

العوامل المؤثرة في ممارسات الرضاعة الطبيعية

بدول مجلس التعاون الخليجي

عبد الرحمن عبيد مصيقر

برنامج البحوث البيئية والحيوية

مركز البحرين للدراسات والبحوث - دولة البحرين

لم تكن مشكلة الإرضاع من الثدي قائمة في دول مجلس التعاون الخليجي قبل السبعينيات، حيث تشير البيانات القليلة المتوفرة إلى أن الأم الخليجية كانت ترضع طفلها حتى نهاية العام الثاني أو حتى الحمل التالي، ولقد كان لنمط الحياة السائدة في فترة ما قبل الطفرة النفطية الأثر الأكبر في استمرارية الرضاعة الطبيعية لفترات طويلة حيث لم تكن الأم تعمل خارج المنزل وكان دورها يقتصر على إدارة شؤون المنزل وتربية الأطفال. ومع وجود الأسرة الممتدة كان دائماً هناك شخص يرعى الطفل الرضيع مما يخفف العبء على الأم.

وبعد الطفرة النفطية في بدايات السبعينات حدث تغيير مفاجئ على نمط الحياة وأسلوبها في المجتمع الخليجي، ذلك لأن كلاً من ارتفاع الدخل بشكل كبير والتغيرات الاجتماعية خلقا وضعاً جديداً للمرأة، مما ساهم بشكل أو بآخر في التأثير في نمط تغذية الطفل الرضيع وهذا أدى إلى حدوث انحسار في طول فترة الرضاعة الطبيعية مقارنة بفترات ما قبل السبعينات. وتحاول الورقة الحالية أن تستعرض أهم العوامل التي أثرت في ممارسات الرضاعة الطبيعية في دول مجلس التعاون الخليجي.

١- ارتفاع مستوى الدخل: ارتفع متوسط الدخل الشهري للفرد الخليجي خلال الثمانينات والتسعينات بشكل لافت للنظر وأصبحت دول الخليج العربية تحظى بأعلى معدلات للدخل في العالم

وبارتفاع مستوى الدخل بدأ المجتمع الخليجي في تقليد المجتمعات الغربية ومحاكاتها في اقتناء السلع والبضائع العديدة المتوفرة وأصبح حليب الأطفال الجاهز وأغذية الأطفال المعلبة في متناول أيدي الجميع وهذا ساعد في إدخال حليب الأطفال الاصطناعي في سن مبكرة من سن الطفل. وفي دراسة في البحرين وجد أن ١٧٪ من الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي العالي أدخلن الحليب الاصطناعي قبل استكمال الطفل شهره الأول، وتنخفض النسبة إلى ١٣٪ عند ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط، بينما تصل إلى ١٪ عند الأسر الفقيرة. وفي دراسة أخرى في الكويت وجد أنه كلما ارتفع مستوى دخل الأسرة انخفضت طول فترة الرضاعة الطبيعية فنجد أن متوسط طول فترة الإرضاع من الثدي ٧,٦ شهور عند الأم في الأسرة التي راتبها الشهري حوالي ٤٠٠ دينار كويتي وتنخفض الفترة إلى ٤,٨ شهور عند الأم في الأسرة التي دخلها الشهري أكثر من ١٢٠٠ دينار (مصيفر ١٩٩٠).

٢- عمل المرأة: بدأت المرأة في الانخراط في سلك العمل مع بدايات الثمانينات وارتفعت نسبة مشاركة المرأة في سوق العمل بشكل لافت للنظر في جميع دول مجلس التعاون الخليجي خلال العقد الحالي وهذا خلق وضعاً جديداً للأسرة في التعامل مع تغذية الطفل ورعايته خاصة مع انحسار الأسرة الممتدة التي كانت تعهد إحدى أفرادها رعاية الطفل أثناء غياب الأم في العمل وتم معالجة هذا الوضع بعدة حلول مثل الاعتماد على المربية في رعاية الطفل وتغذيته، أو ترك الطفل عند أم الزوجة (الجدة) حتى رجوع الأم من عملها أو أخذ إجازة إضافية (سنوية) بعد إجازة الوضع والتي لا تتعدى ٤٠ يوماً للاستمرار في رعاية الطفل. ولكن هذه الإجازة عبارة عن إضافة شهر أو شهرين في أكثر تقدير وتنتهي الحالة بالتعامل مع الحلين الأولين (رعاية الطفل من قبل الجدة أو المربية).

