جامعة أبو القاسم سعد الله (الجزائر02)
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع الديمغرافيا
تحت عنوان:

واقع الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر

دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية - قصر الشلالة - ولاية تيارت

من إعداد الطالب:

- طرشون عثمان

تحت إشـــــراف:

أ.د عميرة جويدة

السنة الجامعية :2015-2016

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله الذي بنعمته تتم الصالحات.....

أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة الفاضلة أ.د عميرة جويدة على ما بذلته معي من جهد طيلة اشرافها علي، وعلى كل النصائح والتوجيهات المقدمة منها، كما أوجه شكري للقائمين على مديرية السكان بوزارة الصحة والسكان، وكل زملائي الطلبة على تشجيعاتهم ونصائحهم.

اهداء

أهدي ثمرة عملي المتواضع الى والدي الكريمين حفظهما الله ورعاهما وأطال في عمرهما، والى زوجتي الكريمة .

والى كل طالب وطالبة علم.....

فهرس المحتوى

الاطار النظري للبحث

المقدمة.....أ

الفصل الأول: الاطار المنهجي للدراسة

1 الإشـــكـالـيـة 02

2 الـفـرضـيـات.....04

3 أهداف البحث وأسباب اختياره 05

4 تحـديـد المفـاهيـم.....05

5 الدراســات الســابقة.....07

6 المناهج والتقنيات المستخدمة.....17

7 مجالات الدراسة (المكاني، البشري، الزمني).....18

7-1 المجال المكاني.....18

7-2 المجال البشري.....19

7-3 المجال الزماني.....19

الفصـــل الثـانـــي: الرضاعة الطبيعية

المبحث الأول: الرضاعة الطبيعية وأهميتها:

1 - تاريخ الرضاعة الطبيعية.....22

2 - أهمية الرضاعة الطبيعية.....23

2 - 1 فوائد حليب الأم للطفل.....24

2 - 2 مكونات حليب الأم مقارنة بالحليب الصناعي.....28

2 - 3 فوائد الإرضاع الصحية للأم.....31

2- 4 الرضاعة الطبيعية في القران الكريم.....34

المبحث الثاني : وضع الرضاعة الطبيعية الحصرية:

1 الرضاعة الطبيعية الحصرية في العالم.....35

2 الرضاعة الطبيعية في الجزائر.....36
2-1 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 1995. 36
2-2 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 2000 38
2-3 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 2005.....40
2-4 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 2012-2013.....42
المبحث الثالث : السياسات الرامية لتشجيع الرضاعة الطبيعية:
1 - السياسة العالمية.....44
2 - السياسة الوطنية 52
الفصـــــل الثالـــــث: العوامل المؤثرة في الرضاعة الطبيعية
المبحث الأول: الوعي الصحي
1- الوعي الاجتماعي.....55
2-1 تعريفه.....55
2-2 خصائصه.....56
2 - الوعي الصحي 57
2-1 تعريفه.....57
2-2 أهميته.....57
3 - التثقيف الصحي.....58
3-1 مفهوم التثقيف الصحي.....58
3- 2 أهداف التثقيف الصحي.....58
3- 3 مجالات التثقيف الصحي.....60
3- 4 التثقيف والتواصل الصحي.....62
المبحث الثاني: عمل المرأة
1 - دوافع خروج المرأة للعمل.....65
2 - علاقة الأم العاملة بأبنائها واثار عملها على تربيتهم.....66
3 - تطور العمل النسوي في الجزئر.....68
المبحث الثالث: وسائل منع الحمل

1- أنواع وسائل منع الحمل الهرمونية.....72
2 - تطور استعمال وسائل منع الحمل الحديثة 76

الاطار الميداني للبحث

الفصـــل الأول:
الخصائص الاجتماعية و الديمغرافية لعينة البحث.....80
الفصـــل الثاني:
تحليل الفرضية الأولى.....98
الفصل الثالث:
تحليل الفرضية الثانية.....121
الفصل الرابع
تحليل الفرضية الثالثة.....133
الاستنتاج العام.....142
الخاتمة.....145
التوصيات.....147
قائمة المراجع.
المـــــلاحق.

قائمة جداول الاطار النظري للبحث

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع في أقاليم العالم خلال الفترتين (1997-2005) و (2006-2012)	36
2	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 1995	38
3	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2000	39
4	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2005	40
5	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المستوى التعليمي للأم في الجزائر سنة 2005	41
6	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2005	41
7	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المستوى التعليمي للأم في الجزائر سنة 2005	42
8	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر 2012-2013	43
9	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المستوى التعليمي للأم في الجزائر 2012-2013	44
10	تطور بنية الطبقة الشغلية حسب الجنس في الجزائر	70
11	تطور نسبة الطبقة النساء العاملات المتزوجات حسب فئات السن	71
12	تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر حسب سن المرأة	77
13	تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب نوعها قي الجزئر	78

قائمة جداول الاطار الميداني للبحث

1	توزيع المبحوثات حسب سنهن أثناء اجراء المقابلة	80
2	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي	81
3	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.	82

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
4	توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية	83
5	توزيع المبحوثات العاملات حسب أوقات العمل	84
6	توزيع المبحوثات العاملات حسب عدد أيام العمل الأسبوعية.	84
7	توزيع المبحوثات العاملات حسب قرب مكان العمل من المنزل	85
8	توزيع المبحوثات العاملات حسب عدد أشهر عطلة الأمومة بعد ولادة الطفل المعني	85
9	توزيع أطفال المبحوثات حسب سنهن أثناء إجراء المقابلة	86
10	توزيع أطفال المبحوثات حسب رتبهم بين اخوتهم	86
11	توزيع أطفال المبحوثات حسب الجنس	87
12	توزيع المبحوثات حسب استعمال وسائل منع الحمل بعد ولادة الطفل المعني	87
13	توزيع المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل بعد ولادة الطفل المعني حسب نوعية الوسيلة	87
14	توزيع المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل الهرمونية حسب مكوناتها	88
15	توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين الولادة ومباشرة الارضاع	89
16	توزيع المبحوثات حسب نوعية الغذاء الذي قدمنه لأطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم	90
17	توزيع المبحوثات حسب مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية التي تلقاها أطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم	90
18	توزيع المبحوثات حسب فترة ادخال أغذية أخرى على الطفل غير حليب الأم خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم	92
19	توزيع المبحوثات حسب ارائهن حول الغذاء الأفضل للطفل خلال الأشهر الستة الأولى	92
20	توزيع المبحوثات اللواتي حسب ارائهن حول الغذاء الأفضل للطفل خلال الأشهر الستة الأولى وسبب ذلك	93
21	توزيع المبحوثات حسب مصدر معلوماتهن بفوائد الرضاعة الطبيعية	94
22	توزيع المبحوثات حسب مستوى وعيهن بفوائد الرضاعة الطبيعية	94
23	توزيع المبحوثات حسب مستوى وعيهن بمخاطر ادخال أغذية غير حليب الأم على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس	95
24	توزيع المبحوثات حسب النصيحة المقدمة من طرف أزواجهن عن التغذية الواجب تقديمها للطفل المعني	95

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
25	العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية ومباشرة الارضاع بعد الولادة	99
26	العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته	100
27	العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	101
28	العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية وأرائهن حول أفضلية الغذاء المناسب للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته	103
29	العلاقة بين مصدر المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية ومدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	104
30	مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية وزمن مباشرة الارضاع بعد الولادة	106
31	العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته	107
32	العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى	109
33	العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس ومباشرة الارضاع بعد الولادة	110
34	العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته	112
35	العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	113
36	مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس وفترة ادخال الأغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس	115

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
37	العلاقة بين نصيحة أزواج المبحوثات لهن بنوع التغذية الواجب تقديمها للطفل ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته	116
38	العلاقة بين الوضعية المهنية للأم ومباشرة الرضاعة الطبيعية بعد الولادة	122
39	العلاقة بين الوضعية المهنية للأم ومدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	123
40	العلاقة بين الوضعية المهنية للأم ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته	124
41	العلاقة بين طبيعة دوام عمل الأم و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى	125
42	العلاقة بين قرب المنزل على مكان عمل الأم بحيث يمكنها العودة منتصف النهار و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى	126
43	العلاقة بين مدة عطلة الأمومة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	128
44	العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل بعد الولادة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	134
45	العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل المستعملة بعد الولادة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	135
46	العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى	136
47	العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	138
48	العلاقة بين رأي المبحوثة في تأثير وسيلة منع الحمل الهرمونية على حليبها و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	139

المـــقدمـــة:

يقول الله تعالى في كتابه العزيز :(وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلاَدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَن يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ.)[البقرة: 233]. هذه الآية وغيرها من الآيات الكريمات في موضوع الرضاع وإحكامه دليل قاطع على أهمية الرضاعة الطبيعية، والحكمة الإلهية في ترسيخ المعاني الإنسانية لخدمة البشر.

ولقد ثبت علمياً وطبياً أن الرضاعة الطبيعية ذات أهمية بالغة وفائدة كبيرة لصحة الطفل والأم المرضعة على حد سواء (بدنياً ونفسياً ووقائياً)، فلبن الأم يوفر الغذاء الكامل والأمثل للأطفال، حيث يقوي الجهاز المناعي لديهم ويحميهم من الأمراض القاتلة المحتملة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي، كما تؤدي الرضاعة الطبيعية إلى تقليل احتمالية تعرض الأطفال لتناول غذاء أو ماء غير سليم، و تؤدي الرضاعة الطبيعية إلى إنقاذ حياة ملايين الأطفال، حيث تشير الأبحاث إلى "أن الرضاعة الطبيعية الحصرية في الشهور الستة الأولى مع استمرار الرضاعة الطبيعية طوال العام الأول قد تؤدي إلى إنقاذ 1,3 مليون طفل كل عام، أي ما يزيد عن 3000 طفل في كل يوم، وإذا استمرت الرضاعة الطبيعية بجانب الغذاء التكميلي المناسب حتى يبلغ الطفل عامه الثاني على الأقل، يكون من الممكن إنقاذ 500 5 طفل آخر كل يوم من كل عام[1]، ولم تُظهر الأبحاث العلمية الحديثة هذه الحقيقة إلا من عهد قريب، فمنذ نهاية الأربعينيات من القرن العشرين وحتى منتصف السبعينات منه كان يعتقد أن حليب الأبقار أفضل من حليب الأم، وكانت تتم تغذية الغالبية العظمى من الأطفال حديثي الولادة في البلاد الغربية والولايات المتحدة الأمريكية عن طريق هذا الحليب البديل، وكان النظام المتبع في مستشفيات الولادة هناك أن يصف الطبيب للأمّ ما يناسب طفلها الرضيع من أنواع الألبان البديلة عند مغادرتها المستشفى، وحتى في الحالات التي كانوا يصفون فيها الرضاعة الطبيعية فإن مدة هذه الرضاعة لم تكن تتعدى الشهرين أو ثلاثة أشهر، أما أولئك الأطفال الذين تمتد فترة رضاعتهم

- http://www.unicef.org/arabic/nutrition/nutrition_30020.html.[1]

الطبيــعية إلى خمسة أو ستـــــة أشهر فلم تكن نسبتهم تزيد عن (5)% فقط، وأخـــذت هذه العدوى وهذا الاعتقاد الخاطئ ينتقل إلى دول العالم الثالث في الوقت الذي بدأت الدول الغربية تتخلى عنه حيث بدأ التشجيع للأمهات بأن يرضعن أطفالهن والتخلي عن الرضاعة الاصطناعية كلما أمكن ذلك ولمدة لا تقل عن ستة أشهر، أما في الدول النامية فقد تدنت مستويات الرضاعة الطبيعية الحصرية، وزاد الإقبال على الرضاعة الصناعية من خلال الحليب الصناعي، حيث تستورد هذه الدول ما يعـادل 2 مليار دولار سنـوياً منه مما يشكل هدراً كـبيراً لدخلها القومـي إضـافة إلى الأمراض والوفيات الكثيرة الناتجــة عنه، فقد قدرت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف)UNICEF بأن حـوالي عشرة ملايين طفل يموتون سنويا بسبب أمراض التهاب المعدة والأمعاء وسوء التغذية جراء استعمال الحليب الاصطناعي، مما جعل هذه المنظمات الصحية الدولية تمنع هذه الدعايات وأطلقت على منتجي هذه الألبان ومصدريها من الشركات المصنعة لحليب الأطفال عبارة (قتلة أطفال العالم الثالث)، حيث أنه بالإمكان إنقاذ هؤلاء الأطفال بمجرد التحول إلى الرضاعة الطبيعية والاستغناء عن الحليب البديل.

والجزائر تعد من بين الدول التي تعاني من مشكل تدني معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست الأشهر الأولى من حياة الطفل وهو يقدر حاليا ب 25.7%،[1] وان كان قد عرف تحسنا مقارنة بـ سنة 2005 حيث قدر بـ 6.9 %، لهذا سنحاول في بحثنا إبراز أهمية الرضاعة الطبيعية وخاصة في الست الأشهر الأولى من حياة الطفل، وكذا الكشف عن أهم العوامل المتسببة في تراجعها في الجزائر، بالإضافة إلى قياس الوعي الصحي لدى الأمهات تجاه الرضاعة الطبيعية، وتبعا لذلك سيتم تقسيم بحثنا إلى جانبين أحدها يتعلق بالجانب النظري ويتضمن ثلاثة فصول:

- الفصل الأول خصصناه لتحديد الإطار المنهجي للدراسة.

[1] Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS4**, Rapport principal, Alger, 2015, p 68.

- الفصل الثاني نتناول فيه موضوع الرضاعة الطبيعية وتطورها في الجزائر من خلال المسوح الوطنية، بالإضافة إلى فوائدها بالنسبة للأم والطفل، وكذا السياسات العالمية والمحلية الرامية إلى تعزيز ممارسة الرضاعة الطبيعية.
- الفصل الثالث سنتطرق من خلاله إلى المتغيرات المستقلة موضوع بحثنا هذا وفي هذا الصدد نتناول موضوع الوعي الصحي بصفة عامة، بالإضافة إلى تطور كلا من عمل المرأة وكذا استعمال وسائل منع الحمل الهرمونية في الجزائر.

أما الجانب الثاني فتم تخصيصه لتحليل نتائج الدراسة الميدانية وقد تم تقسيمه الى أربع فصول كالتالي:

- الفصل الأول خصصناه لتوضيح الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لعينة البحث.
- أما الثلاث فصول المتبقية فكل فصل تم تخيصصه لتحليل فرضية من الفرضيات.

الفصـــل الأول:

الإطـــــار المنهـــجي للبحث

1 الإشـــــكـــالـــيـة .

2 الـفـرضـيـات.

3 أهداف البحث وأسباب اختياره .

4 تحـديـد المفـاهيـم.

5 الدراســـات الســـابقة.

6 المناهج والتقنيات المستخدمة.

7 مجالات الدراسة (المكاني، البشري، الزمني)

- 1 الإشكالية:

إن الرضاعة الطبيعية ظاهرة عالمية توجد في كل الثقافات، وقد زاد الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية والتقليل من استعمال الألبان الصناعية في العقدين الأخيرين، فالرضاعة الطبيعية يجب أن تبدأ من أول ساعة من عمر الطفل حديث الولادة وأهمها رضاعة اللبن الأول (اللبأ) والذي تنادى به منظمة الصحة العالمية كأهم غذاء للطفل حديث الولادة، والرضاعة الطبيعية الحصرية هي السبيل المثالي لتوفير أفضل غذاء في الأشهر الستة الأولى من عمر المولود، بحيث تعود بالفائدة على الأطفال في مختلف أنحاء العالم، كما تؤكد منظمة الصحة العالمية أن التغذية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الإنسان هي التي تحدد حالته الصحية طوال حياته، وتعتبر أن الرضاعة الطبيعية هي الهبة الأثمن للطفل غير أن واحداً فقط من كل ثلاثة أطفال هو الذي يحظى بفرصة الحصول على رضاعة طبيعية حصرية لمدة لا تقل عن ستة أشهر بينما يحرم ثلثا الأطفال الصغار من هذا الحق.

ويعتبر معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الست الأولى من حياة الطفل في الجزائر من بين أدنى المعدلات في العالم فقد عرف تراجعا كبيرا في العقدين الأخيرين، حيث انخفض من 56%سنة 1995[1] إلى 15.9% سنة 2000[2]، وواصل انخفاضه حتى وصل 6.9% سنة 2005[3]، واستقر في الفترة من 2008 حتى 2012 على نسبة 7%[4]، ويعد هذا الرقم منخفض جدا ويعكس الواقع الذي يعيشه الرضع في الجزائر، حيث بالرغم من الرعاية الصحية التي توليها الجزائر أهمية كبيرة وكذا البرنامج الصحي المنتهج والتغطية الصحية على مستوى الوطن، وخاصة الولادات

---

[1] - Ministère de la santé ET L'Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de de la mi-decènnie, MDG Algérie 1995** , Rapport final, Alger, 1996, p 107.

[2] - INSP ET L'Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de la fin décennie, Santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie 2000 »** Rapport final, Alger, 2001, p 65.

[3] - Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3**, Rapport principal, Alger, 2006, p 68.

[4] - unicef**. statistiques Algérie** ,alger , 2012, P 2.

التي 95% منها تتم داخل المستشفيات، بالإضافة إلى التلقيح ضد مختلف الأمراض الذي فاقت نسبته 90% إلا أن معدل وفيات الأطفال دون سنة مازال مرتفعا إذا ما قارناه بنظيره في الدول المتقدمة حيث قدر بـ 22.4‰سنة 2013، وإذا نظرنا في أسباب هذه الوفيات فنجد أن (الإسهال، القيء، الالتهابات الرئوية، والأمراض المعدية التي تصيب الطفل جراء عدم اكتسابه المناعة اللازمة) هي المتسببة في هذه الوفيات، ومن هنا تبرز أهمية الرضاعة الطبيعية في محاربة هذه الأمراض، حيث أثبتت الدراسات أن إدخال أغذية غير حليب الأم قبل بلوغ الطفل الشهر السادس تسبب له الأمراض التي أشرنا إليها.

إن الانخفاض المسجل لمعدل الرضاعة الطبيعية الحصرية جاء مصاحبا لارتفاع بعض المؤشرات، فلو لاحظنا استعمال المرأة لوسائل منع الحمل الحديثة التي عرفت انتشارا واسعا حيث بلغت 51.1% سنة 2000،[1] بعدما كانت سنة 1992 بـ 43.1٪[2] ، وواصلت ارتفاعها حتى بلغت 61.4% في الفترة ن 2008 الى غاية 2012[3]،مؤشر آخر عرف ارتفاعا وهو نسبة السكان النشطين إناث نجده قد ارتفع من 9.97٪ سنة 1987 إلى 15٪ سنة 1999، ثم17٪ سنة 2006، وهو يقدر حاليا بـ 19%.

إن سردنا لهذه المؤشرات وتطورها يأتي في سياق الكشف عن العلاقة المتبادلة بين ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الست الأولى من حياة الطفل وكل مؤشر من هذه المؤشرات.

تحدثت الدكتورة كرمن كازانوفاس على هامش الأسبوع العالمي للرضاعة بتاريخ الفاتح أوت 2013، وهي خبيرة في الرضاعة الطبيعية من إدارة التغذية من أجل الصحة والتنمية في منظمة الصحة العالمية قائلة "إن جميع الأمهات تقريباً قادرات جسدياً على إرضاع أطفالهن طبيعياً وسيفعلن ذلك إن حصلن على معلومات دقيقة ودعم في هذا المضمار، على أن عزيمتهن تُثبّط في كثير من الحالات لكي لا يقمن

[1] - Ministère de la santé ET L'Unicef. **OPCIT**, p 101.
[2] Ministère de la santé de la Population. **POPULATION ET DEVELOPPEMENT EN ALGERIE (CIPD+10)** RAPPORT NATIONAL, Alger, 2003, p 22.
[3] - Unicef. statistiques Algérie , **OPCIT**, P 3.

بذلك، ويضلّلن بمفاهيم خاطئة لحملهن على الاعتقاد بأنهن يمنحن أطفالهن انطلاقة أفضل في الحياة بشرائهن بدائل تجارية للبنهن"، فهل غياب الوعي الصحي لدى الأم تجاه أهمية الرضاعة الطبيعية يؤثر على ممارستها الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست الأشهر الأولى من حياة مولودها ؟، أم أن عمل الأم يسبب تراجعها ؟ وما مدى تأثير استعمال الأم لوسائل منع الحمل الهرمونية على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الست الأشهر من حياة مولودها؟

للإجابة على هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية:

الفرضيات:

- 1- كلما قلت معارف الأم حول أهمية الرضاعة الطبيعية سواء لها أو لمولودها قلت نسبة تلقيه الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست الأشهر الأولى من حياته.
- 2- خروج الأم للعمل يقلل بنسبة كبيرة تلقي المولود الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الست الأشهر الأولى من حياته.
-3- استعمال الأم وسائل منع الحمل الهرمونية يقلل فرصة تلقي مولودها رضاعة طبيعية حصرية في الست الأشهر الأولى من حياته.

3 – أهداف البحث وأسباب اختياره :

يمكن أن نلخص أهداف بحثنا هذا في عدة نقاط هي:

- توضيح أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية ودورها في محاربة بعض الأمراض سواء المتعلقة بالطفل أو الأم، وكذا مساهمتها في خفض وفيات الأطفال.
- معرفة أهم الأسباب التي تؤدي بالأم إلى عدم ممارسة الرضاعة الطبيعية الخصرية في الست الأشهر الأولى من حياة طفلها.
- بعد تحديد الأسباب سنحاول تقديم مقترحات نأمل أن تكون بمثابة حلول لمشكل تدني مستوى الرضاعة الطبيعية الخالصة.

أما عن أسباب اختياره فكون موضوع الرضاعة الطبيعية الحصرية تطرقت إليه المسوح الوطنية من غير ربط هذه الممارسة بمختلف المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، حتى تلك البحوث العلمية المهتمة بالرضاعة الطبيعية فقد أخذت هذا الموضوع بصفة عامة ولم تتطرق إلى هذه الممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، لذا نظرا لأهميتها لما لها من تأثير بالغ على صحة الطفل، أردنا أن نخوض في هذه الدراسة وإعطائها صبغة علمية وربطها ببعض المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية.

4 – تحديد المفاهيم :

1.4 – الرضاعة الطبيعية: الرضاعة الطبيعية هي عملية تغذية المولود بالحليب الذي ينتجه ثدي الأنثى بالمص. وهي عملية فطرية مشتركة بين الإنسان وباقي الثدييات وتستمر هذه العملية من الولادة وحتى الفطام[1].

2.4 – الرضاعة الطبيعية الحصرية : هي أن الرضيع يتغذى على لبن الأم وحده، ولا يتناول أي سوائل، ولا حتى الماء، أو المواد الصلبة باستثناء محاليل الإماهة الفموية أو نقاط/مشروبات الفيتامينات أو المعادن أو الأدوية.[2]

3.4 – الرضاعة الصناعية: تعني الرضاعة الصناعية الاستعانة التامة بالحليب الحيواني المصنع والاستغناء عن حليب الأم[1].

---

[1] - محمد رفعت .**الطفل**، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992 ، ص180.

[2] - منظمة الصحة العالمية. **الاقتصار على الرضاعة الطبيعية طيلة الأشهر الستة الأولى من العمر**، جنيف،2011، ص 2.

- **4.4 الرضاعة المختلطة :** وهي الحالة التي يتم فيها تغذية الطفل عن طريق المزج بين الرضاعة الطبيعية والصناعية.

- **5.4 الوعي الصحي:** هو إدراك للمعارف والحقائق الصحية والأهداف الصحية للسلوك الصحي أي" أنه عملية إدراك الفرد لذاته، وإدراك الظروف الصحية المحيطة، وتكوين اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع.[2]

كما أننا سنتطرق إلى هذا المفهوم بالتفصيل في الفصل الثالث من الدراسة.

- 6.4 التحديد الاجرائي لمستوى الوعي الصحي تجاه الرضاعة الطبيعية:

لقياس مستوى الوعي الصحي للمرأة تجاه الرضاعة الطبيعية سنقوم بتقسيم مستوى الوعي الصحي إلى(مرتفع – متوسط – منخفض) وسيكون ذلك بالاعتماد على فوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للطفل والأم بالإضافة الى مخاطر الأغذية التي يتلقاها الطفل في مرحلة مبكرة من حياته، حيث أن المرأة التي تكون على دراية بـــ 66% فأكثر من الفوائد والأخطار تعتبر ذات مستوى وعي مرتفع، اما التي تنحصر معارفها بين 34% و 65% فتعتبر ذات مستوى وعي متوسط بينما تعتبر ذات مستوى وعي منخفض كل من لها معارف أقل من 34 % من جملة الفوائد والمخاطر.

- **7.4 وسائل منع الحمل :** يعرفه **رولان بريسا** بأنه إستعمال وسائل أو تقنيات تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل .

و حسب ما ورد في المجلة التونسية (العائلة و السكان) ، فإن منع الحمل هو إستعمال مختلف الطرق و الأساليب من طرف الزوجين الموجهة إلى تجنب الحمل بها بما فيها التعقيم باستثناء الإجهاض العمدي.[3]

4-8 التحديد الاجرائي لوسائل منع الحمل:

لقد استعملنا المتغير المتمثل في استعمال وسائل منع الحمل الهرمونية نظرا لما لهذه الوسائل من تأثير على مكونات حليب الأم، لهذا ننوه أن وسائل منع الحمل التي افترضنا بأنها تؤثر على عملية الرضاعة الطبيعية الحصرية هي وسائل منع الحمل

---

[1] - **عبد اله الصوفي**. موسوعة العناية بالطفل، **دار العودة، بيروت، 1988 ، ص 95.**

[2] - محمد الجوهري وآخرون. **علم الاجتماع ودراسة الإعلام والاتصال**، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية،1992 ، ص 290.

[3] - Agence national de la famille et de la population. **Famille et population,** série n°56, Tunisie, 1987 , p 66.

ذات التركيب الهرموني والمتمثلة في الحبوب والإبر، وسنحاول مقارنة تأثيرها بتأثيرالوسائل غير الهرمونية على الضاهرة موضوع الدراسة.

- **9.4 <u>المرأة العاملة</u>** :هي المرأة التي تزاول مهنة أو وظيفة خارج المنزل بحيث تستغرق ساعات من وقتها مقابل أجر.

5 الدراسات السابقة :

من الخطوات الهامة عند إجراء بحث علمي هو مراجعة الدراسات البحثية المرتبطة التي تمت دراستها ولها علاقة لموضوع البحث، وتقوم فكرة مراجعة البحوث السابقة على أساس أن المعرفة عملية تراكمية، ونحن نتعلم مما قام به الآخرون ونبني عليه، فالبحث الواحد ما هو إلا نقطة في بحر واسع، وعلى هذا الأساس سوف نتطرق إلى مجموعة من الدراسات المرتبطة بموضوع بحثنا كالآتي:

- **1.4 <u>بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين:</u>**

وهي دراسة ميدانية قامت بها وزارة الصحة في البحرين بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) سنة 1991، ولقد هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير بعض المتغيرات على الرضاعة الطبيعية في البحرين والمتمثلة في :

- مستوى تعليم الأم.
- مستوى تعليم الأب.
- عمل الأم.
- منطقة السكن (حضر، ريف).
- نوع المولود (ذكر، أنثى).

وعليه وضعت الفرضيات التالية:

1- المستوى التعليمي للأم أو الأب يؤثر سلبا على الرضاعة الطبيعية أي كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم والأب قل الاعتماد على الرضاعة الطبيعية وزاد الاعتماد على الإرضاع الصناعي.

2 – عمل الأم يؤثر سلبا على الرضاعة الطبيعية أي أن الأم العاملة أقل ميلا لإرضاع ابنها طبيعيا.

3 – هناك تحيز لإرضاع المولود الذكر طبيعيا على حساب الأنثى.

تم تصميم استمارة خاصة لجمع معلومات عن الأم والأب ونمط تغذية المولود، وقامت باحثات من إدارة الصحة العامة بجمع البيانات الخاصة بالدراسة وذلك عن طريق زيارة الأسر ومقابلة الأمهات، وقد شملت الدراسة 500 أم موزعين على جميع المناطق الجغرافية في البحرين، وقد أختيرت هذه العينة باستخدام الطريقة العشوائية المنتظمة وذلك باختيار مولود من كل 40 مولود مسجلين في سجلات المواليد أي أنه تم اعتماد هذه السجلات كقاعدة بيانات، وتم اختيار المواليد الذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر إلى سنتين.

تم تحليل البيانات في إدارة الصحة العامة باستخدام برنامج SPSS PC + الإحصائي، كما استخدمت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري ومربع كاي في المعاملات الإحصائية لغرض قياس العلاقة بين العوامل الاجتماعية ونمط تغذية الطفل.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك ميلا للإرضاع الصناعي على حساب الإرضاع الطبيعي حيث بلغت نسبة الأمهات اللواتي قدمن لأطفالهن حليب اصطناعي 53.8% ، كما تبين أن طول فترة الإرضاع الطبيعي في المتوسط 8.6 شهرا في المناطق الحضرية و 7.4 شهرا في المناطق الريفية أما عن تأثير العوامل الاجتماعية فقد توصلت الدراسة إلى ما يلي :

- **تأثير المستوى التعليمي:** تبين أن الأمهات ذات التعليم المنخفض والتعليم العالي أكثر اهتماما بالإرضاع الطبيعي من حيث البدء بعد الولادة مباشر، أما الأمهات ذات التعليم المتوسط فكن أكثر ميلا لتقديم الحليب الاصطناعي للمولود بعد ولادته مباشرة، وقد لوحظ نفس التوجه عند قياس المستوى التعليمي للأب.

  لكن عند قياس طول فترة الرضاعة تبين أن للمستوى التعليمي أثر سلبي فكلما ارتفع المستوى التعليمي أي بارتفاع مستوى التعليم تقل فترة الرضاعة، ولكن النتيجة كانت عكسية عند قياس مستوى تعليم الأب، فكلما ارتفع مستوى تعليم الأب طالت فترة الرضاعة الطبيعية.

- **تأثير عمل الأم:** توصلت هذه الدراسة إلى أن عمل الأم يؤثر على الرضاعة الطبيعية فالأم العاملة تبدأ في إرضاع أنها طبيعيا في فترة متأخرة مقارنة مع غير العاملة، وتميل إلى تقديم الحليب الاصطناعي لابنها مبكرا ولكنها تستمر في إرضاع طفلها طبيعيا لفترة أطول، حيف أن غيابها عن المنزل يجعلها تحس بالتقصير، لذا تحاول تعويض هذا التقصير بإطالة فترة الرضاعة.
- **تأثير منطقة السكن:** توصلت الدراسة إلى أن النساء الريفيات تقمن بإرضاع أطفالهن طبيعيا في وقت مبكرة مقارنة بالحضريات، كما أنهن تستمرن في إرضاع أطفالهن طبيعيا لفترة أطول من النساء الحضريات.
- **تأثير نوع المولود :** لم يلاحظ وجود أي اختلافات في ممارسات الرضاعة الطبيعية بين المولود الذكر و الأنثى، مما يعني أنه لا يوجد تمييز بين الذكر والأنثى في تغذية الطفل.[1]

- 2.4 المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل لسنة1992 :

يهدف مشروع هذا المسح إلى توفير بيانات تفصيلية عن العوامل البيولوجية والديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر على صحة الأم والطفل ، وهو جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة ، لقد شملت عينة هذا المسح 6694 أسرة منها 53.1٪ في الوسط الحضري وشملت كل ولايات الشمال الجزائري إضافة إلى بعض ولايات الجنوب الجزائري حيث تم تقسيم الإقليم إلى أربع مقاطعات وهي :

- أ) المدن التي يزيد عدد سكانها عن 100000 نسمة.
- ب) المدن التي يتراوح عدد سكانها بين 50000 و 100000 نسمة.
- جـ) التجمعات الحضرية.
- د) المناطق الريفية.

وشملت عينة هذا المسح بدورها 5881 امرأة متزوجات أو سبق لهن الزواج وأعمارهن اقل من 55 سنة، كما شملت هذه العينة 5288 طفلا يقل عمرهم عن 5 سنوات، وتم تقسيم استمارة المسح 5 استبيانات وهي:

---

[1] - وزارة الصحة والسكان البحرينية. **بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين**، دراسة ميدانية(غير منشورة)، البحرين، 1991، ص ص 1-47.

- استبيان يتعلق بالأسرة.
- استبيان يتعلق بصحة الأم .
- استبيان يتعلق بصحة الطفل.
- استبيان يتعلق بالمسكن.
- استبيان خاص بالبيئة التي تعيش فيها الأسرة .

لقد تطرق هذا المسح الجزائري ، في فصله الثامن لموضوع الرضاعة الطبيعية ومحاولة إبراز تأثير عدد من المتغيرات الديمغرافية على هذه الممارسة.

تم تقدير وسيط فترة الرضاعة ب 9,6 شهرا فقط، كما بينت نتائج المسح أن ربع السيدات ترضعن أطفالهن لفترات قصيرة جدا قدرت بأقل من 3,4 شهرا، وأنّ 25 % من السيدات ترضعن أطفالهن أكثر من 19,9 شهرا.

يؤثر المستوى التعليمي للأم على متوسط فترة الرضاعة الحصرية ، فهي تتناقص بارتفاع المستوى التعليمي للأم، ثم يرتفع عندما يكون للأم مستوى تعليمي عالي (ثانوي فأكثر) حيث قدر متوسط فترة الإرضاع الحصري بالنسبة للنساء اللاتي ترضعن أطفالهن ولم تحصلن على أي تعليم ب 4 أشهر، ثم انخفض ليصل إلى 2,5 شهرا بين النساء اللاتي لم تكملن المرحلة الابتدائية، وتتواصل هذه الفترة في التناقص لتصل إلى 1,8 شهرا بالنسبة للأمهات الحاصلات على مستوى ابتدائي أو إعدادي، إلاّ أنها ترتفع بالنسبة للأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأكثر لتقدر هذه الفترة ب 2,6 شهر.

كما أخذت هذه الدراسة بعين الاعتبار عملية الفطام، حيث أعربت نتائج هذا المسح أن 25 % من مجموع المواليد تم فطامهم مبكرا، وتصل هذه النسبة أقصاها عند السيدات في الفئة العمرية 25-29 سنة، ويفسر ذلك بارتفاع نسبة الأطفال ذوي المراتب الأولى والثانية في هذه الفئة العمرية حيث تنخفض نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم أقل من 3 أشهر بارتفاع رتبة المولود أين تقدر بـــ 17% بعد المولود السادس، ويرتبط الفطام كذلك بالمستوى التعليمي للأمهات، إذ ترتفع نسبة الأطفال الذين يفطمون مبكرا بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات، فنجد أن 3/1 من الأمهات الحاصلات على مستوى تعليمي ابتدائي وأكثر يفطمن أطفالهن قبل 3 أشهر من ميلاد

الطفل، وتجدر الإشارة أن هناك تباين في الفطام المبكر بين الحضر والريف، حيث يرتفع قليلا في الحضر (27%) مقارنة بالـريف أين يـقدر ب (23 %) .

وتبين نتائج التحقيق أن السبب الرئيسي للفطام هو عدم كفاية توافر الحليب في ثدي الأم وذلك بنسبة% 36 ، وتتباين باختلاف عمر الطفل حيث 3/2 من حالات الفطام تمت قبل أن يبلغ الطفل 6 أشهر من ميلاده و أنّ 2/1 الحالات بين6- 11 شهرا، و4/1 أطفال العينة فطمو في سن 12-17 شهرا ، وعن طريقة الفطام توصّل التحقيق إلى أن أسلوب الفطام المفاجئ هو الطريقة الأكثر شيوعا بين الأوساط الاجتماعية سواء منها الحضرية أو الريفية حيث تم فطام فجأة إلى ما يقرب 56% من أطفال العينة محل الدراسة[1].

- 3.4 المسح الجزائري حول الأسرة لسنة 2002:

قام الديوان الوطني للإحصائيات بإنجاز المسح الجزائري لصحة الأسرة بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، بالتعاون مع جامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة بمشارك كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية ، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة ، ومنظمة الصحة العالمية ، والإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ، وصندوق الأوبيك للتنمية ، واللجنة الاقتصادية الاجتماعية لغربي آسيا وقسم الإحصاء بالأمم المتحدة.

يهدف المسح الجزائري لصحة الأسرة إلى توفير بيانات أساسية تفصيلية تساعد السلطات العمومية الجزائرية على تنفيذ ومتابعة وتقييم السياسات الصـــحية والاجتماعيةوكذلك إعداد البرامج الصحية والسكانية المناسبة.

وفي إطار المسح الجزائري تم استخدام الاستبيانات التالية:

- استبيان الأسرة المعيشية والظروف السكنية.
- استبيان الصحة الإنجابية ومرحلة ما بعد الإنجاب.
- استبيان الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن (60 سنة فأكثر).

---

[1] - وزارة الصحة والسكان و الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**،(التقرير الرئيسي) جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994، ص ص 113-139.

– استبيان صحة الأسرة المعيشية للعينة الموسعة لدراسة وفيات الأطفال الرضع ويتضمن خصائص الأسر المعيشية وجدول المواليد لكل السيدات السابق لهن الزواج في عمر ما بين 15 و45 سنة.

