

عادات الفطام وأساليبه في دولة البحرين

عبد الرحمن عبيد مصيقر

برنامج البحوث البيئية والحيوية

مركز البحرين للدراسات والبحوث - دولة البحرين

مقدمة

تعتبر مرحلة الفطام من أهم المراحل المؤثرة في صحة الطفل وكذلك في الاستمرارية من الإرضاع من الثدي وبالرغم من التحسّن في الوعي الصحي والغذائي في المجتمع البحريني إلا أن هناك العديد من ممارسات الفطام الخاطئة التي تؤثر بشكل أو بآخر في تغذية الطفل والتي يمكن عزوها بشكل خاص إلى التناقض في المعلومات المقدمة في الكتب و المجالات بالإضافة إلى الاعتقادات الخاطئة نحو عملية الفطام.

ولازالت الدراسات المتعلقة بعادات الفطام في البحرين قليلة ومحدودة في أهدافها حيث ركزت أغلب الدراسات على ممارسات الرضاعة الطبيعية والعوامل المؤثرة فيها. وأول دراسة حول العادات الغذائية أثناء الحمل والرضاعة أجريت في عام ١٩٧٨م (Musaiger, 1982, 1983) حيث تناولت هذه الدراسة بعض الجوانب المرتبطة بالأغذية المقدمة للطفل الرضيع.

نوع الأغذية التي تقدم عند سن الفطام

من المعلوم أن عملية الفطام يجب أن تتم بشكل تدريجي فالطفل الرضيع يحتاج إلى وقت حتى يتعود على أنواع الأطعمة المختلفة، كما أن نوع الطعام المقدم للطفل في هذه الفترة يتوقف على تطور جهازه الهضمي وكذلك على قدراته على تناول الطعام. ولقد تبين أن نسبة كبيرة من الأمهات تبدأ في استخدام أغذية الأطفال الجاهزة في إطعام أطفالهن ولقد كانت النسبة أعلى عند الأمهات في المناطق الحضرية (٧٧,٥٪) مقارنة بالأمهات في المناطق القروية (٥٨٪)، كما وجد أن الأرز يستخدم أكثر عند الأمهات القرويات (٢٣٪) مقارنة بالأمهات الحضريات (١٠٪) ويرجع ذلك لرخص ثمنه وسهولة توفره في المنزل وعندما سئلت الأمهات عن سبب تقديم هذه الأطعمة أوضحت الغالبية منهن أنها أطعمة مغذية (٢٤,٨٪) أو أنها تساعد على نمو الطفل (١٩,٧٪) أو لتعويد الطفل على الطعام الاعتيادي (١٦,٥٪) كما هو مبين في جدول رقم (١). وجميع هذه الأسباب صحيحة من الناحية العلمية ولكن المشكلة ترتبط بنوع الغذاء المقدم وفترة تقديمه.

جدول (١)

الأغذية المقدمة للطفل الرضيع وسبب تقديمها بحسب المنطقة الجغرافية في دولة البحرين

نوع الغذاء وسبب تقديمه	حضر. %	ريف %	المجموع %
نوع الأغذية			
لا تقدم أغذية	٤,٣	١١,٥	٥,٥
أغذية الأطفال الجاهزة	٧٧,٥	٥٧,٧	٧٤,٢
البيض المسلوق	٨,١	٧,٧	٨,١
الأرز	١٠٠,١	٢٣,١	١٢,٢
سبب تقديم هذه الأغذية			
لا تقدم أغذية	٤,٣	١١,٥	٥,٥
أطعمة مغذية	٣٦,٤	٢٦,٩	٣٤,٨
زيادة نمو الطفل	١٢,١٠	١٣,٥	١٩,٧
تعويد الطفل على أكل الأسرة	١٧,٤	١١,٥	١٦,٥
عادة متبعة	١١,٦	١٣,٥	١١,٩
أسباب أخرى	٩,٣	٢٣,١	١١,٦
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
العدد	(٢٥٨)	(٥٢)	(٣١٠)

المصدر (1983): Musaiger, A.O.

