (٥٣٧٪) والتأخر فى البدء بالارضاع الطبيعى بعد الولادة مباشرة.

٢ - حدث انحسار شديد فى طول فترة الرضاعة الطبيعىة حيث تبين أن متوسط فترة الرضاعة فى عام ١٩٧٨ كان ١٥٥ شهراً فى المدن و ١٩٣ شهراً فى القرى بينما وجدت الدراسة الحالية أن متوسط طول فترة الرضاعة قد أصبح ٨٦ شهراً فى المدن و ٧٣ شهراً فى القرى ونلاحظ من هذه النتائج أن الفرق فى الانخفاض كان أكثر فى القرى أى أن الأم القروية كانت أكثر تأثراً بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالارضاع الطبيعى من الأم الحضرية.

٣ - تقوم نسبة لا بأس بها من الأمهات بارضاع أطفالها حسب نظام زمنى محدد وهذا له تأثير سلبي على نمو وصحة الطفل، ويوضح ابراهيم (٤٨) أن الأطفال الذين يرضعون بنظام غير مقيد يزدون فى الوزن وينمون أسرع من أولئك الذين يرضعون وفق نظام صارم. ووجد أيضاً أن الأطفال الذين يرضعون على فترات متقاربة ينمون أحسن من أولئك الذين يرضعون على فترات متباعدة مما يبين أن تعدد الرضاعة ومدتها عامل هام فى ادرار حليب الأم.

ثانياً : تأثير العوامل الاجتماعية على الارضاع الطبيعى (فحص الفرضيات)

١ - تأثير الجنسية :

بصفة عامه يمكن القول أن هناك تقارب فى تأثير جنسية الأب مع جنسية الأم وتبين أن الأب أو الأم اذا كانا بحرينيان فهما أكثر ميلاً الى الاهتمام بالرضاعة الطبيعىة عما اذا كانا غير بحرينيين ويستثنى من هذا الاستنتاج طول فترة الرضاعة حيث وجد أنها أطول عندما تكون الأم متزوجة من زوج غير بحرينى.

٢ - تأثير مستوى التعليم

باستثناء طول فترة الرضاعة فان تأثير مستوى التعليم على ممارسات ارضاع الطفل كان متشابهاً . ولقد تبين أن الأمهات ذوات التعليم المنخفض والتعليم العالى أكثر اهتماماً بالارضاع الطبيعى من حيث البدء بالارضاع الطبيعى بعد الولادة مباشرة، أما الأمهات ذوات التعليم المتوسط فقد كن أكثر ميلاً فى تقديم حليب الأطفال بعد الولادة مباشرة، وقد لوحظ نفس الاتجاه عند قياس تأثير تعليم الأب.

الاستنتاجات

يمكننا تلخيص أهم استنتاجات الدراسة الحالية فيما يلي :-

أولاً : استنتاجات عامه

١ - تشير نتائج الدراسة الى أن هناك ميلاً الى الارضاع الاصطناعى على حساب الارضاع الطبيعى وقد أمكن ملاحظة ذلك من خلال ارتفاع نسبة الأمهات اللاتى قدمن الحليب الاصطناعى لأطفالهن (٥٣٧٪) والتأخر فى البدء بالارضاع الطبيعى بعد الولادة مباشرة.

٢ - حدث انحسار شديد فى طول فترة الرضاعة الطبيعىة حيث تبين أن متوسط فترة الرضاعة فى عام ١٩٧٨ كان ١٥ر٥ شهرا فى المدن و ١٩ر٣ شهرا فى القرى بينما وجدت الدراسة الحالية أن متوسط طول فترة الرضاعة قد أصبح ٨ر٦ شهرا فى المدن و ٧ر٣ شهرا فى القرى ونلاحظ من هذه النتائج أن الفرق فى الانخفاض كان أكثر فى القرى أى أن الأم القروية كانت أكثر تأثراً بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالارضاع الطبيعى من الأم الحضرية.

٣ - تقوم نسبة لا بأس بها من الأمهات بارضاع أطفالها حسب نظام زمنى محدد وهذا له تأثير سلبى على نمو وصحة الطفل، ويوضح ابراهيم (٤٨) أن الأطفال الذين يرضعون بنظام غير مقيد يزيدون فى الوزن وينمون أسرع من أولئك الذين يرضعون وفق نظام صارم. ووجد أيضا أن الأطفال الذين يرضعون على فترات متقاربة ينمون أحسن من أولئك الذين يرضعون على فترات متباعدة مما يبين أن تعدد الرضاعة ومدتها عامل هام فى ادرار حليب الأم.

ثانياً : تأثير العوامل الاجتماعية على الارضاع الطبيعى (فحص الفرضيات)

١ - تأثير الجنسية :

بصفة عامه يمكن القول أن هناك تقارب فى تأثير جنسية الأب مع جنسية الأم وتبين أن الأب أو الأم اذا كانا بحرينيان فهما أكثر ميلاً الى الاهتمام بالرضاعة الطبيعىة عما اذا كانا غير بحرينيين ويستثنى من هذا الاستنتاج طول فترة الرضاعة حيث وجد أنها أطول عندما تكون الأم متزوجة من زوج غير بحرينى.