– استبيان الشباب غير المتزوجين في سن 15–29 سنة.

تم سحب العينة باستخدام عينة طبقية متعددة المراحل بحيث تم تقسيم التراب الوطني إلى 4 جهات جغرافية كبرى والتي تمثل المناطق الصحية بالجزائر(الشرق ،الوسط ،الغرب ،الجنوب) وتقسيم كل جهة إلى مناطق وكل منطقة إلى مقاطعات متجانسة نسبيا من حيث الخصائص الديمغرافية والاجتماعية وذلك عن طريق تقنية التصنيف، وعلى اثر هذا التصنيف تم تقسيم ولايات هذه الجهة إلى 17 منطقة (5 مناطق في كل من الجهات الصحية للشرق والوسط ، 4 مناطق في الجهة الصحية للغرب ، و3 مناطق في المنطقة الصحية للجنوب). تلى ذلك سحب 30 عنقودا في كل منطقة ليصل عددها إلى 510 عنقودا على المستوى الوطني وأخيرا سحب 20 أسرة معيشية في كل عنقود للعينة الرئيسية و20 أسرة إضافية للعينة الموسعة، وهكذا شمل المسح 10200 أسرة معيشية للعينة الرئيسية، و20400 أسرة للعينة الموسعة، كما تمت عملية تنفيذ المسح وجمع البيانات خلال سبتمبر و نوفمبر 2002 ، وبلغت نسبة استيفاء استبيانات الأسرة المعيشية 93.5٪.

تطرقت هذه الدراسة في الفصل الخامس إلى موضوع الرضاعة الطبيعية، حيث تعرضت إلى النقاط التالية:

– أ) **انتشار الرضاعة الطبيعية:**

بلغت نسبة الأطفال الولودين قبل سنتين من المسح وتم إرضاعهم من الثدي 95%، كما أشارت نتائج هذا المسح أن 55% من المواليد تلقوا حليب الأم بعد الولادة مباشرة، و16% بدأوا الرضاعة خلال ساعة وثلاث ساعات، و8.4% خلال 3 و6 ساعات ويتضح كذلك أن نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية خلال 6 ساعات الأولى ارتفع إلى 80% بعدما كانت 60% عام 1992.

– ب) **وسيط فترة الرضاعة :**

قدر وسيط فترة الرضاعة الطبيعية بـ 13.3 شهرا ويختلف هذا الوسيط حسب الجنس حيث بلغ 11.9 شهرا بالنسبة للذكور مقابل 14.1 شهرا للإناث، وتختلف هذه المدة حسب المستوى التعليمي للأم حيث بلغت كما بلغت 19.1 شهرا حيث الأمهات أميات وتبلغ 8.2 شهرا حيث الأمهات يعرفن القراءة والكتابة و4.2 شهرا عند الأمهات ذوات المستوى الثانوي فأكثر.

أما نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم فبلغت 12.6% .

- جـ) **أسباب عدم الإرضاع** :

أثبتت الدراسة أن السبب الرئيسي لعدم الإرضاع هو عدم كفاية حليب الأم سواء في الوسط الريفي أو الوسط الحضري حيث قدرت النسبة بـ 41.1% على المستوى الوطني بينما كانت الأسباب الأخرى كالتالي: وفاة الطفل 10%، رفض الطفل ثدي الأم 9.2%، مرض الأم8.7%، ومشاكل خاصة بالحلمة والثدي 7% أما كون الطفل مريض لم يمثل سوى 4.8%.

- د) **طرق وأسباب الفطام:**

تبين من الدراسة أن 50% من الأطفال الذين فطموا قد تم فطامهم بشكل مفاجئ، حيث بلغت هذه النسبة 47.4% في الحضر و52% في الريف، أما عن أسباب الفطام فعلاوة عن أسباب عدم الإرضاع المذكورة هناك 11 % فقط من بلغوا سن الفطام، و6% لسبب حمل الأم[1].

- 4.4 أسباب تراجع الرضاعة الطبيعية في الجزائر (مذكرة ماجستير في علم الاجتماع سنة 2004):

مذكرة ماجستير في علم اجتماع فرع ديموغرافيا من تحضير الطالبة مشيد نبيلة، حيث طرحت تساؤلا رئيسيا هو: ما هي أسباب تراجع الرضاعة الطبيعية؟ انبثق منه ثلاثة أسئلة فرعية هي:

1-هل لنقص التربية الصحية عند الأمهات تأثير على تراجع الرضاعة الطبيعية؟

[1] - وزارة الصحة والسكان و الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الجزائري حول صحة الأسرة**، (التقرير الرئيسي)، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994، ص ص 50-58.

2-كيف يؤثر المستوى المعيشي للأسرة على تراجع الرضاعة الطبيعية؟

3-هل لخروج المرأة للعمل تأثير على تراجع الرضاعة الطبيعية؟

وبغرض القيام بدراستها الميدانية وضعت الفرضيات التالية:

1- تؤدي نقص التربية الصحية لدى الأمهات إلى التخلي عن الرضاعة الطبيعية.

2-كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة تراجعت الرضاعة الطبيعية.

3-أدى خروج المرأة للعمل إلى التخلي عن ممارسة الرضاعة الطبيعية والإسراع إلى الفطام المبكر.

تم تصميم استمارة خاصة تحتوي على 46 سؤال موزعين على 4 محاور أساسية، تمثل المحور الأول في معلومات حول الرضاعة، أما المحور الثاني فتضمن أسئلة عن التثقيف الصحي أو التربية الصحية في حين خصص المحور الثالث للحديث عن المستوى المعيشي للأسرة، أما المحور الرابع والأخير، فأدرج بهدف جمع معلومات عن عمل المرأة، وقد شملت الدراسة 130 امرأة في سن الإنجاب لديهن أطفال لا يتعدى سنهم 2 سنة، تم اعتماد العينة العمدية لعدم توفر قاعدة بيانات لدى الباحثة، لقد استغرقت مدة قيامها بالبحث الميداني حوالي شهرين ونصف في الفترة من29 أفريل 2003إلى 15 جويلية 2003، على عينة من النساء بالقطاع الصحي لزرالدة.

توصلت الباحثة إلى جملة من النتائج أهمها:

أن التثقيف الصحي له دور كبير في استمرار الرضاعة الطبيعية فكلما كانت الأم مثقفة صحيا كان له أثر على ممارستها الرضاعة الطبيعية كما توصلت إلى أنّ فشل أو نجاح الرضاعة الطبيعية يتحدّد بدور العاملين في السلك الطبي والشبه الطبي باعتبارهم مصدر ثقة وارتياح بالنسبة للأمهات عامة والأميات بصفة خاصة لأنهنّ عاجزات عن قراءة الكتب أو تصفح الجرائد لتتثقف في أمور تغذية ورعاية الطفل.

من خلال تحليل الباحثة لفرضية الثانية توصلت إلى أن تأثير المستوى المعيشي للأسرة على ممارسة الرضاعة الطبيعية تأثيرا نسبيا، رغم أنه يبدو ظاهريا أنّ له تأثيرا قويا، ولا يظهر هذا التأثير إلاّ بتضافر عوامل خفية أخرى تجعله أكثر قوة وهي الثقافة والوعي وعمل المرأة وتنشئتها الاجتماعية.

أنّ عمل المرأة هو أكبر عائق أمام إتمام عملية الرضاعة الطبيعية للطفل الرضيع، نظرا لنقص عدة عوامل مكمّلة ومتممة وهي الهياكل القاعدية كدور الحضانة التابعة للمؤسسات المشغلة أو القريبة من مقر عمل المرأة.[1]

- 5.4 أثر الرضاعة الطبيعية الحصرية على تحصين الطفل ضد الأمراض في الأشهر الستة الأولى من حياته في مخيمات نابلس:

وهي أطروحة دكتوراه في الصحة العامة معدة من طرف الطالبة "شادن حمدي شكيب قناديلو" من جامعة النجاح الوطنية"نابلس" فلسطين سنة 2010.

لقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر الأنماط المختلفة المتبعة في إطعام الأطفال على المرض في الأشهر الستة الأولى من حياته في مخيمات نابلس، وأيضا إلى معرفة أثر بعض العوامل الديموغرافية للأم والطفل على خيار الأم من حيث طريقة إطعام الطفل في هذه المرحلة من حياته في مخيمات نابلس.

وقد شملت هذه الدراسة التحليلية المسحية 690 ملفا طبيا، يحتوى على معلومات لكل من الطفل و الأم، وتم اختيار العينة بحيث يكون الأطفال من مواليد العام 2007، سكان مخيمات نابلس، و يراجعون عيادات وكالة الغوث في مخيمات مدينة نابلس الثلاثة (بلاطه، عسكر، و عين بيت الماء).

تمت عملية جمع المعلومات من الملفات عن طريق استعمال استبيانات تم تحليلها إحصائيا ببرنامج SPSS الإصدار 11، وتم استعمال عدة طرق إحصائية شملت التكرارات و النسب، والانحراف المعياري ومعاملات الارتباط، وتربيع كاي.

أشارت النتائج إلى أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة 70%، أما نسبة أولئك الذين اعتمدت أمهاتهم طريقة المزج بين الحليب الطبيعي والصناعي في إطعامهم فبلغت 16%، وقد بلغت نسبة الرضاعة الصناعية الحصرية 14%،وتعتبر هذه النسبة جيدة جدا مقارنة ببلدان أخرى مما يشير إلى الجهود الدؤوبة التي تبذلها عيادات وكالة الغوث في الحث على الرضاعة الطبيعية خصوصا في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل.

---

[1] - مشيد نبيلة. **أسباب تراجع الرضاعة الطبيعية**، رسالة ماجستير(غير منشورة)، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، الجزائر، 2004، ص ص 01-241.

وبالنسبة للعوامل الديمغرافية للام و الطفل فقد توصل الباحث إلى أن أولئك الأمهات اللواتي يبلغن من العمر ما بين 22 –28 سنه وأولئك اللواتي تزوجن في أعمار تراوح بين 15–22 سنه، ولديهن أكثر من أربعة أطفال، واللواتي وصلن إلى المرحلة الأساسية والثانوية في التعليم، والأمهات اللواتي ولدن ولادات طبيعية، وكون المواليد إناثا، أثر إيجابا على الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل .بينما وجد أن الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل تأثرت سلبا بكون عمر الأبوين أكثر من 36 سنة، وقت إجراء الدراسة أو الولادة، و كونه أكثر من 29 سنة عند الزواج، وكونها لديها طفل أو طفلين, وحصول الأم أو الأب على تعليم عال، والولادات القيصرية، وكون المولود ذكرا، وأظهرت الدراسة أيضا أن الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل تقلل من احتمال أصابته بالعديد من الأمراض المعدية خلال نفس الفترة ومن هذه الأمراض:(التهابات المجاري التنفسية السفلى، ألتهاب الأذن الوسطى، التهاب القناة الهضمية، الإسهال، صفير الصدر، وحساسية الجلد). وقد أظهرت الدراسة أن أثر هذه الحماية بقي لجميع الأمراض المشمولة بالدراسة ماعدا الإسهالات حتى بعد استثناء العوامل الديمغرافية المؤثرة للام والطفل .

كما استنتج أن أسلوب إطعام الطفل في الأشهر الأولى الستة الأولى من حياته يتأثر بالعوامل الديمغرافية للأم والطفل. وأن الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل تعتبر عاملا هاما في منع و تقليل نسبة الإصابة بالكثير من الأمراض خلال نفس الفترة من حياة الطفل .

أوصت الدراسة أن تولي المؤسسات الصحية اهتماما أكبر بالرضاعة الطبيعية بصورة عامة والرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطـــفل بخاصة, خصوصا خلال وضعها للخطط التي تهدف إلى محاربة الأمراض المعدية، وأوصت الدراسة أيضا بعمل دراسات مستفيضة تعنى بالرضاعة الطبيعية.[1]

[1] - SHADEN Hamdi Shakeb Qanadelo**.The Impact of Exclusive Breastfeeding on Infant Morbidity in the First Six Months of Infant's life in Nablus's Refugee Camps,**Thesis Doctorah**,** An- Najah National University, Nablus, 2010, PP 01-107.

6 – المناهج والتقنيات المستخدمة:

1.6 – المنهج:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي لكونه المنهج الأكثر ملاءمة لموضوع البحث و يمكن تعريف المنهج الوصفي على أنه " أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المـــنظم لوصف ظاهرة معينة أو مشكـــلة محددة و تصويرها كميا أو عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة و تصنيفها و تحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة[1]، حيث قمنا بجمع البيانات من الميدان ثم قمنا بتفريغها وتبويبها وتحليلها في جداول احصائية بسيطة، ومزدوجة لمعرفة تأثير المتغيرات المستقلة التي وضعناها على متغيرات الضاهرة المدروسة، كما استعنا ببعض مقاييس النزعة المركزية لمعرفة تمركز الظواهر، وبعض مقاييس الارتباط لمعرفة درجة ونوع العلاقة بين مؤشرات المتغيرات المستقلة ومؤشرات المتغيرات التابعة، وذلك بعد اخضاع الجداول الاحصائية المزدوجة لاختبار الفرضيات كاتربيع، ونشير الى أن جميع العمليات السابقة تمت بالاستعانة بالبرنامج الاحصائي SPSS الاصدار 22.

2.6 الاستمارة:

تعتبر الاستمارة أداة هامة من الأدوات المنهجية التي تستعمل في جمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث، وهي تحتوي على مجموعة من الأسئلة مرتبة بأسلوب منطقي مناسب، يجري توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها[2]، واعتمدنا هذه الأداة في دراستنا حيث أننا قمنا بتصميم استمارة مكونة من 32 سؤالا ، منها 22 سؤالا مغلقا لتسهيل الاجابة على المبحوثة، و 10 أسئلة مفتوحة لمعرفة اراء المبحوثة وكذا اعطائها مجالا للاجابة، شملت هذه الاستمارة ثلاثة أبواب الباب الأول تم تخصيصه للاجابة على البيانات الشخصية للمبحوثة وبيانات عن رضيعها أما الباب الثاني فشمل أسئلة عن ما إذا كانت تستعمل وسائل منع الحمل أم لا ونوعية هذه الوسائل، كما تم تخصيص الباب الثالث لأسئلة تتمحور حول ممارسة الرضاعة

---

[1] - سامي ملحم. **مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس**، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ،(الطبعة الأولى) ، عمان ، الأردن ، 2000 ، ص324.

[2] - ربـــحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم. **مناهج وأساليب البحث العلمي** ، الطبـعة الأولى، دار صفـاء للنـشر والتوزيع، عمـان ،2000، ص 83.

الطبيعية ونوعية الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته وأسئلة عن معارف الأم حول فوائد الرضاعة الطبيعية.

3.6 – عينة البحث:

إن اختيار نوع محدد من العينة أمر تفرضه طبيعة الدراسة متمثلة في الإشكالية والفرضيات، وتبعا لذلك يتوجب علينا اختيار عينة من النساء في سن الإنجاب [15– 49 سنة] ويكون لديهن طفل يتراوح سنه ما بين 6 أشهر و 12 شهرا، وعند اتـصالنا بالقائمين على المؤسسة الاستشفائية العمومة بقـصر الشلالة ولاية تيـارت واستـفسـرنا عن إمكانية حصولنا على قاعدة بيانات تمكننا من الحصول على عينة من هؤلاء النسوة، تم الرد علينا بأنه لا توجد قاعدة بيانات تمكننا من اختيار عينتنا وفق نوع من العينات العشوائية /الاحتمالية، لهذا لجأنا في اختيار عينتنا ضمن العينة غير الاحتمالية والتي يعرفها موريس أنجرس بأنّها " العينة التي يكون فيها مجتمع البحث مجهولا ولا يسمح بذلك تقدير درجة تمثيل العينة المشكلة[1]، لذا وضفنا العينة العـمدية ، حيث ينـص مبـدأ هذه العينة أنه عندما تغيب قاعدة المعاينة نأخذ جزء تمثيلي عمدا من المجتمع الكلي[2] ، كما توجهنا خلال فترة البحث إلى المؤسسة الاستشفائية العمومية لقصر الشلالة، وبالضبط إلى مصلحة طب الأطفال أين تتواجد الأمهات مع أبنائهن، وكذا مصلحة الوقاية أين يتم تلقيح الأطفال حيث غالبا ما تأتي الأم بابنها لتلقيحه.

7 – مجالات الدراسة :

7 – 1 المجال المكاني:

قمنا بإجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الاستفائية بقصر الشلالة الواقعة أقصى شرق ولاية تيارت، وتعتبر إحدى أكبر الدوائر في ولاية تيارت تبعد عن ولاية تيارت بـــ 116 كلم ويبلغ عدد سكانها حوالي 65000 نسمة، تغطي المؤسسة الاستشفائية العمومية بقصر الشلالة 7 بلديات بالإضافة الى القرى والدواوير المجاورة، وهي عبارة عن مؤسسة ذات طابع اداري أنشأت طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 07–

[1] - Maurice Angers**. Initiation pratique à la méthodologie en science humaines**, Casbah Université, Alger, 1997, p 229.

[2] - **Ibid**, p 236.

140 المؤرخ في 2007/05/19، المتضمن انشاء المؤسسات الصحية الاستشفائية المعدل والمتمم، حيث كانت تسمى سابقا القطاع الصحي والذي انشأ بدوره طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 1997/12/02، المحدد قواعد انشاء القطاعات الصحية، تقدر قدرة استيعاب المؤسسة بـــ130 سرير يضم المستشفى عدة مصالح أهمها : مصلحة الولادة ، مصلحة الجراحة ، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الوقاية اضافة الى مصلحة الاستعجالات أما الزاد البشري للمستشفى فهو كالأتي:

- 20 طبيبا عاما ، 02 أطباء مختصين و 02 صيدليين و 150 ممرض و 08 قابلات و 06 بيولوجيين وطبيب نفساني.

7-2: المجال البشري:

تمثل مجتمع بحثنا في 150 امرأة في سن الانجاب (49-15)، كلهن لديهن رضيع على الأقل تنحصر أعمارهم ما بين 6 أشهر الى 12 شهرا، حصرنا هذا السن لسببين : أولا يجب أن يكون الرضيع قد قضى ستة أشهر من عمره لأن واقع دراستنا يفرض علينا ذلك. ثانيا سقفنا هذا السن بـــ 12 شهرا لأننا أخذنا بعين الاعتبار الفترة المرجعية للمبحوثة، حيث أن المرأة التي يكون لديها طفل عمره على الأكثر 12 شهرا يسهل عليها التذكر، وبالتالي يسهل عليها الاجابة على الأسئلة التي تحتوي على تفاصيل يجب أن يكون الرد عليها دقيقا كتاريخ البدأ في الإرضاع وتاريخ تقديم أغذية غير حليب الأم الى الطفل، ومدة الارضاع الحصري للطفل...الخ .

7-3: المجال الزماني:

لقد استغرقت مدة قيامنا بالبحث الميداني شهرين ونصف مقسمة الى مرحلتين الفترة الأولى من 12 أفريل 2015 الى غاية 11 جوان 2015، تم خلالها مقابلة 123 امرأة وملأ 123 استمارة بعدها تم تمديد هذه الفترة بـــ 15 يوم من 18 جوان 2015 الى غاية 02 جويلية 2015 تم خلالها مقابلة 27 سيدة وملأ 27 استمارة، لنستقر في الأخير على 150 استمارة، بمعدل استمارتين في اليوم، حيث كنا نوفق أحيانا في مقابلة خمسة سيدات يوميا ممن تستوفي فيهم الشروط، و أحيانا لا نقابل ولا سيدة، وننوه الى أن عملية مقابلة السيدات وملأ الاستمارات تمت من طرف ممرضتين

بالقطاع الصحي تم تدريبها على هذا الأمر وإعطائهما نظرة شاملة عن موضوع البحث، بالإضافة الى مرافقتهما طيلة مدة البحث الميداني.

الفصـــل الثـــــاني:
الرضـــــاعة الطـــبيـــعـية

المبحث الأول: الرضاعة الطبيعية وأهميتها:

1 - تاريخ الرضاعة الطبيعية.

2 - أهمية الرضاعة الطبيعية.

2 - 1 فوائد حليب الأم للطفل.

2 - 2 مكونات حليب الأم مقارنة بالحليب الصناعي

2 - 3 فوائد الإرضاع الصحية للأم.

2- 4 الرضاعة الطبيعية في القران الكريم .

المبحث الثاني : وضع الرضاعة الطبيعية الحصرية:

1 الرضاعة الطبيعية الحصرية في العالم.

2 الرضاعة الطبيعية في الجزائر :

2-1 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 1995.

2-2 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 2000 .

2-3 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 2005.

2-4 المسح الوطني المتعدد المؤشرات 2012-2013.

المبحث الثالث : السياسات الرامية لتشجيع الرضاعة الطبيعية:

1 - السياسة العالمية.

2 - السياسة الوطنية .

المبحث الأول: الرضاعة الطبيعية وأهميتها:

1- تاريخ الرضاعة الطبيعية:

الرضاعة الطبيعية هي عملية قديمة جدا والتي يعود تاريخها إلى أكثر من مائتي مليون سنة، واستخدم حليب الحيوانات للسنوات 11.000 الماضية، أما التغذية الصناعية فتعود بدايتها إلى 90 عاما الماضية فقط "[1]".

منذ أن وجدت البشرية على وجه البسيطة كانت الرضاعة من ثدي الأم هي أول غذاء يتلقاه الطفل في أيامه الأولى، كما اعترفت تقريبا كل المجتمعات التقليدية بأهمية وفائدة حليب الأم بالنسبة للطفل ويوجد في مختلف العشائر العديد من الطقوس والممارسات التي كان يعتقد أن بإمكانها إدرار اللبن عند الأم المرضعة كتناول بعض الأطعمة المجهزة من الأعشاب والجذور حيث كانوا يظنون أنها تحتوي على خصائص تحث على إفراز اللبن منه كـ: تدليك الثدي وإثارته إضافة إلى لعق الطفل الثدي كما يقال أنه " لكي تحصل على دخيرة من اللبن في ثدي أم مرضعة فإنه يمكننا أن نسخن عظام نوع من سمك السيف في الدهن ثم يدهن به ظهر الأم أو نجعل الأم تجلس وتضع إحدى رجليها فوق الأخرى ثم تأكل بقايا خبز الذرة المرّ المذاق، بينما تدهن أجزاء جسمها بواسطة النباتات المتفتحة" [2]

أما الإنسان بشكله الحديث والذي قد يرجع تاريخه إلى نحو (30 إلى 40) ألف سنة لم يصل إلى ما وصل إليه من تطور وسيادة على هذه الأرض طوال عشرات الآلاف السابقة من السنين إلا باعتماده على الرضاعة أو التغذية الطبيعية كوسيلة أو حل وحيد للحفاظ على ديموميته بالإضافة طبعاً لما كان يصطاده من حيوانات وما يجمعه من ثمار ونباتات وما بين تلك الحقبة من تاريخ الإنسان الحديث وتاريخ استئناسه للحيوان مرت آلاف السنين أيضاً بدأت من مرحلة تجميع الثمار وصيد الحيوانات إلى مرحلة الزراعة، وكان الغرض من استئناس الحيوانات في البداية هو

---

1 - Stuart Patricia, and Dettwyler Katherine. **Breastfeeding, Biocultural Perspectives, Aldine De Gruyter, New York, 1995, P 256.**

2 – لطيفة الفهد. **الرضاعة الطبيعية**، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت ، 1983 ، ط2 ،ص 15 .

الاستفادة من لحومها وجلودها إلى أن تم اكتشاف حليبها كغذاء للإنسان قبل نحو خمسة آلاف سنة من الآن فقط.[1]

تشير هذه الحقيقة التاريخية إلى أن الأمهات في الماضي كن قادرات على إفراز كميات من الحليب تفي باحتياجات أطفالهن، وكبروا واعتمدوا على هذا المصدر الوحيد لتغذيتهم وبه فقط حافظ الإنسان على سلالته وتطور وازدهر، أما تحضير الحليب المجفف فتشير براءات الاختراعات والتقارير المتوفرة إلى أن بداية تحضيره كانت في أواخر القرن التاسع عشر بدون أية إضافات عليه، وقبل ما يقارب من نصف قرن فقط وضعت المواصفات القياسية الخاصة بالحليب المجفف كامل الدسم[2].

ولقد احتلت الرضاعة الطبيعية مكانة مرموقة في غرب أروبا في القرنين 15 و 16حيث ورد في كتاب " إرضاع الأطفال " لصاحبه جاك جيلموا وهو واحد من قادة أطباء التوليد حيث ترجم الكتاب إلى الإنجليزية، في سنة 1912 كتب فيه يقول ليس هناك فرق بين امرأة ترفض أن ترضع وليدها وأخرى تقتل وليدها فور ولادته.[3]

وباختصار يبدو واضحاً أن ممارسة تغذية الأطفال صناعياً ما هي إلا سلوك حديث لا يزيد عمره عن عشرات قليلة من السنين مقارنة بعادة الرضاعة الطبيعية التي يقاس عمرها بعشرات الآلاف بل بعشرات الملايين من السنين، أي منذ خلق الثدييات.

2 – أهمية الرضاعة الطبيعية:

ذكرت منظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة اليونيسيف أن مليون ونصف المليون من الأطفال يموتون سنوياً في العالم نتيجة لعدم إرضاعهم حليب أمهاتهم، وأن أغلب هذه الوفيات ناتجة عن تغذية الأطفال بالألبان الصناعية (حليب البقر) بواسطة القارورة حيث لا يتم التعقيم كما ينبغي، كما يصاب أكثر من تسعة ملايين طفل بنقص شديد في التغذية، لأن الحليب يكون مخففاً بالماء أكثر من اللازم، مما يؤدي إلى إصابتهم بالعديد من الأمراض والوفيات المبكرة.

---

[1] – سحر الحجار. **الرضاعة الطبيعية في الإسلام**، مركز التقنيات التربوية والمعلوماتية، المدينة المنورة، 2009 ص5.

[2] – **نفس المرجع**، ص 5.

[3] - لطيفة الفهد. **المرجع سابق**، ص16.

وتقول كارول هوتاري الاستشارية في "مجموعة لي ليتش الدولية" لتشجيع الرضاعة الطبيعية: إن الحليب الصناعي لن يتمكن من مجاراة حليب الأمهات أبداً، وتضيف قائلة: وحتي لو استطاعت الشركات مطابقة مكونات الحليب الصناعي بحليب الأمهات، فإنها لن تستطيع مماثلة الفوائد النفسية والعاطفية والتغيرات الهرمونية والتكوينية التي تتوفر في الإرضاع الطبيعي، كما دلت البحوث العلمية بأن لبن الأم هو أفيد غذاء للطفل، وأن غذاء كل أم يفيد وليدها أكثر من لبن أي أم أخرى.[1]

وفيما يلي سنتطرق خلال هذا المبحث الى الفوائد الصحية لحليب الأم بالنسبة للرضيع وكذا فائدة الارضاع للأم بالإضافة الى مكونات حليب الأم مقارنة مع الحليب الاصطناعي.

2-1 فوائد حليب الأم للطفل:

أ- الرضاعة والنمو العقلي:

أظهرت عدة دراسات أجريت في الولايات المتحدة، وجود ارتباط وثيق بين ذكاء الطفل/قدراته العقلية ومدة الرضاعة الطبيعة بحليب الأمهات، فقد سجل الأطفال الذين رضعوا حليب أمهاتهم ثمانية أشهر فما فوق 6-8 نقاط أكثر من أولئك الذين رضعوا حليباً صناعياً على مقاييس الذكاء المختلفة، وفي دراسة نشرتها مجلة الرابطة الطبية الأمريكية (JAMA) عام 2002، وشملت 3253 رجلا وامرأة في كوبنهاجن/النرويج، سجل الذين رضعوا أقل من شهر 99.4 على مقياس الذكاء، في حين سجل الذين رضعوا أكثر من 9 شهور 104نقطة، وفي بريطانيا وجد باحثون النتيجة ذاتها في دراسة أجروها على 300 طفل.[2]

وفي دراسة نشرت عام 2002 م، وجد الباحثون أن الأطفال الذين يولدون وأوزانهم دون المعدل الطبيعي، يتأثرون أكثر من غيرهم بنوعية الحليب، فالذين رضعوا حليب أمهاتهم خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم، سجلوا 11 نقطة على مقياس الذكاء أكثر من نظرائهم الذين أعطوا حليباً صناعياً خلال نفس الفترة.

---

[1] - فهمي مصطفى محمود. **إعجاز القران في مدة الرضاعة ونوعيتها**، بحث مقدم للمؤتمر العالمي للإعجاز العلمي في القران والسنة، الكويت، المؤتمر الثامن 2006، ص 1.

[2] - **نفس المرجع**، ص 2.

ب- الرضاعة والمناعة:

يمتاز حليب الأم عن الحليب الصناعي، بكونه دواءً بالإضافة إلى كونه غذاءً. فاللبا (وهو الحليب الذي يفرزه ثدي الأم بتركيز مرتفع جداً بعد الولادة مباشرة ويستمر 3-8 أيام) مهم جداً لحياة الطفل ومناعته ضد الأمراض، فهو يحتوي على نسبة عالية من الأجسام المضادة (الجلوبيولينات) منها جلوبيولين أ و ج المناعيين، وهما ضروريان لمقاومة مختلف أنواع البكتيريا، وبعض أنواع الفيروسات مثل فيروس شلل الأطفال وفيروس الحصبة وفيروس النكاف وفيروس التهاب الدماغ الياباني، ويحميانه أيضاً من التهابات الأنف والأذن والحلق والجهاز الهضمي. علاوة على ما تقدم، فحليب الأم يحتوي البروتينات المناعية كالانترفيرون المقاوم للفيروسات، واللاكتوفيرين والليازوزيم، وبعض المكملات، ومجموعة كبيرة من خلايا الدم البيضاء المقاومة للأمراض، كالخلايا اللمفاوية نوع (ب) والحبيبية والبلعمية، حيث تحتوي ملعقة شاي (صغيرة) من حليب الأم 3 ملايين خلية مناعية، في حين يخلو الحليب الصناعي تماماً من جميع الأجسام المضادة والخلايا والبروتينات المناعية.[1]

علاوة على ما سبق ذكره، فقد وجد الباحثون أن استجابة الأطفال الذين لا يرضعون حليب الأمهات للمطاعيم المناعية ضعيفة جداً، فهي أقل بـ 500 مرة من نظرائهم الذين يرضعون حليب الأم.[2]

جـ- الرضاعة والأمراض الجرثومية:

يحتوي حليب الأم على مادة اللباء الصفراء ، والتي تحوي كميات هائلة من الأجسام المناعية والمواد المقاومة للفيروسات والبكتيريا كاللاكتوفيرين، والليزوزايم الذي تزيد كميته في حليب الأم 30 ضعفاً عن ما هو موجود في الحليب الصناعي، والانترفيرون، وغيرها من المواد. تعمل هذه الإفرازات على مقاومة أنواع كثيرة من البكتريا، كبكتيريا الكوليرا والسالمونيلا والشيجيلا والقولون ، وقتل كثير من الفيروسات، كفيروسات شلل الأطفال والكوكساكي والهربس.[3]

---

[1] - **نفس المرجع**، ص2.
[2] - **نفس المرجع**، ص3.
[3] - **نفس المرجع**، ص3.

يصاب الأطفال الذين يعطون حليباً صناعياً بأمراض الجهاز التنفسي فقد دلت أرقام المستشفيات في الولايات المتحدة أن عدد المصابين بأمراض الجهاز التنفسي عند الأطفال الذين يرضعون حليباً صناعياً يبلغ 3 أضعاف عدد الإصابات عند الذين يأخذون حليب الأم، وأن عدم إعطاء الأطفال حليب الأمهات يتسبب في 8% من إدخالات الأطفال إلى وحدات أمراض الجهاز التنفسي في المستشفيات.[1]

ومن جهة ثانية، فزيادة الإصابة بأمراض الجهاز الهضمي مرتبطة بالبعد عن حليب الأم. فعدد حالات الإسهال عند الأطفال الذين يرضعون صناعيا هو ضعف نظرائهم الذين يرضعون حليب الأمهات في كندا، وثلاثة أضعافهم في الصين، وخمسة أضعافهم في اسكتلنده، وفي المقابل فقد تضاعفت إصابة الأأطفال الذين يرضعون صناعيا بالتهاب القولون التعفني بين 6-10 أضعاف نظرائهم ممن يتناولون حليب الأم، وقد عززت دراسات أخرى حقيقة ارتفاع الإصابة الحاد بهذا المرض عند الأأطفال الذين يرضعون صناعيا.

وأما بالنسبة لالتهاب الأذن الوسطى، فالرضاعة الطبيعية لمدة 6 أشهر خفضت الإصابة بالتهابات الأذن بنسبة 40%، فقد كانت نسبة التهاب الأذن عند الأأطفال الذين يرضعون صناعيا أعلى بـ 80% منها عند الأطفال الذين رضعوا حليب الأمهات.

د- الرضاعة وأمراض الحساسية:

أكّدت دراسات عديدة تزايد أمراض الحساسية بشكل ملحوظ بين أطفال الحليب الصناعي مقارنة بنظرائهم الذين يعتمدون على الحليب الطبيعي، فالأطفال الذين يتناولون حليب البقر يصابون بحساسية الجهاز الهضمي بنسبة 50-60%، وحساسية الجهاز التنفسي والربو بنسبة 30% ، وإكزيما الجلد بنسب عالية قد تبلغ 70%، فالبروتينات الموجودة في حليب البقر تسبب للطفل جملة من الأمراض التحسسية كالربو والاكزما والتهاب المعدة والأمعاء.[2]

[1] - **نفس المرجع** ص3.
[2] - **نفس المرجع** ص3.

هـ- الأمراض السرطانية.

أظهرت دراسة أجريت في موسكو/روسيا أن نسبة الأمراض السرطانية في الأطفال الذين رضعوا حليب الأمهات لمدة تقل عن شهر كانت 7 أضعاف من رضعوا 6 أشهر أو أكثر وذكر ديفيس ومساعدوه أن الإصابة بسرطان الجهاز اللمفاوي، تضاعفت 8 مرات عند الذين رضعوا حليب الأمهات أقل من 6 أشهر، بل إن الباحثين وجدوا أن النساء اللآئي رضعن الحليب الصناعي في الصغر، معرضات للإصابة بسرطان الثدي أكثر بـ 25% من أقرانهن اللواتي رضعن حليب الأمهات.[1]

و- سكري البول:

تحمي الرضاعة الطبيعية من مجموعة خطيرة من الأمراض، منها سكري البول (النوع الأول)، الذي يصيب الأطفال في مرحلة مبكرة، فقد أوضح ماير (Mayer) وباحثون آخرون، أن الرضاعة الطبيعية تقلل من انتشار هذا المرض الخطير بين الأطفال بنسب تتراوح بين 25-50% ، وذلك لأن بروتينات حليب الأبقار تحفز جهاز المناعة في جسم الرضيع على انتاج أجسام مضادة تهاجم البنكرياس وتدمره.[2]

ز- أمراض أخرى:

يحمي حليب الأم الرضيع من عدد كبير من الأمراض، غير تلك التي سبق تفصيلها، وتشمل الأمراض التالية: المرض (الجوفي ؛ مرض يصيب الجهاز الهضمي فيسبب آلاماً حادة في البطن، وسببه عدم قدرة المعدة على هضم بروتين الجلوتين الموجود في القمح)؛ تصلب الشرايين؛ ضغط دم الأطفال؛ بعض أنواع السرطان؛ الكساح؛ الإمساك أو الإسهال؛ اعوجاج وسوء نمو الأسنان؛ إلتهاب السحايا؛ إلتهابات المسالك البولية؛ مرض كرون(Crohn's disease) ؛ وأمراض أخرى عديدة.

ومن جهة أخرى، فالرضاعة الطبيعية تخفف من وقع أمراض وراثية كثيرة وخطيرة على الأطفال، مثل التليف الكيسي ، وبيلة فينايل كيتون (phenylketonuria)، ومرض نقص الزنك الوراثي، فجميع هذه الأمراض تحدث بصورة أخف كثيراً لدى من يرضعون من أمهاتهم بالمقارنة مع من يتلقون الرضاعة الصناعية.

---

[1] - محمد كمال السيد يوسف. **مزايا وفوائد الرضاعة الطبيعية**، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، جامعة أسيوط، العدد الثلاثون 2006، ص 6.

[2] - فهمي مصطفى محمود. **مرجع سابق**، ص4.