ونتيجة لهذا الوضع نجد أن العديد من الأمهات بدأن في إدخال أغذية الفطام في سن مبكرة والإسراع في إيقاف الرضاعة الطبيعية وتشير الدراسات في المنطقة أن طول فترة الرضاعة الطبيعية أقل عند المرأة العاملة من غير العاملة، فمثلاً في البحرين وجد مصيفر (١٩٩١) أن طول فترة الرضاعة حوالي ١٠,٢ شهور عند الأم العاملة مقابل ٧,٩ شهور عند غير العاملة وفي السعودية وجد أن طول فترة الرضاعة حوالي ٦ شهور عند الأم العاملة مقابل ١٢,٨ شهراً عند غير العاملة ويوضح جدول (١) العلاقة بين عمل الأم ومدة الرضاعة الطبيعية في دول مجلس التعاون الخليجي.

٣- مستوى تعليم الأم: يلعب مستوى تعليم الأم دوراً مهماً في تغذية الطفل وبقية أفراد الأسرة وتشير الدراسات إلى أنه كلما ارتفع تعليم الأم ازداد الاهتمام بتغذية الطفل ورعايته وهذا متوقع حيث أن الأم المتعلمة تستطيع الاستفادة من المصادر والكتب والمجلات بشكل أفضل من غير المتعلمة خاصة تلك التي لا تستطيع القراءة والكتابة، ولكن المشكلة في دول مجلس التعاون الخليجي تكمن في أن غالبية الأمهات المتعلمات (خاصة ذوات التعليم الجامعي) هن موظفات (أي يعملن). والجانب الثاني أن الأم المتعلمة تكون في حالة من القلق على تغذية الطفل الرضيع أكثر من الأمية فنجدها تسعى دائماً إلى إدخال أغذية الفطام وتنويعها في سن مبكرة اعتقاداً منها أن هذا أفضل من الناحية الصحية خاصة مع تضارب المعلومات في الكتب والمجلات حول السن الذي يبين أهمية الفطام. ويبين جدول (٢) العلاقة بين تعليم الأم ومتوسط مدة الرضاعة الطبيعية في دول مجلس التعاون الخليجي حيث نجد أن هناك تناقضاً في طول فترة الرضاعة مع ارتفاع مستوى تعليم الأم في جميع هذه الدول بدون استثناء فمثلاً نجد أن متوسط فترة الرضاعة عند الأم

الأمية في الكويت كانت ٩,٥ شهور ثم تنخفض إلى ٥,٦ شهور عند الأمهات ذوات التعليم الابتدائي والإعدادي وإلى ٤,١ و ٤,٤ شهور عند الأمهات ذوات التعليم الثانوي والجامعي، على التوالي.

جدول (١)

العلاقة بين عمل الأم ومدة الرضاعة الطبيعية بدول مجلس التعاون الخليجي
(متوسط مدة الرضاعة بالشهر)

الدولة	عمل الأم	حجم العينة	متوسط مدة الرضاعة (شهر)
البحرين	تعمل	٥١	١٠,٣
	لا تعمل	٢١٥	٧,٩
الكويت	عمل إداري	*-	٣,٨
	عمل فني	-	٤,٤
	لا تعمل	-	٧,٠
عمان	تعمل	١٧	٥,٦
	لا تعمل	٢٠٠	١٠,٠
قطر	تعمل	٧٩	١٠,٩
	لا تعمل	١٤٧	١٢,١
السعودية	تعمل	٢٦٦	٦,٠
	لا تعمل	١٧٤٤	١٢,٨
الإمارات	تعمل	٢١	٦,٧
	لا تعمل	٢٠٤	٨,٣

* لم تبين الدراسة حجم العينة.

المصدر: (1995) Musaiger

جدول (٢)

علاقة تعليم الأم بمدة الرضاعة الطبيعية بدول مجلس التعاون الخليجي
(متوسط مدة الرضاعة بالشهر)

الدولة	حجم العينة	مستوى تعليم الأم		
		أمية	ابتدائي وإعدادي	ثانوي جامعي
البحرين	٢٦٢	٩,٢	٨,٢	٦,٥
الكويت	٤٩٩٤	٩,٥	٥,٦	٤,٤
عمان	٢١٧	١٠,٨	٩,٤	٥,٥
قطر	٣٦٢	١٣,٦	١٠,٣	٨,٦
السعودية	٢٠١٠	١٣,٦	١٠,٣	٨,٦
الإمارات	٢٢٥	٨,٨	٧,٠	٧,٢

المصدر: (Musaiger, 1995)