٢ - تأثير مستوى التعليم

باستثناء طول فترة الرضاعة فان تأثير مستوى التعليم على ممارسات ارضاع الطفل كان متشابها . ولقد تبين أن الأمهات ذوات التعليم المنخفض والتعليم العالى أكثر اهتماما بالارضاع الطبيعى من حيث البدء بالارضاع الطبيعى بعد الولادة مباشرة، أما الأمهات ذوات التعليم المتوسط فقد كن أكثر ميلا فى تقديم حليب الأطفال بعد الولادة مباشرة، وقد لوحظ نفس الاتجاه عند قياس تأثير تعليم الأب.

ولكن عند قياس طريقة ارضاع الطفل تبين أن للمستوى التعليمي تأثيراً واضحاً فكلما ارتفع مستوى التعليم ازدادت نسبة الذين يرضعون أطفالهن حسب جدول زمني محدد وقد كان التأثير أكثر وضوحاً عند قياس تعليم الأم. ويؤثر تعليم الأم على طول فترة الرضاعة بشكل سلبي أى بارتفاع مستوى تعليم الأم تقل فترة الرضاعة ولكن النتيجة كانت عكسية عند قياس تعليم الأب أى بارتفاع مستوى تعليم الأب تزداد فترة الرضاعة الطبيعية.

٣ - تأثير عمل الأم

بالرغم من أن العديد من الدراسات تبين أن عمل المرأة قد أثر سلبياً على الارضاع الطبيعي الأ أنه يبدو أن نوع التأثير مختلف في بعض جوانبه في المجتمع البحريني. فالأم العاملة تبدأ في ارضاع طفلها طبيعياً في فترة متأخرة مقارنة بالأم غير العاملة، كما أنها تميل الى تقديم حليب الأطفال في فترة مبكرة عن الأم غير العاملة. ولكنها (أى الأم العاملة) تستمر في ارضاع طفلها طبيعياً لفترة أطول، وقد يرجع ذلك الى أن الأم العاملة تكون أكثر وعياً بأهمية الرضاعة الطبيعية كما أن غيابها عن المنزل يجعلها تحس بالتقصير في رعاية طفلها لذا فإنها تعوض ذلك بالأستمرار في الارضاع الطبيعي الذي يجعلها قريبة من طفلها. كما يجب أن لا ننسى أن عدد الولادات أكثر عند الأم غير العاملة. وهذا ما أوضحتها بيانات هذه الدراسة (غير مبينة في الجداول)، ويبدو أننا نحتاج الى دراسة مفصلة تهتم بتأثير عمل المرأة على الرعاية الصحية والغذائية للطفل في البحرين.

٤ - تأثير منطقة السكن

يجب التنويه هنا أن تقسيم المناطق الجغرافية الى حضر وريف من قبل الجهاز المركزي للأحصاء لم يتم على أساس مدروس فهو يعتمد على الكثافة السكانية وهذا غير كاف لتحديد الحضر والريف. ونحن لا نعتقد أن هناك ريف بالمعنى الصحيح في البحرين (أى أولئك الذين يعتمدون على الزراعة والصيد في مواردهم الاقتصادية). وباستخدام تقسيم الجهاز المركزي للأحصاء نجد أن هناك اختلافات في ممارسات الارضاع الطبيعي بين الريف والحضر فالأم في المناطق الريفية تقوم بارضاع طفلها طبيعياً في وقت مبكر وهى أقل تقديماً لحليب الأطفال الجاهز، كما تقوم بارضاع طفلها من الثدي لفترة أطول من الأم في المناطق الحضرية.

٥ - تأثير نوع المولود

لم يلاحظ أى اختلافات في ممارسات الرضاعة الطبيعية بين المولود الذكر والمولودة الأنثى والاختلاف الوحيد الذى أمكن ملاحظته هو طول ارضاع المولود الذكر، ونحن نعتقد بأنه لا يوجد تمييز بين الذكر والأنثى في تغذية الطفل في البحرين.

التوصيات

بالرغم من مرور حوالي ١٠ سنوات على قيام الجهود المكثفة من قبل الجهات الصحية والاجتماعية والمنظمات الدولية في تشجيع الرضاعة الطبيعية إلا أن تدهور الارضاع الطبيعي مازال مستمراً، فتوضح نتائج هذه الدراسة أن طول فترة الارضاع قد قلت الى حوالي النصف خلال الثمانينات مقارنة بالسبعينات وهذا يبين أن النشاطات والبرامج المرتبطة بتشجيع الرضاعة الطبيعية لازالت تعاني من بعض القصور وذلك راجع بصفة خاصة الى عدم تقويم هذه البرامج ومعرفة السلبيات والايجابيات. ولكي نقوم بالنهوض بالارضاع الطبيعي توصى الدراسة بما يلي :