وفي عام ١٩٨٥ قامت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بإعداد أول دراسة عن عادات الفطام في البحرين شملت ٢٥٠ أمماً من جميع المناطق الحضرية والريفية والدراسة لم تركز على المفهوم العلمي للفطام بل المفهوم الدارج وهو وقت إيقاف الرضاعة الطبيعية. وتبين أن الأم في المناطق الحضرية أكثر ميلاً لفطام الطفل في عمر مبكر فمثلاً وجد أن ٣٢٪ من الأمهات في المناطق الحضرية فطمن أطفالهن بعد العام الأول مقابل ٥١٪ من الأمهات في المناطق الريفية جدول رقم (٢).

جدول (٢)

عمر الطفل عند الفطام بحسب المنطقة الجغرافية في دولة البحرين

عمر الطفل عند الفطام	حضر. %	ريف %	المجموع %
أقل من ٤ شهور	٢٩,٣	٢٢,٥	٢٥,٢
٦٤ شهراً	١٩,٢	١٢,٦	١٥,٢
٩٧ شهراً	١٠,١	٧,٣	٨,٤
١٢١ شهراً	٨,١	٦,٦	٧,٢
أكثر من ١٢ شهراً	٣٢,٣	٥١,٠	٤٤,٠
المجموع	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
العدد	(٩٩)	(١٥١)	(٢٥٠)

المصدر: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥م).

أول طعام أعطي للطفل بعد الولادة

يؤثر نوع الطعام الذي يعطى للطفل بعد الولادة مباشرة في استمرارية الإرضاع الطبيعي ولقد وجد أن تقديم الحليب الاصطناعي للأطفال المولودين حديثاً في المستشفيات يغرس عند الوالدين الاعتقاد بأن حليب الأم غير كاف لتغذية الطفل وأنه يجب تدعيمه بالحليب الاصطناعي. كما أن تعويد الطفل على القنينة (الرضاعة) يؤدي إلى عزوفه عن الرضاعة من الثدي في وقت مبكر وذلك لأن القنينة أسهل في المص وتوفير الحليب كما أن طعم الحليب الاصطناعي أحلى من حليب الأم وكل هذه الأمور تساعد على استغناء الرضيع عن حليب أمه والتثبت بالإرضاع الاصطناعي.

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

وتشير نتائج الدراسة التي قام بها مصيقر (١٩٩١م) إلى أن ٣١٪ من الأمهات فقط قمن بإرضاع أطفالهن من الثدي بعد الولادة مباشرة أي أن حليب الأم كان أول غذاء يقدم للطفل الرضيع كما هو مبين في جدول رقم (٣). ولقد كان لجنسية الأم والأب ومستوى تعليمهما تأثيراً واضحاً في الإرضاع الطبيعي بعد الولادة مباشرة، فمثلاً نجد أن حوالي ٣٢٪ من الأمهات البحرينيات قمن بإرضاع أطفالهن من الثدي بعد الولادة مباشرة مقابل ٢٦,٧٪ من الأمهات غير البحرينيات. والفرق كان أكبر عند احتساب جنسية الأب (٣٢,٥٪ مقابل ٢٣,١٪ للأب البحريني وغير البحريني على التوالي).

أما بالنسبة لتأثير مستوى التعليم فلقد كان ذوو التعليم المتوسط (سواء من الأمهات أو الآباء) أقل الفئات التعليمية تقدماً لحليب الأم بعد الولادة، بينما تساوت النسبة عند ذوي التعليم المنخفض والعالي ولا يوجد تفسير محدد لهذه الظاهرة حيث كان من المتوقع وحسب فرضيتنا أن تقل نسبة الإرضاع من الثدي تدريجياً مع ارتفاع مستوى التعليم، وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الفئة (المتوسطة التعليم) هي أكثر عرضة للتأثر بالتغيرات الاجتماعية نتيجة لاحتكاكها بالمجتمع بصورة أكبر من ذوي التعليم المنخفض، ونظراً للنقص في مستوى معلومات الأمهات الصحية فإنهن قمن بتقديم أغذية أخرى غير حليب الأم. ولا يعتبر هذا التفسير كافياً ونعتقد أننا نحتاج إلى المزيد من البحث لمعرفة أسباب هذه الظاهرة التي كشفتها هذه الدراسة.