٤- عمر الأم: هناك بعض المؤشرات تشير إلى أنه كلما ازداد عمر الأم ازداد متوسط مدة إرضاع الطفل، أي أن الأم صغيرة السن ترضع طفلها لفترة أقصر من الأم الأكبر عمراً (أكبر من ٣٠ سنة) وفي دراسة في البحرين (مصيقر ١٩٩١) وجد 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) حيث كان متوسط فترة الرضاعة الطبيعية ٨,٧٥ و ٨,٠ و ٩,٣ شهور على التوالي. وفي دراسة أخرى في البحرين (مصيقر والنجار ١٩٩٤) وجد أن هناك توجهاً كبيراً عند الأمهات الشابات (أقل من ٢٥ سنة) نحو تقليل مدة الرضاعة الطبيعية مقارنة بالأمهات في الفئات العمرية الأخرى، فقد كان ٤٧٪ من الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٥-٤٠ سنة يرضعن أطفالهن لأكثر من عام، وانخفضت النسبة إلى ٣٠٪ و ٢٥٪ عند الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٥-٣٤ سنة وأقل من ٢٥ سنة على التوالي. وهذا التوجه يعطي انطباعاً أن الجيل الجديد من النساء أقل ممارسة للرضاعة الطبيعية من الجيل الأكبر منه سناً وتتشابه هذه النتائج مع دراسات أخرى في دول مجلس التعاون الخليجي (Musaiger, 1995) وقد يرجع ذلك إلى أن غالبية النساء الشابات عاملات وبالتالي يؤدي ذلك إلى صعوبة التوفيق بين الاستمرار في الرضاعة الطبيعية والعمل.

٥- النقص في المعلومات المتوفرة للأم والمرتبطة بغذاء الطفل وتغذيته: لازالت برامج التثقيف الصحي في دول المنطقة لا توفر المعلومات الكافية والمرتبطة بالظروف المحلية من ناحية العادات الغذائية والتقاليد السائدة ونوع الأطعمة المتوفرة وتهتم الكثير من أجهزة التثقيف الصحي بإصدار الكتيبات والنشرات والملصقات وهذه الوسائل لها تأثير ضعيف في إقناع الأم أو رفع مستوى وعيها. وبالإضافة إلى ذلك فإن النقص في المعلومات منتشر بين العاملين في القطاع الصحي ولقد أوضحت إحدى الدراسات في

سلطنة عمان أن نسبة كبيرة من المرضين والمرضات العاملين في المستشفيات والمراكز الصحية يجهلون بعض الأسس السليمة في تغذية الطفل مثل السن المناسب لإدخال أطعمة الفطام وطول فترة الإرضاع الطبيعي وطريقة معالجة الإسهال عند الأطفال ونظراً لأن هؤلاء يعدون أحد المصادر الرئيسية للمعلومات الصحية للأم (بخاصة الأم الأمية) فإن العديد من الأمهات في المنطقة يتلقين معلومات خاطئة أو ناقصة عن تغذية أطفالهن مما يؤثر في صحة الطفل. وفي البحرين صرحت ٦٧٪ من الأمهات بأنهن استخدمن أغذية الأطفال الجاهزة بناء على توصيات بعض الممارسين الصحيين (مصيفر ١٩٩٠).

٦- تأثير الإعلانات التجارية: لقد ساهمت الإعلانات التجارية في السبعينات في تشجيع الأم على ترك الإرضاع الطبيعي واستخدام أغذية الأطفال الجاهزة وفي الدراسة التي قام بها مصيفر في عام ١٩٧٨م في البحرين تبين أن الإعلان التلفزيوني قد لعب دوراً مهماً في تغيير السلوك الغذائي للأمهات ومن ضمن ذلك الاتجاه إلى شراء أغذية الفطام المعلبة (Musaiger, 1983). وفي عام ١٩٨١م قامت جميع دول الخليج بإيقاف الإعلان التلفزيوني عن أغذية الأطفال بخاصة بدائل لبن الأم مما قلل من تأثير هذا النوع من الإعلان، ولكن الشركات المصنعة لأغذية الأطفال أخذت في اتباع طرائق أخرى من وسائل ترويج مبيعاتها مثل توزيع الكتيبات والنشرات والعينات المجانية في المراكز الصحية وعلى الأطباء، وفي العيادات الخاصة ما أثر بشكل أو بآخر في استمرار الأم في الرضاعة الطبيعية.