١ - العمل على تشجيع الرضاعة الطبيعية من خلال سنّ بعض التشريعات والقوانين التي تحد من استخدام حليب الأطفال الجاهز وهذا يشمل النشاطات التالية :

Abu-Dhabi, (1980)

- أ - منع توزيع العينات المجانية لحليب الأطفال في المستشفيات والمراكز الصحية.
- ب - عدم فصل الطفل عن أمه بعد الولادة مباشرة وتقتصر منظمة الصحة العالمية أن تحل المساكنه (rooming-in) محل عادة ابقاء الأم والطفل في غرفتين منفصلتين وهذا يعنى وضع الأم والطفل في نفس الغرفة. وتشير المنظمة أن للمساكنة عدد من المزايا الهامة فهي تيسر الارتباط بين الأم والطفل وتسمح بالرضاعة الطبيعية عند طلبها كما تتيح اقامة صلات أوثق مع الأب وسائر أفراد الأسرة (٤٩).
- ج - منع توزيع المصقات والكتيبات المروجة لأغذية الأطفال في المستشفيات والمراكز الصحية.
- د - تطبيق المدونه الدولية لتسويق بدائل لبن الأم والتي تحد من تداول وتسويق حليب الأطفال والتي أصدرتها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة اليونسيف (أنظر الملحق).

٢ - تشجيع تباعد الولادات وذلك لاعطاء فترة كافية للأم لرعاية طفلها وارضاعه طبيعياً لأطول فترة ممكنه وهذا يمكن أن يتم بتشجيع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية وقد أمرنا الله تعالى في كتابه العزيز بارضاع الطفل الى سنتين بقوله تعالى «والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة» ويفيد ذلك في التباعد بين الولادات حيث وجد من الدراسات أن الاستمرار في الارضاع الطبيعي يؤخر من ظهور الطمث (التبويض) عند الأم مما يعتبر نوع من الوقاية من حدوث الحمل.

٣ - تدريب العاملين الصحيين والاجتماعيين ولا سيما المسؤولين مباشرة عن رعاية الأمهات وتوعيتهم حول الأسس السليمة لتغذية الطفل مع التركيز على كيفية تشجيع

الارضاع الطبيعي عند الأمهات. وتركز منظمة الصحة العالمية على ضرورة المام هؤلاء العاملين بآليات الرضاعة الطبيعية وتأثيراتها النفسية والاجتماعية والصعوبات التي تواجه استمرارها وكيفية التغلب على هذه الصعوبات (٥٠).

٤ - يجب أن تركز برامج التثقيف الصحي والغذائي على كيفية تجهيز الأم للارضاع الطبيعي أثناء الحمل وبعد الولادة وتصحيح الاعتقادات الخاطئة المرتبطة بصحة الأم والطفل. فلقد وجد أنه كلما اهتمت الأم بتثقيفها وتجهيزه للارضاع أثناء الحمل ازدادت قدرتها على الارضاع الطبيعي بعد الولادة (٥١). كما تبين أن المعتقدات الخاطئة أثناء الحمل وبعد الولادة تلعب دورا كبيرا في عدم استمرار الأرضاع الطبيعي.

٥ - تمديد اجازة الأمومة ٣ شهور بدلا من ٤٥ يوماً وذلك لاعطاء الأم فترة أطول لرعاية طفلها وتغذيته بشرط ألا تخصم هذه الاجازة من الاجازات السنوية للأم.

٦ - عدم فصل الأم من وظيفتها أثناء الحمل أو أثناء اجازة الأمومة وضمان اعادتها الى وظيفتها السابقة حتى لا يؤثر ذلك على رعاية وتغذية الطفل.

٧ - عدم خصم الاجازات المرضية أثناء الحمل من اجازة الأمومة أو الاجازة السنوية.

٨ - اعطاء الأم العاملة ساعة واحدة لارضاع طفلها وذلك خلال الست شهور الأولى بعد الوضع على أن تمدد هذه المدة كلما استدعى الأمر ذلك وبشرط ألا تخصم هذه الفترة من راتبها واجازتها السنوية.

٩ - العمل على انشاء غرف خاصة لحضانة الأطفال الرضع في المؤسسات الحكومية والخاصة التي تحتوى على عدد كبير من الأمهات وذلك لاعطاء فرصة للأم لارضاع طفلها ورعايته.

١٠ - تحسين المناهج الدراسية بحيث تشمل معلومات عن أهمية الرضاعة الطبيعية وكيفية استعداد الأم للارضاع الطبيعي وكذلك العوامل المؤثرة على صحة وتغذية الطفل.

١١ - اجراء المزيد من الدراسات التي تكشف عن تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية على تغذية وصحة الطفل.