وبصفة عامة نجد أن أكثر من نصف الأمهات اللاتي خضعن للبحث (٥٣,٧٪) قدمن حليب الأطفال الاصطناعي لأطفالهن كأول طعام بعد الولادة مباشرة، وهذا اتجاه خاطئ يجب العمل على تغييره من قبل برامج التوعية الصحية لأنه يؤثر سلباً في الإرضاع الطبيعي. ويرجع ذلك بصفة خاصة إلى الممارسات غير الصحيحة في المستشفيات حيث يسمح بتقديم حليب الأطفال الاصطناعي للأطفال حديثي الولادة وتقف الأمهات مكتوفات الأيدي حيال هذا التصرف فهن تعتقدن أن الممارسين الصحيين هم أكثر دراية بصحة أطفالهن وتغذيتهم. ولقد أوضحت دراسة سابقة أن الممارسين الصحيين يلعبون دوراً كبيراً في تشجيع الرضاعة الاصطناعية. حيث صرحت ٦٨٪ من الأمهات في مدينة المنامة بأنهن استخدمن حليب الأطفال الجاهز بناء على نصائح الأطباء والمرضات.

وتعتبر سياسة توزيع عينات حليب الأطفال الاصطناعي على الأمهات في المستشفيات والمراكز الصحية من أنجح الوسائل في ترويج الرضاعة الاصطناعية في دول الخليج العربية، بخاصة بعد إيقاف عرض الإعلانات التجارية في وسائل الإعلام، وكثيراً ما تقوم الأمهات بالاستمرار في شراء نفس علبة الحليب التي 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. وتوصي منظمتا الصحة العالمية واليونيسيف بعدم تقديم أي نوع من العينات المجانية لحليب الأطفال المصنع للأمهات الحوامل وأمهات الأطفال في المستشفيات والمراكز الصحية.

جدول (٣)

توزيع الأمهات بحسب أول طعام أعطي للطفل بعد الولادة مباشرة والخصائص الاجتماعية في دولة البحرين

المجموع	آخر	الماء / أو الماء والسكر	حليب الأطفال	حليب الأم	الخصائص الاجتماعية
%	%	%	%	%	
					جنسية الأم
١٠٠,٠	٤,٧	٩,٩	٥٣,٥	٣١,٩	بحرينية
١٠٠,٠	٢,٦	١٦,٠	٥٤,٧	٢٦,٧	غير بحرينية
					جنسية الأب
١٠٠,٠	٥,٠	١٠,٠	٥٢,٥	٣٢,٥	بحريني
١٠٠,٠	١,٣	١٥,٤	٦٠,٣	٢٣,١	غير بحريني
					مستوى تعليم الأم
١٠٠,٠	٥,٨	١٧,٩	٤٢,٠	٣٤,٣	منخفض
١٠٠,٠	٠,٨	٢٨,٠	٤٥,٨	٢٥,٤	متوسط
١٠٠,٠	٣,٢	٢١,١	٤٣,٩	٣١,٨	عال
					مستوى تعليم الأب
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	٢٢,٧	عال
					عمل الأم
١٠٠,٠	٥,١	١٠,٩	٥٢,٧	٣١,٣	لا تعمل
١٠٠,٠	٠,٠	١٠,٣	٦٠,٣	٢٩,٤	تعمل
					منطقة السكن
١٠٠,٠	٤,٩	٨,٣	٥٥,٨	٣٠,٩	حضر
١٠٠,٠	٤,٩	١١,٨	٤٩,٠	٣٤,٣	ريف
					جنس المولود
١٠٠,٠	٤,٠	١١,٩	٥٢,٥	٣١,٧	ذكر
١٠٠,٠	٥,٠	٩,٥	٥٥,٢	٣٠,٣	أنثى
٤٩٩	٢٢	٥٤	٢٦٨	١٥٥	المجموع (العدد)
١٠٠,٠	٣,٢	١٠,٨	٥٣,٧	٣١,١	(%)