حـ- الرضاعة وموت المهد:

تكثر لدى الأطفال الذين يتلقون رضاعة صناعية وفيات مفاجئة غير معروفة السبب تعرف بـ موت المهد لكنها نادرة عند من ترضعهم أمهاتهم، فقد بينت 23 دراسة أن موت المهد أقل بنسبة 50% عند الأطفال الذين يرضعون طبيعيا منه في أطفال الحليب الصناعية، وقد قام بعض الباحثين بحساب عدد الوفيات التي يمكن حصولها بين أطفال الرضاعة الصناعية وأطفال الحليب الطبيعي في الولايات المتحدة، فوجد أنّها تبلغ 38335 وفاة سنويا في الفئة الأولى، مقارنة بـ 18660 وفاة في أطفال الحليب الطبيعي. هذا يعني أن حليب الأم يخفض 18670 وفاة بين أطفال أمريكا سنوياً.[1]

ط- حليب الأم وصحة الطفل النفسية:

النمو النفسي للأطفال الذين يرضعون من أمهاتهم نمو سليم وسريع، بينما تكثر العلل النفسية في أولئك الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية، هذا ما أكّدته البحوث العلمية، فقد ثبت أن عملية الإرضاع وما يصاحبها من مداعبة للطفل وضمه لصدر الأم ، لها تأثير بالغ على. سلوك الطفل حاضرا ومستقبلا، وبدونها يصبح الطفل عصبيا وعدوانيا ويصعب ترويضه ليس هذا فحسب، بل أن نسبة الجنوح والانحراف النفسي والسلوكي وتعاطي المخدرات وجرائم، القُصر والشباب، مرتبطة إلى حد ما بعدم الرضاعة الطبيعية، والاكتفاء بالحليب الصناعي.

مما سبق ذكره تظهر جليا أهمية حليب الأم كمصدر غذائي لا بديل عنه بالنسبة للأطفال، وخاصة في الأشهر الاولى من حياة الطفل كون الطفل في هذه المرحلة من حياته يتكون مخه وجهازه المناعي، بالاضافة الى بداية نمو اسنانه في العام الأول، وهو ما يجعله بحاجة الى مكونات حليب أمه لنومه بشكل سليم في جميع مراحل نموه.

2-2 مكونات حليب الأم مقارنة بالحليب الصناعي:

يحتوي حليب الأم على مواد كثيرة مقارنة بالحليب الصناعي الذي لا يحوي سوى نزر يسير من هذه المواد، كما إن نسب عدد كبير من هذه المواد في حليب الأم تختلف عنها في الحليب الصناعي، كما سيظهر جلياً في الفقرات القادمة.

---

[1] - **نفس المرجع**، ص 5.

أ- البروتينات و الأحماض الأمينية:

ظل أطباء الأطفال ولسنوات طويلة، متأثرين بحقيقة أن محتوى حليب البقر من البروتينات، أكثر 3-4 مرات مما يحتويه حليب الأم، لكن البحوث الطبية اكّدت أن العبرة ليست بالكم وإنما بالكيف والنوع، فبروتينات حليب الأم تتكون من 65% مصل الحليب و 35% كاسيين، بينما تتكون بروتينات حليب البقر من 18% مصل الحليب و 82% كاسيين، ومن جهة ثانية يحتوي مصل حليب الأم بروتينات ضرورية جداً لعملياته الحيوية ولحماية الطفل من الأمراض، بينما يحوي مصل حليب البقر جلوبيولين لا وظيفة له وبروتينات تسبب الحساسية للطفل، علاوة على ما سبق، فإن بروتينات حليب الأم سهلة الهضم، إذ يتم هضمها في أقل من 15 دقيقة، أما تلك الموجودة في الحليب الصناعي فهي عسرة الهضم ويتطلب هضمها إلى ما يزيد عن الساعة، مما يجعل نسبة منها تصل الأمعاء قبل الهضم فتحدث أنواعا عديدة من الحساسية عند الأطفال الذين يتغذون على الحليب الصناعي، بل إن عدم قدرة الأطفال المصابين بخلل وراثي على تحمل الجلوتين (بروتين غير موجود في حليب الأم) الموجود في الحليب الصناعي فاقم من خطر الإصابة بالمرض الجوفي أكثر من 50%. علاوة على ذلك فإن أمعاء الرضيع تمتص غالبية بروتينات حليب الأم، في حين لا تمتص حتى نصف بروتينات الحليب الصناعي.

حليب الأم فقير في الحمض الاميني فينيل الانين، وهذا مهم جداً للأطفال الذين يعانون من مرض بيلة فينايل كيتون الوراثي (phenylketonuria)، فهم يتضررون كثيراً بالحليب الصناعي لاحتوائه على كميات كبيرة من هذا الحمض الأميني، لكنّهم يستطيعون أخذ حليب الأمهات دون مضاعفات، نسبة السستين: ميثايونين في حليب الأم أعلى منها في الحليب الصناعي، كما إن دماغ الرضيع يحوي نسبة ضئيلة من إنزيم "سستاثيونيز" الذي يحول الميثايونين إلى سستين، وهذا الأخير ضروري جداً لنمو دماغ الطفل، علاوة إلى كونه مصدر التاورين الرئيس فالأحماض الأمينية في حليب الأم موجودة بالشكل الذي يفي بمتطلبات الطفل الخاصة ونموه، فتركيز التاورين وهو

من أهم الأحماض الأمينية الخاصة لنمو الدماغ- في الحليب الطبيعي (30- 40) ضعفاً قدر تركيزه في حليب البقر.[1]

ب- السكريات:

نسبة سكر الحليب (اللاكتوز Lactose) في حليب الأم 8% بينما في حليب البقر 4.7 % واللاكتوز من السكريات الثنائية (يتكون من جلوكوز + جلاكتوز) ويشكل الجلاكتوز مع المادة الدهنية الجزء الأعظم من مادة الدماغ ، وعليه فإن نسبة اللاكتوز العالية في حليب الأم حيوية لتكوين الدماغ ونموه وخاصة في الأشهر الأولى من عمر الرضيع، ومن جهة ثانية فحليب الأم غني بالسكريات القصيرة الضرورية لنمو دماغ الوليد، في حين تخلو منها أغلب أنواع الحليب الصناعي.[2]

جـ- الأحماض الدهنية:

الكوليسترول من الدهنيات الضرورية لنمو الطفل وتصنيع الأنسجة العصبية والعصارة الصفراوية، يحتوي الحليب الصناعي على (3-1 مجم /100 سم^3) ، بينما يحتوي حليب الأم على (47-7 مجم/100 سم^3).[3]

يعتبر حليب الأم المصدر الرئيس لحمضي آركيدونيك (arachidonic; AA) ودوكوزاهيكساإينويك (docosahexaenoic; DHA) الدهنيين طيلة العامين الأوليين من حياته، وذلك لأن الطفل لا يستطيع إنتاج ما يحتاج إليه جسمه منهما، إن هذين الحمضين الدهنيين ضروريان لنمو دماغ الطفل، وهما مرتبطان بذكائه كما أشرنا اليه سابقا، إن حمض DHA مهم أيضاً لتنظيم نوم الرضيع وانعدامه يسبب للطفل اضطراب نومه.[4]

د- المعادن والفيتامينات:

يحتوي حليب الأم على المعادن المطلوبة، وبكميات متناسبة ومتناسقة يسهل امتصاصها، أما حليب الأبقار فكمياته أكبر لكنّها غير ذات فائدة، بل تسبب إرهاقاً لكلية الطفل، يحتوي حليب الأم على 1 مجم حديد/ليتر يمتصها الطفل بشكل تام، أما حليب البقر ففيه 12مجم حديد/ليتر وكثرتها تسبب مشاكل عديدة للطفل، ويعود السبب

---

[1] - **نفس المرجع**،ص 7.
[2] محمد كمال السيد يوسف، **مرجع سابق**، ص 12.
[3] - فهمي مصطفى محمود. **مرجع سابق**، ص 7.
[4] - **نفس المرجع**،ص 8.

في ذلك إلى وجود مادة لاكتوفرين (lactoferrin) في حليب المرضع وهي مادة تساعد على امتصاص الحديد بنسبة 50-70%، بينما لا تزيد هذه النسبة في الحليب الصناعي عن 7 % مما يجعل أطفال الرضاعة الطبيعية اقل إصابة بفقر الدم، هذا بالإضافة إلى مادة بروتينية أخرى تتحد مع الحديد فلا تتركه حراً في الأمعاء. فالحديد الحر مهم لنمو بعض أنواع البكتيريا العدوانية، وبالتالي فحرمانها منه يؤدي إلى إضعافها وسهولة القضاء عليها.

علاوة على ما سبق، فحليب الأم يحتوي على ما يزيد على 15 عنصراً، وإنزيمات(خمائر) عديدة، وعددا كبيراً من الفيتامينات، وما يزيد على 15 هرموناً.[1]

هـ- مقاومات البكتيريا والجراثيم:

يحتوي حليب الأم على تركيز عال من الليسوزايم يزيد 30 مرة عن ما هو موجود في الحليب الصناعي وهذا مهم لمقاومة بكتيريا الجهاز الهضمي الضارة، ويحتوي حليب الأم أيضاً على 10 أضعاف ما هو موجود في الحليب الصناعي من العوامل التي تساعد على نمو بكتيريا لاكتوبسيلاس التي تمنع نمو بكتيريا جرام الموجبة الضارة بالجهاز الهضمي.

إن حجم الغدة الصعترية في الأطفال الذين يرضعون حليب الأمهات هو ضعف حجمها في أطفال الحليب الصناعي، تفرز هذه الغدة هرمون تيموسين الذي ينظم بناء المناعة في الجسم ويساعد على إنتاج الخلايا اللمفاوية كما تساعد الغدة الصعترية في تكوين خلايا الدم البيضاء التي تساعد الجسم على مكافحة الأمراض، كذلك فأن الحليب الطبيعي يقي الرضيع من الأمراض البكتيرية التي تحدث داخل المستشفيات ، لما للحليب من فاعلية في تقوية جهاز المناعة وتنشيطه.[2]

2-3 فوائد الإرضاع الصحية للأم:

أ- سرطانات الثدي والمبيض:

تلعب الرضاعة دوراً وقائياً للحماية من عدد من السرطانات التي تفتك بعدد كبير من النساء كسرطانات الثدي والرحم، فقد انخفضت احتمالات الإصابة بسرطان الثدي

---

[1] - محمد كمال السيد يوسف، **مرجع سابق**، ص 13.

[2] - عبد الباسط محمد السيد.**موسوعة تربية الطفل**، ألفا للنشر والتوزيع، الجيزة،2011، ص203.

11% لدى المرضعات لفترة 4–12 شهراً، و 25% لدى المرضعات لفترة تزيد عن 12 شهراً، وكلما طالت فترة الإرضاع تناقصت احتمالات الإصابة بسرطان الثدي، وبلغة الأرقام فقد ذكر تحليل لـ 47 دراسة شملت ما يربو على145 ألف امرأة من30 دولة، أن الإرضاع لمدة 6 أشهر يقلل عدد إصابات سرطان الثدي في هذه الدول 25 ألف إصابة سنوياً، وأن الإرضاع لمدة 12 شهر إضافية يخفض عدد هذه الإصابات في تلك الدول بمقدار 50 ألف إصابة سنوياً، بل لقد تعدى الأمر مسألة الإرضاع إلى الرضاعة، فقد انخفضت نسبة الإصابة بسرطان الثدي قرابة 25 لدى الإناث اللائي رضعن حليب الأمهات في مرحلة الطفولة، كما اكتشف باحثون في مركز بحوث السرطان ببريطانيا أن الأمهات اللاتي لديهن ثلاثة أطفال أرضعنهم طبيعياً لمدة 31 شهراً أو أكثر، انخفضت لديهن مخاطر الإصابة بأورام خبيثة في المبيض بنسبة 91 %. ولاحظ الباحثون البريطانيون أن المرأة التي ترضع طفلها بصورة طبيعية ولا تعتمد على الحليب الاصطناعي تقل فرصة إصابتها بسرطان المبيض بنسبة الثلثين[1].

ب– تسوس العظام:

هناك ارتباط وثيق بين عدم الإرضاع وتزايد الإصابة بمرض تسوس (نخر) العظام، فغير المرضعات أكثر 4 مرات عرضة للإصابة بهذا المرض من المرضعات.

جـ– مرض سكري البول:

توصلت عدة أبحاث أن الأمهات اللواتي لا يرضعن أبناءهن بصورة طبيعية تتضاعف لديهن احتمالات الإصابة بداء البول السكري من النوع الثاني في وقت لاحق من الحياة، ووجد العلماء إن الرضاعة الطبيعية تساعد على تحول الدهون المتبقية حول البطن بعد الحمل، وهو من العوامل التي تقف وراء الحالة المرضية. ويعتقد العلماء أن تراجع معدلات الرضاعة الطبيعية في العالم الغربي ربما يساعد على تفسير الأسباب التي تقف وراء انتشار النوع الثاني من داء البول السكري بين النساء في مرحلة منتصف العمر وقد نُشِرت النتائج التي توصل إليها الباحثون عبر التجربة التي أجريت على 2233 امرأة تتراوح أعمارهنّ ما بين 40 و 78 عاماً في الدورية الأميركية للطب. وقال دكتور إلينور سكوارز، الذي قاد الفريق البحثي في جامعة

[1] - فهمي مصطفى محمود. **مرجع سابق**، ص 5.

بتسبيرغ :" من المعروف بشكل كبير أن النظام الغذائي وممارسة الرياضة يؤثران في خطر الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري. بيد أن قلة من الناس تدرك أن الرضاعة الطبيعية تقلل أيضاً من خطر إصابة الأمهات بالمرض في وقت لاحق عن طريق خفض الدهون في بطون الأمهات ." وتبين من خلال الدراسة أن ربع السيدات اللواتي لم يرضعن رضاعة طبيعية أصبنَ بداء البول السكري من النوع الثاني وكنَّ أكثر عرضة بمقدار الضعف تقريباً للإصابة بالمرض مقارنةً بالسيدات اللواتي خضن تجربة الرضاعة الطبيعية أو لم يسبق لهن الإنجاب. وعلى النقيض من ذلك، اتضح أن السيدات اللواتي أرضعن بصورة طبيعية جميع أبنائهن لم يَكُنَّ أكثر عرضة للإصابة بالسكري عن السيدات اللواتي بقين من دون أطفال.[1]

د- إنقباض الرحم:

يساعد الارضاع على إنقباض رحم المرضع وعودته إلى حجمه الطبيعي بعد الولادة، أما غير المرضعات فلا يعود الرحم إلى حجمه الطبيعي، فالرضاعة تزيد من إفراز هرمون الأوكسيتوسين الضروري لإدرار الحليب من الثدي، وهو أيضاً مهم جداً لإعادة الرحم المتضخم بعد الولادة إلى حجمه ووضعه الطبيعيين. هذا الهرمون يسبب انقباض عضلة الرحم ويمنع النزف الشديد إثر الولادة، فيقي الأم من حمى النفاس الخطيرة، ومن الجلطات التي قد تحدث أثناء فترة النفاس.[2]

هـ- الرضاعة ورشاقة الامهات:

تساعد عملية الإرضاع على إذابة الشحوم التي كانت قد تجمعت في جسم المرأة أثناء الحمل، حيث يزيد وزنها بمقدار 13-19 كلغم أثناء الحمل، في حين يبلغ وزن الطفل في المعدل 3-4 كلغم، وما زاد فهو شحوم متجمعة في البطن وباقي الجسم، ويمكن للمرضع أن تعيد جسمها إلى وضعه الطبيعي خلال شهر واحد، إذ يستهلك انتاج الحليب 500 كالوري يوميا من المرضع، ولاستهلاك هذا القدر تحتاج غير المرضع إلى رياضة يومية تزيد عن الساعة.[3]

---

[1] - محمد كمال السيد يوسف، **مرجع سابق**، ص 25.
[2] - فهمي مصطفى محمود. **مرجع سابق**، ص 6.
[3] - **نفس المرجع**، ص6.

و- الرضاعة والصحة النفسية للأمهات:

تساعد عملية الإرضاع على تمتين الروابط العاطفية بين الأم ووليدها، كما تمنح الأم حالة من الرضى والاكتفاء العاطفي والنفسي، وهو أمرٌ في غاية الأهمية إذا ما عرفنا أن كثيراً من الأمهات اللائي ولدن حديثاً، يصبن بحالة من الكآبة بعد الولادة

ز- الرضاعة ومنع الحمل:

تعتبر الرضاعة وسيلة لتباعد الولادات لأن عملية التبويض لا يمكن ان تحدث اذا تحفز هرموني LH-FSH اللذان يؤديان بدورهما الى تأجيل عودة فترة التبويض خاصة في الأشهر الستة الأولى، وتشير النتائج الطبية كذلك الى أن هرمون البرولاكتين الذي يفرز نتيجة رضاعة الطفل لتنشيط انتاج الحليب، يكون مصحوبا بعدم ظهور التبويض وتزيد فترة عدم الاباضة هذه عندما يرضع الطفل بصورة متكررة ليلا ونهارا كما أنه بقدر ما يكثر الطفل من الرضاعة بقدر ما يطول غياب العادة الشهرية ، لهذا يجب تغذية الطفل بالثدي أكثر من 08 مرات في 24 ساعة.[1]

2- 4 الرضاعة الطبيعية في القران الكريم :

هناك اتفاق شامل بين جمهور العلماء وهو أنه لا توجد اية قرآنية صريحة تبين تحريم أو كراهية المبعدة بين الولادات بطرق صحية سليمة، وفي مدد مباحة شرعا ومن بين الوسائل التي تضمن هذه المباعدة نجد الرضاعة الطبيعية ففي سورة البقر الاي 233 يقول عز وجل " والولادات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة وعلى المولود له رزقهن وكسوتهن بالمعروف..."، لقد بين الله تبارك وتعالى في هذه الاية الكريمة المدة المثلى للرضاعة الطبيعية والمقدرة بسنتين كاملتين، وذلك للتأكيد على أهمية الرضاع الطبيعية وللتأكيد على اتمام على الارضاع لما فيها من فائدة تعود على صحة الأم والطفل على حد سواء.[2]

---

[1] - عميرة جويدة، **الرضاعة الطبيعية بين القران الكريم والعلم**، مجلة مخبر المجتمع ومشاكل التنمية المحلية في الجزائر ، جامعة الشلف، العدد الثاني، جوان 2015 ، ص 104.

[2] - **نفس المرجع** ، ص ص 100-101.

المبحث الثاني : وضع الرضاعة الطبيعية الحصرية:

1 - الرضاعة الطبيعية الحصرية في العالم:

تحسّنت معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع تحسّناً كبيراً على مدى 15 سنة الماضية محقّقة تقدماً فائقاً وتحسينات رائعة في إفريقيا الواقعة جنوبي الصحراء الكبرى، حيث قفزت معدلات هذه الرضاعة من 22% إلى 30% خلال الفترة (1997–2005)[1]. وكانت تلك المعدلات قد ازدادت بحوالي الضعفين من 10 في المئة إلى 19 في المئة خلال نفس الفترة في منطقة وسط وشرق أوروبا . كما قدرت هذه المعدلات بـ 37% في جنوب آسيا و40% في منطقة شرق وجنوب افريقيا خلال الفترة (1997–2005)، في حين قدرت في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا بـ 30% و20% في غرب ووسط افريقيا خلال نفس الفترة، و43% في شرق اسيا ودول المحيط الهادي.

لقد عرفت معدلات الرضاعة الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع زيادات معتبرة في جميع مناطق العالم عدى اقليم شرق اسيا ودول المحيط الهادي حيث انخفض هذا المعدل بـ 15 نقطة ليصل الى 28% في الفترة ما بين (2006–2012)[2]، أما باقي الأقاليم فارتفع في افريقيا جنوب الصحراء الى 37% منطقة وسط وشرق أوروبا 30%. كما قدرت هذه المعدلات بـ 47% في جنوب آسيا، 52% في منطقة شرق وجنوب افريقيا، وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا بـ 34% و25% في غرب ووسط افريقيا خلال نفس الفترة. كما بلغت في اقليم الأمريكيتين 30% خلال الفترة (2006–2012)[3].

أما عالميا فقد بلغت 39 % في الفترة(2006–2012)، لكن هذا المعدل أقل من50 % في جميع الأحوال، الأمر الذي لا يفسح مجالاً للرضا عن الوضع، حيث ما يزال هناك الكثير مما ينبغي عمله من أجل تحسين هذا النوع من الرضاعة.

---

[1] - اليونيسيف.**وضع الأطفال في العالم 2007** ، نيويورك ، 2008 ، ص 118.
[2] - اليونيسيف.**وضع الأطفال في العالم 2013** ، نيويورك ، 2013 ، ص 116.
[3] - منظمة الصحة العالمية. **تقريرتغذية الأمهات والر ضع وصغار الأطفال**،2013،ص02.

جدول رقم :(01) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع في أقاليم العالم خلال الفترتين (1997-2005) و (2006-2012):

الاقليم	(1997-2005)* %	(2006-2012)** %
شرق اسيا ودول المحيط الهادي	43	28
افريقيا جنوب الصحراء	30	37
وسط وشرق أوروبا	19	30
جنوب آسيا	37	47
شرق وجنوب افريقيا	40	52
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	30	34
غرب ووسط افريقيا	20	25
اقليم الأمريكيتين	30.9	30
العـــالـــم	36	39

المصدر :

- * اليونيسيف.**وضع الأطفال في العالم 2007** ، نيويورك ، 2008 ، ص ص114- 118.
- ** اليونيسيف.**وضع الأطفال في العالم 2013** ، نيويورك ، 2013 ،ص ص 113-116.

2 - الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر عبر المسوح الوطنية المتعددة المؤشرات :

سنلقي الضوء في هذا الجزء من الدراسة على مستويات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر، وذلك بالتطرق لنتائج المسوح المتعددة المؤشرات التي أجريت في الجزائر لما لها من مصداقية نظرا لحجم العينات التي أجريت عليها الدراسة اضافة الى الموارد البشرية والمادية المسخرة لمثل هذه المسوح التي أجريت سنوات 1995 – 2000 – 2005 – (2012-2013) باشراف منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).

2-1 المسح الوطني المتعدد المؤشرات الأول 1995:

يهدف هذا المسح لتقييم مدى تحقيق الأهداف المسّطرة في منتصف العشرية في المؤتمر المنعقد في نيورك 1990 ، وهو مؤتمر القمة العالمية للطفولة، أجري هذا التحقيق الوطني في أكتوبر 1995 ، أين سؤلت 5145 عائلة تتوزع بين الريف

والحضر كما يلي: 47 % عائلة ريفية في حين تمثل % 53 نسبة العائلات اللاتي تسكنّ في الوسط الحضري، أما عن عينة البحث فهي تتكون من 1163 طفل تقل أعمارهم عن 2 سنة يتوزعون كما يلي: 52,2 % ذكور و 47,8 % إناث.

في هذا المسح ومسح 2002 خلاف المسوح الوطنية الأخرى كانت نتائج الرضاعة الطبيعية الحصرية تخص الأطفال الذين رضعوا حصرا حليب أمهاتهم لمدة أربعة أشهر ، عكس المسوح الاخرى أين كانت تلك النتائج تخص الأطفال الذين رضعوا أمهاتهم حصرا لمدة ستة أشهر.

قدرت نسبة الأطفال الذين رضعوا من أمهاتهم حصرا لمدة أربعة أشهر بنسبة 56% تتوزع بين الجنسين كما يلي 48% ذكور و 65% إناث إلاّ أنّ الفروق ظاهرة بالنسبة لمنطقة الإقامة ونمط السكن حيث أظهرت منطقة الغرب أضعف نسبة الإرضاع حيث قدرت 23.6%، في حين سجلت أعلى نسبة في منطقة الشرق بنسبة 64 % كما أعربت نتائج الدراسة إلى أنّ الأطفال الذين يسكنون في الشقق هم الأقل إرضاعا من طرف أمهاتهم وذلك بنسبة 37 %، متبوعة بالسكنات الجماعية بنسبة 42 %، أما المنازل القصديرية و الأكواخ فبلغت نسبة الإرضاع فيهما 64% في حين سجلت أعلى نسبة في المنازل الفردية وذلك بنسبة67 [1]%.

[1] - Ministère de la santé ET L'Unicef. **OPCIT**, P 108.

جدول رقم: (02) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 1995 :

المنطقة		معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع %	
منطقة الشرق	ريف	63	64
	حضر	65	
منطقة الوسط	ريف	54.7	51.15
	حضر	47.6	
منطقة الغرب	ريف	25	23.6
	حضر	22.2	
منطقة الجنوب	ريف	66.7	50.75
	حضر	34.8	
المستوى الوطني	ريف	61	56.5
	حضر	52	

Source : - Ministère de la santé ET L'Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de de la mi-decènnie, MDG Algérie 1995** , Rapport final, Alger, 1996, p 109.

2- 2 المسح الوطني المتعدد المؤشرات الثاني 2000 :

اعتمد هذا المسح على عينة وطنية تمثلت في 1644 أما و 1711طفلا لا يتعدى سنهم 2 سنة، يتوزعون حسب الجنس كما يلي: 52 % ذكور و48 % إناث أما توزيعهم حسب السن فهو كالآتي:

- قدرت نسبة الرضع الذين لا يتجاوز سنهم 4 أشهر ب15,5 %.
- تمثل نسبة الرضع الذين يقدر سنهم بأقل من 12 شهر51,5% .
- في حين قدرت نسبة الأطفال الذين تجاوز سنهم 12 شهر ب48.%

عرفت نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة أربعة أشهر تراجعا كبيرا في الجزائر، حيث انخفضت بمقدار 40 نقطة عن ما كانت عليه سنة 1995 اذ قدرت نسبتها سنة 2000 بـ 15.9% بعدما كانت 56%.

عرفت هذه النسبة فروقات جوهرية فيما يخص مناطق الجزائر أين سجلت منطقة الجنوب أعلى نسبة بـ 21.3% لكن عرفت انخفاض بمقدار 29 نقطة عن ما كانت عليه سنة 1995 أين كانت 50.75 %، غير أن ما نلاحظه على عكس مناطق الوسط والشرق والجنوب أين عرفت تراجع كبير في نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة أربعة أشهر الأولى من حياة الرضع من 1995 الى 2000 ، نجد أن منطقة الغرب حافضت تقريبا على مستوى هذا النوع من الرضاعة أين سجلت انخفاض طفيف يقدر بنقطتين فقط حيث قدرت بـ 20.7%، سنة 2000 في هذه المنطقة.

أما حسب الوسط فقد قدرت نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة أربعة أشهر الأولى من حياة الرضع في الريف بـ 13 %، فيما قدرت في الوسط الحضري بـ 18.8 %، أما حسب الجنس فكانت هذه النسبة عند الذكور 13.6 %، وعند الاناث 18.8 %.[1]

جدول رقم: (03) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2000 :

المنطقة	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع %
منطقة الشرق	04.8
منطقة الوسط	15.1
منطقة الغرب	20.7
منطقة الجنوب	21.3
المستوى الوطني	15.9

Source : INSP ET L'Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de la fin décennie, Santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie 2000 »** Rapport final, Alger, 2001, p 65.

[1] - INSP ET L'Unicef . **opcit ,** p 65.

2-3 المسح الوطني المتعدد المؤشرات الثالث 2005 :

تطرق هذا المسح على غرار المسوح الأخرى الى موضوع الرضاعة الطبيعية الحصرية إلا أن هذا المسح قسم هذا النوع من الرضاعة الى قسمين :

- الأطفال الذين يرضعون أمهاتهم حصرا في الأشهر الأربعة الأولى من حياتهم.
- الأطفال الذين يرضعون أمهاتهم حصرا في الأشهر الستة الأولى من حياتهم.

استمرت مستويات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الأطفال في التراجع حيث تراجعت الى 10.4 %، اذ قدرت عند الذكور بـ 10.4%، وعند الاناث بـ 10.2 %، كما سجلت منطقة الغرب أدنى نسبة قدرت بـ 4.7 %، وهو ما يعني انخفاض هذه النسبة على ما كانت عليه سنة 2000 أين قدرت بـ 20.7%، اضافة الى منطقة الجنوب أين تراجع هذا المعدل بـ 14 نقطة في ظرف 05 سنوات من 2000 الى 2005، كما أعربت نتائج المسح أن النساء ذوات المستوى التعليمي العالي هن أقل ممارسة لهذا النوع من الرضاعة حيث قدرت عندهن بـ 4.4 %، بينما سجلت أعلى نسبة عند النساء ذوات المستوى الابتدائي بـ 13.8 %، أما تمثيل هذه النسبة على حسب منطقة السكن فقدرت بـ 10.2 في الوسط الحضري و 10.6 في الوسط الريفي.

جدول رقم: (04) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2005 :

المنطقة	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع %
منطقة الشرق	13.9
منطقة الوسط	13
منطقة الغرب	4.7
منطقة الجنوب	6.7
المستوى الوطني	10.4

Source : Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3**, Rapport principal, Alger, 2006, p 69.

جدول رقم: (05) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المستوى التعليمي للأم في الجزائر سنة 2005 :

المستوى التعليمي للأم	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع %
بدون مستوى	09.2
ابتدائي	13.8
متوسط	10.4
ثانوي	10.7
عالي	4.4

Source : Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3**, Rapport principal, Alger, 2006, p 70.

أما فيما يخص الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر وهو ما توصي به منظمة الصحة العالمية لضمان نمو جسمي وعقلي سليم للطفل، فقد بينت نتائج هذا المسح أن نسبة هذه الرضاعة 6.9 %، ولقد سجلت أدنى نسبة بـــ منطقة الغرب 3.8%، كما قدرت عند الذكور بـــ 7.2%، وعند الاناث بـــ 6.7 %.

جدول رقم: (06) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2005 :

المنطقة	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع %
منطقة الشرق	8.7
منطقة الوسط	8.7
منطقة الغرب	3.8
منطقة الجنوب	4.7
المستوى الوطني	6.9

Source : Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3**, Rapport principal, Alger, 2006, p 71.

جدول رقم: (07) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المستوى التعليمي للأم في الجزائر سنة 2005 :

المستوى التعليمي للأم	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع %
بدون مستوى	6.1
ابتدائي	9.3
متوسط	7.2
ثانوي	7
عالي	3.1

Source : Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3**, Rapport principal, Alger, 2006, p 71.

2- 4 المسح الوطني المتعدد المؤشرات الرابع 2012 :

عرفت الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر تحسنا كبيرا في الجزائر حسب ما بينته نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الرابع الذي أجري في الفترة من 21 أكتوبر 2012 الى غاية 31 جانفي 2013، حيث بلغت نسبته 25.7 % مسجلا بذلك تقدما بـ 19 نقطة، إلا أن هذه النسبة عرفت تباينا بين مناطق الوطن، ونشير هنا الى أنه التقسيم المعتمد في هذا المسح على عكس المسوح الثلاثة السابقة تم تقسييم الوطن الى سبع مناطق وهي(المنطقة الشمالية الشرقية- الشمالية الوسطى- الشمالية الغربية- الهضاب العليا الشرقية- الهضاب العليا الوسطى- الهضاب العليا الغربية- ومنطقة الجنوب).

سجلت أعلى النسب للرضاعة الطبيعية الحصرية في منطقة الشمال حيث قدرت بـ 38.3% و 28% و 30.7% في المنطقة الشمالية الشرقية- الشمالية الوسطى- الشمالية الغربية على التوالي ، في حين سجلت أدنى النسب في مناطق الهضاب العليا بـ 18.7%، و 11.1%، و 15.3 %،في الهضاب العليا الشرقية- الهضاب العليا الوسطى- الهضاب العليا الغربية على التوالي، أما الجنوب فقدرت فيه بـ 22.1%،

كما لم تعرف فوارق كبيرة بالنسبة لمنطقة السكن حيث سجلت 25.3 % في الحضر و 26.4 % في الريف.

جدول رقم: (08) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر 2012-2013 :

المنطقة	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع %
منطقة الشمال الشرقي	38.3
منطقة شمال الوسط	28
منطقة الشمال الغربي	30.7
منطقة الهضاب العليا الشرقية	18.7
منطقة الهضاب العليا الوسطى	11.1
منطقة الهضاب العليا الغربية	15.3
منطقة الجنوب	22.1
المستوى الوطني	25.7

Source : Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS4**, Rapport principal, Alger, 2015, p 68.

جدول رقم: (09) معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المستوى التعليمي للأم في الجزائر 2012-2013 :

المستوى التعليمي للأم	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع %
بدون مستوى	23.6
ابتدائي	28.2
متوسط	26.3
ثانوي	24.3
عالي	26.5

Source : Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS4**, Rapport principal, Alger, 2015, p 68.

المبحث الثاني : السياسات الرامية لتشجيع الرضاعة الطبيعية:

1 - السياسة العالمية:

يتسبب سوء التغذية بشكل مباشر أو غير مباشر في 60% من حالات الوفاة بين الأطفال دون الخامسة البالغ عددها 10.9 مليون حالة سنويا، ويحدث ثلثي هذه الوفيات بسبب ممارسات تغذوية غير مناسبة في السنة الاولى من حياة الأطفال حيث تقل نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرية في الأشهر الستة الأولى من حياتهم في العالم عن 40 %، اذ أن هناك تبكير في ادخال الأغذية التكميلية على الطفل، كما أن كثير من الأطفال الذين يبقون على قيد الحياة يصابون في مراحل أخرى من حياتهم بأمراض مختلفة كالسمنة وداء السكري واختلالات في النمو، وادراكا منهما بهذه المسائل قامت منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف بجملة من التدابير والإجراءات للرفع من معدلات الرضاعة الطبيعية وترشيد تغذية الأطفال نتطرق الى أهمها فيما يلي:

أ – **المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل حليب الأم:** هو إطار عمل السياسة الصحية الدولية لتعزيز الرضاعة الطبيعية التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في عام 1981،[1] وقد وضعت المدونة استراتجية عالمية للصحة العامة وأوصت بفرض قيود على تسويق بدائل حليب الثدي مثل حليب الأطفال لضمان عدم تثبيط الامهات من الرضاعه الطبيعية واستخدام البدائل بأمان إذا لزم الأمر، وتشمل المدونة أيضا الاعتبارات الأخلاقية واللوائح لتسويق زجاجات الرضاعة والحلمات، ولاحقا كان لجمعية الصحة العالمية عدد من القرارات فيها مزيد من التوضيح أو تمديد لأحكام معينه من المدونة ، منذ عام 1981 إلى 1984 سنّت البلدان تشريعات لتنفيذ جميع أو العديد من أحكام المدونة والقرارات اللاحقة لجمعية الصحة العالمية ذات الصلة.

– **أحكام المدونة:**

1 – **الأمهات:**

– المعلومات والمواد التعليمية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال يجب أن تكون موضوعية ومتناسقة وتؤكد على أهمية الرضاعة الطبيعية، في أي حال من الأحوال ينبغي أن تشير مثل هذه المواد إلى اسم العلامة التجارية للمنتج ، كما يحظر جميع أشكال الإعلان عن المنتجات والترويج لها.

– لا ينبغي أن تعطى الأمهات عينة مجانية عن المنتج.

– الأجهزة الترويجية مثل الخصومات والعروض الخاصة على مستوى البيع بالتجزئة محظورة.

لا يجوز لممثلي الشركات بدء الاتصال مباشرة أو غير مباشرة مع الأمهات.

– وينبغي إبراز المخاطر الصحية للرضع الذين يتغذون صناعيا أو الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية حصرية وذلك من خلال وضع العلامات والتحذيرات المناسبة.

[1] World Health Organization. **International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes**. Geneva, 2011.p5.

2 – العاملين في مجال الصحة:

– المدونة تعطي العاملين في مجال الصحة المسؤولية لتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية.

– ينبغي أن تقتصر المواد المتعلقة بالمنتجات نظراً إلى المهنيين الصحيين من قبل الشركات المصنعة والموزعين على المسائل "العلمية والواقعية" ولا ينبغي أن تكون أدوات لتشجيع استخدام المنتجات.

– يمكن إعطاء عينات من المنتج عند الضرورة من أجل التقييم المهني أو البحوث على المستوى المؤسسي، وفي أي حال من الأحوال يجب أن تُمرر هذه العينات على الأمهات.

من أجل منع تضارب المصالح بين المصنعين والموزعين يجب عدم إعطاء مواد أو إغراءات مالية للعاملين في مجال الصحة، وقد كان للجمعية العامة للصحة ثلاث قرارات في التغذية اللاحقة للرضع وصغار الأطفال لاعتماد قانون حذر من تضارب المصالح[1], وقد دعى قرار جمعية الصحة العالمية 49–15 في سنة 1996 لتوخي الحذر في قبول الدعم المالي للمهنيين الصحيين العاملين في مجال صحة الرضع وصغار الأطفال والتي قد تخلق تضارب المصالح وقد تم توسيع ضرورة تجنب تضارب المصالح في عام 2005 بموجب قرار جمعية الصحة العالمية 58–32 لتغطية البرامج الصحية للرضع وصغار الأطفال وكرر في عام 2008 قرار جمعية الصحة العالمية 61–20.

[1] Baby Milk Action. **"World Health Assembly: New UN Resolution tackles intrinsic contamination."** Baby Milk Action Update, Issue 41, November 2008 ,P3.

3 - **نظم الرعاية الصحية:**

- يحظر الترويج لأي منتج في منشأة الرعاية الصحية ،ويشمل هذا العرض من المنتجات لافتات وملصقات بشأن مثل هذه المنتجات وتوزيع المواد المقدمة من قبل الشركات المصنعة والموزعين.

- وينبغي أن يظهر أن التغذية الصناعية تكون فقط لأولئك الأمهات أوأفراد الأسرة الذين يكونون بحاجة لاستخدامها، ويجب أن تشمل المعلومات المقدمة تفسير واضح من مخاطر التغذية الصناعية ومخاطر الإستخدام غير السليم للمنتجات.

- المعدات والمواد المتبرع بها لا ينبغي أن تشير إلى أسماء العلامة التجارية للمنتجات.