المراجع والهوامش

- ١ - عبدالرحمن مصيقر، تغذية الطفل في الخليج العربي، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة رقم ١٥، الكويت (١٩٩٠). الصفحات ١٣ - ١٩.
- ٢ - منظمة اليونسكو، تغذية الأم والولد الصغير، باريس، فرنسا (١٩٨١).
- ٣ - نفس المصدر السابق.
- ٤ - Hansen, H.H. Investigation in Shia Village in Bahrain. National Museum of Denmark, Copenhagen (1968).
- ٥ - ممدوح المبيض، فؤاد كمال وبهية الجشي، واقع واحتياجات الطفولة في البحرين، المجلس الأعلى للشباب والرياضة، البحرين، (١٩٨٠).
- ٦ - Amine, E.K. Bahrain, Nutrition Status Survey, UNICEF, Gulf - Area Office, Abu-Dhabi, (1980).
- ٧ - نفس المصدر السابق.
- ٨ - Musaiger, A.O., Food Habits in Urban and Rural Areas in Bahrain, Master Thesis, High Institute of public Health, University of Alexandria, Alexandria, Egypt, 1978.
- ٩ - ممدوح المبيض، فؤاد كمال وبهية الجشي، مصدر سابق رقم (٥).
- ١٠ - Amine مصدر سابق رقم (٦).
- ١١ - Musaiger, A.O. The extent of bottle-feeding in Bahrain. Food Nutr. Bull. 5: 20-22 (1982).
- ١٢ - Musaiger, A.O. Some Factors affecting breast-feeding in Bahrain, Bahrain Med. Bull. 7:99-102 (1985).
- ١٣ - WHO. Factors Affecting Infant and Young Child Feeding and Rearing Geneva, 1984.
- ١٤ - الجهاز المركزي للأحصاء، تعداد السكان والمساكن لدولة البحرين ١٩٨١، شئون مجلس الوزراء، البحرين (١٩٨٢).
- ١٥ - قسم التخطيط والبحوث، تحديد مستويات المعرفة والاتجاه والسلوك الانجابي بين الاسر البحرينية - وزارة العمل والشئون الاجتماعية، البحرين (١٩٨٩) الصفحة ٦٧.
- ١٦ - عبدالرحمن مصيقر، العادات الغذائية في البحرين، وزارة الصحة، البحرين (١٩٨١).
- ١٧ - نفس المصدر السابق.
- ١٨ - قسم التخطيط والبحوث، مصدر سابق رقم (١٥).

- ١٩- منظمة اليونيسكو، مصدر سابق رقم (٢). منظمة الصحة العالمية، عن ضروري، ص ١٠٠.
- ٢٠- ج.ج. ابراهيم، الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، المكتب الاقليمي لشرق البحر الابيض المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية، (١٩٨١) الصفحة ١٥.
- ٢١ - Akin J.S. et al. Breast-feeding patterns and determinants in the Near East: An analysis for four countries. Population Studies. 40: 247-262 (1986).
- ٢٢ - عبدالرحمن مصيقر، غذاء طفلك في عامه الاول، مؤسسة أحمددي، البحرين (١٩٩٠).
- ٢٣ - Musaiger مصدر سابق رقم (١١).
- ٢٤ - منظمة الصحة العالمية، المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الام، جنيف (١٩٨١).
- ٢٥ - ج. ج. ابراهيم، مصدر سابق رقم (٢٠).
- ٢٦ - ف. س. كنفج. تشجيع الامهات على الارضاع الطبيعي. دلمون للنشر، قبرص (١٩٨٨).
- ٢٧ - Musaiger مصدر سابق رقم (٨).
- ٢٨ - Musaiger, A.O. Rapid Assessment of Weaning Habits in Oman, UNICEF, Oman, 1988.
- ٢٩ - Amine, E.K. et al. Infant feeding patterns and weaning practices in Kuwait. J. Royal Soc. Hlth. 109: 178-180 (1989).
- ٣٠ - Musaiger مصدر سابق رقم (٨).
- ٣١ - Akin, et al مصدر سابق رقم (٢١).
- ٣٢ - Amine, et al مصدر سابق رقم (٢٩).
- ٣٣ - ج. س. أكين وآخرون. الرضاعة الطبيعية ومحدداتها في الاردن، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، (١٩٨٦).
- ٣٤ - Musaiger, A.O. Food habits in Bahrain, infant feeding habits. J. Trop. Ped. 29: 248-251 (1983).
- ٣٥ - Akin, et al مصدر سابق رقم (٢١).
- ٣٦ - Harfouche, J. K. Breast-feeding Patterns. A Review of Studies in the Eastern Mediterranean Region. WHO/EMRO, Alexandria (1982).
- ٣٧ - Al-Frayh, A. S. Current trends in infant feeding in Saudi Society. J. Obst. Gyn. 10 (Suppl. 1) 521-522 (1989).
- ٣٨ - Amine, et al مصدر سابق رقم (٢٩).
- ٣٩ - Akin, et al مصدر سابق رقم (٢١).
- ٤٠ - Al-Frayh مصدر سابق رقم (٣٧).
- ٤١ - Amine, et al مصدر سابق رقم (٢٩).