المصدر: مصيقر (١٩٩١)

عمر الطفل عند إدخال الأذذذبة التكميلية

يقصد بالأذذذبة التكميلية الأذذذبة التي تعطى بجانب حليب الأم لغرض تكملة الاحتياجات الغذائية المطردة للطفل، وعادة ما ينمو الطفل الذي يرضع من ثدي أمه نمواً سليماً حتى الشهر الرابع من عمره، ومن دون الحاجة إلى إدخال أية أذذذبة أخرى غير حليب الأم. ولكن وجد أن بعض الأطفال يحتاجون إلى أذذذبة تكميلية بعد الشهر الرابع، لذا أوصت منظمة الصحة العالمية بأهمية إدخال أذذذبة أخرى غير حليب الأم مع نهاية الشهر الرابع. والمعروف أن إدخال الأذذذبة التكميلية في سن مبكرة من عمر الطفل أي قبل الشهر الرابع يؤثر في عدد مرات الإرضاع من الثدي وبالتالي تقليل فرصة إدرار حليب الأم بالشكل المطلوب ومع الاستمرار في إعطاء الأذذذبة التكميلية نجد أن الطفل يبدأ تدريجياً في العزوف عن الرضاعة الطبيعية مما يساعد على إيقافها في سن مبكرة (اليونيسكو، ١٩٨٤م).

وتشير نتائج الدراسة التي قام بها مصيقر والنجار (١٩٩٤م) إلى أن ٧٢.٢٪ من الأمهات اللاتي شكلن أفراد العينة قد أدخلن الأذذذبة التكميلية عند بلوغ طفلهن سن ٤-٦ أشهر، كما أن ٢٠.٦٪ منهن قد قمن بذلك قبل بلوغ الطفل سن ٤ أشهر في حين أن ٧.٢٪ منهن قد قمن بذلك عندما بلغ الطفل ٧ أشهر أو أكثر من عمره، وتدل هذه النتائج على أن نسبة لا يستهان بها من الأمهات يقمن بإدخال أذذذبة أخرى - غير حليب الأم - في سن مبكرة (١-٣ أشهر) مما قد يعرض الطفل للإسهال وغيره من الأمراض، ولتقويم هذا السلوك يستوجب تكثيف برامج التوعية الصحية من قبل المعنيين بصحة الطفل نحو نوع الأذذذبة التكميلية ووقت تقديمها للطفل الرضيع.

وإذا أخذنا في الاعتبار الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأمهات نجد أن نسبة الأمهات اللاتي أدخلن أذذذبة تكميلية في غذاء الطفل عند بلوغه سن ٤-٦ أشهر تتناسب طردياً مع السن الحالي للأم، والعكس صحيح بالنسبة لمن قمن بذلك قبل بلوغ الطفل سن ٤ أشهر، وعلى الرغم من تضائل الفرق بين نسب الأمهات ذوات التنشئة الحضريّة مقابل الأمهات ذوات التنشئة الريفيّة في عمر الطفل عند إدخال الأذذذبة التكميلية إلا أن الفرق يرتفع إلى ٣.٨٪ لصالح الأمهات الحضريّات اللاتي أدخلن أذذذبة تكميلية عند بلوغ الطفل سن ٧ أشهر فأكثراً وهذا أمر غير متوقع حيث تشير أغلب الدراسات إلى أن الأمهات في الريف هن أكثر تأخراً في إدخال الأذذذبة التكميلية مقارنة بالأمهات في الحضر، ولكن لا يوجد أي فرق ذي دلالة إحصائية بين الأمهات في الحضر وأولئك الموجودات في الريف من ناحية إدخال الأذذذبة التكميلية.