4 - **وضع العلامات:**

- يجب أن تكون المعلومات في ملصقات حليب الأطفال بعبارات بسيطة وسهلة الفهم وبلغة مناسبة.

- يجب أن تحتوي ملصقات حليب الأطفال على بيان يشير على تفوق الرضاعة الطبيعية عليها ويجب استخدامه فقط بعد التشاور مع المهنيين الصحيين.

- لا ينبغي استخدام الصور أو النص الذي قد يمجد استخدام حليب الأطفال وبعض الصيغ.

- ينبغي ألا يسمح المكلفين بالتغذية والصحة المطالبة بملصقات لبدائل لبن الأم مالم يسمح التشريع الوطني بذلك (قرار جمعية الصحة العالمية رقم 32-58 سنة 2005[1] .)

[1] INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. **Understanding the International Code**. Accessed 5 August 2011. ,P6.

– الملصقات يجب أن تحتوي على تحذيرات صريحة لتوعية المستهلكين على مخاطر تلوث بودرة الحليب بالميكروبات المسببة للأمراض.

يجب أن تتوافق الملصقات مع المبادئ التوجيهية لمنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة وبخصوص التخزين والتداول الآمن لحليب الأطفال المجفف(قرار جمعية الصحة العالمية61–20 2008) وتماشياً مع توصية الرضاعة الطبيعية الحصرية في قرار جمعية الصحة العالمية رقم 2–54 2001 فإن جميع الأغذية التكميلية لا تكون مناسبة للاستخدام من قبل الأطفال الرضع قبل الستة أشهر .

التطبيق:

كانت صناعة ألبان الرضع موضع انتقاد حاد من المنظمات غير الحكومية ، الوكالات الدولية ومجموعات الحملات فشلت بالالتزام بالمدونة ، واحد من أكبر الشركات المصنعة للأغذية والمشروبات في العالم شركة نستليه السويسرية العملاقة كانت موضوع حملة المقاطعة الدولية منذ عام 1977 وذلك لممارساتهاالتسويقية للحليب البديل قبل ومنذ وضع المدونة حيث أن المدونة الدولية ليست قانونا واجب النفاذ، فالشركات هي فقط التي تخضع لعقوبات قانونية لفشلها في الالتزام بالمدونة حيث تم دمجه في الهيئة التشريعية للدول، وقد اعتمد العديد من البلدان المدونة كليا أو جزئيا كقانون . وهناك بلدان ليس لديها أي تشريعات حول تسويق أغذية الأطفال. هذا ويتم انتهاك المدونة من قبل مصنعي المواد الغذائية للأطفال على نطاق واسع خاصة وليس حصرا في البلدان التي لم تنفذ المدونة كإجراء وطني أو في المناطق التي يكون فيها امكانية الرصد والانقاذ ضعيفة، اذ أن منظمة الصحة العالمية ؛ شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال؛ اليونسيف ، أنقذوا الأطفال؛ وغيرها من المنظمات الدولية ترصد أداء تنفيذ المدونة في جميع أنحاء العالم على حد سواء وذلك بشكل مستقل أو مع الحكومات.[1]

[1] UNICEF Ukraine. **Compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes**. Kyiv, 2004,P2.

تنفيذ مدونة المنظمة:

هناك 37 بلداً من أصل 199 بلداً (19%) تقدم تقارير عن تنفيذ مدونة المنظمة، وعدد البلدان التي تسنّ قوانين تعكس جميع التوصيات الواردة في المدونة، وفيما يلي أمثلة على ذلك:

- يفرض 69 بلداً (35%) حظراً تاماً على الإعلان عن بدائل لبن الأم؛
- هناك 62 بلداً (31%) تحظر بالكامل تقديم عينات مجانية أو إمدادات منخفضة التكلفة للخدمات الصحية.
- يفرض 64 بلداً (32%) حظراً كاملاً على أن تقدم الشركات المصنعة ذات الصلة هدايا من أي نوع للعاملين الصحيين.
- يشترط 83 بلداً (42%) وضع رسالة على البطاقات الواسمة لبدائل لبن الأم مؤداها أن الرضاعة الطبيعية هي الأرجح.
- يوجد 45 بلداً فقط (23%) تقدم تقارير عن حيازتها لنظام فاعل بشأن تنفيذ المدونة ورصدها[1].

ب – **المستشفيات الصديقة للطفل:**

تم إطلاق مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل من قبل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف في عام 1991، في أعقاب إعلان إنوشنتي لعام 1990. وتعد هذه المبادرة جهد عالمي لتنفيذ الممارسات التي تحمي وتشجع وتدعم الرضاعة الطبيعية، وتتلخص في النقاط العشرة التالية والتي من شأنها إنجاح الرضاعة الطبيعية :

1– أن يكون للمرفق سياسة مكتوبة للرضاعة الطبيعية تبلغ بصورة روتينية لجميع العاملين بالرعاية الصحية.

2– أن يدرب جميع العاملين بالرعاية الصحية في المرفق على المهارات اللازمة لتنفيذ هذه السياسة.

3– أن يطلع جميع الحوامل بمزايا الرضاعة الطبيعية وبتدابير وطرق مباشرتها.

---

[1] - منظمة الصحة العالمية . **الرضاعة الطبيعية: بلد واحد فقط من أصل 5 بلدان ينفذ بالكامل مدونة منظمة الصحة العالمية بشأن بدائل لبن الأم**، جنيف،2013،ص1.

4- أن يساعد الأمهات على البدء بالرضاعة خلال نصف ساعة من الولادة.

5- أن يبين للأمهات كيفية الإرضاع، وكيفية الحفاظ على إدرار لبن الثدي، حتى وإن إفترقن عن أطفالهن الرضع.

6- أن لا يقدم للمواليد حديثي الولادة أي طعام أو شراب غير لبن الأم ما لم يتعين ذلك لأسباب طبية.

7- أن يهيئ المساكنة –أي بقاء المواليد والأمهات معا- طوال 24 ساعة يوميا.

8- أن يشجع الرضاعة الطبيعية كلما طلب ورغب الرضيع ذلك.

9- أن لا يقدم أي حلمات صناعية أو مطاطية أو مهدئة أخرى (اللهايات) للأطفال الذين يرضعون من أمهاتهم.

10- أن يتبنى إنشاء جماعات لدعم الرضاعة الطبيعية وأن يحيل الأمهات إليها عند خروجهن من المستشفى أو العيادة. [1]

ووصل عدد المستشفيات صديقة الرضع إلى 20000 مستشفى في 156 دولة نامية وصناعية وسمح تطبيق هذه المبادرة يرفع مستويات الرضاعة الطبيعية وتحسين صحة الأطفال، فمثلا الصين التي تملك أكثر من 6000 مستشفى صديقة الرضع، إنتقل معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية في المناطق الريفية من 29% عام 1992 إلى 68% عام 1994، وإنتقل من 10% إلى 48% في المناطق الحضرية.

في عام 1990 صدر إعلان مؤتمر إينوتشنتي (للطفولة) لحماية وتشجيع ودعم الإرضاع الطبيعي، والذي إنعقد بفلورنسا (إيطاليا) من 30 يوليو الى 1 أوت 1990، وتمثلت أهدافه العملية فيما يلي يجب على الحكومات بحلول عام 1995 أن :

- تعين منسق وطني للرضاعة ذو سلطة وصلاحيات مناسبة، وأن تأسس لجنة وطنية متعددة القطاعات تتكون من ممثلين من أقسام حكومية، ومتطلبات غير حكومية، وموظفين صحيين لهم علاقة بالأمر.
- تتأكد من أن جميع المنشآت الصحية التي تقدم خدمات الأمومة تمارس بصورة كاملة جميع الخطوات العشرة التي حددتها منظمة الصحة العالمية " OMS "

[1] Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière : **Programme national de périnatalité,** Alger, 2009. ,P3.

ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF في بيانهما عن كيفية إنجاح الرضاعة.

- تسن القوانين التي تحمي حقوق الرضاعة للنساء العاملات، وأن تتخذ الطرق التي تعمل على تعزيزها تقوم بأداء الأعمال التي تطبق مبادئ وأهداف جميع مواد المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، والقرارات اللاحقة لجمعية الصحة العالمية، وذلك بصورة تامة.

جـ الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية:

يحتفل بالأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية كل عام من في الفترة من 1 إلى 7 أغسطس من كل عام في أكثر من 175 بلدًا؛ لتشجيع الرضاعة الطبيعية، وتحسين صحة الرُّضع في جميع أنحاء العالم، فالرضاعة الطبيعية هي أفضل وسيلة لإمداد حديثي الولادة بالعناصر الغذائية التي يحتاجونها، وتوصي منظمة الصحة العالمية بالاقتصار على الرضاعة الطبيعية حتى يبلغ الرضيع ستة أشهر من عمره، ومواصلة الرضاعة الطبيعية، مع إضافة الأغذية التكميلية المغذية لمدة تصل إلى سنتين، ويُحتفل بهذا الأسبوع تخليداً لذكرى إعلان إينوتشينتي الصادر عن مسؤولي منظمة الصحة العالمية واليونيسيف في عام 1990 والداعي إلى حماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها[1].

وقد هدف الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية لسنة 2014 الى:

- توفير المعلومات حول الأهداف الإنمائية للألفية وكيفية ارتباط الرضاعة الطبيعية بتغذية الرضع والأطفال الصغار.
- تسليط الضوء على التقدم المحرز حتى الآن في الرضاعة الطبيعية والرضع وصغار الأطفال.
- لفت الانتباه إلى أهمية تكثيف الإجراءات الرامية إلى حماية وتعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية باعتبارها تدخلاً أساسيًّا في الأهداف الإنمائية للألفية حتى عام 2015م.

[1] http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014/world_breastfeeding_week/ar/

- إثارة الاهتمام في أوساط الشباب من كلا الجنسين لمعرفة مدى أهمية الرضاعة الطبيعية.

2 – السياسة الوطنية:

تعتبر الجزائر من الدول المصادقة على المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، لكن من حيث التنفيذ لا يوجد تشريعات أو قوانين تغطي جميع ما جاء في المدونة ولكن هناك تطبيق لجزء منها، حيث جاء في قرار وزاري مشترك مؤرخ في أول ربيع الثاني عام 1433 هـ الموافق لـ 23 فبراير سنة 2012 م يتضمن المصادقة على النظام التقني الجزائري الذي يحدد خصائص وشروط وكيفيات عرض المستحضرات الموجهة للرضع ما يلي:

– يجب أن يتضمن الوسم حليب الأم أفضل غذاء لرضيعكم أو بيان مماثل يوضح أفضلية حليب الأم أو الرضاعة الطبيعية لكي لا يقلل من أهمية رضاعة الأم الطبيعية.

– كما يجب ألا تظهر على الوسم البيانات الآتية :

– رسوم الرضع أو النساء ولا أي تمثيل آخر أو نص يجعل من استعمال المستحضرات الموجهة للرضع مثاليا

– كلمة " إنساني" أو " أمومي" أو بيانات أخرى مماثلة.[1]

أما فيما يخص التشريعات الخاصة بعطلة الأمومة فقد سن المشرع الجزائري جملة من القوانين بغرض ابقاء الأم الموظفة مدة لازمة مع رضيعها حيث جاء في الأمر رقم 03- 06 مؤرّخ في 19 جمادى الثانية عام 1427هـ الوافق 15 يوليو سنة 2006 م الذي يتضمّن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية ما يلي :

المادة 213 : تستفيد المرأة الموظفة خلال فترة الحمل والولادة من عطلة أمومة وفقا للتشريع المعمول به.

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. **الجريدة الرسمية**، 2012،العدد49، ص61.

المادة 214 : للموظفة المرضعة الحق ابتداء من تاريخ انتهاء عطلة الأمومة ولمدة سنة في التغيب ساعتين مدفوعتي الأجر كل يوم خلال الستة (6) أشهر الأولى وساعة واحدة مدفوعة الأجر كل يوم خلال الأشهر الستة (6) الموالية.
يمكن توزيع هذه الغيابات على مدار اليوم حسبما يناسب الموظفة.[1]

تحتفل الجزائر على غرار باقي الدول بالأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية وذلك من الفاتح الى غاية السابع أوت من كل سنة وتتضمن هذه التظاهرة المنظمة بمناسبة الاحتفال بالأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية إقامة أبواب مفتوحة بداخل الوحدات الصحية والمؤسسات العمومية الاستشفائية بالوطن للتوعية بفوائد الرضاعة الطبيعية والتأكيد على ضرورة ممارستها.

[1] - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. **الجريدة الرسمية**، 2006،العدد46، ص19.

الفصـــل الثالث:

المبحث الأول: الوعي الصحي

1 الوعي الاجتماعي ، تعريفه، حصائصه.

2 الوعي الصحي .

2-1 تعريفه.

2-2 أهميته.

2- 3 مصادر الوعي الصحي .

3 التثقيف الصحي.

3-1 مفهوم التثقيف الصحي.

3- 2 أهداف التثقيف الصحي.

3- 3 مجالات التثقيف الصحي.

3- 4 التثقيف والتواصل الصحي.

المبحث الثاني: عمل المرأة

1 – دوافع خروج المرأة للعمل.

2 – علاقة الأم العاملة بأبنائها واثار عملها على تربيتهم.

3 – تطور العمل النسوي في الجزئر.

المبحث الثالث: وسائل منع الحمل

1– أنواع وسائل منع الحمل الهرمونية

2 – تطور استعمال وسائل منع الحمل الحديثة .

تمهيد:

سنتطرق في هذا الفصل الى المؤشرات التي نعتقد أنها تؤثر على الرضاعة الطبيعية الحصرية، والتي أشرنا اليها في الفرضيات، حيث سنتطرق الى مفهومي الوعي الصحي والتثقيف الصحي و وأهميتهما وكذا مصادرهما وجوانبهما، ثم نتناول موضوع عمل المرأة وتطوره في الجزائر، وفي الأخير سنتطرق الى وسائل منع الحمل وأنواعها وتأثير الكيماوي منها على حليب الأم اضافة الى تطور استعمالها في الجزائر.

المبحث الأول:

1 – الوعي الاجتماعي:

1-1 تعريفات الوعي الجتماعي:

يقصد بالوعي الاجتماعي" مجموعة المفاهيم والتصورات والآراء والمعتقدات الشائعة لدى الأفراد في بيئة اجتماعية معينة، والتي تظهر في البداية بصورة واضحة لدى مجموعة منهم ثم يتبناها الآخرون لاقتناعاتهم بأنها تعبر عن موقفهم."

ويمكن تحديده بصورة أدق بأنه" حصاد إدراك الناس وتصوراتهم للعالم المحيط بهم، بما يشتمل عليه من علاقات بالطبيعة وبالإنسان وبالأفكار، وهو إدراك تصور يتحدد مجاله ببنائية تاريخية لمجتمع معين، بمعنى أن للوعي طابعه التاريخي البنائي."

وفي هذا المجال يرى كل من" كونستانتينوف و كيل"، أنه من المستحيل صياغة نظرية علمية للتطور التاريخي جديرة بالتسمية دون أن تحسم على أساس مادي كمسألة الرابطة بين الوجود الاجتماعي والوعي الاجتماعي، وانطلاقا من أن التاريخ يصنعه الناس، أي تصنعه المخلوقات البشرية ذات الوعي والإرادة، فلا بد لكي نشكل مفهوما علميا عن الحياة الاجتماعية وتطورها، أن نبدأ في المحل الأول بتفسير نشأة وعي الناس وإدراكهم استنادا إلى وجودهم المادي لكي تكتشف القوانين الموضوعية للتطور التاريخي[1].

وفي معالجة ماركس لقضية الوعي في مشروعه النظري نجده يؤكد على تحديد الوعي أساسا بالنظر إلى أسلوب الإنتاج الاقتصادي والظروف البنائية الأشمل وأن نضج الوعي يعني مروره بمرحلة سابقة هي مرحلة اللاوعي، فإذا تحقق الوعي

[1] - شعباني مالك. **دور الاذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي**، رسالة دكتوراه ، **جامعة منتوري قسنطينة،2005-2006 ص 2019.**

الموضوعي فلا عودة للوعي الزائف، وإن تحقيق الوعي أو العقلانية يعني بداية التاريخ الحقيقي للإنسان.

ويؤكد من جهة أخرى كل من ماركس وفريدريك إنجلز في كتابهما،" الأيديولوجية الألمانية" على أن" الوعي لا يحدد الحياة بل الحياة هي التي تحدد الوعي."

وتعني كلمة " يحدد " بأولوية صيغ العلاقة بين الوجود أو الحياة والوعي، والتي تعود إلى الوجود بوصفه السبب الذي ترتب عليه نتيجة. أما عبارة انعكاس الوعي للوجود، فتدفع إلى الاهتمام بظروف هذا الانعكاس، ونسبتها بين تكوين اجتماعي وآخر وبين وجود طبقي وآخر.

والوعي الاجتماعي الذي يعكس الوجود الاجتماعي داخل رابطة ما، له أشكال مختلفة للتعبير عن وجهة نظر مستويات تمييزية وموضوعية للطبقات والجماعات الاجتماعية، ولقد درج على التمييز بين وعي يومي، وآخر بناء على الآراء والمعايير والمعتقدات والأفكار المسبقة الأكثر أو الأقل وعيا والأيديولوجية التي تشكل نظاما متجانسا من الأفكار والمشاعر والمفاهيم[1].

1-2 خصائص الوعي الاجتماعي:

من خصائص الوعي الاجتماعي المهمة إحاطته بكل الواقع المحيط بالإنسان والمجتمع والطبيعة، ولهذا فهو أكثر شمولا وتنوعا وتعقيدا، وأكثر ارتباطا بالوجود الاجتماعي ككل، في لحظة تاريخية محددة، أما الإيديولوجية فهي إحاطة بالواقع لأمن منظور الوجود ككل، ولكن من منظور وجود طبقة محددة خاصة مصالح هذه الطبقة والتعبير والدفاع عنها.

ويستخدم أغلب علماء علم الاجتماع المعاصر مصطلح الإيديولوجية للإشارة إلى : "نسق الأفكار والأحكام الواضحة والمنظمة بوجه عام، الذي يقوم بوصف وتفسير وتأويل وتبرير وضع الجماعة أو التجمع، الذي يحدد استنادا إلى قيم معينة، اتجاها محددا للعمل التاريخي للجماعة أو التجمع.

وتعتبر الإيديولوجية وسيلة جبارة لتكوين السيكولوجية الاجتماعية والفردية، فالتأثير الإيديولوجي يقدم للجماهير فهما محدد للحياة الاجتماعية، ويساعدها على استيعاب

[1] - **نفس المرجع**، ص 220.

أوضاعها، ودورها في التطور الاجتماعي، كما تؤثر الإيديولوجية في وعي الناس وتحدد اتجاه الآراء وطابع القناعات، سواء لدى الأفراد أو لدى الفئة الاجتماعية ككل وتؤثر الإيديولوجية بتكوينها للعقائد والأفكار في شعور الجماهير والأفراد وإرادتهم، ولا تكون كمال الوعي وحدته مع السلوك إلا عندما تعكس الإيديولوجية حياة المجتمع بصورة صحيحة وأن لا تتناقض معها، ويؤدي التناقض بين الدعاية والإيديولوجية والحياة إلى تأثير تطور الوعي، واضطراب سلوك الناس[1].

2 – الوعي الصحي:

2 –1 تعريف الوعي الصحي:

يقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضا إحساسهم بالمسئولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصدٍ نتيجة الفهم والإقناع.

وبمعنى آخر أن تتحول الممارسات الصحية إلى عاداتٍ تمارس بلا شعورٍ أو تفكيرٍ ،وهو الهدف الذي يجب أن تسعى إليه وتتوصل إليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كثقافةٍ صحيةٍ فقط .[2]

2 –2 أهمية الوعي الصحي:

للوعي الصحي أهمية كبيرة في حياة الفرد والجماعة على حد سواء، وذلك لأن المجتمع القوي الصحيح يتكون من أفراد أقوياء وأصحاء، ويتطلب التقدم الهائل الذي يحدث في مجال العلوم الطبية وأساليب الوقاية والعلاج أن يزداد وعي الناس الصحي وإلمامهم بالإمكانيات والخدمات التي توفرها الدولة لهم في المجالات الطبية، فالوعي الصحي يؤدي إلى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة، بل يؤدي إلى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسميا، ولا يخفى ما لهذا من أثر طيب في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة، وهو ما يسمى– بالتكلفة – وهي الجانب الاقتصادي الأول، والتكلفة تتمثل في تكاليف نظم الوقاية والدواء والعلاج، وارتباط ذلك بالنمط التنظيمي الذي تقدم من خلاله سبل الوقاية والرعاية والعلاج،

---

[1] - **نفس المرجع** ، ص 221.

[2] - بهاء الدين ابراهيم سلامة. **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة،1997،ص22.

والنظر إلى الإنفاق على الرعاية الصحية باعتبارها نوعا من الاستهلاك المطلوب، لم يعد صحيحا، لأن تكلفة الرعاية الصحية إذا قورنت بالخسائر الاقتصادية الناجمة عن حدوث المرض، وما يترتب عليه من عجز أو وفاة، وبالتالي تفقد قوى منتجة في المجتمع ...وهذا يوضح حقيقة أن الصحة استثمار للإنتاج، وأن الخدمات الصحية ذات عائد اقتصادي يدعم التنمية ويحقق أهدافها، وهو ما يمثل الجانب الاقتصادي الثاني أي– العائد –وهو ما تحققه الرعاية الصحية من رفع مستوى الصحة للفرد والمجتمع، وبالتالي يقلل الخسائر الناجمة عن العجز، والوفاة بسبب المرض[1].

3 التثقيف الصحي:

3-1 مفهوم التثقيف الصحي:

التثقيف الصحي أو التربية الصحية هي عملية إيصال المعلومات والمهارات الضرورية لممارسة الشخص حياته، وتغيير بعض السلوكيات لتحسين نوعية هذه الحياة، الأمر الذي ينعكس على صحة الفرد والجماعة والمجتمع.

والهدف الأساسي منه هو إدخال تعاليم صحية وسلوكيات سليمة وأنماط حياة تتوافر فيها الصحة والسلامة التي تتماشى مع المجتمعات بما فيها من خصوصياتٍ وتقاليدٍ وعاداتٍ خاصةٍ بها، وذلك بهدف تعزيز الخدمات الصحية وزيادة الاستفادة منها من قبل المستفيدين من هذه الخدمات.

3-2 أهداف التثقيف الصحي:

إن الهدف العام والأعلى لعملية التثقيف الصحي هو تحقيق السعادة للمجتمع عن طريق تحريك الناس للعمل على تحسين أحوالهم من جميع النواحي، وتحقيق السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية، وبالتالي الصحة النفسية والتوافق مع المجتمع[2].

وتتمثل أهداف التثقيف الصحي فيما يلي[3]:

-الهدف الأول:

---

[1] - أميرة منصور يوسف. **المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية**، دار المعرفة الجامعية، ،الإسكندرية، 1997، ص ص 20-21.

[2] - مصطفى القمش وآخرون. **مبادئ الصحة العامة**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000 ، ص 182.

[3] - إقبال إبراهيم مخلوف. **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية :اتجاهات نظرية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،1991 ، ص ص 192-193.

تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسميا وعقليا ونفسيا واجتماعيا وذلك بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والترفيه ، والعلاقات الإنسانية وتنظيم الأسرة.

-الهدف الثاني:

الأخذ بأسباب الوقاية من الأمراض ومن الحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة وتحسينها، كما يجب أن يعرف الأفراد ما هي الممارسات المطلوبة ؟ ولماذا تمارس؟ وكيف يمكن أن تؤدى ؟

-الهدف الثالث:

المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة، والاستمرار في العلاج حتى الشفاء، وذلك عن طريق الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن، وتوفر الدولة العديد من الخدمات الصحية، وهنا يجب أن يعرف الأفراد بوجودها وأنشطتها المختلفة، ومواعيد العمل بها، و سوف يثمر هذا في تدعيم الأنشطة، وتجنب الخسائر الاقتصادية الناجمة من الاستخدام السيئ أو الغير المناسب.

-الهدف الرابع:

ترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية والطبية والدوائية والغذائية والاجتماعية التي تقدمها الدولة.

ولبلوغ هذه الأهداف الأربعة، والهدف العام لعملية التثقيف الصحي لابد من تحقيق الأهداف الأولية التالية[1] :

- تغيير مفاهيم الأهالي فيما يتعلق بصحتهم ومرضهم، وجعل الصحة العامة هدف عندهم.
- الاشتراك والمساهمة بالفعاليات الصحية بأنفسهم، ودون دافع خارجي.
- توضيح أهمية وجهود القائمين على الرعاية الصحية ومؤسساتها، لرفع المستوى الصحي والاجتماعي للمواطنين.
- تعريف المواطنين بالدور الرئيسي، والأعمال التي تقوم بها المؤسسات الصحية مثل مراكز رعاية الأمومة والطفولة.

[1] - مصطفى القمش وآخرون. **المرجع السابق** . ص ص 182-183.

– تثمين وتقييم الصحة للجميع، وذلك بجعل الصحة غاية وهدفا غاليا في نظر المواطنين.

– تشجيع المواطنين لإنجاح الخدمات الصحية، وتفهمهم لغايات وأهداف الخدمات والمراكز.

– تعزيز الأنشطة التي تشجع الناس على التمتع بصحة جيدة، وكيفية المحافظة على الصحة.

3– 3 مجالات التثقيف الصحي:

أ التثقيف الصحي العام:

ويعني التثقيف الصحي الموجه للمجتمع ككل وبكافة قطاعاته، ويعد من أهم مجالات التثقيف الصحي إذ أن الوسائل المستعملة فيه من مذياع أو تلفاز وغيرها من الوسائل الإعلامية تصل إلى أغلب أفراد المجتمع، كما أن المخاطبة تكون لكل المجتمع وبالتالي تتضح أهمية التعرف على خصائص المجتمع الموجه له التثقيف والمشاكل الصحية الدائمة والأولويات منه ، إذ يجب الوفاء باحتياجات كل الفئات في المجتمع حسب الأولويات الصحية مع حسن اختيار المادة الملائمة واستعمال اللغة التي يفهمها الناس، ولابد من انتقاء الطريقة أو الوسيلة المناسبة لكل مجتمع، فالمجتمع البدوي أو القروي يحتاج لأساليب تختلف عن تلك التي تناسب مجتمع المدينة وهكذا.[1]

ب : التثقيف الصحي المدرسي

تمثل المدارس مكانًا جيدًا للتثقيف الصحي حيث يشكل الأطفال في عمر المدرسة في أغلب البلدان نسب كبيرة من المجتمعات تبرز الاهتمام بالمدرسة كمكانٍ للتثقيف الصحي إضافة لسهولة الوصول لهم بحكم وجودهم بين جدرانها حيث يمكن الاعتماد على المدارس في انجاح عملية التثقيف الصحي من خلال الاستفادة من طلاب المدارس كمثقفين صحيين وكمشاركين في تقديم العناية الصحية لإخوانهم الأصغر سنًا ولأطفال المجتمع ككل وللآباء والأمهات، ويكون ذلك بتقديم نشاطاتٍ وقائيةٍ وعلاجيةٍ مبسطةٍ تلائم الوضع المحلي يتم شرحها وتعليمها للأطفال بواسطة معلميهم ومن ثم ينقلونها إلى بيوتهم وعائلاتهم.

[1] - زهير أحمد السباعي و اخرون .**التثقيف الصحي مبادئه و أسلوبه**، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض، 1996، ص 15.

جـ التثقيف الصحي للمرضى والمراجعين :

يعتبر التثقيف الصحي للمرضى والمراجعين أمرًا لازمًا في المؤسسات الصحية جميعها من مستشفيات ومراكز صحية فهو جزءٌ لا يتجزأ من عمل أي مستشفى أو مركزٍ صحيٍ، فكما هو من حق المريض أن يقدم له العلاج فمن حقه أيضا أن يقدم له النصح والتوعية الصحية اللازمة وأن يزود بالمعلومات التي تفيده.

وهناك أسبابٌ كثيرٌة تدعو للحرص على هذا التثقيف الصحي أولها أن الفرصة مواتية ومتاحة لمثل هذا النشاط حيث أن المرضى والمراجعين يأتون بأنفسهم لهذه المؤسسات الصحية مما يسهل الاتصال بهم ، كما أن وضع تلك المؤسسات يسمح بهذا النشاط ومهيأ له ففيها توجد الأماكن المهيأة للتثقيف الصحي والوسائل السمعية والبصرية التي تساعد على ذلك . ويوجد العديد من الطرق والوسائل المتاحة للتثقيف الصحي للمرضى والمراجعين فهناك الملصقات والنشرات والعروض الإيضاحية والأحاديث الصحية ودراسة الحالات مع استعمال كل الوسائل المتاحة.

د التثقيف الصحي في المنزل:

يعتبر البيت مكانًا مثاليًا للتثقيف الصحي لأن أصحاب البيت من صغار و كبار يشعرون بالطمأنينة والأمن والراحة في بيوتهم، ويوفر التثقيف الصحي بالمنزل فرصة جيدًة ، كما يوفر الظروف الواقعية للتوعية حيث يمكن ربط رسالة التثقيف الصحي بمستوى الأسرة الاجتماعي والاقتصادي.

و : التثقيف الصحي في مكان العمل

لكل مهنةٍ أخطارها وتزداد هذه الأخطار تبعًا لنوع العمل الذي يقوم به الفرد، وتقع مسئولية الوقاية من الأخطار التي تصيب أصحاب المهن جزئيًا على عاتق العاملين في المجال الصحي وخاصة أخصائي الصحة المهنية، يمكن أن يلعب وخاصة أخصائي الصحة المهنية دورا هاما في عملية التثقيف الصحي وذلك بفضل تواجد العمال بشكل روتيني في أماكن عملهم وهذه النقطة يمكن مثلا استغلالها في توعية العاملات الأمهات بضرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية وايضاح فوائدها.

من خلال ما سبق ذكره في تحت عنوان مجالات التثقيف الصحي يمكن استغلال جميع المجالات، في توعية الأم بضرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية والتعريف

بفوائدها، وكذا التحذير من خطر ادخال بعض الأغذية على الطفل قبل بلوغه سن معينة، فكل الوسائل متاحة من أجل تبليغ وترسيخ هذه الثقافة لدى جميع الأمهات دون استثناء.

3- 4 التثقيف والتواصل الصحي:

تعتبر الصحة جزء لا يتجزأ من الاتصال الاجتماعي الذي يهدف إلى خدمة الصالح العام، ودفع الوعي الاجتماعي إلى الطريق الأصوب، كما أنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية، ولتحقيق وتوفير الصحة الجيدة للجميع لابد من اشتراك الجميع في عملية التثقيف الصحي الذي يمكنهم من إتباع السلوك الصحي السليم، وصيانة الجو الملائم لذلك، فالوسيلة الوحيدة التي تمكن من توفير الصحة للجميع هي النشاطات التي تقوم بها المراكز الصحية في الأحياء والبلديات، وكذا النشاطات والسلوكات التي يتحلى بها الفرد والعائلة معا، ففي هذا السياق نجد أن التثقيف والتواصل من أجل صحة أفضل يحتل أهمية كبيرة، إذ الواقع أن الأفراد والعائلات هم الذين يتخذون القرارات الهامة التي تختص صحتهم، فهم الذين يقررون ما إذا كانوا مستعدين للذهاب إلى الطبيب أم لا، أو أنهم يتبعوا ما يعطيهم من تعليمات أم لا، فالأم مثلا هي التي تقرر كيف وبأي غذاء تغذي ابنها، لذا يلزم تزويدهم بالمعرفة وتثقيفهم ومدهم بالمهارات الضرورية لممارسة المسؤولية الفردية في الميدان الصحي، وللحصول على المشاركة الفعالة للأفراد ينبغي توفير شرطين أساسيين[1]:

أ: ينبغي على السلطات العمومية اتخاذ القرارات اللازمة.

ب: ضرورة تثقيف وتزويد الأفراد بالمهارات والمعلومات الصحية لترقية صحتهم.

فالمسألة الأولى والتي تخص قرار السلطات العمومية هو في الحقيقة مشكل سياسي بحت، ومإن التزمت الحكومة بضمان مشاركة الجميع في عملية تطوير الميدان الصحي، يبقى لها مشكل الاتصال الذي يعتبر الركيزة الأساسية لضمان المشاركة الفعالة، فعبارة" الصحة للجميع "مثلا تعني أن هذه الصحة تمس الجميع، ولا تخص فئة معينة من المجتمع، ففي كل المجتمعات العالمية نجدها تعتمد على وسائل الإعلام

[1] - نبيلة بوخبزة. **الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر**، رسالة ماجستير، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر، 1995،ص ص 169-170.

وتكثف استعمالها في الميدان الصحي، فمن خلالها يمكنها أن تثقف جماهيرها بالطريقة التي تراها الحكومة مناسبة للسياسة الوطنية، فهي تساهم بذلك بقدر كاف في سبيل تحقيق" الصحة للجميع "الذي يشترط عليها أن تعلم الأفراد بأن الحكومة تتصرف بدل منهم وتمد المساعدة من أجل الترقية الصحية.

أما المسألة الثانية تتعلق مباشرة بالتربية والتثقيف، فالأفراد عليهم أن يكونوا على علم ومعرفة في كيفية استغلال هذه الثقافة لصالحهم الخاص، وهذا يفترض ويتطلب منهم التحلي ببعض السلوكات وبعض أنماط الحياة الملائمة للصحة السليمة على مستوى الفرد، العائلة، الحي، وعلى مستوى المجتمع كافة، كما يشترط من المدرسة المساعدة الفعالة لكي تدفع الجميع للتضامن من أجل التعرف على المشاكل الصحية وتزويدهم بالمعارف الصحية للقضاء على كل المشاكل التي تعترض المجتمع.

فالأهداف التي يرمي إليها التثقيف الصحي هو تزويد الناس بالوسائل المناسبة لـ:

أ: تقييم مشاكلهم وحاجياتهم بأنفسهم.

ب: إيجاد الحلول الناجعة للمشكل المطروح بتوفير مواردهم الخاصة.

ج: استعمال الوسائل المناسبة لتوفير حياة سليمة، وتحقيق الرفاهية للجميع، فالتثقيف الصحي والاجتماعي للإنسان يعني تعليمه، تربيته وتزويده بالمعلومات للحفاظ على صحته، كما أنها ليست مجرد السلامة من العاهات والأمراض، بل إنها حالة من الرفاهية الكاملة من النواحي الجسدية والعقلية والاجتماعية.

فالتثقيف الصحي يعتبر إحدى العناصر الأساسية للنهوض بالمجتمع اقتصاديا واجتماعيا لكل بلد فالشعب الذي يتمتع بصحة جيدة يعتبر شعبا قويا ديناميكي، ويمكن أن يعيش في رفاهية مستمرة، وعليه قامت المنظمة العالمية للصحة بإقرار قانون يقضي على أن يكون التثقيف أو التواصل الصحي العنصر الأساسي والنشيط لتقدم الأمم، ومن واجب كل دولة أن تهتم بالتواصل الصحي، وأن تأخذ بعين الاعتبار مشاركة كل فرد من أفراد المجتمع في سبيل الحصول على الصحة كمكسب حيوي لكل بلد من البلدان المشاركة في سبيل مكافحة الأمراض العالمية، كما أكد الموظفون الصحيون من جديد إيمانهم بالحقوق الإنسانية للإنسان في التمتع بالصحة، وعقدت العزم على أن يدفع بالرقي الاجتماعي قدما، وترفع مستوى الصحة في جو من الحرية

أفسح، وذلك بدور تلقين الأفراد العادات الصحية السليمة، وكذا نشر القواعد الأساسية الوطنية.

وتشير في هذا الصدد المنظمة في إعلانات عالمية أن للفرد الحق في رعاية صحته ومساعدته لتحقيق العافية الكاملة عن طريق سلوكاته الخاصة، واقتناعا منها بأن الفرد باعتباره الوحدة الأساسية للمجتمع والبيئة الطبيعية، ولنمو ورفاهية الجميع ينبغي أن توفر الحماية والمساعدة اللازمتين لتتمكن من الاضطلاع الشامل لمسؤولياته داخل المجتمع، وتقر المنظمة العالمية للصحة ضرورة تثقيف الفرد وتعليمه كيفية القيام بالتوافق بين العوامل الداخلية أي العوامل الوراثية العصبية الهرمونية والعوامل الخارجية كالتأثيرات التي يتعرض إليها من الخارج كالوسط الذي يعيش فيه، العوامل البيولوجية، الاقتصادية، الاجتماعية والعقلية، لكي يصل إلى تحقيق الرفاهية بنفسه، أو ما يمكن أن نطلق عليه اسم" الصحة"، كما تؤكد على ضرورة إعداد الفرد إعدادا كاملا ليحي حياة فردية في المجتمع، وتربيته تربية صحية تمكنه من مقاومة كل التأثيرات التي يتعرض إليها يوميا.