الملحق

المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الام

خلفية عامة

في عام ١٩٨١ قامت منظمة الصحة العالمية وبالتعاون مع منظمة اليونسيف بأعداد مدونة خاصة لتسويق حليب الاطفال الجاهز او ما يسمى ببدائل لبن الام وقد تم تعميم هذه المدونة على جميع دول العالم وذلك لغرض السيطرة على ترويج أغذية الاطفال وتشجيع الرضاعة الطبيعية .

وفي عام ١٩٨٢ قامت الامانة العامة لمجلس وزراء الصحة للدول العربية في الخليج بعقد اجتماع خاص في الرياض لغرض اعداد قانون موحد لبدائل لبن الام وتم في هذا الاجتماع مناقشة المسودة الدولية المقدمة من منظمة الصحة العالمية وتم وضع مشروع لقانون حول بدائل لبن الام بعد تعديل بعض فقرات المسودة لكي تتناسب مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية لدول الخليج العربية . و تتم توزيع المشروع على جميع الدول الاعضاء لغرض الاسترشاد به او العمل به في الدول الاعضاء .

وحتى الآن وبعد مرور ٩ سنوات لم تطبق أيا من الدول الخليجية المشروع او المسودة بالشكل الكامل وهناك اختلاف في نوع التطبيقات وحجمها من دولة الى اخرى . ونظرا لأهمية هذه المسودة لتعزيز وتشجيع الرضاعة الطبيعية فلقد أرتأينا عرضها كملحق لهذه الدراسة للأستفادة منها من قبل الجهات ذات العلاقة في المنطقة .

المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم

المادة الأولى : هدف الدستور

يهدف هذا الدستور الى الاسهام في تأمين تغذية سليمة وكافية وملئمة للاطفال ، عن طريق حماية الارضاع 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 ، والاطعمة والمشروبات ، بما في ذلك الاطعمة التكميلية التي تعطى بالزجاجة (القنبية) ، عندما يجري تسويقها او تقديمها باشكال اخرى لتظهر مناسبة ، مع تعديلها او دونه ، من اجل استخدامها جزئياً او كلياً للحلول محل حليب الثدي ، فضلاً عن زجاجات الاطعام والحلمات . كما انه 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 للاطفال ، عندما يصبح كل منهما غير كاف لتلبية متطلبات التغذية لدى الطفل .
- العلبه . يعني وبسبب مثل هذا الطعام عادة ، طعام الفطام ، او من ، اضافيات حليب الثدي .
- الموزع . يعني اي شكل من اشكال وضع المنتجات في رزم للبيع ، بيعاً عادياً بالمفرق ، بما في ذلك وضعها في غلاف .
- الموزع . يعني شخصاً ، او شركة او اي كيان آخر في القطاع العام او الخاص ، يقوم بمشروع تجاري (بأسلوب مباشر او غير مباشر) لتسويق منتج من المنتجات بالجملة او بالمفرق ، ضمن اطار هذا الدستور . و « الموزع » الاولي ، 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 للامهات ، وللاطفال والامهات الحاملات ، فضلاً عن دور الحضانه او المؤسسات التي تعنى بالاطفال ، ويشمل ذلك ايضاً العاملين الصحيين في ميدان الممارسة الخاصة . ومن اجل اغراض هذا الدستور ، لا يشمل « نظام العناية الصحية » الصيدليات او غيرها من منافع جرى تأسيسها لاغراض البيع .
- العامل الصحي . يعني شخصاً 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 بديلاً من بدائل حليب الثدي مجهزاً تجهيزاً صناعياً بموجب ما يصلح ان يطبق عليه من معايير دستور الطعام . (*) ، من اجل تلبية المتطلبات الغذائية العادية للاطفال حتى ما براوح بين

أربعة وستة أشهر من العمر ، وهو بديل مكيف لخصائص الاطفال الفيزيولوجية . مع العلم انه يمكن تحضير معادلة الطفل ، تحضيراً منزلياً ، وفي هذه 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 الموسومة ، او المزخرفة زخرفة نافرة ، او الدموعة ، او المربوطة بوعاء (انظر اعلاه) يحتوي اية منتجات تقع في اطار هذا الدستور .
المصنع .	يعني	شركة او كياناً آخر في القطاع العام او القطاع الخاص يزاوّل 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 ، والدعاولة ، والعلاقات العامة ، وخدمات الاعلام المرتبطة به .
موظفو التسويق	يعنون	اي اشخاص تشتمل وظائفهم على تسويق منتج او منتجات تقع ضمن اطار هذا الدستور .
عقبات .	تعني	كميات مفردة او قليلة من المنتج تقدم دون لقاء .
لوازم او تجهيزات .	تعني	كميات من المنتج تقدم للاستعمال الممتد على فترة طويلة ، اما مجاناً او بسعر منخفض ، لاسباب اجتماعية ، بما في ذلك ما يقدم للعائلات المحتاجة .