٧- عزل الأطفال المولودين حديثاً عن أمهاتهم وتقديم حليب الأطفال الاصطناعي لهم: مما ساعد على زيادة الاعتماد على هذا الحليب وترك الإرضاع الطبيعي. فلقد وجد أن تعويد الطفل منذ ولادته على الحلمة الاصطناعية وحليب الأطفال الجاهز يساعد على عزوفه عن الإرضاع من الثدي، كما أن تقديم الحليب الاصطناعي للأطفال الأصحاء في المستشفيات بغرس عند الوالدين الاعتقاد بأن حليب الأم غير كاف لنمو الطفل وأنه يجب تدعيمه بالحليب المجفف. وقد بينت إحدى الدراسات في دولة الإمارات العربية المتحدة أن ٥-١٩٪ من الأطفال في المناطق القروية والحضرية قد أعطي لهم الحليب الاصطناعي بعد الولادة مباشرة. وتدعي بعض الأمهات بأنهن يكن منهكات بعد الولادة مباشرة ولهذا فإنهن لا يستطعن إرضاع أطفالهن ولكن وجد أن وضع الطفل على ثدي الأم بعد الولادة لا يسبب أي إجهاد أو تعب للأم. وأوضحت الدراسات أن الأم التي تبدأ في إرضاع طفلها في وقت مبكر بعد الولادة تستمر في إرضاعه من الثدي لفترة أطول من الأم التي بدأت إرضاع طفلها في وقت متأخر، أي بعد ١٢ ساعة من الولادة (مصيفر ١٩٩١).

٨- انتشار أغذية الأطفال الجاهزة ورخص ثمنها (النسبي): لقد قامت شركات أغذية الأطفال بإغراق أسواق المنطقة بكل أنواع الحليب الاصطناعي وأغذية الفطام وقد ساهم ذلك في سهولة اقتنائها وتوفرها في كل منزل، فلقد تبين أنه حتى في المناطق الجبلية والصحراوية توجد سوق لترويج أغذية الأطفال، ومما يفاقم من سوء الوضع عدم وجود تشريعات متكاملة لتسويق حليب الأطفال، فلقد أوصت الأمانة العامة لوزراء صحة دول الخليج العربية بضرورة تطبيق المسودة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم (حليب الأم) ولكن للأسف فإن جميع دول المنطقة لم تطبق هذه المسودة بالشكل المطلوب مما خلق ثغرات لشركات أغذية الأطفال للنفوذ إلى الأسواق بدون تقييد ببعض المواصفات. وفي الدراسة التي قام بها مصيفر حول البطاقة الإعلامية على أغذية الأطفال المتوفرة في أسواق كل من البحرين وسلطنة عمان تبين أن البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال ينقصها بعض الاشتراطات المهمة والتي تؤثر في صلاحية هذه الأغذية وطريقة استخدامها

مثل كتابة ظروف التخزين وطريقة التحضير والمعلومات الغذائية وجميع هذه الاشتراطات حرصت عليها المسودة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم (مصيفر والميلادي، ١٩٩٨).

٩- انتشار بعض الاعتقادات الخاطئة: إن هناك العديد من الاعتقادات غير الصحيحة المنتشرة بين أوساط المجتمع الخليجي والتي أدت إلى قلة الاعتماد على حليب الأم، ففي عمان مثلاً وجد أن ٢٥٪ من الأمهات يعتقدن أن حليب الأم في الأيام الأولى بعد الولادة (اللبأ) يكون ضاراً للطفل، لذا تقوم الأمهات بالامتناع عن تقديم هذا الحليب في الأيام الأولى ويلجأن إلى الرضاعة الاصطناعية، وهذا يشجع الاستمرار في هذا النوع من الرضاعة. ولكن يجب القول أن هذا الاعتقاد بدأ ينحسر نتيجة الحملات التثقيفية التي تقوم بها وزارة الصحة. ومن الاعتقادات الشائعة أن الرضاعة من الثدي تؤدي إلى ترهل الثدي وهذا الاعتقاد خاطئ، فالحقيقة أن الثديين يبدآن بالتضخم أثناء الحمل وتلجأ بعض الأمهات إلى تركهما بدون استخدام حمالات الصدر (سوتيان) المناسبة مما يساهم في إضعاف عضلات الثدي ولو استخدمت الأم حمالات صدر أكبر بحيث تتناسب مع الزيادة في حجم الثديين لما أدى ذلك إلى ترهلها لذا فإن الإرضاع الطبيعي بريء من هذا الاتهام ويقع اللوم كله على الأم التي لا تعرف كيف تعتني بثدييها.