وتشير الدول إلى أهمية التربية الصحية والاجتماعية للفرد التي تمكنه من التكيف مع محيطه ووسطه المتغير في الزمن والمكان، وعليه قررت المنظمة على أن تعمل كل حكومة على جعل الفرد المسؤول الوحيد عن صحته كفرد ينتمي إلى مجتمع إنساني عام، فالتثقيف الاجتماعي الصحي يسمح للأفراد بالمحافظة على المستوى الصحي العالمي، والذي يؤدي إلى رفع المنتوجية، والمردودية لصالح الأمة، فقد تفطنت كل الدول على أهمية الصحة الجيدة لكل فرد، إذ يمثل رأس مال أساسي لكل اقتصاد وطني، والركيزة الأساسية لكل أمة متطورة، فبفضل التثقيف الصحي المستمر يمكن للفرد أن يحافظ على صحة المجتمع وعلى سلامة أمته، فالفرد المتمتع بالصحة الجيدة يعتبر سندا قويا يعتمد عليه الوطن، فالمرض، العاهة والإعاقة تجعل الفرد عالة على الجميع، وتؤدي بالمجتمع إلى التأخر بدلا من التقدم، فلذا نجد أن بعض الدول لجأت إلى إزالة العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة، وأقرت التثقيف الصحي كوسيلة لضمان الوقاية الصحية للفرد من المخاطر، التي قد تهدد كيانها كدولة عظيمة[1].

[1] - **نفس المرجع** ، ص 172.

مما سبق ذكره يتضح مدى أهمية التثقيف الصحي في رفع مستوى الوعي لدى الأفراد تجاه صحتهم، كما يبرز دور كل المجالات المتاحة كالمدرسة ووسائل الاعلام والمؤسسات الصحية وكذا طب العمل في لعب دور المثقف الصحي اذا تم استغلالها كما ينبغي، وعليه اذا أخذنا على سبيل المثال الرضاعة الطبيعية يتضح مدى الدور الذي يمكن أن تلعبه المجالات المتاحة في سبيل توعية الأم فالتلميذات في المدارس هن أمهات المستقبل كما أن وسائل الاعلام والاتصال تصل الى نسبة كبيرة من المجتمع كذلك بالنسبة الى الأم العاملة التي من الواجب أن تلقى الدعم والتوعية اللازمين من خلال طبيب العمل، اضافة الى العاملين في المؤسسات الصحية وما يمكن أن يلعبوه في هذا المضمار.

المبحث الثاني :

1 – دوافع خروج المرأة للعمل:

كان هذا الموضوع محور بحوث كثيرة، خاصة دوافع خروج المرأة الأم لميدان العمل، فبعض هذه البحوث تناول دراسة الدوافع وراء هذا العمل وبعضها اهتم ببيان نتائجه والبعض الآخر تناول دراسة الإتجاهات والقيم المتعلقة بموضوع خروج المرأة للعمل، وجاءت معظم نتائج هذه البحوث متعارضة، بعضها يؤكد أهمية عمل المرأة و البعض الآخر يسخط على الزوجة الأم التي تخرج للعمل، ولقد أكدت الغالبية العظمى للنساء أن من أهم دوافعهن للعمل هو الحاجة الإقتصادية، والمقصود هو حاجة المرأة الملحة لكسب قوتها أو حاجة الأسرة للإعتماد على دخل المرأة.

إلا أن هذا الدافع انخفضت قيمته تدريجيا وذلك بازدياد فرص التعليم وزيادة عدد النساء العاملات بالإضافة إلى التغير الذي حدث في مفهوم دور المرأة، بالإضافة إلى الدافع المادي و الذي نجده واضحا في الأسر ذات الدخل المنخفض هناك دوافع شخصية كرغبة المرأة لتثبت كفاءتها وقدراتها في انجاز الأعمال التي كانت وقفا على الرجال فقط، و يظهر هذا بوضوح بين العاملات المتعلمات تعليما عاليا، لأن التعليم

في حد ذاته لا يحقق الحصول على العمل فقط بل إنه وسيلة لتحقيق هدف أو طموح شخصي للمرأة التي تعمل خارج المنزل.[1]

أضف إلى ذلك هناك دوافع تحقيق الذات وحتى تقضي المرأة على الوضع التقليدي الذي وضعها فيه المجتمع الذي ينظر إليها على أنها زوجة وربة بيت وأم لأطفال وهذا راجع للتنشئة الإجتماعية، وحتى أيضا تقضي على وقت الفراغ وتنظم أوقاتها فيكون لكل من عملها المنزلي و الخارجي إطار منظم له بداية و نهاية.

2 – علاقة الأم العاملة بأبنائها واثار عملها على تربيتهم:

إن أثر علاقة الأم بالطفل في شهوره الأولى، لا يقتصر على نموه البدني فحسب، وإنما أيضا على النواحي الاجتماعية التي يستمد منها غاياته في علاقاته مع الآخرين فيما بعد. كما أن الفاحص لعلاقة الطفل بأمه، وكأول شخص يتعرف من خلاله على العالم، نجد بأن الأب يدخل متأخرا عالم الطفل، وذلك راجع لكونه لا يلبي رغبات حيوية بالنسبة للطفل كتغذيته و تنظيفه.

و منه فإن عبر كل النماذج للعلاقات الاجتماعية المعروفة، نجد أن علاقة الأم بالطفل خلال السنوات الأولى من حياته تشغل مكانة فريدة من نوعه،[2] بحيث أن الإحتكاك بين الطفل وأمه له أهمية بالغة لما له من أثر على العلاقة بينهما و على مدى التصاق كل منهما بالآخر، وأن ما يحس به من طمأنينة ومن دفء العاطفة هو نتيجة هذه العلاقة التي بدورها تساعده على استكشاف ما حوله بعيدا عن كل خوف وقلق.

و إتضح أن الأم المؤثرة في طفلها هي التي تستجيب له بمودة وحنان، إذ يتسارع نموه وتطوره إذا كانت على صلة قوية به سواء كان هذا الاتصال سمعيا أم بصريا، أي التحدث إليه ومراقبته ومشاركته في أنشطته، و على الأم أن تمتلك المهارة و الأسلوب اللازمين لتربية الطفل ورعايته لأنه"في التفاعل يجب الأخذ بعين الاعتبار جميع الظواهر الديناميكية التي تجري بين الطفل والأم خاصة في السنوات الأولى من

---

[1] - عوفي مصطفى. **خروج المرأة إلى ميدان العمل وأثره على التماسك الأسري**،مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة ، العدد 19-جوان 2003، ص 143.

[2] HELENE Deutsch. **La psychologie des femmes: Etude psychanalytique**. P.U.F 1962, P 29.

عمره،[1] "ويمكن للأم أن تبني علاقة قوية مع طفلها، فهي غالبا ما تجد متعتها بصحبة طفلها في سنواته الأولى، حيث تلبي له احتياجاته الضرورية يوميا.

و على هذا النحو، يتضح أن الأم العاملة علاقاتها بطفلها تكون ضعيفة نوعا ما بمقارنتها مع غيرها التي لا تعمل، وهذا يعود لغيابها المستمر، وإلى حد بعيد فإن مشكلات الأطفال لها صلة بعمل الأم وغيابها الدائم عن المنزل، وعليه فالمشاكل التي يتعرض إليها أطفال الأم العاملة، تتعلق أساسا بنوعية العلاقة التي تقيمها معهم، وبنوع الرعاية التي تقدمها لهم.

و إنطلاقا من هذا يمكن القول بأن علاقة الأم بطفلها تشكل دعامة أولية و جوهرية لبناء شخصية الطفل النامي التي تبنى تدريجيا طوال السنين التي يجتازها منذ الولادة وصولا إلى سن الرشد، و الحقيقة نجد أن الأم العاملة عند كل منعطف من منعطفات الحياة البشرية، فهي التي تحمل الطفل في أحشائها خلال تسعة أشهر و تتحول حياتها بشكل أو بآخر، مما يجعلها تتقبل العديد من المهمات، مهمتها كعاملة خارج المنزل، و مهمتها كمربية حاضنة لأطفالها، و هذا ما يزيد مشكلة إزاء علاقة الأم العاملة بطفلها.

يقول أحمد شلبي في كتابه: الحياة الاجتماعية في التفكير الإسلامي، "إن الأم التي تعمل دون حاجة للعمل من جانب الدولة، ومن جانب الأسرة تخسر أكثر مما تكسب، ولو جلست يوما لتسجل الأرباح والخسائر لأسرعت في التفرغ لزوجها وأولادها وبيتها،[2] لأن العمل في أيامنا هذه حاد وشاق، إذ يستلزم من الأم تبكيرا في الخروج من المنزل باتجاه العمل، واستعمال وسيلة أو أكثر من وسائل النقل للذهاب إلى عملها، و هذا الأخير بدوره يستوجب عليها الابتعاد عن أطفالها طوال النهار، في حين يكون صغيرها في أمس الحاجة إليها، والأم العاملة عندما تعود من العمل تكون متعبة و هذا بالطبع ينعكس سلبا على من حولها في المنزل وعلى وجه الخصوص أطفالها.

و يضيف أحمد شلبي في نفس الكتاب أنه" إذا كان عمل الأم سيجعلها تقصر في حق أطفالها، فإن هذا ليس مشروعا طالما ليس له ما يدعو إليه من حاجة خاصة[3] ."و

---

[1] - Hurbert Flavigny. **Le bien être de l'enfant dans sa famille : prévention des troubles psychologiques et rôle de la psychiatrie** ,2eme édition, Paris , E.S.F, 1983, P27.

[2] - أحمد شلبي .**الحياة الاجتماعية في التفكير الإسلامي**، ط 1، القاهرة، دار الاتحاد العربي للطباعة، 1968 ، ص127 .

[3] - **نفس المرجع**، ص 126.

هذا يعني أن الدور الأساسي والذي لا يمكن أن تتجاهله هو الرعاية والاهتمام بالأطفال قبل كل شيء، فعملها الوحيد متعلق بالتربية لا غير ذلك.

كما يمكننا القول أن النظريات الحديثة، قد أكدت ما قاله بولي(Bowley) حيث ذكر عام 1951 " أن الصغير يصاب بأضرار بليغة نتيجة الحرمان من رعاية الأم "[1] ، لذلك نشأت في انجلترا جمعية قوية تعمل على مقاومة اتجاه النساء نحو العمل في المصانع والمصالح الحكومية بسبب إهمالهن لبيوتهن وأفراد أسرهن خاصة أطفالهن.

و منه يكون لعمل الأم خارج المنزل، بعض الانعكاسات والآثار السلبية التي تؤثر بشكل مباشر على الأطفال، وهذا طبعا يكون من جراء تركها للمنزل خلال ساعات العمل التي تقضيها يوميا بعيدة عن أطفالها، أو حين عودتها إلى المنزل مثقلة بهموم العمل ومتاعبه، لتبدأ دورة عمل جديدة داخل المنزل.

تعتبر علاقة الأم بالأطفال من أقوى الروابط الأسرية، فالطفل بمجرد خروجه لهذا العالم يجد أمه التي تحمله وتسهر على راحته حتى يكبر، لكن بخروج الأم للعمل الخارجي تغيرت وظائفها وظهرت مشكلة العناية بالأطفال، بحيث تتجه معظم الأمهات العاملات إلى دور الحضانة لوضع أطفالها بين أيدي المربيات طوال فترة العمل لذلك أصبحت رعاية الأطفال وتربيتهم والعناية بهم أقل نجاحا من ذي قبل.

3 – تطور العمل النسوي في الجزئر.

مر المجتمع الجزائري في سلسلة من التغيرات نتيجة عوامل تاريخية و سياسية و اقتصادية، وانعكست هذه التغيرات على جميع المؤسسات الاجتماعية وخاصة الأسرة، ولعل أهم مراحل التغير هي المرحلة الاستعمارية، ففي هذه المرحلة عرفت بنية الأسرة الجزائرية تغيرات كبيرة، بحيث غادر البيت، كل رجالها للمشاركة في الثورة التحريرية، وألقيت مسؤولية إدارة وتسيير شؤون الأسرة على عاتق المرأة بحيث أصبحت تمثل للأبناء الأم والأب، ونتيجة للظروف القاسية التي كان يعيشها أفراد المجتمع الجزائري والتدني الفظيع في المستوى المعيشي، اضطرت المرأة للخروج إلى ميادين العمل في المؤسسات الاستعمارية.

[1] - ميريلا كيارندا .**التربية الاجتماعية في رياض الأطفال**، تر :فوزي محمد،القاهرة، دار الفكر العربي، 1992 ، ص21 .

وبعد الاستقلال شاركت المرأة الجزائرية في عملية التنمية الشاملة التي عرفتها البلاد، حيث اقتحمت مختلف ميادين العمل إن مشاركة المرأة الجزائرية في ميدان العمل إلى جانب الرجل بعد الاستقلال لم تكن ظاهرة جديدة في المجتمع، وإنما امتداد لكفاحها ونضالها من أجل تحرير الوطن والحصول على الاستقلال الشامل في المجال الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والعسكري، ولم تقتصر مشاركة المرأة في العمل في المناطق الحضرية فحسب، بل حتى المناطق الريفية المحافظة ولو كانت بنسبة ضئيلة.

إن الجزائر ككل البلدان الأخرى عرفت التصنيع، وهذا كان له دورا هاما ف يإيجاد ظروف وعوامل سمحت للمرأة الجزائرية ألا ينحصر عملها في الأعمال المنزلية فقط بل تعدى ذلك إلى العمل في الحقول، بحيث كانت ولا تزال المرأة الريفية تمارس الأعمال الزراعية، والصناعات التقليدية مثل صناعة الأواني الفخارية، والزرابي ...إلخ .ومن خلال ذلك أكدت كغيرها من نساء بلدان العالم بصفة عامة، وبلدان الوطن العربي بصفة خاصة عن مشاركتها في بناء المجتمع الجزائري[1].

و لقد أرادت الجزائر أن تنمي مجتمعا متطورا معتمدة في ذلك على السياسة الاقتصادية للتنمية، ولهذا نرى أن الدولة قد تنبهت لأهمية مشاركة النساء في عملية الإنتاج، حيث اعترفت بأنه لا يوجد اقتصاد مهما بلغت درجته من التطور يستطيع الاستغناء عن اليد العاملة النسوية، إذ أصبحت بذلك دراسة العمل النسوي ظاهرة مهمة التفت إليها الكثير من الباحثين، وذلك بإلقاء الضوء على المشاكل التي تتعرض إليها الأمهات عند خروجهن إلى ميدان العمل والمتعلقة أساسا بالأطفال خاصة عندما يكونوا صغارا.

إن المجتمع الجزائري شهد تغيرات اجتماعية واقتصادية انعكست بصورة مباشرة على الأسرة، لأن هذه الأخيرة عبارة عن" إنتاج اجتماعي يعكس صورة المجتمع الذي تظهر وتتطور فيه، بحيث إذا كان هذا المجتمع يمتاز بالثبات امتازت هي الأخرى بذلك، أما إذا كانت في مجتمع متغير تتغير هي الأخرى وفق نمط هذا التغير وظروفه

[1] - الأخضر ضرباني .**المرأة الجزائرية في تدعيم الإقتصاد الوطن**، المجلة الجزائرية، العدد 116 ،1983. ص33 .

في المجتمع[1] ومن بين تغيرات المجتمع الجزائري خروج المرأة إلى ميدان العمل بشكل ملحوظ.

ففي بداية التسعينات، و مع الظروف الإجتماعية و الإقتصادية التي عرفها المجتمع الجزائري و إنخفاض القدرة الشرائية للأسرة الجزائرية، و إضافة إلى الدخول الواسع للفتيات إلى الجامعات و حصولهن على الشهادات العليا تغيرت نظرة المجتمع إلى العمل النسوي كل هذا ساهم في تشجيع و دفع المرأة إلى الخروج إلى ميادين العمل و بنسب متفاوتة، فالمرأة الجزائرية اليوم تعمل من أجل غايتين، من أجل تحسين معيشة الأسرة، و من أجل التحرر الإجتماعي حيث تمكنت من ممارسة حريتها الشخصية بفضل عملها.

جدول رقم 10: تطور بنية الطبقة الشغلية حسب الجنس

السنوات	الجنـس	
	الذكور	الإناث
1966	94.48	5.52
1977	94.09	5.91
1987	9.31	8.69
1998	84.43	15.5
*2003	65.6	10.6
**2011	80.39	19.6

Source :

CENEAP.**évolution de l'emploi en algerie ,**revu n° 21,2001,p09.

* Ministère de la santé de la Population**. POPULATION ET DEVELOPPEMENT EN ALGERIE (CIPD+10),** RAPPORT NATIONAL, Alger, 2003.

******Office national des statistique, **Collections Statistiques N° 173,2011,p 26.**

[1] -MOSTEFA BouTefnouchet. **La famille Algérienne, Evolution et caractéristique** ,Alger, 1980, p 19.

نلاحظ أنه بعد فترة ثبات النسب خلال العشرية (1966-1977) والتي قدرت بحوالي 5 بالمائة كانت سنة 1987 البداية في اجتياح المرأة سوق العمل و في تغيير الذهيات اتجاه قضية عمل المرأة، أين سجل أول ارتفاع حيث قدر بـ 8.69 بالمائة وتضاعف تقريبا هذا المعدل سنة 1998 حين بلغ 15.57 بالمائة في حين ارتفع بوتيرة أقل من سابقتها في الفترة الموالية أين استقر على 19.6 بالمائة سنة 2011.

جدول رقم 11: تطور نسبة الطبقة النساء العاملات المتزوجات حسب فئات السن

الفئات العمرية	1987	1996	2011*
أقل من 20 سنة	0.7	0.4	0.2
20-29	40.4	22.7	13.7
30-39	38.5	51.4	36.8
40-49	12.7	18.2	34.1
50 سنة فأكثر	07.7	07.3	15.2
المجموع	100	100	100

Source :

Nadia attout et autres, **femme, emploi et fécondité en Algérie,** ceneap , p33.

* Office national des statistique. **OPCIT , p 47.**

المبحث الثالث استعمال وسائل منع الحمل:

إن توفير الخدمات الخاصة بتنظيم النسل هي الخطوة الأولى لتخفيض الخصوبة في أي مجتمع سكاني، فبالإضافة لكونها الوسيلة الأولى للحد من الزيادة السكانية بمنع الولادات غير المرغوب فيها فان هذه الخدمات تجعل السكان يدركون أنه بإمكانهم ضبط خصوبتهم من جهة، ومن جهة أخرى لما كان تنظيم النسل يترك فترات بين الولادات فانه يخفض من وفيات الأطفال الرضع ويعزز الخصوبة، وعليه فتحسين الظروف الصحية للنساء وانخفاض وفيات الأمومة والطفولة له علاقة كبيرة في التأثير على الخصوبة[1]، إلا أن استعمال وسائل الحمل الهرمونية يجب أن يتوخى في

[1] جويدة عميرة . **المشروع الإنجابي بين الوعي و السلوك الحقيقي،دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن5-10سنوات** ، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي،جامعة الجزائر، 2004-2005،ص 298.

استعمالها المركبات التى تحتويها وتأثيرها على صحة الأم وكذا الآثار الجانبية لها إلا أن ما يهمنا في بحثنا هو تأثير هذا النوع من الوسائل على حليب الأم المرضعة وهذا ما سنميط اللثام عنه من خلال تطرقنا إلى أنواع وسائل منع الحمل الهرمونية لأنها هي الأكثر استعمالا في الجزائر خاصة الحبوب .

كما أننا نتطرق في هذا المبحث إلى تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر.

1 – أنواع وسائل منع الحمل الهرمونية:

تتيح وسائل منع الحمل الهرمونية طريقة آمنة وفعالة لمنع الحمل لملايين المستخدمات. وتعمل طرق منع الحمل الهرمونية بواسطة التأثير على أجهزة الجسم وتتكون بصورة أساسية من بروجستين متحد مع إستروجين أو من بروجستين فقط، وسنتطرق الى أنواع هذه الوسائل بالتفصيل.

أ – أقراص منع الحمل المركبة التي تؤخذ عن طريق الفم (COC)

أقراص منع الحمل المركبة المأخوذة عن طريق الفم (COC) هي مستحضرات من الإستروجين والبروجستين وهي ذات كفاءة عالية في منع الحمل. يوجد نوعين من حبوب منع الحمل المركبة المأخوذة عن طريق الفم :

– **أقراص منع الحمل المركبة أحادية المرحلة:** تحتوي على تركيز ثابت من هرمونات الإستروجين والبروجستين على مدار الدورة، وأقراص منع الحمل المركبة الشائعة الاستخدام تكون عادة عبارة عن تركيبة من الإيثينيل إستراديول في جرعة تتراوح بين 15 إلى 50 ميكروجرام بالإضافة إلى بروجستين. ويتم تعاطيها بواسطة جرعات ثابتة لمدة 21 يوم تتبعها فترة من سبعة أيام لا يتم أخذ الأقراص فيها فترة راحة ، أو يتم أخذ أقراص حديد.[1]

– **أقراص منع الحمل المركبة متعددة المراحل :** تحتوي على تركيبات ثنائية المرحلة أو ثلاثية المرحلة من الاستروجين و/أو البروجستين على مدار الدورة .لا يوجد دليل على أن أقراص منع الحمل المركبة ذات المراحل المتعددة أكثر فاعلية أو أمانا من

[1] - فتيحة تركي و أوشا مالهوترا. **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الانجابية والجنسية، ط 3**، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لندن، 2004، ص76.

أقراص منع الحمل ذات المرحلة الواحدة، فضلا عن أن تأثيراتها الإكلينيكية تكون متماثلة.

تعمل أقراص منع الحمل المركبة بصورة أساسية عن طريق تثبيط عملية التبويض؛ وهي تؤدي أيضا إلى زيادة لزوجة المخاط الموجود في عنق الرحم، مما يصعب مرور الحيوانات المنوية إلى تجويف. كما تقلل من قابلية الغشاء المبطن للرحم لاستقبال الخلية المخصبة .[1]

يجب عدم استخدام أقراص منع الحمل المركبة COC إلا بعد مرور ستة اشهر على الولادة أو بعد فطام الطفل، أيهما أقرب. واستخدام أقراص منع الحمل المركبة أثناء الرضاعة يقلل من كمية لبن الثدي، كما يقلل من زمن الرضاعة مما يؤثر سلبيا على الطفل.

ب – الأقراص الفموية المحتوية على بروجستين فقط (POPs):

الأقراص المحتوية على هرمون بروجستين فقطهي أقراص فمية لتنظيم الأسرة تحتوي على هرمون البروجستين فقط في جرعة اقل (10–50٪) من الجرعة المستخدمة في الأقراص المركبة(استيروجين/بروجستوجين)،وبناء على نوع البروجستين، قد تحتوي الأقراص على 30 ميكروجراما مثل ليفونورجيستريل حتى 600 ميكروجرام مثل نوريثستيرون.

أقراص بروجستين فقط(POPs) هي الأكثر شيوعا وتوفرا وتحتوي على ليفونوجيستريل، ديزوجيستريل، نورثيستيرون أو لينسترينول، ويؤخذ قرص واحد بانتظام في نفس الميعاد كل يوم بدون توقف بغض النظر عن شكل النزيف، فاعلية أقراص البروجستين فقط تقل قليلا عن الأقراص المركبة وخاصة في السيدات الأقل سنا، ولكن لها نفس التأثير للأقراص المركبة عند السيدات فوق سن 35 سنة.

مثل باقي الوسائل أحادية الهرمون، تعمل الأقراص الفمية ذات الهرمون البروجستوجين فقط بطريقتين:

تأثير البروجستوجين على مخاط عنق الرحم هو العامل الرئيسي لفاعلية الأقراص

[1] - **نفس المرجع**، ص 77.

ذات البروجستين فقط .المخاط يصبح لزجًا وقليلا مما يضعف قدرة الحيوان المنوي على النفاذ في عنق الرحم.

يؤثر هرمون البروجستوجين على الغدة النخامية ويقلل من إنتاج هرمون اللوتين LH المسئول عن عملية التبويض. لايحدث تبويض عى الاقل في نصف الدورات.

أما بالنسبة للرضاعة الوسائل الهرمونية ليست هي الوسائل المثلى إذا كانت هناك رضاعة طبيعية، ومع ذلك فان الوسائل ذات البروجستين فقط لا يبدو أنها تؤثر على الرضاعة، وهناك اهتمام بأنها تؤدي إلى وجود البروجستين النشط في لبن الأم الذي يمكن امتصاصه عند الطفل الرضيع، ولذلك لا يجب استخدام أي وسيلة تحتوي على بروجستين قبل نهاية الستة أسابيع الأولى بعد الولادة إذا كانت الأم مرضعة ولم يكن هناك اختيارات أخرى متوفرة أو مقبولة[1].

جـ – حقن منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط POIs:

تتركب حقن منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط من هرمونات ستيرويدية مخلقة والتي تماثل هرمون البروجستين الأنثوي، وتتحرر المادة المحقونة ببطء في تيار الدم من موقع الحقن في العضل، وتعطى الحقنة الواحدة وسيلة آمنة وعالية الفعالية لمنع الحمل تستمر لمدة شهرين أو ثلاثة، تعمل حقن منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط مثل حبوب منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط.

لا يجب البدء في استخدام أي وسيلة تحتوى على البروجستين قبل مضي ستة أسابيع على الولادة عند السيدات المرضعات بصورة كاملة أو شبه كاملة، إلا في حالة عدم توافر كل وسائل تنظيم الأسرة الأخرى أو عدم تقبلها .والجرعة اليومية التي يتلقاها الطفل الرضيع تكون اكثر بكثير في حالة استخدام الأم لحقن البروجستين فقط من حالة استخدام أقراص البروجيستين فقط. لذا يحبذ استخدام الأم المرضعة أقراص البروجستين فقط.[2]

---

[1] - **نفس المرجع**، ص 98.

[2] - **نفس المرجع**، ص 110.

د – الحقن المركبة لتنظيم الأسرة CIC:

الحقن المركبة لتنظيم الأسرة تحتوي على إستروجين قصير المفعول مع بروجستين طويل المفعول، ويتم تحرير الهرمونات من مكان الحقن ببطء خلال 28 يوما، وتعطى حقنة كل شهر[1].

يؤجل استخدامها من طرف الأم المرضعة لحين مرور 6 أشهر على الولادة وإذا رغبت السيدة في استخدام الحقن أثناء الرضاعة الطبيعية ينصح باستخدام الحقن ذات البروجستين فقط.

هـ – كبسولات تحت الجلد:

كبسولات تحتوي على بروجستين فقط تزرع تحت الجلد وتطلق البروجستين تحت السيطرة فتعطي جرعات صغيرة جدا يوميا تؤدي إلى التأثير المطلوب لمنع الحمل.

الكبسولات تزرع تحت الجلد بذراع السيدة بعملية جراحية صغيرة تحت المخدر الموضعي. وتأثيرها في منع الحمل ينتج عن إطلاقها المستمر للبروجستين بنفاذه من الغشاء الزيلاستيك إلى الدم، ويبدأ تأثيرها ضد الحمل خلال 24 ساعة بعد زرعها وينتهى بعد 5 سنوات تقريبا وتعود الخصوبة مباشرة تقريبا بعد إزالة الكبسولات، وتعمل مثل باقى الوسائل ذات البروجستين فقط.

لا يجب استخدامها من طرف السيدات المرضعات إلا بعد مرور ستة أسابيع على الولادة.

و – الحلقة المهبلية:

وهي عبارة عن حلقة رقيقة شفافة توضع داخل المهبل لتعطي حماية من الحمل، وهي وسيلة هرمونية سهلة ومؤقتة، تعمل بإفراز مستمر لجرعة صغيرة من الاستيروجين والبروجستين، وهي تتآكل باستمرار لمدة 3 أسابيع ثم تزال لمدة أسبوع .ويستخدم حلقة جديدة كل شهر، وسيلة فعالة جدا إذا استخدمت بالطريقة الصحيحة. [2]

---

[1] - **نفس المرجع**، ص 119.

[2] - **نفس المرجع**، ص 142.

يجب عدم استخدام الحلقة المهبلية إلا بعد مرور ستة أشهر على الولادة، ذلك أن لها تأثير مطابق لأقراص منع الحمل المركبة.

من خلال تطرقنا الى وسائل منع الحمل الهرمونية وتأثيرها على حليب الأم مما يؤدي الى انتقال بعض مكوناتها الى الطفل يمكن القول أن الأقراص المحتوية على بروجستين فقط هي الأنسب للأم المرضعة بشرط بدأ استعمالها بعد مضي ستة أسابيع بعد الولادة، لكن يبقى أن استعمال الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل هو أمثل حل اذا أخذت الأم صحة ابنها بالدرجة الأولى فتحصل بذلك فائدتين بممارسة واحدة هي ضمان تغذية سليمة للطفل وكذا تأخير حملها.

2 – تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر:

عرفت سياسة تنظيم النسل في الجزائر مراحل مختلفة كانت تتميز في أولها بعدم اعتبار النمو السكاني عائقا للتطور الإقتصادي و خلالها كان تدشين أول مركز مباعدة بين الولادات في مستشفى مصطفى باشا سنة 1967 و في نفس الفترة 1968 أصدر المجلس الإسلامي الأعلى فتوى تبيح التنظيم الإرادي للولادات دون اللجوء إلى الإجهاض العمدي، و في هذه المرحلة أعلنت الجزائر في مؤتمر بوخارست سنة 1974 على لسان ممثليها أن التنمية هي أحسن وسيلة لمنع الحمل، استمرت هذه السياسة إلى أن عاشت الجزائر مرحلة حرجة، تميزت باختلال التوازن بين معدل النمو السكاني و معدل النمو الإقتصادي مما أدى بالحكومة الجزائرية إلى إعادة النظر في سياستها. توج التوجه الجديد بتطبيق رسمي لبرنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي و عليه سجلت نسب إستعمال موانع الحمل ارتفاعا و هذا ما سنلاحظه فيما يلي:

- جدول رقم 12: تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب سن المرأة

السنة / سن المرأة	1968	1986	1992	1995	2002	*2006
19-15	-	17.6	26.4	43.5	26.2	20
24-20	8	26.8	39.5	52.3	41.1	43.2
29-25	-	36.5	52.7	62.4	56.7	58.1
34-30	7	40.3	56.1	63.8	61.3	67
39-35	-	44.3	56.4	63.1	66.4	69.1
44-40	8	42.2	52.2	53.8	59.8	68.9
49-45	-	23.9	38.9	33.5	45.1	49
المجموع	7.6	35.5	50.8	56.9	57	61.4

المصدر:

-جويدة عميرة . **المشروع الإنجابي بين الوعي و السلوك الحقيقي،دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن5-10سنوات** ، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي،جامعة الجزائر، 2004-2005،ص 298.

*- Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3, Opcit , 38.**

توضح معطيات الجدول مدى سرعة انتشار إستعمال موانع الحمل حيث سجلت ارتفاع كبير تقريبا خلال الفترة الممتدة بين سنة 1986 و سنة 1992 مسجلة 20 نقطة و تواصلت نسبة الانتشار لاحقا بتسجيل 10.7 .نقطة بين 1992 و 2006.

- جدول رقم 13: تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب طبيعتها

السنة / الوسيلة	1968	1986	1992	1995	2002	*2006
الحبوب	-	26.4	38.7	43.4	46.5	45.9
اللولب	-	2	2.4	4.1	3.1	2.3
الواقي	-	0.5	0.7	0.8	-	-
الحقن	-	0.6	0.2	0.04	-	-
وسائل حديثة أخرى	-	1.5	1.1	0.3	1.8	0.3
الرضاعة	-	-	4	4.4	0.9	0.9
الرزنامة	-	0.6	1.7	2.4	2.2	4.1
العزل	-	3.1	1.8	0.6	1.7	3.3
كل الطرق التقليدية	6.5	4.4	6	7.5	-	-
المجموع	8.0	35.5	50.8	56.9	57	61.4

المصدر:

- جويدة عميرة . **المشروع الإنجابي بين الوعي و السلوك الحقيقي،دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن5-10سنوات** ، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي،جامعة الجزائر، 2004-2005،ص 299.

*- Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3, Opcit , 38.**

عرف معدل إستعمال وسائل تنظيم الأسرة تطورا كبيرا، و تشير البيانات إلى أن من بين الوسائل الحديثة المستخدمة تعد الحبوب هي أكثر الوسائل إستخداما، حيث بلغت نسبة إستخدامها على التوالي 46.8 %و 45.9 %سنتي 2002 و 2006 من بين مجموع النساء أما بالنسبة للوسائل الأخرى المستخدمة فيظل إستخدامها محدودا.

الفصل الأول:

الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لعينة البحث

تمـهيـد:

سنلقي الضوء في هذا الفصل على الخصائص الديموعرافية والاجتماعية لعينة البحث، بعدما تم استيفاء 150 استمارة تم خلالها مقابلة 150 أم لأطفال تتراوح أعمارهن بين 06 أشهر و 12 شهرا، من خلال تحويل المعطيات التي تم الحصول عليها في شكل جداول إحصائية بعدها يتم تحليل الفرضية الأولى بالاعتماد على المؤشرات التي تخدم ذلك والتي تم جمعها عن طريق الاستمارة كما أشرنا لذللك .

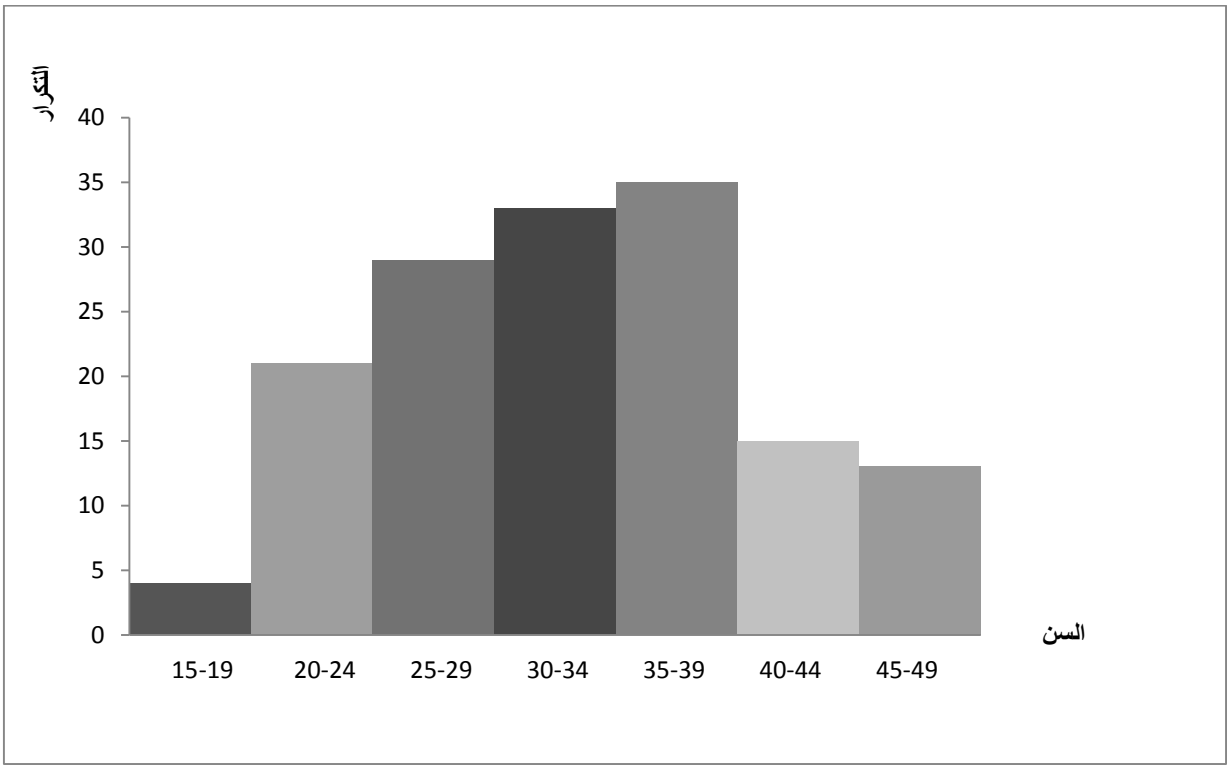
1 – الخصائص الديموعرافية والاجتماعية لعينة البحث

الجدول 01: يبين توزيع المبحوثات حسب سنهن أثناء اجراء المقابلة

سن الأم	التكرار	النسبة المئوية
19-15	04	2.7
24-20	21	14
29-25	29	19.3
34-30	33	22
39-35	35	23.3
44-40	15	10
49-45	13	8.7
المجموع	150	100

يتضح من خلال معطيات الجدول رقم 11 أن المبحوثات في الفئة العمرية 35–39 تمثل أعلى نسبة بـ 23.3 % فيما مثلت الفئة العمرية 15–19 أدنى نسبة بـ 2.7 % ، أما عن متوسط سن المبحوثات فقدر بـ 32.7 سنة.

الشكل البياني رقم 01: مدرج تكراري يبين توزيع المبحوثات حسب السن.