المادة الرابعة : الاعلام والتربية

- ٤ - ١ - يجب ان تأخذ الحكومات على عاتقها المسؤولية التي تقضي بتأمين اعلام موضوعي وثابت حول اطعام الطفل والولد الصغير ، لكي تستخدمه العائلات اولئك المشتغلون في ميدان تغذية الطفل والولد الصغير . ويجب ان تشمل تلك المسؤولية اما التخطيط لاجراء ذلك الاعلام وتوفيره للناس ، ونشره بينهم واما ضبط هذه الشؤون والسيطرة عليها .
- ٤ - ٢ - ان المواد الاعلامية والتربوية ، سواء اكانت خطية او سمعية ، او بصرية ، تتعلق باطعام الاطفال ، ويقصد منها ان تصل الى النساء الحاملات وامهات الاطفال والاولاد الصغار ، يجب ان تشمل معلومات واضحة حول النقاط التالية :
- ١) فوائد الارضاع من الثدي ، وتفوقه على ما عداه .
 - ب) تغذية الام ، وتهيتها لكي ترضع من ثديها ، وتستمر في ذلك الارضاع وتحافظ عليه .
 - ج) التأثير السلبي على الارضاع من الثدي ، الناتج عن ادخال الاطعام بالزجاجة (القنينة) ادخالاً جزئياً ، على غذاء الطفل .
 - د) صعوبة تغيير القرار للانتقال من عدم الارضاع من الثدي الى الارضاع 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 ان تشمل على متضمنات استخدامها ومغزاه ، من النواحي الاجتماعية والمالية ، وعلى المخاطر الصحية التي تنتج عن عدم ملاءمة الاطعمة 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 . ان تلك المواد واشباهها يجب ان لا تستخدم أية صور او نصوص قد تخل صفة المثالية على استعمال بدائل حليب الثدي .
- ٤ - ٣ - ان منح الاجهزة او المواد التربوية او الاعلامية من قبل المصنعين او الموزعين ، يجب ان لا يتم الا بطلب من السلطة الحكومية المختصة وبعد موافقتها الخطية ، او ضمن حدود ارشادات تصدرها الحكومات لهذا الغرض ، ولا مانع من ان تحمل تلك الاجهزة او المواد اسم الشركة الواهبة او رمزها ، ولكن لا يجوز ان تشير الى منتج محتكر غير مرخص به ، مما يقع ضمن اطار هذا الدستور ، ويجب ان لا توزع على كل حال الا بواسطة نظام العناية الصحية .

المادة الخامسة : جمهور الناس العام والامهات

- ٥ - ١ - لا يجوز القيام بالدعاية او بأي شكل آخر من اشكال التعزيز للمنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور ، بغية التأثير في جماهير الناس .
- ٥ - ٢ - لا يجوز ان يقوم المصنعون والموزعون باعطاء النساء الحوامل ، والامهات ، او اشخاصاً من سائر اعضاء عائلاتهن ، بطريقة مباشرة او غير مباشرة ، عقبات من المنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور .
- ٥ - ٣ - عطفاً على الفقرتين الاولى والثانية من هذه المادة ، وانسجاماً مع مضمونها ، لا يجوز القيام بدعايات من اجل البيع المخفض ، واعطاء عقبات او غير ذلك من وسائل التعزيز ، لاغراء المستهلك اغراء مباشراً بالشراء على مستوى البيع بالمفرق ، مثل نشر معروضات ، خاصة ، او اعطاء بطاقات حسم ، او جوائز ، او اقامة مبيعات خاصة ، او البيع

بخسارة ، او بأشكال سرية ، فيما يتعلق بالمنتجات الواقعة في اطار هذا الدستور . ولكن هذا الشرط لا يمنع من اقامة سياسات وممارسات للتسعير ، بقصد توفير منتجات باسعار ارخص على اساس مدى بعيد .

٥ - ٤ - لا يجوز ان يقوم المصنعون او الموزعون بتوزيع أية هدايا من ادوات او اوان من شأنها ان تروج وتعزز استخدام بدائل لحليب الثدي و اللجوء الى الاطعام بالزجاجة (القنبية) ، عندما يتوجهون الى النساء الحوامل ، وامهات الاطفال والاولاد الصغار .

٥ - ٥ - لا يجوز ان يسعى موظفو التسويق ، اثناء اضطلاعهم بعملهم التجاري ، لاقامة اية اتصالات مباشرة او غير مباشرة من أي نوع كان ، مع النساء الحوامل او مع امهات الاطفال والاولاد الصغار .

المادة السادسة : انظمة العناية الصحية

٦ - ١ - يجب ان تتخذ السلطات الصحية في الدول الاعضاء التدابير المناسبة لتشجيع الارضاع من الثدي ، وحمايته ورعايته ، ولتعزيز مبادئ هذا الدستور وترويجها . كما يجب ان تزود العاملين الصحيين بالمعلومات والارشادات الملانئة فيما يختص بمسؤولياتهم وصلاحياتهم ، بما في المعلومات المنصوص عليها في المادة ٤ - ٢ - .