أما بالنسبة لتأثير المستوى التعليمي للأم في هذا الجانب فإن بيانات جدول رقم (٤) تدل على ميل الأمهات ذوات التعليم المتوسط إلى إدخال أذذذبة تكميلية قبل بلوغ الرضيع سن ٤ أشهر مقارنة بالأمهات في الفئات التعليمية الأخرى، حيث بلغت النسب ٢٨.٣٪ و ١٢.٤ و ٢٢.٨٪ لفئة التعليم المتوسط والمنخفض والعالي على التوالي، ونلاحظ تأثيراً مشابهاً في هذا الجانب بالنسبة للمستوى التعليمي للأزواج. وعموماً نجد أن الأمهات ذوات التعليم العالي هن أقل ميلاً إلى تأخير الأذذذبة التكميلية للطفل مقارنة بالفئات التعليمية الأخرى وهذا يتفق 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 في إدخال الأذذذبة التكميلية في غذاء الطفل عند بلوغه سن ١-٣ أشهر أو ٤-٦ أشهر (٢٣٪ و ٧١٪ على التوالي)، بينما تميل

الأمهات غير العاملات إلى تأجيل إدخال الأغذية التكميلية لحين بلوغ الطفل سن ٤-٦ أشهر أو ٧ 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 (مصيقر، ١٩٩١) إلى أن الأمهات العاملات أكثر ميلاً إلى إرضاع أطفالهن من غير العاملات وقد يرجع ذلك إلى جوانب نفسية حيث تشعر الأم العاملة بالتقصير في العناية بالطفل عند تركه في المنزل، لذا فإنها تحاول الاهتمام بتغذيته خاصة من الثدي لتعويض هذا التقصير والإحساس النفسي بقربها بجانب الطفل.

أما بالنسبة لتأثير جنس المولود الأخير فنجد أن الأمهات اللاتي أنجبن إنثاءً أسرع إلى إدخال الأغذية التكميلية في طعام الطفل ممن أنجبن ذكوراً (٢٢,٦٪ مقابل ١٨,٣٪)، ونجد اتجاهًا مشابهاً عند من لم يسبق لهن الإجهاض وكذلك بين من يستخدمن مانعاً للحمل.

سبب الفطام

يعتبر الحمل أهم سبب للفطام في البحرين (٢٤,٩٪) يليه مباشرة جفاف حليب الأم أو عدم كفاية حليب الأم (٢٣,٧٪) ثم رفض الطفل لحليب الأم (٢٠,٧٪). وتتشابه هذه الأسباب مع تلك التي قدمتها الأمهات في دول الخليج العربية الأخرى (مصيقر ١٩٩٠). وعند ربط علاقة عمر الطفل مع سبب الفطام وجد أنه كلما كبر الطفل كان السبب الأهم هو الحمل الجديد وهذا متوقع حيث أن العديد من الأمهات يحدث لهن الحمل خلال السنة الأولى من الولادة السابقة ولكن ما يثير الانتباه أن نسبة الأمهات اللاتي صرحن بأن قلة إدرار الحليب (جفاف الحليب) سبب لفطام أطفالهن كانت عالية عند أمهات الأطفال اللاتي تقل أعمار أطفالهن عن ٤ أشهر وتقل النسبة بازدياد عمر الطفل جدول رقم (٥) ويقودنا ذلك إلى الاعتقاد بعدم خبرة الأمهات في التعامل مع مشكلات الإرضاع من الثدي من ناحية طريقة الرضاعة وإدخال الأغذية في سن مبكرة من عمر الطفل ومشكلات الحلمة وغيرها وهذا يسبب سرعة لجوء الطفل إلى الحليب الاصطناعي وبالتالي قلة إدرار حليب الثدي.

طريقة الفطام

يعتبر الفطام التدريجي (إدخال الأغذية تدريجياً للطفل حتى يتعود على الأغذية الاعتيادية) هو الأكثر تطبيقاً في البحرين وتشير دراسة مصيقر (Musaiger, 1983) إلى أن ٥٥,٥٪ من الأمهات يطبقن الفطام التدريجي مقابل ٩٩,٥٪ يطبقن الفطام الفجائي (إيقاف حليب الأم فجأة). وحاولت دراسة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥)م التعرف على كيفية أو طريقة الفطام. وتبين أن ٤٠٪ من الأمهات يستخدمن طرائق تقليدية قد تكون ذات تأثير نفسي أو صحي في الأطفال مثل وضع المواد ذات الطعم المر أو صبغة اليود أو اللزقة على حلمة الثدي وتنخفض هذه الممارسات بارتفاع مستوى تعليم الأم. وتبين أن ٣٣,٦٪ من الأمهات يقمن باستخدام حليب الأطفال الاصطناعي وكما هو متوقع كانت نسبة استخدام الحليب الاصطناعي أعلى عند الأمهات ذوات التعليم المتوسط والعالي مقارنة بالأمهات ذوات التعليم المنخفض (جدول رقم ٦).