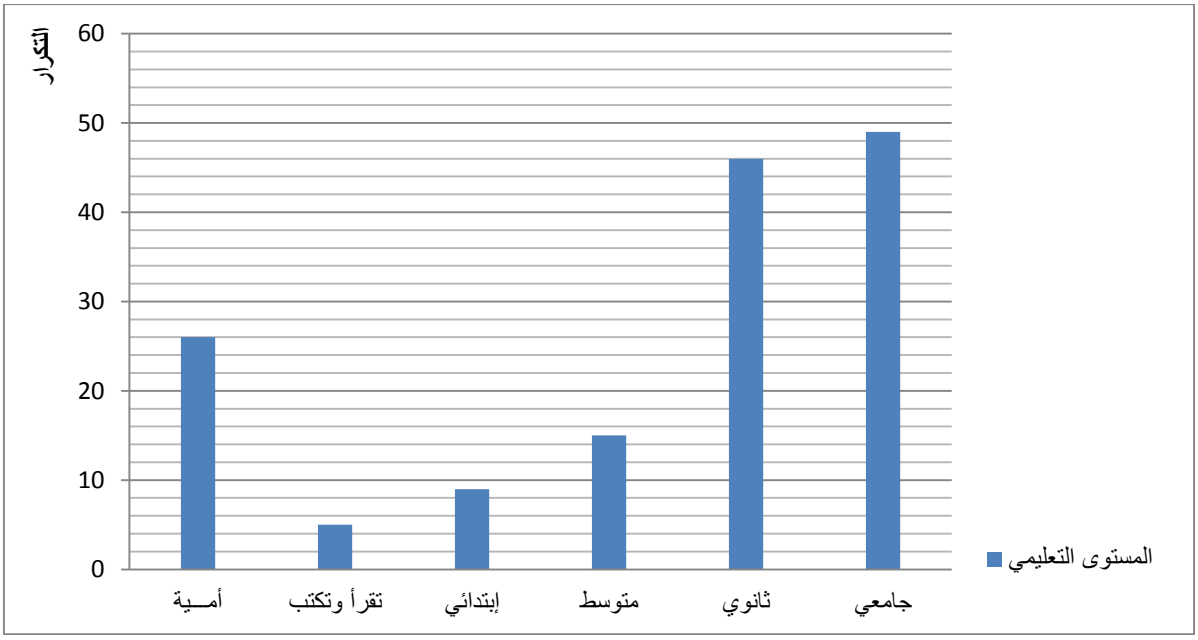


جدول رقم 02 : توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمـــــــي	26	17.3
تقرأ وتكتب	05	3.3
إبتدائي	09	6
متوسط	15	10
ثانوي	46	30.7
جامعي	49	32.7
المجموع	150	100

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم 13 أن للمبحوثات مستوى تعليمي لا بأس به حيث أن 63% من المبحوثات يتوزع مستواهن بين ثانوي وجامعي، فيما مثلت من تقتصرن على الكتابة والقراءة أضعف نسبة بـ 3.3 % والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل البياني رقم 02 : أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثات حسب مستواهن التعليمي.



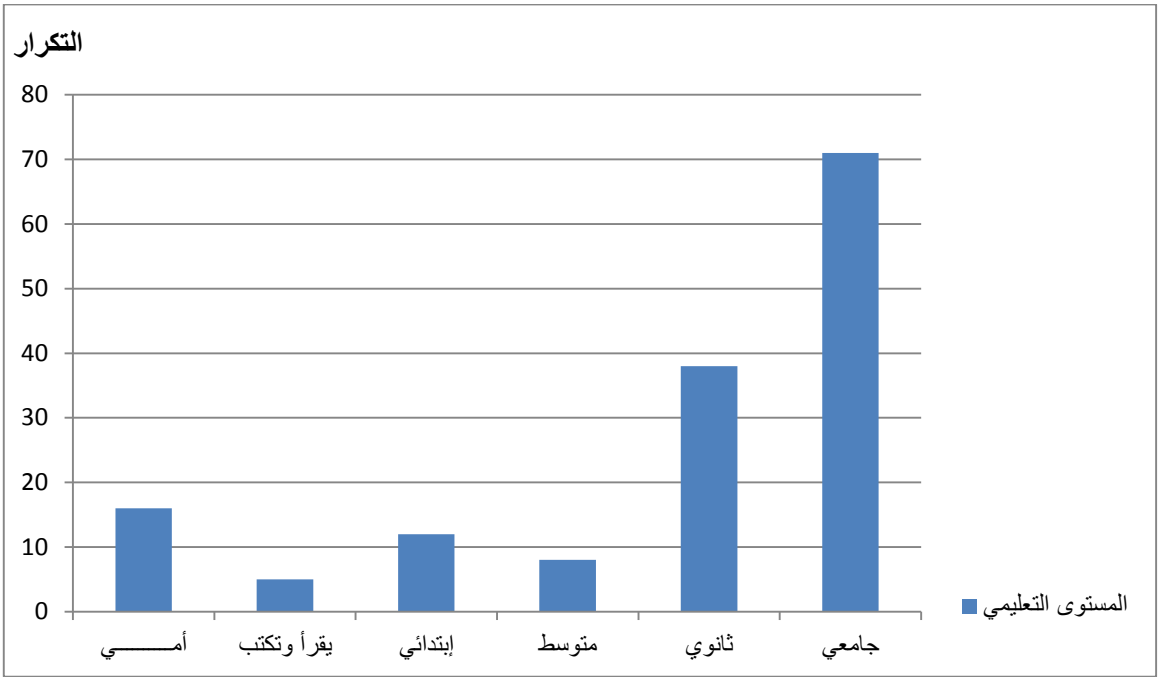
جدول رقم 03 : توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمـــــــي	16	10.7
يقرأ وتكتب	05	3.3
إبتدائي	12	8
متوسط	08	5.3
ثانوي	38	25.3
جامعي	71	47.3
المجموع	150	100

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم 13 أن أزواج المبحوثات ذوي مستوى تعليمي عالي حيث أن 47.3% من المبحوثات أزواجهن ذوي مستوى جامعي، فيما مثلت من

يقتصر أزواجهن على الكتابة والقراءة أضعف نسبة بـ 3.3 % والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل البياني رقم 03 : أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.



جدول رقم 04 : توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية .

الحالة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
تعمـــــل	70	46.7
لا تعمـــل	80	53.3
المجمـــوع	150	100

يتبين من خلال الجدول السابق أن هناك شبه تكافؤ في العينة بين النساء العاملات و غير العاملات، بنسبة 46.7% و 53.3% على التوالي.

جدول رقم 05 : توزيع المبحوثات العاملات حسب أوقات العمل .

أوقات العمل	التكرار	النسبة المئوية
دوام كامـــل	60	85.7
نصف دوام	10	14.3
المجمـــوع	* 70	100

من خلال معطيات الجدول يتبين أن 85.7% من النساء العاملات يعملن دوام كامل مقابل 14.3% يعملن نصف دوام مما يمكنهن بالبقاء فترة أطول مع أبنائهن.

جدول رقم 06 : توزيع المبحوثات العاملات حسب عدد أيام العمل الأسبوعية.

عدد أيام العمل	التكرار	النسبة المئوية
03 أيام	08	11.4
04 أيام	05	07.1
05 أيام	53	75.7
06 أيام	04	5.7
المجمـــوع	70	100

يتضح من خلال الجدول السابق أن الأغلبية المطلقة من النساء العاملات تعملن 05 أيام في الأسبوع بنسبة 75.7%، فيما مثلت من تعملن 06 أيام، أضعف نسبة بـــ 5.7%، والبتالي معظم النساء العاملات يبتعدن فترات أطول عن منازلهن.

***هناك 70 كعينة بدلا من 150 لأنّ 80 مبحوثة غير عاملات .**

جدول رقم 07 : توزيع المبحوثات العاملات حسب قرب مكان العمل من المنزل بحيث يمكن العودة للبيت منتصف النهار.

مكان العمل قريب من المنزل	التكرار	النسبة المئوية
نعم	19	27.1
لا	51	72.9
المجمـــوع	70	100

من خلال الجدول رقم 18 والذي يبين توزيع النساء العاملات حسب امكانية العودة للبيت منتصف النهار، يتبين أن أغلب الأمهات العاملات ليس بامكانهم العودة للبيت منتصف النهار وذلك بنسبة 72.9% مما يعني غياب الأم عن البيت طول النهار أيام العمل، مقابل 27.1 % فقط من الأمهات العاملات يمكنهم العودة للبيت منتصف النهار الى منازلهن.

جدول رقم 08 : توزيع المبحوثات العاملات حسب عدد أشهر عطلة الأمومة بعد ولادة الطفل المعني.

عدد أشهر عطلة الأمومة	التكرار	النسبة المئوية
03 أشهر	60	85.7
04 أشهر	01	01.4
05 أشهر	04	5.7
06 أشهر	03	4.3
09 أشهر	02	2.9
المجمـــوع	70	100

يتضح من خلال معطيات الجدول السابق بأن 85.7% من النساء العاملات أخذن عطلة أمومة لفترة تقدر ب 03 أشهر فقط، مما يقلل فرصة التواجد مع أطفالهن فترة أطول بعد الولادة، بينما قدرت نسبة من أخذن 06 أشهر 2.9 % على التوالي وهي نسبة قليلة جدا.

الجدول رقم 09: توزيع أطفال المبحوثات حسب سنهن أثناء إجراء المقابلة

سن الرضيع بالشهر	التكرار	النسبة المئوية
8-6	56	37.3
10-8	55	36.7
12-10	39	26
المجموع	150	100

يتضح من خلال معطيات الجدول 12 أن الأطفال موزعين بنسب تقريبا متساوية بالنسبة للفئتين الأولتين بـ 37.3 % و 36.7% أما الفئة 10–12 شهرا فتمثل 26 %، أما متوسط السن فيقدر بـ 8.77 شهرا.

الجدول رقم 10: توزيع أطفال المبحوثات حسب رتبهم

رتبة الرضيع	التكرار	النسبة المئوية
1	53	35.3
2	30	20
3	25	16.7
4	12	08
5	19	12.7
6	3	02
7	5	3.3
8	3	02
المجموع	**150**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أن أكثر من ثلث الأمهات يخضن لأول مرة تجربة الارضاع بنسبة 35.3 % ، بينما سجلت الرتبة السادسة والثامنة أضعف النسب بـ 02 % لكل رتبة.

الجدول رقم 11: توزيع أطفال المبحوثات حسب جنسهن

جنس الرضيع	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	96	64
أنثى	54	36
المجموع	**150**	**100**

من الجدول نلحظ أن أغلب النساء المستجوبات لديهن أطفال من جنس الذكور بنسبة 64 %.

الجدول رقم 12: توزيع المبحوثات حسب استعمال وسائل منع الحمل بعد ولادة الطفل المعني

الاستعمال	التكرار	النسبة المئوية
نعم	108	72
لا	42	28
المجموع	**150**	**100**

نلاحظ أن أغلب النساء المستجوبات استعملن وسائل منع الحمل بنسبة 72 %، مقابل 28 فقط لم يستعملتها.

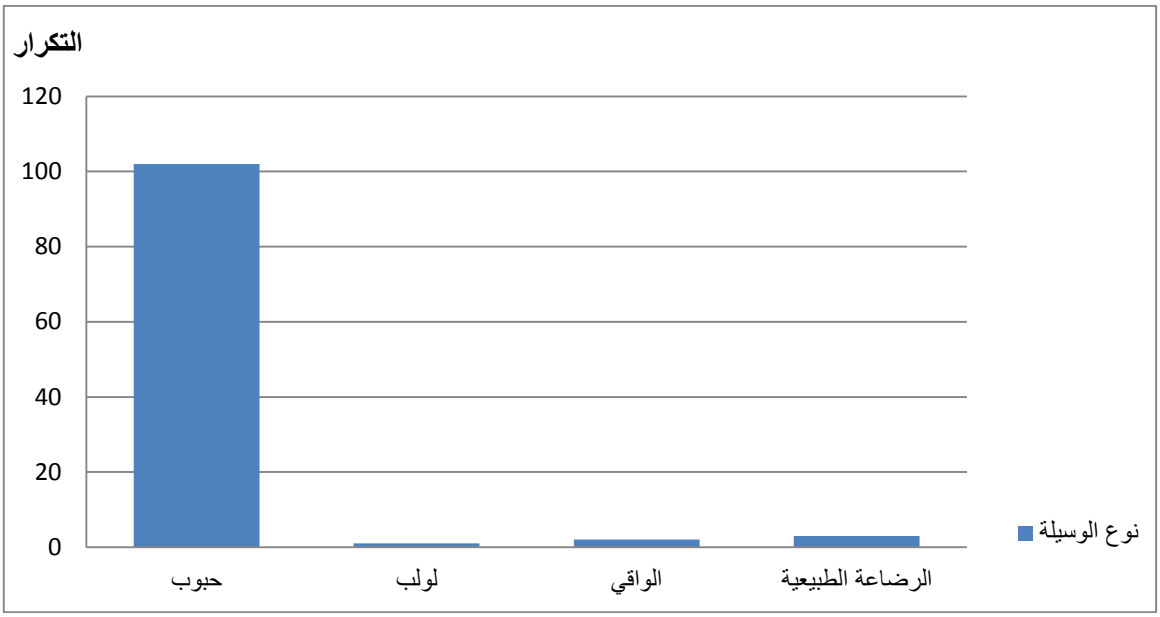
الجدول رقم 13: توزيع المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل بعد ولادة الطفل المعني حسب نوعية الوسيلة

نوعية الوسيلة	التكرار	النسبة المئوية
حبوب	102	94.4
لولب	01	0.9
الواقي	02	1.9
رضاعة طبيعية	03	2.8
المجمـــــــوع	**108***	**100**

***هناك 108 كعينة بدلا من 150 لأنّ 42 مبحوثة لم تستعملن وسائل منع الحمل بعد ولادة الطفل المعني.**

نلاحظ من خلال الجدول بأن أغلب المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل قد اعتمدن على الحبوب كوسيلة لمنع الحمل بنسبة 94.4 %، بينما أعتمدت 2.8% من المبحوثات فقط على الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل.

الشكل البياني رقم 04 : أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل حسب نوعية الوسيلة المستعملة



الجدول رقم 14 : توزيع المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل المتمثلة في الحبوب حسب مكوناتها .

نوعية الوسيلة الهرمونية	التكرار	النسبة المئوية
حبوب أحادية التركيب تحتوي على البروجستين خاصة بالمرضعة	67	65.7
حبوب ثنائية التركيب تحتوي على البروجستين وأستروجين	35	34.3
المجمـــــــوع	***102**	**100**

***هناك 102 كعينة بدلا من 150 لأنّ 102 مبحوثة لجئن للحبوب كوسيلة لمنع الحمل.**

نلاحظ من خلال الجدول أن تقريبا ثلثي النساء اللواتي استعملن الحبوب قد استعملن تلك الحبوب الخاصة بالمرضعة التي تحتوي على البروجستين فقط بنسبة 65.7% ، بينما 34.3% استعملن الحبوب ثنائية التركيب التي تحتوي على البروجستين والاستروجين، ونشير هنا الى أن استعمال هذا النوع من الحبوب يجب ألا تستعمله المرأة المرضعة الى بعد ستة أشهر من الولادة لأنه يقلل من كمية لبن الثدي، كما يقلل من زمن الرضاعة مما يؤثر سلبيا على نمو الطفل، وإذا رغبت الام في استخدام أقراص منع الحمل أثناء الرضاعة، يمكنها استخدام الأقراص التي تحتوى على بروجستين فقط ويمكن البدء في استخدامها بعد ستة أسابيع من الولادة[1]

الجدول رقم 15: توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين الولادة ومباشرة الارضاع.

المدة الفاصلة بين الولادة ومباشرة الارضاع	التكرار	النسبة المئوية
بعد الولادة مباشرة	44	29.3
بعد ساعة الى 06 ساعات	36	24
بعد 06 الى 24 ساعة	58	38.7
بعد 24 ساعة	12	08
المجموع	**150**	**100**

يتبين من خلال معطيات الجدول أن 38.7 % من المبحوثات باشرن الارضاع بعد ستة الى 24 ساعة، فيما بلغت نسبة باشرن الارضاع بعد 24 ساعة 08%.

[1] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ، **المرجع السابق**، ص 82.

الجدول رقم 16: توزيع المبحوثات حسب نوعية الغذاء الذي قدمنه لأطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم .

نوعية الغذاء المقدم للطفل خلال الأشهر الستة الأولى من حياته	التـــكرار	النسبة المئوية
رضاعة طبيعية حصرية	43	28.7
رضاعة مختلطة	83	55.3
رضاعة طبيعية +غذاء اخر	04	2.7
رضاعة مختلطة +غذاء اخر	20	13.3
المجـــــمـــــوع	**150**	**100**

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن نسبة 55.3% اعتمدن على الرضاعة المختلطة في تغذية أطفالهن في الأشهر الستة الأولى ، بينما قدرت نسبة من اعتمدن على الرضاعة الطبيعية غذاء اخر في تغذية أطفالهن بـــ 2.7%.

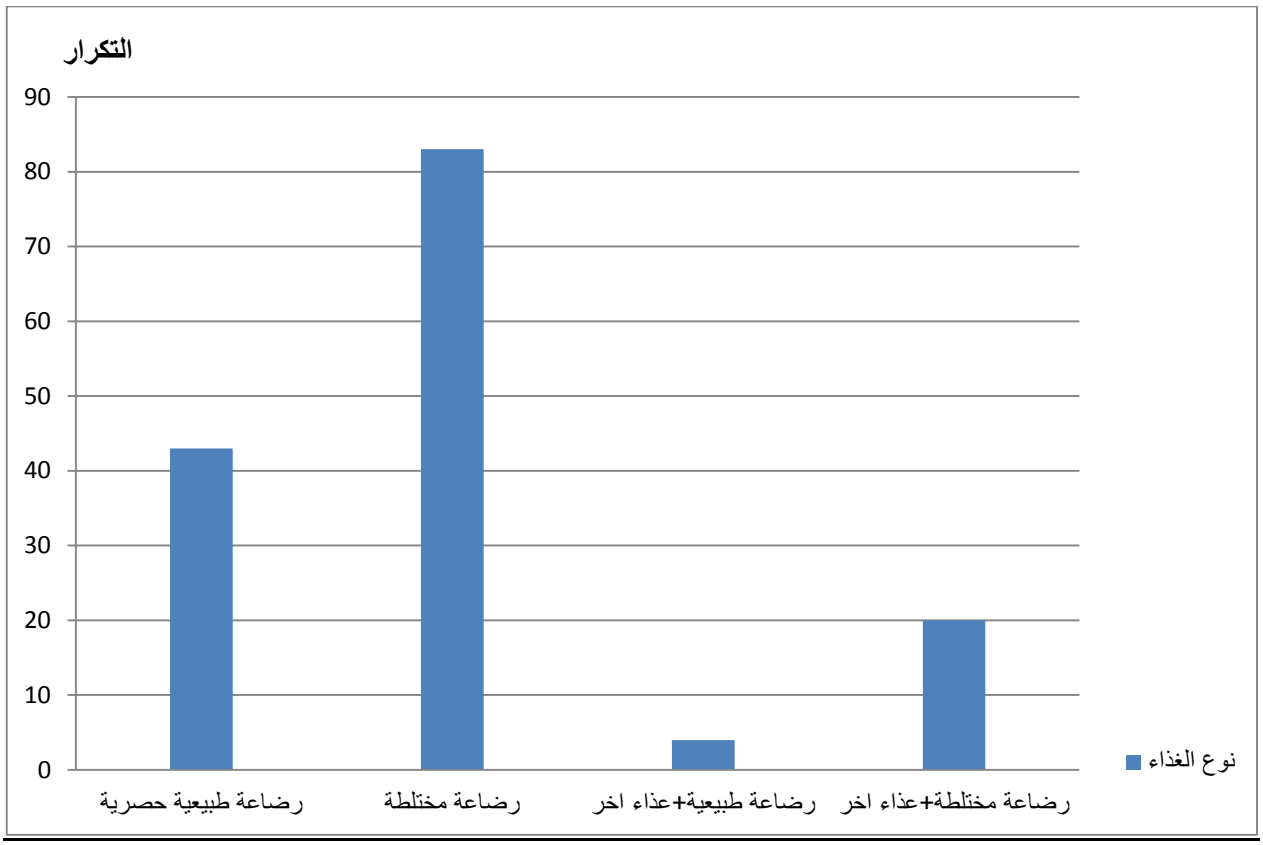
وتعتبر نسبة الرضاعة الحصرية التي قدرت في العينة بنسبة 28.7 % ضعيفة نظرا لأهميتها، وسنسعى من خلال دراستنا هذه لكشف اسباب ضعف نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية.

الجدول رقم 17: توزيع المبحوثات حسب مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية التي تلقاها أطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم .

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية	التـــكرار	النسبة المئوية
1-0	17	11.3
3-2	74	49.3
5- 4	16	10.7
6 فأكـــثر	43	28.7
المجـــــمـــــوع	**150**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول التالي أن 49.3% قمن بإرضاع أطفالهن من أثدائهن حصرا لفترة شهرين الى ثلاثة أشهر، بينما قدرت نسبة من أرضعن أطفالهن أربعة أشهر الى خمسة أشهر 10.7%.

الشكل البياني رقم 05 : أعمدة بيانية توضح حسب نوع الغذاء المقدم لأطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم :



الجدول رقم 18: توزيع المبحوثات حسب فترة ادخال أغذية أخرى على الطفل غير حليب الأم خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم .

فترة ادخال الأغذية غير حليب الأم بالأشهر	التـــكرار	النسبة المئوية
خلال الشهر 2 و3	44	41.1
خلال الشهر 4 5	58	54.2
خلال الشهر 6	05	4.7
المجـــــمـــــوع	**107***	**100**

يتبين من خلال الجدول أن 54.2% من المبحوثات اللائي لم يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى قمن بإدخال أغذية أخرى على أطفالهن خلال الشهر الرابع والخامس، واقتصرت ذات النسبة على 4.7% فقط لمن قدمن أغذية أخرى غير حليبهن خلال الشهر السادس

الجدول رقم 19: توزيع المبحوثات حسب ارائهن حول الغذاء الأفضل للطفل خلال الأشهر الستة الأولى :

نوع الغذاء	التـــكرار	النسبة المئوية
رضاعة طبيعية حصرية	76	50.7
رضاعة مختلطة	53	35.3
رضاعة طبيعية + غذاء اخر	01	0.7
رضاعة مختلطة + غذاء اخر	20	13.3
المجـــــمـــــوع	**150**	**100**

***هناك 107 كعينة بدلا من 150 لأنّ 43 مبحوثة لم تدخلن أي أغذية على أطفالهن خلال الأشهر الستة الأولى .**

الجدول رقم 20: توزيع المبحوثات اللواتي اعتمدن على غير الرضاعة الطبيعية الحصرية حسب ارائهن حول الغذاء الأفضل للطفل خلال الأشهر الستة الأولى وسبب ذلك.

السبب / نوع الغذاء المفضل	أفضل غذاء		حليب الأم غير كافي		لزيادة وزن الطفل		للاستفادة من الفيتامينات		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
رضاعة طبيعية حصرية	68	**89.5**	0	**00**	1	**1.3**	7	**9.2**	76	**100**
رضاعة مختلطة	1	**1.9**	45	**84.9**	4	**7.5**	3	**5.7**	53	**100**
رضاعة طبيعية + غذاء اخر	0	**00**	1	**100**	0	**00**	0	**00**	1	**100**
رضاعة مختلطة + غذاء اخر	0	**00**	11	**55**	9	**45**	0	**00**	20	**100**
المجـــــمـــــوع	**69**		**57**		**14**		**10**		**150**	**100**

يتبين من خلال الجدول أن أكثر من نصف المبحوثات يعتقدن أن أفضل غذاء يتلقاه الطفل خلال الأشهر الستة الأولى من حياته هو الرضاعة الطبيعية الحصرية بنسبة 50.7%، في حين 35.3% يعتقدن أن الرضاعة المختلطة هي الأفضل، وتأتي اراء المبحوثات معاكسة تماما لممارستهن الفعلية حيث جاءت الممارسة بنسبتي 28.7 % و 55.3 % على التوالي.

الجدول رقم 21: توزيع المبحوثات حسب مصدر معلوماتهن بفوائد الرضاعة الطبيعية :

المصدر	التـــكرار	النسبة المئوية
العاملين في المجال الصحي	58	59.8
الأسرة	15	15.4
وسائل الاعلام	14	14.4
كـــــتب	10	10.3
المجـــــمـــــوع	*97	**100**

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن 59.8% من المبحوثات اللواتي تلقين معلومات عن فوائد الرضاعة الطبيعية كان ذلك عن طريق العاملين في المجال الصحي، من هنا تظهر أهمية العاملين في المجال الصحي في تقديم المعلومات اللازمة للأمهات من أجل انجاح عملية الرضاعة الطبيعية، بيننا قدرت من تلقين المعلومات الكتب 10.3%، وتعتبر جميع المصادر كوسائل فعالة في تقديم الدعم اللازم للأمهات من أجل توجه ايجابي في ممارسة الرضاعة الطبيعية وخاصة الرضاعة الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى.

الجدول رقم 22: توزيع المبحوثات حسب مستوى وعيهن بفوائد الرضاعة الطبيعية.

مستوى الوعي	التـــكرار	النسبة المئوية
عالي	53	35.33
متوسط	23	15.33
ضعيف	74	49.34
المجـــــمـــــوع	**150**	**100**

* هناك 97 كعينة بدلا من 150 لأنّ 53 مبحوثة لم يتلقين أي معلومات عن فوائد الرضاعة الطبيعية .

يتبين من خلال الجدول أن تقريبا نصف المبحوثات بنسبة 49.34 % لديهن معلومات ضعيفة عن فوائد الرضاعة الطبيعية بينما هناك فقط 15.33 % من المبحوثات على مستوى وعي متوسط .

الجدول رقم 23: توزيع المبحوثات حسب مستوى وعيهن بمخاطر ادخال أغذية غير حليب الأم على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس من عمره .

مستوى الوعي	التـــكرار	النسبة المئوية
عالي	51	34
متوسط	9	06
ضعيف	90	60
المجـــــمـــــوع	**150**	**100**

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن أغلب المبحوثات ذوات مستوى وعي ضعيف بمخاطر ادخال أغذية غير حليب الأم على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس من عمره عالي بنسبة 60% ، تقابلها نسبة 34% ذوات مستوى وعي عالي.

الجدول رقم 24: توزيع المبحوثات حسب النصيحة المقدمة من طرف أزواجهن عن التغذية الواجب تقديمها للطفل المعني :

نصيحة الزوج	التـــكرار	النسبة المئوية
رضاعة طبيعية حصرية	59	39.3
رضاعة مختلطة	23	15.3
رضاعة مختلطة + غذاء اخر	2	1.4
لم يقدم أي نصيحة	66	44
المجـــــمـــــوع	**150**	**100**

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن أغلب المبحوثات لم يتلقين النصيحة من طرف أزواجهن بشأن الغذاء الواجب تقديمه للطفل في الأشهر الستة

الأولى من حياته بنسبة 44%. مقابل 1.4% تلقين نصيحة كم أزواجهن بتقديم رضاعة طبيعية مختلطة + غذاء اخر في نقس الفترة.

لقد حاولنا مما سبق ذكره تحت عنوان خصائص العينة التوضيح للقارئ ما سيتم عرضه لاحقا من تأثر ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية بمختلف المؤشرات التي اختصت بها عينة بحثنا والتي أشرنا اليها سابقا، ونشير هنا الى أننا سنعتمد عدة مؤشرات للمتغير التابع في الدراسة وهو ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل وهذه المؤشرات هي :

- مباشرة الرضاعة الطبيعية بعد الولادة.
- مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى.
- نوعية الغذاء الذي تلقاه الطفل في الأشهر الستة الأولى.
- تاريخ ادخال الأغذية على الطفل غير حليب الأم .
- رأي الزوجة في أفضلية الغذاء المقدم للطفل في الست الأشهر الأولى من حياته.

الفصـــل الثاني

– تحليل الفرضية الأولى

تمهيد:

سنحاول من خلال هذا المبحث التحقق من صحة الفرضية التالية :

كلما قلت معارف الأم حول أهمية الرضاعة الطبيعية سواء لها أو لمولودها قلت نسبة تلقيه الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست الأشهر الأولى من حياته.

سنعتمد في تحليل الفرضية الأولى على عدة مؤشرات هي:

- تلقي المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية.
- تلقي المعلومات حول مخاطر ادخال الأغذية غير حليب الأم على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس.
- مستوى الوعي بفوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للطفل.
- مستوى الوعي بفوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأم.
- مستوى الوعي بمخاطر ادخال الأغذية غير حليب الأم على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس.
- نصيحة الزوج بنمط التغذية المقدمة للطفل في الست الأشهر الأولى من حياته.

الجدول رقم 25: العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية وزمن مباشرة الارضاع بعد الولادة.

تاريخ بداية الارضاع / تلقت معلومات	بعد الولادة مباشرة		بعد ساعة الى 06		بعد 06 الى 24 ساعة		بعد 24 ساعة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	32	**32.99**	23	**23.71**	33	**34.02**	9	**9.28**	97	**100**
لا	12	**22.64**	13	**24.53**	25	**47.17**	3	**5.66**	53	**100**
المجمـوع	44	**29.33**	36	**24**	58	**38.67**	12	**08**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يباشرن الارضاع بعد ستة الى 24 ساعة بعد الولادة بنسبة 38.67%، مقابل 08% من المبحوثات يباشرن الارضاع بعد مرور أربعة وعشرون ساعة من الولادة.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في تلقي الأم معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية نلاحظ أن حوالي نصف النساء اللواتي لم يتلقين معلومات عن فوائد الرضاعة الطبيعية لا يباشرن الارضاع بعد الولادة إلا بعد مرور ستة الى أربعة وعشرون ساعة، بنسبة 47.17 %، مقابل 5.66% يباشرن الارضاع بعد مرور أربعة و عشرون ساعة في حين أن 34.02% من النساء اللائي تلقين معلومات باشرن الارضاع بعد ستة الى 24 ساعة بعد الولادة ، مقابل 9.28% باشرن الارضاع بعد مرور أربع و عشرون ساعة.

يعتبر مباشرة الارضاع بعد الولادة مباشرة عملية أساسية في نجاح الرضاعة الطبيعية خاصة الحصرية منها في الأشهر الأولى لذلك استعملنا هذا المؤشر كمتغير تابع نحاول تحديد مدى تأثره ببعض بالمتغيرات المستعملة في دراستنا، يبدو من خلال الجدول السابق تبكير في الارضاع بعد الولادة لدى المبحوثات اللائي تلقين معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية منه لدى اللواتي لم يتلقين أي معلومات وان كانت الفوارق ليس بالكبيرة بين الفئتين إلا أن أغلب المبحوثات في الفئة الثانية تأخرن الى ما

بعد 06 ساعات في مباشرة الإرضاع، وتقع عملية الحث على مباشرة الارضاع بعد الولادة على عاتق العاملين في المجال الصحي لتواجد الأمهات في المراكز الصحية والمستشفيات، بالإضافة الى توعية الأمهات بضرورة ممارسة الرضاع الطبيعية الحصرية وكذا أفضلية حليب الأم على أي غذاء اخر خاصة اللبأ الذي تنتجه الأم في الأيام الأولى بعد الولادة.

الجدول رقم 26: العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته.

نمط الغذاء المقدم للطفل / تلقت معلومات	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة طبيعية +غذاء اخر		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	43	**44.3**	50	**51.5**	0	**0**	4	**4.1**	97	**100**
لا	0	**0**	33	**62.3**	4	**7.5**	16	**30.2**	53	**100**
المجمـوع	43	**28.7**	83	**55.3**	4	**2.7**	20	**13.3**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن في الأشهر الستة التي تلت الولادة، بنسبة 55.3% مقابل 2.7% من المبحوثات قدمن رضاعة طبيعية + غذاء اخر لأطفالهن في نفس الفترة.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في تلقي الأم معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية نلاحظ أن نسبة 51.5 %، من المبحوثات اللواتي تلقين معلومات قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن في الأشهر الستة الأولى مقابل 4.1% قدمن رضاعة مختلطة+ غذاء اخر لأطفالهن في نفس الفترة، بينما هناك 62.3% من النساء اللائي لم يتلقين معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن، بينما ولا مبحوثة من الفئة الثانية مارست الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين وهو

ماتبين من خلال اختبار كا2، حيث عند حسابه قدرت قيمته بـــ 48.991 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بعدم وجود علاقة بين المتغيرين، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0,496 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

يظهر جليا من خلال الجدول السابق أن عملية تلقين الأمهات معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية تأثر على توجههن نحو تقديم نمط معين من الغذاء، فالأمهات اللواتي لم يتلقين أي معلومات لم تقدمن رضاعة طبيعية حصرية في الأشهر الستة الاولى من حياة أطفالهن وهذا راجع الى عدم تلقي الدعم اللازم لهن لممارسة هذا النوع من الرضاعة، في حين نجد أن جميع المبحوثات اللواتي مارسن رضاعة طبيعية حصرية تلقين معلومات حول فوائدها وهنا تظهر أهمية تلقين الأمهات المعلومات وتحفيزهن وتثقيفهن صحيا حول اتباع نمط معين من التغذية لأطفالهن في مختلف الأعمار.

الجدول رقم 27: العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / تلقت معلومات	1-0 شهر		3-2 أشهر		5-4 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	3	**3.09**	44	**45.36**	7	**7.22**	43	**44.33**	97	**100**
لا	14	**26.42**	30	**50.85**	9	**16.98**	00	**00**	53	**100**
المجمـوع	17	**11.3**	74	**49.3**	16	**10.7**	43	**28.7**	150	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تتراوح من 2 الى 3 أشهر بنسبة 49.3%

مقابل 10.7% من المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تتراوح من 4 الى 5 أشهر.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في تلقي الأم معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية نلاحظ أن نسبة 45.36 %، من المبحوثات اللواتي تلقين معلومات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 2 الى 3 أشهر مقابل 3.09% أرضعن رضاعة طبيعية حصرية لفترة تتراوح من 0 الى 1 شهر، بينما هناك 50.85% من النساء اللواتي لم يتلقين معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 2 الى 3 أشهر ، يتضح من خلال الجدول السابق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ماتبين من خلال اختبار كا2، حيث عند حسابه قدرت قيمته بـــ 43.886 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0,476 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

لعل أهم ما يمكننا استخلاصه من خلال هذا الجدول هو التأكيد على دور تلقين الأمهات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعي وحثهم عليها، لذا لاحظنا ارتفاع في ممارسة هذا النوع من الرضاعة لدى المتلقيات للمعلومات، بدليل أن اللواتي لم يتلقين أي معلومات أرتفعت عندهن نسبة من لم تتجاوزن شهرا واحدا في ممارسة هذا النوع من الرضاعة الى 26.42 %، فعدم احاطة الأم بالمعلومات اللازمة في مجال الرضاعة الطبيعة يثبط عزيمتهن لممارسة سليمة للرضاعة الطبيعية حتى وان استمر الارضاع الى عامين لكن تبقى الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى أهم جزء في نجاح هذه الممارسة، وتساهم بشكل كبير في صحة الطفل من خلال تجنيبه عدة مشاكل في مراحل لاحقة من عمره.

الجدول رقم 28: العلاقة بين تلقيي المبحوثات المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية وأرائهن حول أفضلية الغذاء المناسب للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته :

الغذاء الأفضل / تلقت معلومات	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة طبيعية +غذاء اخر		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%
نعم	74	**76.3**	18	**18.6**	0	**00**	5	**5.2**	**97**	**100**
لا	2	**3.8**	35	**66**	1	**1.9**	15	**28.3**	**53**	**100**
المجموع	76	**50.7**	53	**35.3**	1	**0.7**	20	**13.3**	**150**	**100**

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يفضلن الرضاعة الطبيعية الحصرية كغذاء لأطفالهن 50.7% مقابل 0.7% من المبحوثات يفضلن رضاعة طبيعية +غذاء اخر كغذاء لأطفالهن في نفس الفترة.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في تلقي الأم معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية نلاحظ أن أغلب النساء اللواتي تقين معلومات صرحن بأفضلية الرضاعة الطبيعية الحصرية بنسبة 76.3 %، مقابل 5.2% يفضلن رضاعة مختلطة بالإضافة الى غذاء اخر في حين نجد فقط أن 3.8 % من بين المبحوثات اللواتي لم يتلقين أي معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية يفضلن رضاعة طبيعية حصرية و 66 % يفضلن رضاعة مختلطة، يتضح من خلال الجدول السابق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ماتبين من خلال اختبار كا2، حيث عند حسابه قدرت قيمته بـــ 73.042 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.815 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0,572 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

يؤثر تلقي الأمهات للمعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية في رأيهن حول الغذاء الأنسب لأطفالهن في الأشهر الستة الأولى من حياتهم، وهو ما لمسناه من خلال الجدول السابق حيث أن أغلب اللواتي تلقين معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية يفضلن الوسيلة المثلى في تغذية أطفالهن، مما يؤثر ايجابا على ممارستهن حيث يدركن بذلك أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية ومزاياها سواءا للطفل أو للأم.

الجدول رقم 29: العلاقة بين مصدر المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية ومدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى .