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

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

٦ - ٤ - لا يسمح لنظام العناية الصحية ان يستخدم ممثلين للخدمات المحترفة ، او - ممرضات محترفات للامومة - (*) او ما يشبه ذلك من موظفين ، يوفرهم المصنعون او الموزعون ، او يدفعون لهم اجرهم .

٦ - ٥ - اما اطعام حليب معادلة الطفل ، سواء اكانت مصنعة او محضرة تحضيراً منزلياً ، فيجب ان يبرهن على اجراءاتها العملية من قبل العاملين الصحيين وحدهم ، او غيرهم من العاملين في المجتمع المحلي اذا اقتضى الامر ، لصالح اصحاب العلاقة من الامهات او افراد العائلة الذين يحتاجون الى استعمالها ، ويجب ان تتضمن المعلومات المعطاة تفسيراً واضحاً للمخاطر التي ينطوي عليها سوء الاستعمال .

٦ - ٦ - يمكن اعطاء هبات او مبيعات رخيصة الثمن الى 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 ان تستعمل مثل هذه اللوازم والتجهيزات او توزع الا لصالح الاطفال الذين يتوجب عليهم ان يتغذوا ببديل حليب الثدي . واذا جرى توزيع هذه اللوازم للاستعمال خارج المؤسسات ، يجب ان يتم ذلك عن طريق تلك المؤسسات او المنظمات المعنية وحدها دون غيرها . ولا يجوز بآية حال ان 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 ان تتخذ المؤسسة او المنظمة ما يلزم من خطوات وتدبيرات لتأمين استمرار تدفق تلك اللوازم الى اصحاب العلاقة ، ما دام الاطفال المعنيون بحاجة اليها . وينبغي على الواهبين والمانحين كما ينبغي على المؤسسات او المنظمات المعنية ، ان يضعوا جميعاً هذه المسؤولية نصب اعينهم .

٦ - ٨ - ويسمح للتجهيزات والمواد ، فضلاً عما اشرفنا اليه في المادة ٤ - ٣ - ، المعطاة كهبة إلى نظام العناية الصحية ، ان تحمل اسم الشركة الواهبة او رمزها ، ولكن لا يجوز ان تشير الى اي منتج محتمل وغير مرخص به ، في اطار هذا الدستور .

المادة السابعة : العاملون الصحيون

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

٧ - ٢ - ان المعلومات المعطاة من قبل المصنعين والموزعين الى العاملين الصحيين بشأن منتجات تقع في اطار هذا الدستور ، يجب ان تقتصر على الامور العلمية والواقعية ، ولا يجوز ان تشمل تلك المعلومات صراحة او ضمناً على ما من شأنه ان يخلق اعتقاداً بان الاطعام من الزجاجة (القنبية) يتعادل مع الارضاع من الثدي او يفوقه شأناً ، كما يجب ايضاً ان تشمل على المعلومات الواردة في المادة ٤ - ٢ - .

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

٧ - ٤ - لا يجوز ان يعطى 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 اجراء تقويم مهني او بحث علمي على مستوى المؤسسة . ويتوجب على العاملين الصحيين ان لا يعطوا عينات من حليب معادلة الطفل التجارية الى النساء الحوامل ، او امهات الاطفال والاولاد الصغار ، او افراد من عائلاتهم .

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

المادة الثامنة : الأشخاص المستخدمون لدى المصنّعين والموزّعين

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

٨ - ٢ - يتوجب على الموظفين المستخدمين لتسويق منتجات تقع في اطار هذا الدستور ان يمتنعوا عن القيام بوظائف ترويجية ، كجزء من مسؤوليات عملهم ، حيال النساء الحوامل ، او امهات الاطفال والاولاد الصغار . ويجب ان لا يفهم من هذا الامر انه يمنع نظام العناية الصحية من استخدام مثل اولئك الموظفين ليقوموا بوظائف اخرى . بناء لطلب السلطة المختصة لدى الحكومة المعنية ، وبعد موافقتها الخطية .

المادة التاسعة : وضع البطاقات

٩ - ١ - يجب ان تصمم البطاقات التي توضع على المنتجات ، لكي توفر للناس المعلومات اللازمة حول استعمال المنتج ، وبشكل لا يتنبّط لديهم العزم على الارضاع من الثدي .

٩ - ٢ - يجب على مصنّعي حليب معادلة الطفل وموزّعيه ان يتأكدوا من طبع رسالة على كل « علبة » تكون واضحة ، ظاهرة وسهلة القراءة والفهم ، او طبعها على بطاقة لا يسهل فصلها عن العلبة . ويجب ان تكتب الرسالة بلغة مناسبة وتشتمل على النقاط الآتية : (ا) تعبير « ملاحظة مهمة » ، او ما يماثلها ، (ب) عبارة حول تفوّق الارضاع من الثدي على غيره ، (ج) تصريح بان المنتج يجب ان 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 ان لا تظهر على العلبة او على البطاقة المربوطة بها صور اطفال او صور اخرى ، او نص ، ممّا يمكن ان يعطي صورة مثالية عن استعمال حليب معادلة الطفل . انما يمكن ان يظهر على العلبة او البطاقة رسوم بيانية ترمي الى التعرف السهل على المنتج كبدل من بدائل حليب الثدي ، او تهدف الى ايضاح طرائق التحضير . ولا يجوز استعمال تعابير مثل حليب « مؤنسن » او « اموي » او ما شاكل ذلك . ويمكن ارقام بطاقات داخلية ، في اللعب المفردة المعدة للبيع بالمفرق او في الرزم الكبيرة ، تعطي معلومات اضافية حول المنتج وحسن استعماله ، شرط التقيد بالشروط الواردة اعلاه . كما تطبق هذه الشروط ايضاً اذا اعطت البطاقات تعليمات حول تعديل منتج من المنتجات ليصبح معادلة من معادلات الطفل .