جدول (٤)

توزيع الأمهات بحسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وعمر الطفل الأخير عند إدخال الأغذية التكميلية*

المجموع	عمر الطفل عند إدخال الأغذية التكميلية (شهر)			الخصائص الاجتماعية والديموغرافية	
	العدد	%	+٧		٦-٤
					العمر الحالي للأم
٧٣	١٠٠,٠	٦,٨	٦٨,٥	٢٤,٧	أقل من ٢٥
١٩٥	١٠٠,٠	٧,٧	٧٠,٨	٢١,٥	٢٤-٢٥
٦٧	١٠٠,٠	٦,٠	٨٠,٦	١٣,٤	٣٥ فأكثر
					مكان النشأة الأولى للأم
١٥١	١٠٠,٠	٩,٣	١٧,٥	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	عال
					عمل الأم
٢٣٦	١٠٠,٠	٧,٦	٧٢,٩	١٩,٥	حالياً لا تعمل
٣٤	١٠٠,٠	٦,٩	٧٠,٦	٢٣,٥	عملت سابقاً
٦٥	١٠٠,٠	٦,١	٧٠,٨	٢٣,١	تعمل حالياً
					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	عال
					جنس المولود الأخير
١٥٨	١٠٠,٠	٧,٠	٧٤,٧	١٨,٣	ذكر
١٧٧	١٠٠,٠	٧,٣	٧٠,١	٢٢,٦	أنثى
					عدد مرات الإجهاض
٢٥٤	١٠٠,٠	٦,٣	٦٩,٦	٢٤,١	لا يوجد
٥٦	١٠٠,٠	١٠,٧	٨٠,٤	٨,٩	مرة واحدة
٢٥	١٠٠,٠	٨,٠	٨٠,٠	١٢,٠	مرتان فأكثر
					استخدام مانع للحمل
١٩٨	١٠٠,٠	٧,١	٧١,٧	٢١,٢	تستخدم مانع حالياً
١٣٧	١٠٠,٠	٧,٣	٧٣,٠	١٩,٧	لا تستخدم مانع حالياً
					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
٢٣٥	١٠٠,٠	٧,٢	٧٢,٢	٢٠,٦	المجموع (%)
		٢٤	٢٤٢	٦٩	العدد

* يشمل الأمهات اللاتي بدان في إدخال الأغذية التكميلية للطفل.

المصدر: مصيقر والتجار، (١٩٩٤).

وحاولت الدراسة السابقة قياس ردود فعل الطفل الرضيع عند استخدام الفطام الفجائي أو التدريجي وتبين أن ٤٠٪ من الأطفال الذين تم فطامهم فجائياً رفضوا رفضاً تاماً الطعام المقدم لهم مقابل ٣٪ فقط من الأطفال الذين تم فطامهم تدريجياً وكانت نسبة تقبل الغذاء المقدم لهم ١٣,٣٪ و ٦٩٪ عند الأطفال الذين تم فطامهم فجائياً وتدرجياً على التوالي (جدول رقم ٧). وتوضح هذه النتائج أهمية إدخال الأغذية التكميلية بشكل تدريجي وعدم اللجوء إلى الفطام المفاجيء. وعندما سألت الأمهات عن سبب فطام أطفالهن وجد أن الحمل كان السبب الأهم، وتزداد نسبة الأمهات اللواتي صرحن بذلك مع زيادة عمر الطفل كما هو مبين في جدول رقم (٨).