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / مصدر معلومات	1-0 شهر		3-2 أشهر		5-4 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
العاملين في المجال الصحي	01	**1.7**	27	**46.6**	6	**10.3**	24	**41.4**	58	**100**
الأسرة	02	**13.3**	11	**73.3**	0	**00**	2	**13.3**	15	**100**
كـــتـــب	0	**00**	0	**00**	1	**10**	9	**90**	10	**100**
وسائل الاعلام	0	**00**	6	**42.9**	0	**00**	8	**57.1**	14	**100**
المجمـوع	03	**3.1**	44	**45.4**	7	**7.2**	43	**44.3**	97	**100**

من أجل فهم العلاقة بين مصدر المعلومات ومدة الرضاعة الطبيعية الحصرية وضعنا هذا الجدول، حيث يتبين أن اتجاهه العام نحو 45.4% من المبحوثات اللواتي تلقين معلومات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى 03 أشهر، وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مصدر هذه المعلومات الأثر الايجابي لهذه المعلومات ظهر جليا عند من تلقين معلومات من الكتب حيث 90 % منهن أرضعن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 06 أشهر تليها نسبة 57.1% مارسن نفس النمط عند اللواتي تلقين تلك المعلومات عن طريق وسائل الاعلام، بينما

أقتصرت نسبة من مارسن رضاعة طبيعي حصرية لمدة 06 أشهر وتلقين معلومات عن طريق العاملين في المجال الصحي 41.4%.

لا شك أن جميع مصادر المعلومات تلعب دورا في توعية الأم بفوائد الرضاعة الطبيعية، ومن ثم اتباع الطريقة المثلى في تغذية الأطفال خاصة في الأشهر الستة الأولى التي تلي الولادة، لقد لاحظنا في الجدول السابق تباين في النسب الأمر الذي يوحي بأن هناك علاقة، وهو ما تأكد عند الاستعانة باختبار كا2 تبين أن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الفعلية والنظرية للجدول حيث عند حساب كا2 قدرت قيمته بـــ 24.916 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 9 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 16.919 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0,452 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

ان الارتفاع في نسبة من يرضعون أطفالهن حصرا لمدة ستة أشهر عند من تلقين المعلومات عن طريق الكتب راجع الى اجتماع أمرين في المبحوثة هما أولا : رغبتها في معرفة ما يناسب رضيعها وبالتالي الاستعانة ذاتيا بالمعلومات عن طريق شراء تلك الكتب أو استلافها والأمر الثاني هو سهولة الرجوع اليها في أي وقت والبتالي ثبات تلك المعلومات عند الأم، على عكس المصادر الأخرى تصادف المبحوثة أحيانا كالمعلومات التي تتلقاها عن طريق وسائل الإعلام، أو عن طريق العاملين في المجال الصحي أين تتاح الفرصة عند مراجعة الطبيب أثناء فترة الحمل أو عند الولادة في المستشفى باعتبار أن أغلب الولادات تكون في المراكز الصحية، غير أن ما نلاحظه هو انخفاض المعلومات المقدمة من طرف العاملين في المجال الصحي حيث أن 38.7 % فقط من المبحوثات تلقين نصائح بالإرضاع من طرف العاملين في المجال الصحي في أنه من المفروض جميع الأمهات يتلقين المعلومات والنصح بالإرضاع منهم ، وهو ما يطرح علامة استفهام حول دور العاملين في المجال الصحي والمسؤولية التي تقع على عاتقهم في هذا المجال.

الجدول رقم 30: العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية وزمن مباشرة الارضاع بعد الولادة.

تاريخ بداية الارضاع / مستوى الوعي	بعد الولادة مباشرة		بعد ساعة الى 06		بعد 06 الى 24 ساعة		بعد 24 ساعة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	22	**41.5**	17	**32.1**	13	**24.5**	1	**1.9**	53	**100**
متوسط	6	**26.1**	5	**21.7**	9	**39.1**	3	**13**	23	**100**
ضعيف	16	**21.6**	14	**18.9**	36	**48.6**	8	**10.8**	74	**100**
المجمـوع	44	**29.33**	36	**24**	58	**38.67**	12	**08**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يباشرن الارضاع بعد ستة الى 24 ساعة بعد الولادة بنسبة 38.67%، مقابل 08% من المبحوثات يباشرن الارضاع بعد مرور أربعة وعشرون ساعة من الولادة.

وعند ادخالنا المتغير المستقل وهو مستوى وعي الأمهات بفوائد الرضاعة الطبيعية نلاحظ ارتفاع في نسبة من يباشرن الارضاع بعد الولادة مباشرة عند من يتمتعن بمستوى وعي عالي وذلك بنسبة 41.5%، وتبدأ هذه النسبة بالتراجع كلما تراجع مستوى وعي المبحوثة حيث قدرت 26.1% عند ذوات مستوى وعي متوسط و 21.6% عند ذوات مستوى وعي ضعيف حيث ترتفع عند هذه الفئة نسبة من يباشرن الارضاع بعد 06 ساعات الى 59.4%، على العموم يتبين من خلال الجدول وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما لمسناه من خلال اختبار كا تربيع الذي قدر عند حسابه بـــ 15.133 وهي قيمة أكبر من نظيرتها الجدولية عند درجة الحرية 6 و نسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 12.592 أما عن شدة العلاقة فهي علاقة ضعيفة نوعا ما حيث عند حساب معامل ارتباط التوافق قدر بـــ 0,303 .

يبدو واضحا أن المبحوثات اللواتي يمتمتعن بأكبر قدر من معلومات فوائد الرضاعة الطبيعية يبكرن في ارضاع أطفالهن بعد الولادة مباشرة مقارنة بنظيراتهن من

اللواتي هن على قدر متوسط أو ضعيف، فالأم عندما تكون على قدر كاف من المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية تدرك أنه مع البدء فى الرضاعة الطبيعية مبكرا يساعد ذالك على إدرار اللبن سريعا، بالإضافة الى ادراكها أن اللبأ الذي ينزل من الأم بعد الولادة مباشرة غنى بالأجسام المضادة الطبيعية التى تحمى الطفل من الإصابة بالأمراض المعدية، مما يجعل الأم ذات وعي صحي عالي تستغل الفرصة التي لا تعوض وهي اشباع ابنها بأكبر قدر من اللبأ وذلك يكون بمباشرة الارضاع بعد الولادة مباشرة.

الجدول رقم 31: يوضح العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته.

نمط الغذاء المقدم للطفل / مستوى الوعي	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة طبيعية +غذاء اخر		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	31	**58.5**	21	**39.6**	0	**00**	1	**1.9**	53	**100**
متوسط	8	**34.8**	14	**60.9**	0	**00**	1	**4.3**	23	**100**
ضعيف	4	**5.4**	48	**64.9**	4	**5.4**	18	**24.3**	74	**100**
المجمـوع	43	**28.7**	83	**55.3**	4	**2.7**	20	**13.3**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن في الأشهر الستة التي تلت الولادة، بنسبة 55.3% مقابل 2.7% من المبحوثات قدمن رضاعة طبيعية + غذاء اخر لأطفالهن في نفس الفترة، وعند ادخال المتغير المستقل مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية يتبين أنه كلما زاد وعي الأم زادت نسبة ممارستها الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى بعد الولاد، حيث أن نسبة 58.5% من المبحوثات اللواتي تمتلكن معلومات جيدة حول فوائد الرضاعة الطبيعية اعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر، في حين أن 64.9 % من

اللواتي لم يتلقين أي معلومات أو تلقين معلومات ضعيفة اعتمدن على الرضاعة المختلطة في نفس الفترة، بعد اخضاع معطيات الجدول الى اختبار كا2 قدرت قيمتها المحسوبة بـ 51.833 وهي أكبر من نظيرتها الجدولية عند درجة الحرية 6 و نسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـ 12.592، مما يعني أن مستوى الوعي يؤثر في الاتجاه نحو تقديم نمط معين من الغذاء للطفل، وعموما تعتبر شدة الارتباط متوسطة بين المتغيرين حيث قدر معامل الارتباط التوافق للجدول السابق بـ 0,507.

نستخلص أن أغلب المبحوثات اللواتي يمتمتعن بأكبر قدر من المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية، يقتصرن على الرضاعة الطبيعية فى اطعام أطفالهن طيلة ستة أشهر بعد الولادة ادراكا منهن بأنها هي أفضل غذاء للطفل في هذه المرحلة من حياته، فإلمام الأم بجميع أو أغلب الفوائد لحليبها يجعلها تبادر الى ممارسة هذا النوع من التغذية في اطعام طفلها في هذه المرحلة من عمره بالمقابل نرى أن عدم المام الأم بالمعلومات حول المزايا الصحية لحليبها يجعلها لا تميز بين حليبها والحليب الصناعي من حيث المزايا الصحية بل يتعدى ذلك الى اعتقاد بعض المبحوثات أن الحليب الصناعي أفضل من حليب الأم، أو أنه من الضروري دعم حليب الأم بالحليب الصناعي أو غذاء اخر لأن حليب الأم لا يكفي وغيرها من المعتقدات الخاطئة وهو الأمر الذي لمسناه عند عدة مبحوثات كما يبينه الجدول رقم 20 المذكور سابقا.

الجدول رقم 32: العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بفوائد الرضاعة الطبيعية و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى .

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / مستوى الوعي	1-0 شهر		3-2 أشهر		5-4 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	1	**1.9**	15	**28.3**	6	**11.3**	31	**58.5**	53	**100**
متوسط	1	**4.3**	12	**52.2**	2	**8.7**	8	**34.8**	23	**100**
ضعيف	15	**20.3**	47	**63.5**	8	**10.8**	4	**5.4**	74	**100**
المجمـوع	17	**11.3**	74	**49.3**	16	**10.7**	43	**28.7**	150	**100**

يتبين أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو 49.3% من المبحوثات اللواتي أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى 03 أشهر، بينما 10.8% أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 4 الى 5 أشهر وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مستوى وعي الامهات الصحي تجاه ممارسة الرضاعة الطبيعية تبين أن نسبة 58.5% من المبحوثات اللواتي تمتلكن مستوى وعي عالي حول فوائد الرضاعة الطبيعية مارسن الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر، مقابل 1.9 % منهن مارسنها لمدة شهر فأقل في حين أن 52.2 % من اللواتي يمتلكن معلومات متوسطة مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لفترة من شهرين الى 03 أشهر مقابل4.3 % منهن مارسنها لمدة شهر فأقل ، بينما نلاحظ أن 63.5% من اللواتي يمتلكن معلومات ضعيفة مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لفترة من شهرين الى 03 أشهر مقابل 5.4 % فقط منهن مارسنها لفترة ما بين 06 أشهر، نلاحظ تدرج وزيادة في مدة الرضاعة الحصرية مع ارتفاع الوعي لدى المبحوثات ما يعني وجود علاقة قدرت عند حساب معامل الارتباط التوافق 0,496 أي أن عناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

يبدو واضحا تأثر المبحوثات بالمعلومات التي بحوزتهن تجاه الرضاعة الطبيعية على مدة ممارستهن الحصرية لها، فالأم التي تغيب عندها المعلومات حول الفوائد

الصحية للرضاعة الطبيعية لا تدرك مدى استفادة رضيعها من مزاياها في حال ممارستها، وبالتالي غياب الحافز يجعلعها لا تعير أهمية للرضاعة الطبيعية وان استمر ارضاعها الى مدة أحيانا تصل سنتين لكن تبكيرها في ادخال الأغذية الأخرى يحرم ابنها الكثير من مزايا حليب أمه ويجعل من الرضاعة الطبيعية مجرد غذاء يقدم على فترات متباعدة أوفي الليل عند بكاء الطفل، فالعبرة ليست بالاستمرار في الارضاع الى ما بعد السنة ولكن بالاقتصار على الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى ، وعند بلوغ الطفل الشهر السادس يكون بحاجة الى أغذية تكميلية لنموه ونشاطه.[1]

الجدول رقم 33: العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس ومباشرة الارضاع بعد الولادة.

تاريخ بداية الارضاع / مستوى الوعي	بعد الولادة مباشرة		بعد ساعة الى 06		بعد 06 الى 24 ساعة		بعد 24 ساعة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	27	**52.9**	17	**33.3**	7	**13.7**	0	**00**	51	**100**
متوسط	2	**22.2**	1	**11.1**	6	**66.7**	0	**00**	09	**100**
ضعيف	15	**16.7**	18	**20**	45	**50**	12	**13.3**	90	**100**
المجمـوع	44	**29.3**	36	**24**	58	**38.7**	12	**08**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يباشرن الارضاع بعد ستة الى 24 ساعة بعد الولادة بنسبة 38.67%، مقابل 08% من المبحوثات يباشرن الارضاع بعد مرور أربعة وعشرون ساعة من الولادة، وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس يتبين أن هناك ارتفاع في نسبة من يباشرن الارضاع بعد الولادة مباشرة عند من يتمتعن بمستوى وعي عالي وذلك بنسبة 52.9%، وتبدأ هذه

[1] يونيسيف. **حقائق للحياة**، مكتب اليونيسيف في لبنان، بيروت،2011، ص 44.

النسبة بالتراجع كلما تراجع مستوى وعي المبحوثة حيث قدرت 22.2% عند ذوات مستوى وعي متوسط و 16.7% عند ذوات مستوى وعي ضعيف حيث ترتفع عند هذه الفئة نسبة من يباشرن الارضاع بعد 06 ساعات الى 63.3%، و66 % عند ذوات وعي متوسط، يتبين من خلال الجدول وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما لمسناه من خلال اختبار كا تربيع الذي قدر عند حسابه بـــ 38.861 وهي قيمة أكبر من نظيرتها الجدولية عند درجة الحرية 6 و نسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 12.592 أما عن شدة العلاقة فهي علاقة متوسطة حيث عند حساب معامل ارتباط التوافق قدر بـــ 0,454

ان مستوى الوعي بمخاطر ادخال أغذية على الطفل مبكرا يؤثر على مباشرة الارضاع بعد الولادة، فالأم التي تعي ذلك تبادر الى ارضاع طفلها وتجنيبه ممارسة بعض الممرضات بحيث يتم فصل الطفل عن أمه بعد الولادة وإعطائه زجاجة الرضاعة الصناعية وإضافة محلول الغلوكوز بحجة أن الطفل يبكي اضافة الى أن الأم المتمتعة بمستوى وعي صحي عالي تدرك أن حرمان الطفل من أمه بعد الولادة قد يؤثر على ادرار الحليب وبالتالي على عملية الارضاع لاحقا، عكس الأم التي لا تمتلك معلومات عن خطورة مثل هذه الممارسات، فلا ترى أي مانع من تلقي رضيعها رضاعة صناعية أو أي سوائل أخرى وبالتالي فحالتها الصحية بعد الولادة حيث تكون مرهقة ومتعبة إضافة الى نقص أو انعدام المعلومات يعزز من تلك الممارسة اللامسؤولة بحرمان الطفل من أثمن شيء يتلقاه بعد ولادته وهو اللبأ ذلك الحليب اللزج الغني بالمضادات الحيوية.

الجدول رقم 34: العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته.

نمط الغذاء المقدم للطفل / مستوى الوعي	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة طبيعية +غذاء اخر		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	36	**70.6**	15	**29.4**	0	**00**	0	**00**	51	**100**
متوسط	3	**33.3**	6	**66.7**	0	**00**	0	**00**	09	**100**
ضعيف	4	**4.4**	62	**68.9**	4	**4.4**	20	**22.2**	90	**100**
المجمـوع	43	**28.7**	83	**55.3**	4	**2.7**	20	**13.3**	150	**100**

من خلال القراءة الاحصائية لمعطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن في الأشهر الستة التي تلت الولادة، بنسبة 55.3% مقابل 2.7% من المبحوثات قدمن رضاعة طبيعية + غذاء اخر لأطفالهن في نفس الفترة، وعند ادخال المتغير المستقل مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس يتبين أن نسبة 70.6% من المبحوثات اللواتي تمتلكن معلومات جيدة اعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر، في حين أن 66.7 % من اللواتي يمتلكن معلومات متوسطة اعتمدن في تغذية أطفالهن على الرضاعة المختلطة مقابل 33.3% اعتمدن على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر، أما المبحوثات اللواتي لم يتلقين أي معلومات أو تلقين معلومات ضعيفة اعتمدن على الرضاعة المختلطة في نفس الفترة بنسبة 68.9% ، مقابل 4.4% اعتمدن على الرضاعة الطبيعية الحصرية، يبدو واضحا من خلال القراءة الاحصائية السابقة وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تم تأكيده من خلال اختبار كا2 حيث قدرت القيمة المحسوبة بـ 75.145 بينما تقدر الجدولية عند درجة الحرية 6 ونسبة الدلالة 0.05 بـ 12.592، أي أن هناك علاقة

ارتباط بين المتغيرين قدرت عند حساب معامل الارتباط التوافق بـــ 0,578 وعي علاقة متوسطة.

تتأثر الأم بنوعية المعلومات التي تمتلكها حول مخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس على نوعية الغذاء الذي تقدمه لرضيعها في تلك الفترة من حياته، فالأم التي تعي بأن مكونات أي غذاء اخر لا تضاهي حليبها مهما كان تبادر بإرضاع ابنها طبيعيا لكي تجنبه مثل هذه الأغذية المتمثلة في الحليب الصناعي والأغذية التكميلية الذي أثبتت الدراسات أن ادخال الأطعمة على الرضيع قبل بلوغه الشهر السادس يتسبب له بعدة مشاكل كالاسهالات الحادة و أمراض الجهاز التنفسي مشاكل الجهاز الهضمي والكلى[1] الى غيرها من المخاطر، عكس الأم التي لا تمتلك المعلومات حول مثل هذه الأخطار فالبرغم من معرفتها بفوائد الرضاعة الطبيعية إلا أن جهلها بالمخاطر يجعلها تسعى دائما الى التبكير بإدخال الأغذية التكميلية ضنا منها أن هذه الأغذية تنفع رضيعها وتدعم طفلها الى جانب الرضاعة الطبيعية وهي بالعكس من ذلك تضره ولا تنفعه على الاطلاق لأن الجهاز الهضمي للطفل وكليتيه لا يكونان قد تطورا بالشكل الذي يسمح لهما باستقبال مكونات هذه الأغذية.

الجدول رقم 35: العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / مستوى الوعي	0-1 شهر		2-3 أشهر		4-5 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	0	**00**	13	**25.5**	2	**3.9**	36	**70.6**	51	**100**
متوسط	0	**00**	4	**44.5**	2	**22.2**	3	**33.3**	09	**100**
ضعيف	17	**18.9**	57	**63.3**	12	**13.3**	4	**4.4**	90	**100**
المجمـوع	17	**11.3**	74	**49.3**	16	**10.7**	43	**28.7**	150	**100**

[1] اليونيسيف. **حقائق للحياة**، المرجع السابق، ص 44.

يتبين أن الاتجاه العام للجدول يتجه الى أن 49.3% من المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى 03 أشهر، بينما 10.8% أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 4 الى 5 أشهر وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مستوى وعي الامهات الصحي بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس تبين أن نسبة 70.6% من المبحوثات اللواتي تمتلكن مستوى وعي عالي مارسن الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر، مقابل 3.9 % منهن مارسنها لفترة ما بين 04 الى 05 أشهر في حين أن 44.5 % من اللواتي يمتلكن معلومات متوسطة مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لفترة من شهرين الى 03 أشهر، بينما نلاحظ أن 63.3% من اللواتي يمتلكن معلومات ضعيفة مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لفترة من شهرين الى 03 أشهر مقابل 4.4 % فقط منهن مارسنها لفترة 06 أشهر، بعد حساب كا 2 نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين قدرت عند حساب معامل الارتباط التوافق بـ 0.576 أي أن عناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

كما لاحظنا سابقا يؤثر مستوى وعي الأم بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس على نوع الغذاء المقدم للطفل في نفس الفترة، فالأم التي تعي هذه المخاطر يدفعها الى تجنيب ابنها مثل هذه الأغذية في هذه الفترة من حياته، وتبادر الى تقديم الرضاعة الطبيعية عكس الأم التي تجهل هذه المخاطر فإنها تعتقد أنه من الواجب تعزيز الرضاعة الطبيعية بأغذية أخرى أو بالحليب الصناعي، ولا ترى في ذلك خطورة على ابنها وبالتالي هذا الاعتقاد الخاطئ يحرم الطفل فرصة الاستفادة من الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياته.

الجدول رقم 36: العلاقة بين مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس وفترة ادخال الأغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس

فترة ادخال الأغذية / مستوى الوعي	3-2 أشهر		5-4 أشهر		الشهر السادس		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
عالي	1	**6.7**	13	**86.6**	1	**6.7**	15	**100**
متوسط	0	**00**	5	**83.6**	1	**16.7**	6	**100**
ضعيف	43	**50**	40	**46.5**	3	**3.5**	86	**100**
المجمـوع	44	**41.1**	58	**54.2**	5	**4.7**	107	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات قدمن اللواتي لم يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 06 أشهر أدخلن أغذية على أطفالهن خلال الشهر الرابع والخامس بنسبة 54.2% مقابل 4.7% منهن أدخلن الأغذية الأخرى خلال الشهر السادس وعند ادخال المتغير المستقل مستوى الوعي لدى المبحوثات بمخاطر ادخال أغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس،يتبين أن نصف المبحوثات اللواتي يتميزن بمستوى وعي ضعيف أدخلن تلك الأغذية خلال الشهر الثاني والثالث، في حين أن أغلب المبحوثات ذوات وعي صحي عالي ومتوسط اللواتي لم يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر تأخرن في ادخال الأطعمة الأخرى الى غاية الشهر الرابع والخامس بنسبة 86.6 % و 83.6 % على التوالي، هذا وقد قدرت درجة الارتباط للجدول السابق عند حساب معامل التوافق بـــ 0.355 أي أن هناك علاقة ضعيفة نوعا ما بين المتغيرين.

ان الأمهات اللواتي لهن اطلاع على مخاطر التبكير بإدخال الأغذية على الطفل حتى وان لم يمارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى فإنهن يتأخرن بإدخال الأغذية الى مابعد الشهر الثالث، وهذا يعود ربما الى عوامل أخرى

كعمل الأم وهو ما سنعرفه من خلال تحليلنا للفرضية الثانية، في حين أن عدم اطلاع الأم على هذه المخاطر يجعلها تبكر بإدخال تلك الأغذية، على العموم نقول ان عدم احاطة الأم بالمعلومات اللازمة تجاه الغذاء الأنسب لطفلها وعدم معرفة مخاطر التبكير بإدخال الأغذية على طفلها يقلل فرص الطفل من الاستفادة أكثر من حليب أمه من جهة ويجعله عرضة لمخاطر صحية وان لم تظهر حاليا فإنها قد تصاحبه في مراحل متقدمة من عمره لاحقا.

الجدول رقم 37: العلاقة بين نصيحة أزواج المبحوثات لهن بنوع التغذية الواجب تقديمها للطفل ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته.

نمط الغذاء المقدم للطفل / نصيحة الزوج	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
رضاعة طبيعية حصرية	38	**64.4**	20	**33.9**	1	**1.7**	59	**100**
رضاعة مختلطة	2	**8.7**	20	**87**	1	**4.3**	23	**100**
رضاعة مختلطة +غذاء اخر	0	**00**	1	**50**	1	**50**	2	**100**
المجموع	40	**47.6**	41	**48.8**	3	**3.6**	84	**100**

يتبين أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو أن أغلب المبحوثات اللواتي تلقين نصائح من أزواجهن قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن في الأشهر الستة الأولى التي تلي الولادة بنسبة 48.8 % ، مقابل 3.6 % منهن قدمن رضاعة مختلطة بالإضافة الى غذاء اخر في نفس الفترة، وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في نصيحة الأزواج حول نمط الغذاء الواجب تقديمه للطفل، يتبين أن 64.4% من المبحوثات اللواتي تلقين نصح من أزواجهن بتقديم رضاعة طبيعية حصرية أرضعن أطفالهن طبيعيا وحصريا، مقابل 1.7 % منهن اعتمدن على رضاعة مختلطة بالإضافة الى غذاء آخر، بينما 87% اللواتي تلقين نصح من أزواجهن بتقديم رضاعة مختلطة قدمن

بالفعل رضاعة مختلطة مقابل 4.3 % منهن قدمن رضاعة مختلطة بالإضافة الى غذاء اخر، لمعرفة ما اذا كانت هناك علاقة بين المتغيرين قمنا بحساب كا2، حيث عند حسابه قدرت قيمته بـــ 33.999 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 4 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 9.488 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0,537 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

يؤثر رأي الزوج في اتجاه الأم لتقديم نمط معين من التغذية للطفل، وهو ما لمسناه من خلال الجدول وترجع هذه العلاقة الى كون الزوج هو الأقرب الى الزوجة من أي شخص أخر، وبالتالي يرى نفسه مطالب بتقديم النصح والإرشاد الى زوجته فيما يخص صحة ابنه وعلى رأسها تغذية الطفل، لكن نشير هنا الى أن نصيحة الزوج ليس بالضرورة يكون لها التأثير المباشر، فاتجاه الأم نحو تقديم نمط معين من التغذية يتأثر كما علمنا سابقا بوعيها الصحي، وبالتالي اجتماع عدة عوامل أخرى مع نصيحة الزوج قد تزيد من تأثيره.

نتائج تحليل الفرضية الأولى:

سنحاول تحت هذا العنوان تسليط الضوء على بعض النتائج التي توصلنا اليها من خلال تحليلنا لجداول الفرضية الأولى، القائلة بأنه كلما قل الوعي الصحي للأم تجاه فوائد الرضاعة الطبيعية كلما قلت فرصة تلقي رضيعها رضاعة طبيعية حصرية في الأشهر الستة الأولى من حياته.

استنتجنا من خلال العلاقة بين مصدر المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية وممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية أن هذه الاخيرة ترتفع نسبتها عند الأمهات اللواتي تلقين معلومات من الكتب بنسبة 90%، أي أن المعلومات المتلقاة من الكتب تبقى راسخة لدى الأم وتسهل مراجعتها في أي وقت عند النساء اللواتي بالفعل يهتممن بصحة أطفالهن، دون اغفال دور العاملين في المجال الصحي وكذا دور وسائل الاعلام في نشر الوعي الصحي تجاه الرضاعة الطبيعية في أوساط الأمهات.

كما تبين لنا أن النساء اللواتي يتمتعن بقدر كبير من المعلومات تجاه الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية، يباشرن الارضاع بعد الولادة مباشرة أكثر من نظيراتهن اللواتي لا يتوفرن على معلومات أو لديهن معلومات قليلة فقط حول فوائد الرضاعة الطبيعية، وهو نفس الشيئ الذي ظهر عند المبحوثات اللواتي يتمتعن بقدر كبير من المعلومات حول مخاطر ادخال اغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس.

اتضح لنا أن النساء اللواتي يتمتعن بمستوى وعي عالي تجاه الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية هن أكثر من أرضعن أطفالهن حصريا لمدة ستة أشهر بنسبة 58.5% في فئتهن وتدرجت هذه النسبة الى الأسفل كلما قل الوعي الصحي للأم تجاه الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية، أي أن الوعي الصحي للأم يلعب دورا في ممارسة هذا النمط من الرضاعة، وما يؤكد ذلك أن من بين المبحوثات اللواتي لا يمتلكن المعلومات أو اللواتي لديهن معلومات ضعيفة ما نسبته 63.5 % منهن مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة شهرين الى 03 أشهر فقط.

كما اتضح أن المبحوثات اللواتي هن على قدر عالي من الوعي الصحي حول مخاطر ادخال اغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس مارسن الرضاعة الطبيعية فقط لمدة ستة أشهر بنسبة 70.6% أما من لم تمارسن هذا النوع منهن فأغلبهن

تأخرن في ادخال الأغذية على الطفل الى ما بعد الرابع حتى السادس بنسبة 93.33 % في حين أن نرى أن نصف المبحوثات اللواتي لا يمتلكن قدر كبير من المعلومات أو تكون المعلومات عندهن منعدمة أبكرن في ادخال الأغذية على الطفل خلال الشهر الثاني والثالث بنسبة 50% ، كما أن 4.4 % منهن فقط تأخرن الى ما بعد الشهر السادس في ادخال هذه الأغذية.

أما عن رأي المبحوثات حول أفضلية الغذاء المناسب للطفل في الأشهر الستة الأولى، فيظهر جليا تأثير وعي الأم في رأيها حول النمط الواجب تقديمه للطفل في هذه المرحلة من حياته، فكل المبحوثات بنسبة 100 % من الفئتين اللواتي يتمتعن بمعلومات عالية ومتوسطة يرين أن أفضل غذاء هو الرضاعة الطبيعية الحصرية، بينما قدرت ذات النسبة عند المبحوثات اللواتي لايمتلكن أي معلومات أو معلوماتهن ضعيفة بـ 17.8%، بينما كان اتجاههم الى أفضلية الرضاعة المختلطة بنسبة 58.9%.

نلاحظ وجود فوارق بين رأي الأم حول الغذاء الواجب تقديمه للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته وممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، عند جميع فئات المبحوثات الموزعة حسب وعيهن الصحي، وتفسير ذلك يعود الى وجود عوامل أخرى تتحكم في ممارسة هذا النوع من الرضاعة غير الوعي الصحي وهو ما سنحاول الوصول اليه من خلال تحليلنا للفرضيتين المتبقيتين، وبالتالي فممارسة أي نمط من الغذاء قد يتحدد بعدة عوامل متفاوتة في تأثيرها لكن يبقى الأهم في تحليل هذه الفرضية هو أن للوعي الصحي للأم دور في اتجاهها نحو تقديم نمط معين لطفلها.

في الأخير وبعد تحليلنا للجداول السابقة نقول: أنه كلما قل الوعي الصحي للأم تجاه فوائد الرضاعة الطبيعية قلت فرصة تلقي رضيعها رضاعة طبيعية حصرية في الأشهر الستة الأولى من حياته.

الفـــصـــل الثالث

تحليل الفرضية الثانية.

- تحليل الفرضية الثانية:

سنحاول تحت هذا العنوان التحقق من صحة الفرضية التالية :

خروج الأم للعمل يقلل بنسبة كبيرة تلقي المولود الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الستة أشهر الأولى من حياته.

اعتمدنا في تحليل الفرضية الثانية على عدة مؤشرات هي:

- عمل الأم.
- طبيعة دوام العمل.
- قرب مكان العمل من البيت.
- مدة عطلة الأمومة.

- **الجدول رقم 38: العلاقة بين الوضعية المهنية للأم وزمن مباشرة الرضاعة الطبيعية بعد الولادة:**

تاريخ بداية الارضاع / الوضعية المهنية	بعد الولادة مباشرة		بعد ساعة الى 06		بعد 06 الى 24 ساعة		بعد 24 ساعة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	11	**15.71**	19	**27.15**	35	**50**	5	**7.14**	70	**100**
لا تعمل	33	**41.25**	17	**21.25**	23	**28.75**	7	**8.75**	80	**100**
المجمـوع	44	**29.33**	36	**24**	58	**38.67**	12	**08**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يباشرن الارضاع بعد ستة الى 24 ساعة بعد الولادة بنسبة 38.67%، مقابل 08% من المبحوثات يباشرن الارضاع بعد مرور أربعة وعشرون ساعة من الولادة.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في عمل الأم نلاحظ أن نصف النساء العاملات لم يباشرن الارضاع بعد الولادة إلا بعد مرور ستة الى أربعة وعشرون ساعة، مقابل 28.75% عند النساء اللواتي لا تعملن، في حين أن أغلب النساء غير العاملات باشرن الارضاع بعد الولادة مباشرة بنسبة 41.25%، مقابل 15.71% فقط من النساء العاملات باشرن الارضاع بعد الولادة مباشرة.

تتأثر عملية مباشرة الارضاع بعد الولادة بالوضعية المهنية للأم وهو ما ظهر إحصائيا، أما تفسير ذلك فيعود الى كون الأم العاملة التي ترغب فعلا في انجاح عملية الرضاعة الطبيعية غالبا ما يكون عملها بمثابة عائق وهذا ما يقلل من فرصة مباشرة الارضاع بعد الولادة كون الأم العاملة ربما تقرر مسبقا بالتبكير بإدخال الحليب الصناعي على رضيعها، وبالتالي ترى بعدم ضرورة مباشرة الارضاع بعد الولادة، فتتأخر في البدئ في الإرضاع عكس الأم غير العاملة التي تسعى الى انجاح عملية الرضاعة الطبيعية كون أن ليس لها التزامات خارج المنزل، وبالتالي ادراكها بأنها ستبقى طول الوقت مع ابنها مستقبلا بالإضافة الى رغبتها في انجاح عملية الرضاعة

الطبيعية وخاصة الحصرية منها في الأشهر الستة الأولى يمثلان حافزان لمباشرة الرضاعة بعد الولادة.

- **الجدول رقم 39: العلاقة بين الوضعية المهنية للأم ومدة الرضاعة الطبيعية الحصرية:**

مدة الرضاعة الحصرية / الوضعية المهنية	0-1 شهر		2-3 شهر		4-5 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	3	**4.3**	45	**64.3**	6	**8.6**	16	**22.9**	70	**100**
لا تعمل	14	**17.5**	29	**36.3**	10	**12.5**	27	**33.8**	80	**100**
المجمـوع	17	**11.3**	74	**49.3**	16	**10.7**	43	**28.7**	150	**100**

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تتراوح من 2 الى 3 أشهر بنسبة 49.3% مقابل 10.7% من المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تتراوح من 4 الى 5 أشهر.

وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في الوضعية المهنية للأم يتضح أن أغلب الأمهات العاملات يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 2 الى 3 أشهر بنسبة 64.3%، مقابل 4.3% مارسن نفس النمط لمدة تتراوح بين 0 الى شهر واحد، بينما النساء غير العاملات 36.3% منهن أرضعن أطفالهن من حليبهن حصرا لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر، مقابل 12.5% مارسن نفس النوع من الرضاعة لمدة 4 الى 5 أشهر، على العموم نلاحظ أن هناك علاقة بين المتغرين وهو ما تأكد من خلال حساب اختبار الفرضيات كا2، حيث عند حسابه قدرت قيمته بـــ 13.786 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 أما عن درجة العلاقة بين المتغيرين فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.290 أي أن هناك علاقة ضعيفة نوعا ما بين المتغيرين.

يبدو لنا أن عمل الأم يؤثر على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية وان كان التأثير ضعيفا نوعا ما كما أشرنا سابقا إلا أن هذا الضعف في التأثير ربما يعود الى تأثير عوامل أخرى، الأمر الذي لا يمكننا من خلاله تحديد بدقة تأثير الوضعية المهنية للأم على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، وهذا ما نسعى لتحديده من خلال تفكيك هذا المتغير الى عدة مؤشرات أخرى من أجل فهم العلاقة الحقيقية بين المغيرين.

الجدول رقم 40: العلاقة بين الوضعية المهنية للأم ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته:

نمط الغذاء المقدم للطفل / الوضعية المهنية	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة طبيعية +غذاء اخر		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	16	**22.9**	45	**64.3**	1	**1.4**	8	**11.4**	70	**100**
لا تعمل	27	**33.8**	38	**47.5**	3	**3.8**	12	**15**	80	**100**
المجمـوع	43	**28.7**	83	**55.3**	4	**2.7**	20	**13.3**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات قدمن رضاعة مختلطة لأطفالهن في الأشهر الستة التي تلت الولادة، بنسبة 55.3% مقابل 2.7% من المبحوثات قدمن رضاعة طبيعية + غذاء اخر لأطفالهن في نفس الفترة.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في الوضعية المهنية للأم تبين أن أغلب الأمهات العاملات قدمن رضاعة مختلطة للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته بنسبة 64.3%، مقابل 1.4 % منهن قدمن رضاعة طبيعية الى جانب غذاء اخر، في حين أن 47.5% من النساء الماكثات بالبيت قدمن رضاعة مختلطة للطفل، مقابل 3.8% منهن قدمن رضاعة طبيعية الى جانب غذاء اخر.

ويمكن أن نفسر هذا التباين في النسب بتغير الدور الاجتماعي للمرأة الجزائرية نتيجة التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي عرفها المجتمع، فبعد أن كانت المرأة تلازم البيت وتهتم بتربية وتنشئة الأبناء وتلبي متطلبات الزوج والأسرة وهذا في إطار تقسيم العمل الاجتماعي بين الزوجين في الأسرة، أصبحت اليوم وبعد حصولها مستويات تعليمية تقتحم عالم الشغل إلى جانب الرجل وتقضي معظم أوقاتها خارج البيت مما يؤثر على أدائها وعلاقاتها داخل المنزل، وهذا ما تبينه نتائج هذا الجدول من حيث نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى، فالبرغم من انخفاض النسبة عند كلا الفئتين الا أنها منخفظة بنسبة أكبر عند النساء العاملات .

الجدول رقم 41: العلاقة بين طبيعة دوام عمل الأم و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى:

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / طبيعة الدوام	1-0 شهر		3-2 أشهر		5-4 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دوام كامل	3	**5**	42	**70**	2	**3.3**	13	**21.7**	60	**100**
نصف دوام	0	**00**	3	**30**	4	**40**	3	**30**	10	**100**
المجمـوع	3	**4.3**	45	**64.3**	6	**8.6**	16	**22.9**	70	**100**

من خلال القراءة الاحصائية لمعطيات الجدول السابق يتبين أن اتجاهه العام يتجه نحو أن أغلب النساء العاملات مارسن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 64.3% ، مقابل 4.3% منهن مارسن نفس النمط من الإرضاع لمدة تتراوح بين 0–1 شهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في دوام العمل، يظهر تباين في النسب حيث أن المبحوثات اللواتي تعملن بنظام الدوام الكامل أغلبهن مارسن الرضاعة الطبيعية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 70%، مقابل 3.3 % منهن أرضعن أطفالهن حصريا لمدة 4 الى 5 أشهر، في حين أن النساء اللواتي يعملن

نصف دوام أغلبهن مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 4 الى 5 أشهر وانقسمت باقي النسبة الى الارضاع الحصري لمدة 2 الى 3 أشهر و 4 الى 5 أشهر بنسبة 30% لكل مدة.