٩ - ٣ - اما منتجات الطعام التي تقع في اطار هذا الدستور ، وتسوّق لاطعام الاطفال ، دون ان تتوافر فيها جميع شروط معادلة الطفل ، انما يمكن تعديلها لتنطبق عليها تلك الشروط او المتطلبات ، فيجب ان تحمل على البطاقة تحذيراً مفاده ان هذا المنتج غير المعدّل يجب ان لا يكون المصدر الوحيد لتغذية الطفل . وبما ان الحليب المكثف المحلّى لا يصلح لاطعام الطفل ، ولا يجوز اعتباره العنصر الاساسي في حليب معادلة الطفل ، يجب ان لا تحتوي بطاقته تعليمات تدّعي كيفية تعديله لذلك الغرض .

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

المادة العاشرة : النوعية

١٠ - ١ - تعتبر نوعية المنتجات عنصراً جوهرياً لحماية صحة الاطفال ، ولذلك يجب ان تكون ذات مستوى عال معترف

١٠ - ٢ - عندما تباع أو توزع منتجات الطعام الواقعة في إطار هذا الدستور ، يجب أن تنطبق عليها المعايير الموصى بها من قبل لجنة دستور الاطعام (٥) ، و دستور الممارسة الصحية بخصوص اطعمة الاطفال والاولاد (٥٥) .

المادة الحادية عشرة : التنفيذ والمراقبة

١١ - ١ - يجب على الحكومات ان تتخذ تدابير فعلية لتطبيق مبادئ هذا الدستور واهدافه ، كما يتلام مع اطارها الاجتماعي والتشريعي ، بما في ذلك تبني اصدار التشريعات الوطنية ، والانظمة ، وغير ذلك من التدابير . ولهذا الغرض ، يجب ان تسعى الحكومات عندما تدعو الحاجة الى اقامة تعاون وثيق مع منظمة الصحة العالمية ، واليونسيف ، وغير ذلك من الوكالات التابعة لنظام الامم المتحدة . اما التدابير والسياسات الوطنية ، بما فيها القوانين والانظمة التي يجري تبنيها لتطبيق مبادئ هذا الدستور واهدافه ، فيجب ان تعلن على الملأ بحيث تصل الى جميع الناس ، وان تطبق بنفس الاسس على جميع القائمين بتصنيع وتسويق المنتجات في اطار هذا الدستور .

١١ - ٢ - ان مراقبة تطبيق هذا الدستور يقع على عاتق الحكومات التي تعمل لهذا الغرض ، فرادي او مجتمعة ، من خلال منظمة الصحة العالمية ، كما نصت على ذلك الفقرات ٦ و ٧ من هذه المادة . ويجب ان يتعاون مع الحكومات لهذا الغرض كل من المصنّعين والموزعين لمنتجات تقع في اطار هذا الدستور ، والمنظمات الحكومية المختصة ، والجماعات المهنية ، ومنظمات المستهلكين .

١١ - ٣ - وبمعزل عن أية تدابير اخرى تتخذ من اجل تنفيذ هذا الدستور ، يجب ان يعتبر المصنّعون والموزعون لمنتجات تقع في اطار هذا الدستور ، انفسهم مسؤولين عن مراقبة ممارساتهم في التسويق ، تبعاً لمبادئ هذا الدستور واهدافه ، وعن اتخاذ خطوات من شأنها التاكيد من أن سلوكهم على كل صعيد يتطابق مع تلك المبادئ والاهداف .

١١ - ٤ - اما المنظمات غير الحكومية ، والجماعات المهنية ، والمؤسسات والافراد المعنويين ، فيجب ان يلتزموا المسؤولية التي تقضي بلفت انتباه المصنّعين او الموزعين الى الانشطة التي لا تتفق مع مبادئ هذا الدستور واهدافه ، بشكل يؤول الى اتخاذ التدبير العملي اللازم بشأنها . كما يجب ابلاغ ذلك الى السلطة الحكومية المختصة .

١١ - ٥ - بتوجب على المصنّعين والموزعين الاوليين لمنتجات تقع في اطار هذا الدستور ان يبلغوا كل عضو من الاعضاء المشتركين باعمال التسويق لديهم ، نصوص هذا الدستور والمسؤوليات التي تقع على عاتقهم بموجبه .

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

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