جدول (٥)

طريقة الفطام الفجائي بحسب المنطقة الجغرافية في دولة البحرين

طريقة الفطام	الحضر %	الريف %	المجموع %
وضع مواد على الثدي *	٤١,٤	٣٩,٢	٤٠,٠
إدخال الرضاعة الطبيعية	٣٣,٣	٣٣,٨	٣٣,٦
طرائق أخرى	٢٥,٣	٢٧,٠	٢٦,٤
المجموع (%)	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
(العدد)	(٨٧)	(١٤٨)	(٢٣٥)

المصدر: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥)م.

* الصبيرة، المرة، صبغة اليود، وضع لوزة على الحلمة.

جدول (٦)

طريقة الفطام بحسب مستوى تعليم الأم في دولة البحرين

طريقة الفطام	مستوى التعليم		
	منخفض %	متوسط %	عال %
وضع مواد على الثدي *	٤٠,٤	٤٥,٣	٢٦,٧
إدخال الرضاعة الاصطناعية	٢٧,٧	٤٣,٨	٤٠,٠
طرائق أخرى	٣١,٩	١٠,٩	٣٣,٣
المجموع (%)	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
(العدد)	(١٤١)	(٦٤)	(٣٠)

المصدر: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥)م.

* الصبيرة، المرة، صبغة اليود، وضع لوزة على الحلمة.

جدول (٧)

ردود الفعل عند الطفل بحسب نوع الفطام في دولة البحرين

نوع الفطام			ردود الفعل عند الطفل
المجموع %	تدرجي %	فجائي %	
٢٥,٢	٣,٠	٤٠,٠	رفضه التام للغذاء الجديد
٢٨,٨	٢٥,٠	٣١,٣	رفضه للغذاء الجديد في البداية ثم تقبله له فيما بعد
٣٥,٦	٦٩,٠	١٣,٣	تقبله للغذاء الجديد
٨,٠	١,٠	١٢,٧	ردود فعل أخرى *
٢,٤	٢,٠	٢,٧	لا تذكر
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع (%)
(٢٥٠)	(١٠٠)	(١٥٠)	(العدد)

المصدر: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥)م.

* نقص وزن الطفل، مرض الطفل، استمرار بكاء الطفل.

جدول (٨)

العلاقة بين عمر الطفل عند الفطام وسبب الفطام في دولة البحرين

المجموع	عمر الطفل عند الفطام (شهر)			سبب الفطام
	أكبر من ٦ %	٦-٤ %	أقل من ٤ %	
٢٤,٩	٣٦,٩	٢٨,٦	٣,٩	الحمل
٤,١	-	٧,٢	٧,٨	مرض الأم
٢٣,٧	١٧,٢	٢٣,٧	٣٣,٤	جفاف حليب الأم
٢٠,٧	١١,٩	٢٦,٦	٢٩,٥	رفض الطفل لحليب الأم
٢٦,٦	٣٣,٠	١٤,٣	٢٥,٤	أسباب أخرى *
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع (%)
(١٦٩)	(٧٦)	(٤٢)	(٥١)	(العدد)

المصدر: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥)م.

* مرض الطفل، سفر الأم، جهل الأم بطريقة الإرضاع، صغر الحلمة.

الخلاصة:

توضح الدراسات التي أجريت عن أسباب الفطام وطرائقه، أن هناك عدة عوامل تؤثر في أسلوب الفطام مثل عمر الأم وتعليمها والمنطقة الجغرافية وعمر الطفل، لذا فإن برامج التوعية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية وأساليب الفطام يجب أن تركز على الجوانب الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تلعب دوراً في الفطام المبكر أو أساليب الفطام الخاطئة.

المراجع

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.

وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (١٩٨٥): عادات الفطام في البحرين، البحرين.

اليونسكو (١٩٨٤): تغذية الأم والولد الصغير، باريس، فرنسا.

Musaiger, AO (1982): Dietary habits of Bahrain housewives during pregnancy and lactation. J. Kuwait Med. Ass., 16, 203-209.

Musiager, AO (1983): Food habits in Bahrain: Infants' Feeding Habits. J. Trop. Ped., 29, 248-251.