١٠- موانع الحمل: وفي دراسة في البحرين تبين أن الأمهات اللاتي لا يستخدمن مانعاً للحمل أكثر ميلاً نحو إطالة مدة الرضاعة الطبيعية من الأمهات اللاتي يستخدمن موانع الحمل، فقد كانت نسبة الأمهات اللاتي أرضعن أطفالهن لأكثر من سنة ٣٦٪ و ٢٧٪ على التوالي (مصيفر والنجار ١٩٩٤). وقد يرجع ذلك إلى أن بعض موانع الحمل مثل الحبوب تؤثر في إفراز الحليب وبالتالي قد تساعد على إضعاف فرصة إطالة 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 (جدول ٣).

١١- إجازة الأمومة والرضاعة: لا تزيد إجازة الأمومة على ٤٠ يوماً بعد الولادة في معظم الدول الخليجية وهذه المدة غير كافية لكي تستمر الأم في إرضاع طفلها من الثدي وهذا ينطبق على الأم العاملة طبعاً، لذا تلجأ بعض الأمهات لأخذ إجازاتهم السنوية لتمديد إجازة الأمومة ولكن الغالبية يرجعون إلى العمل بعد الأربعين يوماً. وقد حاولت الدول الخليجية إعطاء ساعة للرضاعة قد تمتد حتى الشهر السادس من عمر الطفل ولكن هناك العديد من العقبات التي تعيق الاستفادة من هذه الساعة. وتتوقف الصعوبة غالباً على التوقيت المناسب لهذه الساعة هل هي في الصباح الباكر أو ما قبل الظهر أو قبل فترة الانصراف من العمل بساعة واحدة؟ وهناك تساؤل آخر: هل الطفل في هذه الساعة فعلاً يحتاج إلى الإرضاع من الثدي؟ لأن معظم الأمهات تضطر لتقديم حليب الأطفال الجاهز لتغذية أطفالهن أثناء غيابهن في العمل مما يساعد على ترك الطفل للرضاعة الطبيعية.

جدول (٣)
العلاقة بين استخدام موانع الحمل وطول فترة الرضاعة الطبيعية في البحرين

استخدام موانع الحمل وأنواعها	مدة الرضاعة الطبيعية (شهر)				
	أقل من ٤	٤-٦	٧-٩	١٠-١٢	أكثر من ١٢
استخدام موانع الحمل					
تستخدم (%)	٢٦,٧	٧,٨	٦,٧	٢,٣	٢٦,٧
لا تستخدم (%)	٢٣,٢	١٥,٩	٨,٥	١٢,٤	٢٩,٠
نوع المانع المستخدم					
مانع تقليدي	٤١,٧	٢٢,٢	٢,٨	-	٣٣,٣
مانع حديث	٣٣,٣	٣١,٥	٩,٣	٣,٧	٢٢,٢
المجموع (%)	٣٠,٠	٢١,١	٧,٦	٧,٦	٣٢,٦
العدد	(٥١)	(٣٨)	(١٣)	(١٣)	(٥٧)

المصدر: مصيفر والنجار (١٩٩٤).

الخلاصة

هناك العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والتشريعية التي تؤثر في استمرارية الإرضاع الطبيعي للأم في دول مجلس التعاون الخليجي. تلك العوامل التي يجب أن توضع في الاعتبار عند التخطيط لبرامج تشجيع الرضاعة الطبيعية بهدف إيجاد حلول عملية للمشكلات التي تواجه الأم في الإرضاع من الثدي بحيث تعين برامج التوعية الصحية والجهات التي تنظم ترويج حليب الأطفال وتوزيعه في المستشفيات والمراكز الصحية على تحقيق الهدف الذي تنشده ألا وهو الإرضاع الطبيعي لأطول فترة ممكنة.

المراجع

- عبد الرحمن مصيقر (١٩٩٠): تغذية الطفل في الخليج العربي، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.
- عبد الرحمن مصيقر (١٩٩١): بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين، وزارة الصحة، البحرين.
- عبد الرحمن مصيقر ولطيفة النجار (١٩٩٤): الرضاعة الطبيعية وخصوبة المرأة في البحرين، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.
- عبد الرحمن مصيقر وسمير الميلادي (١٩٩٨): الوضع الغذائي والتغذوي في دول مجلس التعاون الخليجي، مركز البحرين للدراسات والبحوث، البحرين.
- Musaiger, AO (1995): Breastfeeding Patterns in the Arabian Gulf Countries. World Review of Nutrition and Dietities, 78, 164-190.
- Musaiger, AO (1983): The impact of television food advertisement on dietary behaviour of Bahrain housewives. Ecol. Food Nutr. 13, 109-114.