واستنادا الى معطيات الجدول وبعد حساب كا2، قدرت قيمته بـــ 16.338 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.435 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

يؤثر نظام دوام عمل الأم على عملية الرضاعة، وهو ما لحظناه من خلال الجدول السابق حيث أن المبحوثات اللواتي تعملن بنصف دوام ارتفعت عندهن مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية، وهو أمر طبيعي لأن الأم تكون قريبة من طفلها أكثر في أغلب الأوقات، فإذا ما أرادت فعلا انجاح عملية الرضاعة فان عملها في هذا الحالة لا يشكل عائقا لأنها تغيب فترة قصيرة عن المنزل، بحيث يمكن أن تعوض ابنها تلك الرضعة عند عودتها الى المنزل هذا اذا عملت في الصباح، كما يمكنها أن تجعل ابنها يخلد الى النوم مع ارضاعه قبل ذهابها الى العمل اذا كان نصف دوام عملها في المساء، وهذا الأمر لا يمكن للمرأة التي تعمل بنظام الدوام الكامل أي أنها تغيب عن منزلها طول اليوم وبالتالي تجد نفسها مضطرة الى ادخال الحليب الصناعي على طفلها أو أغذية أخرى.

الجدول رقم 42: العلاقة بين قرب المنزل على مكان عمل الأم بحيث يمكنها العودة منتصف النهار و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / طبيعة الدوام	1-0 شهر		3-2 أشهر		5-4 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يمكنها العودة الى المنزل	0	**00**	2	**10.5**	5	**26.3**	12	**63.2**	19	**100**
لا يمكنها	3	**5.9**	43	**84.3**	1	**2**	4	**7.8**	51	**100**
المجموع	3	**4.3**	45	**64.3**	6	**8.6**	16	**22.9**	70	**100**

من خلال معطيات الجدول السابق يتبين أن اتجاه العام يتجه نحو أن أغلب النساء العاملات مارسن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 64.3% ، مقابل 4.3% منهن مارسن نفس النمط من الإرضاع لمدة تتراوح بين 0-1 شهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في قرب مكان العمل من المنزل بحيث يمكن العودة الى الطفل منتصف الدوام، يتبين أن أغلب المبحوثات اللواتي صرحن أنه يمكنهن العودة الى أطفالهن منتصف النهار أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 6 أشهر بنسبة 63.2 % ، بينما نلاحظ أن أغلب النساء اللواتي صرحن أنه لا يمكنهن العودة منتصف الدوام الى أطفالهن مارسن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر فقط بنسبة 84.3%، بالمقابل هناك 2% مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 4 الى 5 أشهر، وبعد حساب كا2 قدرت قيمته بـــ 40.952 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.608 أي أن هناك علاقة قوية بين المتغيرين.

كما رأينا سابقا أن أثر عمل الأم على ممارسة لرضاعة الطبيعية الحصرية لا يظهر جليا حيث ليس بالضرورة أن يكون عمل الأم عائقا أمام ممارسة الرضاعة الطبيعية، وهو ما لاحضناه من خلال الجدول السابق فالأم التي تسعى لإنجاح عملية الرضاعة الطبيعية وان كانت عاملة فإنها تسعى دائما الى ذلك كل ما اتيحت لها الفرصة وتستغل كل وقت لتستثمره في ذلك، وهو ما كان الحال عليه عند المبحوثات اللواتي يمكنهن العودة منتصف الدوام الى أطفالهن فان ثلثيهن نجحن في ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر، وأكثر من ربعهن مارسنها لمدة اربعة الى خمسة أشهر، أي أن هناك ارتفاع في مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية مقارنة بنظيراتهن اللواتي يغبن عن المنزل طول النهار فان أغلبهن يدخلن أغذية على أطفالهن أثناء الشهر الثاني أو الثالث، فساعات الرضاعة هي عطاء جيّد إذا صاحبه ظروف أخرى مكمّلة كوجود حضانات قريبة أو قريبة من مقر عملها فتذهب لترضع الطفل صباحا ومساءا إضافة لرضعات الصباح قبل أن تذهب للعمل وبهذا تستغل الساعتين

استغلالا عقلانيا، وبهذا لا تضطر المرأة لإدخال غذاء اخر وبالتالي استمرارية الرضاعة الطبيعية الحصرية الى غاية الشهر السادس.

الجدول رقم 43: العلاقة بين مدة عطلة الأمومة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى:

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / مدة عطلة الأمومة	0-1 شهر		2-3 أشهر		4-5 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
03 أشهر	3	**05**	44	**73.3**	1	**1.7**	12	**20**	60	**100**
05-03 أشهر	0	**00**	0	**00**	5	**100**	0	**00**	05	**100**
06 أشـــهر فأكثر	0	**00**	1	**20**	0	**00**	4	**80**	05	**100**
المجمـوع	3	**4.3**	45	**64.3**	6	**8.6**	16	**22.9**	70	**100**

يتبين أن اتجاه العام للجدول يتجه نحو أن أغلب النساء العاملات مارسن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 64.3% ، مقابل 4.3% منهن مارسن نفس النمط من الإرضاع لمدة تتراوح بين 0–1 شهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل مدة عطلة الأمومة يتبين أن 73.3% من النساء اللواتي استفدن من 03 أشهر كعطلة أمومة أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر مقابل 1.7% منهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 4 الى 5 أشهر، في حين أن جميع النساء اللواتي استفدن من مدة من 03 الى 05 أشهر كعطلة أمومة ارضعن أطفالن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 4 الى 5 أشهر، بينما نلاحظ أن أغلب اللواتي استفدن من عطلة أمومة مدتها 06 أشهر فأكثر أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة 06 أشهر مقابل 20% منهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر، نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين بدليل أن اختبار كا تربيع عند حسابه قدرت قيمته بـــ 70.34 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 6 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 12.59 أما عن

درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.711 أي أن هناك علاقة قوية بين المتغيرين.

من خلال هذا المتغير المتمثل في مدة عطلة الأمومة يظهر جليا تأثير عمل الأم على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، فعطلة الأمومة غالبا ما تكون ثلاثة أشهر فقط وهو ما يؤدي الى ادخال الحليب الصناعي و الأغذية الأخرى على الطفل مباشرة لتستأنف عملها لأنّ عطلة أمومتها قد انتهت والمقدرة ب 3 أشهر، رغم أنّ الميثاق الوطني أشار إلى ضرورة مراعاة ظروف عمل المرأة لتتمكن من التوفيق بين واجباتها المنزلية وواجباتها المهنية حيث يرى أنّ " النساء يمثلنّ نصف السكان القادرين على العمل ويشكلنّ احتياطا هاما من قوة العمل في البلاد، على أن إدخال المرأة الجزائرية إلى دوائر الإنتاج يجب أن يراعي ما تقتضيه كزوجة وكربة في بناء ودعم العائلة التي تشكل الخلية الأساسية للأمة، كما يجب أن يحاط تشغيل المرأة بقوانين صارمة تحفظ الأمومة وتوفر أمن الأسرة[1].

[1] – حزب جبهة التحرير الوطني. **الميثاق الوطني**، الجزائر، 1976، ص168.

نتائج تحليل الفرضية الثانية:

سنتطرق هنا الى بعض النتائج التي توصلنا اليها من خلال تحليلنا لجداول الفرضية الثانية القائلة : خروج الأم للعمل يقلل بنسبة كبيرة تلقي المولود الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الستة أشهر الأولى من حياته.

استنتجنا أن الامهات الماكثات بالبيت هن السباقات الى مباشرة الارضاع بعد الولادة بنسبة 41.25% مقابل 15.7% فقط من النساء العاملات يباشرن الرضاعة بعد الولادة مباشرة ، أي انه كلما كانت الأم ماكثة بالبيت كلما بكرت في ارضاع ابها بعد الولاد مباشرة.

كما استنتجنا أن عمل الأم لا يؤثر مباشرة على عملية الارضاع اذا توفرت بعض العوامل التي تحول دون تأثير هذا المتغير، وعند ادخال هذا المتغير بصفة عامة أي تقسيمه الى عاملين (الأم تعمل – لا تعمل) لا يظهر التأثير الواضح في ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية إلا بعد تفكيك عمل الأم الى المؤشرات التي تطرقنا اليها في تحليل الجداول السابقة.

ومن أهم مؤشرات عمل الأم هو دوام عملها فلقد توصلنا الى أن الأم التي تعمل بنصف دوام أو بوقت جزئي ارتفعت عندهن مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية مقارنة بنظيراتهن اللواتي يعمل كامل الدوام .

نفس الشيء توصلنا اليه عند تقسم الأمهات العاملات الى من يقرب مقر عملها من منزلها أو منزل أحد الأقارب بحيث يمكن العودة الى الطفل وإرضاعه منتصف الدوام، فكانت مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية مرتفعة عند من يمكنهن العودة الى اطفالهن منتصف الدوام بحيث استغلين ساعات الارضاع بالإضافة الى استراحة منتصف النهار بشكل جيد ، وكان هناك فارق كبير في نسبة الارضاع الطبيعي الحصري مع نظيراتهن اللواتي يبعد مكان عملهن عن منازلهن.

لعل أهم مؤشر كان له التأثير البالغ على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية هو مدة عطلة الأمومة، فلقد لاحظنا تبكير في ادخال الحليب الصناعي والأغذية الأخرى على الطفل مباشرة بعد انتهاء عطلة الأمومة لمباشرة العمل، وارتفعت نسبة الرضاعة

الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر الى 80 % عند النساء اللواتي لم يعدن الى عملهن إلا بعد مرور 06 أشهر فأكثر بعد الولادة.

من خلال التحليل السابق يمكن القول بأن خروج الأم للعمل يقلل بنسبة كبيرة تلقي المولود الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الستة أشهر الأولى من حياته، وان كان هذا التأثير لا يمكن أن يحدث في ظل توفر بعض الامكانيات كتوفير دور الحضانة في مقرات العمل وتعزيز القوانين الحالية في ما يخص عطلة الأمومة وساعات الارضاع بقوانين أخرى تضمن حقوق الأطفال في تلقي رضاعة طبيعية كافية لهم من دون اللجوء الى الرضاعة الطبيعية و الأغذية الأخرى التي تضر أكثر مما تنفع، وتمكين الأم من ممارسة دورها الطبيعي البيولوجي .

الفـــصـــل الرابع
تحليل الفرضية الثالثة.

– تحليل الفرضية الثالثة: تأثير استعمال وسائل الحمل الهرمونية على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية:

من خلال هذا الفصل سنقوم بتحليل جداول الفرضية الثالثة:

استعمال الأم وسائل منع الحمل الهرمونية بعد الولادة يقلل فرصة تلقي مولودها رضاعة طبيعية حصرية في الست الأشهر الأولى من حياته.

سنعتمد على عدة مؤشرات بغية اظهار تأثيرها في مؤشرات المتغير التابع المتمثل في ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، وهذه المؤشرات هي :

- استعمال وسائل منع الحمل
- نوع وسيلة منع الحمل
- نوع تركيب الوسائل الهرمونية
- رأي المبحوثة في تأثير الوسائل الهرمونية على حليبها

الجدول رقم 44: العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل بعد الولادة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / استعمال وسائل منع الحمل	0-1 شهر		2-3 أشهر		4-5 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	14	**13**	59	**54.6**	9	**8.3**	62	**24.1**	108	**100**
لا	3	**7.1**	15	**35.7**	7	**16.7**	17	**40.5**	42	**100**
المجموع	17	**11.3**	74	**49.3**	16	**10.7**	43	**28.7**	150	**100**

من خلال معطيات الجدول يتبين أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تتراوح من 2 الى 3 أشهر بنسبة 49.3% مقابل 10.7% من المبحوثات أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تتراوح من 4 الى 5 أشهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل استعمال وسائل منع الحمل يتبين أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن وسيلة من وسائل منع الحمل بعد ولادة الطفل المعني أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 54.6 %، مقابل 8.3% منهن ارضعن أطفالهن بنفس الطريقة لمدة 4 الى 5 أشهر، في حين أن 40.5% من المبحوثات اللواتي لم يستعملن وسائل من الحمل بعد الولادة أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية مدة 6 أشهر، مقابل 7.1 % أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهر فأقل ، عند حساب اختبار كا تربيع للجدول قدرت قيمته بـــ 7.904 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 اي أن هناك علاقة بين المتغيرين أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.224 أي أن هناك علاقة ضعيفة بين المتغيرين.

نلاحظ أن العلاقة بين المتغيرن لم تظهر جليا أو بالأحرى ضعيفة، ويرجع هذا الى نوع المؤشر وهو استعمال وسائل منع الحمل بصفة عامة بما فيها الوسائل غير الهرمونية التي يدخل ضمنها الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل، الشيئ الذي

يحول دون ظهور العلاقة بين المتغيرين بصورة واضحة، لذا سنحاول من خلال الجداول الاتية التطرق الى علاقة وسائل منع الحمل حسب أنواعها والرضاعة الطبيعية الحصرية، بعد ذلك سنتطرق الى العلاقة بين الوسائل الهرمونية فقط مع الرضاعة الطبيعية.

الجدول رقم 45: العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل المستعملة بعد الولادة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / استعمال وسائل منع الحمل	0-1 شهر		2-3 أشهر		4-5 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
حبـــوب	14	**13.7**	58	**56.9**	8	**7.8**	22	**21.6**	102	**100**
لـــــولب	0	**00**	0	**00**	1	**100**	0	**00**	1	**100**
الواقي	0	**00**	1	**50**	0	**00**	1	**50**	2	**100**
الرضاعة الطبيعية	0	**00**	0	**00**	0	**00**	3	**100**	3	**100**
المجمـوع	14	**13**	59	**54.6**	9	**8.3**	26	**24.1**	108	**100**

من خلال معطيات الجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه نحو أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن وسائل منع لحمل بعد الولادة، أرضعن أطفالهن لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 54.6%، مقابل 8.3 % منهن أرضع أطفالهن لمدة 4 الى 5 أشهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في نوعية الوسيلة منع الحمل المستعملة، تبين أن أغلب البحوثات اللواتي استعملن الحبوب أرضعن أطفالهن لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 56.9%، مقابل 7.8 % منهن أرضع أطفالهن لمدة 4 الى 5 أشهر، في حين أن مبحوثة وحيدة اعتمدت على اللولب كوسيلة لمنع الحمل أرضعت مولودها رضاعة حصرية لمدة 4 الى خمسة أشهر، بينما هناك مبحوثتين اعتمدتا على الواقي كوسيلة لمنع حملهن واحدة منهن أرضعت طفلها رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر والأخرى منهن أرضعته رضاعة طبيعية حصرية لمدة 4 الى 5 أشهر، وأهم ما نلاحظه هنا أن المبحوثات اللواتي اعتمدن على الرضاعة الطبيعية

كوسيلة لمنع الحمل نجحن كلهن في ارضاع أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر، من هنا تظهر أهمية اعتماد الرضاعة كوسيلة لمنع الحمل فتحصل بذلك الأم فوائد جمة وهذا تحقق هدفين في ممارسة واحدة، وهما ضمان رضاعة طبيعية حصرية لمولودها وكذا تجنب الحمل، ونشير هنا الى أن من المستحسن اضافة الى اعتماد الرضاعة الطبيعية كوسيلة منع الحمل يجب دعم هذه الممارسة بوسيلة أخرى غير هرمونية كالرزنامة أو الواقي، لأنه وبالرغم من أن الرضاعة الطبيعية اذا تمت ممارستها بشكل جيد ثبتت نجاعتها في منع الحمل الا أنه في بعض الأحيان يمكن حصول حمل غير مرغوب به بمجرد عدم التزام الأم مارستها يوميا وفق رضاعات معينة تعطى للطفل بشكل آني،

على العموم نلاحظ هناك علاقة بين المتغيرين ، حيث عند حساب كا2 قدرت قيمته بـــ 21.888 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 9 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 16.92 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.411 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

الجدول رقم 46: العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة ونمط الغذاء المقدم للطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته.

نمط الغذاء المقدم للطفل / نوع تركيب الوسيلة الهرمونية	رضاعة طبيعية حصرية		رضاعة مختلطة		رضاعة طبيعية +غذاء اخر		رضاعة مختلطة +غذاء اخر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أحادية التركيب الخاصة بالمرضعة	21	**31.3**	38	**56.7**	1	**1.5**	7	**10.5**	67	**100**
ثنائية التركيب الخاصة بغير المرضعة	1	**2.9**	23	**65.7**	1	**2.9**	10	**28.6**	35	**100**
المجمـوع	22	**21.6**	61	**59.8**	2	**1.96**	17	**16.74**	102	**100**

يتضح من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلب المبحوثات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية، أرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة في الأشهر الستة التي تلت الولادة بنسبة 59.8 %، مقابل 1.9 % منهن اعتمدن في نفس الفترة على

الرضاعة المختلطة + غذاء اخر في تغذية أطفالهن، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في نوع تركيبة وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة نلاحظ أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية أحادية التركيب ، أرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة في الأشهر الستة التي تلت الولادة بنسبة 56.7 %، مقابل 1.5 % منهن اعتمدن في نفس الفترة على الرضاعة المختلطة + غذاء اخر، بينما تبين أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية ثنائية التركيب ، أرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة في الأشهر الستة التي تلت الولادة بنسبة 65.7 %، مقابل 2.9 % منهن فقط اعتمدن في نفس الفترة على الرضاعة الطبيعية الحصرية في تغذية أطفالهن.

يبدو أن هناك علاقة بين المتغيرين وهو ما تأكد من خلال اختبار كا2 ، حيث عند حسابه قدرت قيمته بـــ 13.710 وهي قيمة أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.344 أي أن هناك علاقة ضعيفة نوعا ما بين المتغيرين.

يبدو واضحا ارتفاع نسبة الارضاع الطبيعي الحصري عند الأمهات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية ذات التركيب الأحادي، مقارنة بنظيراتهن اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية ذات التركيب الثنائي التي تحتوي على البروجستين + الاستروجين هذا الأخير المعروف بتأثيره على حليب الأم حيث يقلل من ادرار الحليب، وبالتالي لجوء الأم الى الحليب الصناعي أو أغذية أخرى لإشباع رضيعها حيث أن 63% من المبحوثات اللواتي لجئن الى وسائل منع الحمل الثنائية التركيب بررن لجوئهن الى أغذية أخرى في تغذية أطفالهن بعدم كفاية حليهن.

الجدول رقم 47: العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / استعمال وسائل منع الحمل	1-0 شهر		3-2 أشهر		5-4 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أحادية التركيب الخاصة بالمرضعة	10	**14.9**	28	**41.8**	8	**11.9**	21	**31.3**	67	**100**
ثنائية التركيب الخاصة بغير المرضعة	4	**11.4**	30	**85.7**	0	**00**	1	**2.9**	35	**100**
المجمـوع	14	**13.7**	58	**56.9**	8	**7.8**	22	**21.6**	102	**100**

يتبين من خلال القراءة الاحصائية للجدول ان اتجاهه العام يتجو نحو اغلب المبحوثات اللواتي استعملن وسائل منع الحمل الهرمونية بعد الولادة، أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 56.9%، مقابل 7.8% منهن أرضع أطفالهن لمدة 4 الى 5 أشهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في نوع تركيبة وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة نلاحظ أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية أحادية التركيب أرضعن أطفالهن مدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 41.8%، مقابل 14.9 % منهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة وشهر واحد فأقل، في حين نلاحظ أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية ثنائية التركيب أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 85.7%، مقابل 2.9 % منهن فقط اعتمدن في نفس الفترة على الرضاعة الطبيعية الحصرية في تغذية أطفالهن، أما عن العلاقة بين المتغيرن فهي موجودة بدليل أنه عند حساب كا تربيع ، قدرت قيمته بـــ 20.834 وهي أكبر من كا تربيع الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة بـــ 7.86 أما عن درجة العلاقة، فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0.412 أي أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

كما لاحظنا سابقا تتأثر مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية بنوعية الوسيلة الهرمونية من حيث تركيبها، حيث أن حليب الأم يتأثر تدريجيا بالوسيلة الهرمونية التي تحتوي على الاستروجين بعد بداية استعماله، وهو ما يبرر لجوء أغلب النساء اللواتي تستعملن هذه الوسيلة الى دعم حليبهن بداية الشهر الثالث أو الرابع وبالتالي توقف ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية عند الشهر الثاني أو الثالث، إلا أنه يمكن القول أن تأثير الوسائل الهرمونية على الرضاعة الطبيعية الحصرية يبقى نسبي نوعا ما، اذا اعتبرنا أن أغلب النساء المرضعات في حال لجوءهن الى استعمال الوسائل الهرمونية فانهن يستعملن تلك الوسائل الخاصة بالمرضعات.

الجدول رقم 48: العلاقة بين رأي المبحوثة في تأثير وسيلة منع الحمل الهرمونية على حليبها و مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى

مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية / رأي المبحوثة	0-1 شهر		2-3 أشهر		4-5 أشهر		6 أشهر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تؤثر	6	**8.3**	37	**51.4**	8	**11.1**	21	**29.2**	72	**100**
لا تؤثر	8	**26.7**	21	**70**	0	**00**	1	**3.3**	30	**100**
المجموع	14	**13.7**	58	**56.9**	8	**7.8**	22	**21.6**	102	**100**

يتضح من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو اغلب المبحوثات اللواتي استعملن وسائل منع الحمل الهرمونية بعد الولادة، أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 56.9%، مقابل 7.8% منهن أرضع أطفالهن لمدة 4 الى 5 أشهر، وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في رأي المبحوثة حول تأثير الوسائل الهرمونية على حليب الأم يتبين أن المبحوثات اللواتي يعتقدن أن هذه الوسائل تؤثر في حليب الأم أغلبهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 56.9%، مقابل 8.3% منهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهر فأقل، بينما نلاحظ أن المبحوثات اللواتي يعتقدن

أن هذه الوسائل لا تؤثر في حليب الأم أغلبهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة أشهر بنسبة 70%، مقابل 3.3% منهن فقط أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر، كا2، أما عن درجة العلاقة بين المتغيرين فهي ضعيفة نوعا ما فعند حسابنا معامل التوافق قدر بـــ 0,372.

وتعكس نتائج هذا الجدول ما أشرنا اليه سابقا حيث ارتفعت نسبة الارضاع الطبيعي الحصري عند المبحوثات اللواتي يعتقدن أن حليب الام يتأثر بالوسائل الهرمونية وبالتالي تحرصن على اقتناء وسيلة منع حمل خاصة بالأم المرضعة، عكس المبحوثات اللواتي لا يعتقدن تأثير الوسائل الهرمونية على عملية ادرار الحليب وبالتالي فان لجوئهن الى الوسائل الهرمونية الثنائية التركيب كان اعتمادا على وصفة طبية سابقة أي قبل الولادة أو عن طريق اللجو مباشرة الى الصيدلية وهو ماتبين في دراستنا، حيث أن 33.3 % من المبحوثات اللواتي استعملن وسائل منع الحمل الهرمونية كان اقتناءها من دون وصفة طبية حديثة أو عن طريق اللجوء الى الصيدلية مباشرة 97.1% منهن استعملن وسائل هرمونية ثنائية التركيب.

نتائج تحليل الفرضية الثالثة:

من خلال اطلاعنا على نتائج الجداول التي اعتمدناها في تحليل الفرضية الثالثة القائلة بأن: استعمال الأم وسائل منع الحمل الهرمونية يقلل فرصة تلقي مولودها رضاعة طبيعية حصرية في الست الأشهر الأولى من حياته، يمكننا أن نستخلص مايلي :

استنتجنا أن اعتماد الأم على الرضاعة الطبيعية كوسيلة منع الحمل يمثل حلا أمثل في تفادي الحمل في الأشهر الستة الأولى بعد الولادة، بالإضافة الى استفادة ابنها بقدر كافي من فوائد الرضاعة الطبيعية، وهو ما تجلى في أن جميع المبحوثات اللواتي اعتمدن الرضاعة كوسيلة لمنع الحمل أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصري لمدة ست أشهر.

كما استخلصنا أن اعتماد الأم على الوسائل الهرمونية ثنائية التركيب يؤثر على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية سلبا، حيث تبين أن أغلب من اعتمدن هذه الوسائل بكرن في ادخال أغذية أخرى على الطفل سواءا الحليب الصناعي أو أغذية أخرى تكميلية، وأغلبهن كان في الفترة بداية من الشهر الثاني والثالث.

توصلنا كذلك أن معرفة الأم بتأثير وسائل منع الحمل الهرمونية يجعلها في حال استعمالها تلجأ الى الوسيلة المناسبة، وهو ما تبين من النتائج السابقة حيث أن أغلب المبحوثات اللواتي استعملن الوسائل الهرمونية أحادية التركيب يعتقدن أن الوسائل الهرمونية بصفة عامة تؤثر على حليبهن، وبالتالي اعتمدن على الوسيلة المناسبة بحكم أنهن مرضعات.

الاستنتاج العام:

بعد الانتهاء من هذه الدراسة بجانبيها النظري والميداني تم التوصل الى هذا الاستنتاج والذي سنفصله في أهم النقاط التي توصلنا اليها ، وقبل التطرق الى نقاط الجانب الميداني فلقد تبين لنا من خلال هذا البحث أهمية الرضاعة الطبيعية وما تمثله بالنسبة لصحة الرضيع من توفير بيئة جيدة لنموه العقلي السليم وكذا اكتسابه لمناعة قوية تقيه من الأمراض، كالأمراض الجرثومية، والحساسية، والسرطانية وغيرها من الأمراض، الأمر الذي من شأنه خفض وفيات الأطفال، بالإضافة الى النمو النفسي الجيد للطفل، ولاحظنا الفوارق الكبيرة بين مكونات كل من حليب الأم والحليب الصناعي، كما استنتجنا أنه مهما كانت مكونات الحليب الصناعي انه لايمكن أن يجاري حليب الأم مهما كان تركيبه وهذا راجع للتغير الهرموني لحليب الأم والذي يتغير حسب عمر الرضيع بطريقة دقيقة، هذا اضافة الى الفوائد الصحية والنفسية التي تكتسبها الأم من خلال ارضاعها لطفلها.

وبعد تحليلنا لنتائج الدراسة الميدانية نلاحظ أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر في مجتمعنا منخفضة حيث أشارت نتئاج هذه الدراسة الى أن 28.7% فقط يمارسن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر، وجاءت نتائج دراستنا مقاربة نوعا لما جاءت به نتائج المسح الوطني المتعدد المؤشرات الأخير الذي أجري في الجزائر سنتي 2012-2013 حيث قدرت به نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر بـــ 25.7 %.

من خلال تحليلنا للفرضية الأولى لاحظنا أن الوعي الصحي للأم بالنسبة للفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية سواءا للطفل أو الأم يلعب دورا كبيرا في ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، وهو ما لمسناه عند المبحوثات حيث ارتفعت نسبة هذه الممارسة عند الأمهات اللواتي يمتلكن معلومات بقدر كافي عن الفوائد الصحية للإرضاع الطبيعي، عكس الأمهات اللواتي تنعدم عندهن هذه المعلومات فلقد لاحظنا انخفاض محسوس في مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية عندهن، نفس الشيئ بالنسبة لحصول الأمهات عن المعلومات الكافية حول المخاطر الصحية للتبكير في ادخال الأغذية على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس، وهو الأمر الذي حذرت منه منظمة اليونيسيف

ومنظمة الصحة العالمية، فلقد لمسنا رغبة في ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة أكبر عند المبحوثات اللواتي تمتلكن معلومات حول هذه المخاطر، وهو ما تجلى في ممارسة 70.6% منهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر، و نسبة 100% يعتقدن بأفضلية هذه الممارسة كخيار لتغذية الطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته.

توصلنا كذلك في دراستنا الى عزوف العاملين في المجال الصحي عن القيام بالدور المنوط بهم، وهو توعية الأم بضرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية وفوائده ومدة ممارستها بصفة حصرية، حيث صرحت 38.66% فقط من المبحوثات بأنهن تلقين معلومات عن الرضاعة الطبيعية من طرف العاملين في المجال الصحي، الأمر الذي من شأنه اهمال هذه الممارسة أو ممارستها بطريقة غير صحيحة.

كما أستنتجنا أن لوجهة النظر الزوج تأثير نوعا ما على توجه الأم نحو تقديم نمط معين من الغذاء لرضيعها، حيث أشارت نتائج دراستنا أن 64.4 % من المبحوثات اللواتي أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية في الأشهر الست الأولى بعد الولادة، كان رأي أزواجهن يصب في نفس الاتجاه ، وعلى ضوء هذه النتائج يمكن القول أن الفرضية الأولى قد تحققت فغياب الوعي الصحي لدى الأم يقلل نسبة تلقي مولودها رضاعة طبيعية حصرية في الأشهر الستة الأولى من حياته.

وأوضحت نتائج الدراسة أن ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية تتأثر بعمل الأم بشكل كبير، وهو ما ظهر عند المبحوثات اللواتي استفدن من عطلة أمومة لمدة ثلاثة أشهر، حيث تبدأ الأم في ادخال أغذية على الطفل مباشرة بعد عودتها الى العمل فقد أشارت نتائج الدراسة الى أن 73.3% من المبحوثات اللواتي استفدن من 03 أشهر فقط، كعطلة أمومة أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة اشهر، في حين أن 80 % من المبحوثات اللواتي استفدن من عطلة بعد الولادة ستة أشهر فأكثر أرضع أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر.

كما اشارت نتائج الدراسة أن استعمال وسائل منع الحمل مرتفعة في وسط المبحوثات، حيث أن 72% من المبحوثات لجئن الى وسائل منع الحمل، وجائت هذه النسبة مرتفع لما جائت به نتائج المسح الوطني المتعدد المؤشرات الرابع الذي أجري

في الجزائر في الفترة 2012-2013، حيث شارت نتائج هذا المسح الى نسبة 57 % من الجزائريات استعملن وسائل منع الحمل مهما كان نوعها، فيما قدرت استعمال الحبوب كوسيلة لمنع الحمل وسط المبحوثات بنسبة 68 %، في حين أشارت نتائج منع الحمل أن 43 % من النساء الجزائريات المتزوجات استعمل الحبوب كوسيلة لمنع الحمل.

لاحظنا من خلال هذه الدراسة انخفاض نسبة الرضاعة الطبيعي الحصرية عند النساء اللواتي استعملن وسائل منع الحمل المتمثلة في الحبوب حيث قدرت نسبة ممارستها عندهن لمدة ستة أشهر بـ 21.6% فقط، في حين أن أغلب النساء اللواتي انتهجن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل أرضعن أطفالهن رضاع طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر.

كما استنتجنا فارق في النسب بين من استعملن الحبوب بصفة عامة حيث تباينت النسب بين من استعملن الحبوب أحادية التركيب، والحبوب ثنائية التركيب حيث قدرت نسبة ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر عند الفئتين بنسب 31.3 %، و 2.9 % على التوالي.

الخـــاتمة:

نستنتج في ختام هذا البحث أن الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر في المجتمع الجزائري هي متراجعة حتى وان عرفت انتعاشة في السنوات الأخيرة الا أنها تبقى دون المستوى المطلوب على الأقل دون ما وصلت اليه بعض الدول العربية، ويرجع هذا التراجع الى ابتكار تكنولوجيات حديثة، وظهور بدائل لحليب الأم، والتي عرفت تجاوبا في معظم الأوساط الاجتماعية، الأمر الذي أدى بالأمهات وباختلاف مستوياتهن لا تترددن في استعمالها بحجة عدم الحليب لتغذية رضيعها إلاّ أنّ الحقيقة عكس ذلك، ف من الناحية الفيزيولوجية لا يمكن القول بأن الأم غير متوفرة على الحليب ، وإنّما هناك بعض الممارسات التي تجعل الأم غير قادرة يتوقف على إنتاج الحليب مما يجّر إلى التبكير في ادخال الأغذية التكميلة وبالتالي تراجع الرضاعة الطبيعية الحصرية .

ولا يمكننا تقييم خصوصية هذه الظاهرة ألا وهي التراجع إلاّ إذا تطرقنا لتأثير مجموعة من العوامل الاجتماعية والثقافية، إذ بامكان العاملين في المجال الصحي أن يتسببوا في هذا التراجع سواء بالتقصير في دعم وتشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية أو بإحداث ممارسات وإجراءات روتينية تحول دون المباشرة الطبيعية فيها، ومن الأمثلة الشائعة لهذه الوضعية الأخيرة فصل الأمهات عن الرضع وقت الولادة وإعطاء الرضع ماء الغلوكوز عن طريق القارورة الزجاجية قبل البدء في إدرار اللبن كما يمكن أن يؤثر محيط الأم على اتجاهها نحو هذه الممارسة، إذ من شأن خبرات المرأة وتربيتها منذ نعومة أظافرها أن تؤثر في مسلكها وفي أدائها الجيد للرضاعة الطبيعية من خلال رؤيتها وبانتظام لنساء أخريات يرضعن أطفالهن من الثدي لاسيما داخل أسرتها ومحيطها القريب مما يتيح للفتيات فرصة تكوين مواقف إيجابية إزاء الرضاعة الطبيعية، فمن الناحية المثالية ألا ننتظر حتى تتوجه هاته الأمهات إلى العيادات أو المستشفيات حتى يدخلن إلى قاعات الولادة للوضع ثم نعلمهنّ شيئا عن الرضاعة الطبيعية ونحفزهنّ عليها.

كما أنّ التغيرات الاجتماعية والثقافية التي عرفها المجتمع الجزائري أثرت على هذه الممارسة بحيث أصبح اقتحام المرأة عالم الشغل جعلها تجمع بين الدور البيولوجي

الفطري والاجتماعي المهني، إلاّ أنّ محاولة التفاعل بينهما جعلها تقصّر في أداء دور على حساب الآخر، إذ تعتبر عملية الإرضاع عملية بيولوجية معقدة يتوقف نجاحها على التقيد بمجموعة من الشروط أهمها المثابرة والتي لا يمكن للمرأة أن تلتزم بها بسبب ارتباطاتها المهنية الأمر الذي يجعل الحليب يقل إلى أن ينقطع فتسارع الأم لإدخال الرضاعة الصناعية والأغذية التكميلية على ابنها.

لذا فنجاح عملية الرضاعة الطبيعية بصفة عامة والحصرية منها على وجه الخصوص، يتطلب تكاتف الجهود وتحديد برنامج واضح و جاد، بالاضافة الى توفير الامكانيات اللازمة لذلك من سن لقوانين وتدريب العاملين في المجال الصحي وكذا اجراء عمليات الاشهار الواسعة، اضافة الى توفير دور خاصة للارضاع على مستوى أماكن العمل وفي الأماكن العمومية، وان كانت مثل هذه الحلول تكلف الخزينة، الا أنها توفر الكثير بالنسبة لصحة أبنائنا الذين هم أجيال المستقبل، وكذا التقليص من وفيات الرضع، بالاضافة الى التقليص من المصاريف الصحية وكذا فاتورة استيراد الحليب الصناعي.

التوصيات:

من خلال الدراسة التي قمنا بها وعلى ضوء النتائج التي توصلنا إليها سنقدم بعض التوصيات التي نأمل أن تكون بمثابة حلول من أجل تعزيز ممارسة الرضاعة الطبيعية بصفة عامة، ورفع نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة المولود على وجه الخصوص، ويمكن أن نلخص هذه التوصيات في النقاط التالية:

– العمل على تشجيع الرضاعة الطبيعية وخاصة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الولى من حياة المولود ، وذلك من خلال سن القوانين والتشريعات الي تحد من انتشار الحليب الصناعي، ويكون ذلك بتطبيق كل ما جاء في المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم، فالجزائر لم تلتزم بكل ما جاء في المدونة باستثناء بعض الأحكام ابتي أشرنا اليها في الفصل الثاني.

– تدريب العاملين الصحيين والاجتماعيين لا سيما المسؤولين مباشرة عن رعاية الأمهات، وتوعيتهم حول الأسس السليمة لتغذية الطفل مع التركيز على كيفية تشجيع الإرضاع الطبيعي عند الأمهات، وإلمامهم باليات الرضاعة الطبيعية وتأثيراتها النفسية والاجتماعية والصعوبات التي تواجه استمرارها وكيفية التغلب على هذه الصعوبات.

– يجب أن تركز برامج التثقيف الصحي والغذائي على كيفية تجهيز الأم للإرضاع الطبيعي أثناء الحمل وبعد الولادة وتصحيح المعتقدات الخاطئة حول صحة الأم والطفل حيث تبين أن هذه المعتقدات تؤثر سلبا على استمرار الرضاعة الطبيعية.

– زيادة على إجازة الأمومة المقدرة بثلاثة شهور، وكذا ساعتي الارضاع بعد الشهر الثالث يجب دعم الأم بساعات أخرى تصل الى أربع ساعات يوميا حتى بلوغ الطفل الشهر السادس وذلك لضمان تقديم رضاعة طبيعية حصرية في هذه الفترة من حياة الطفل.

– العمل على إنشاء غرف خاصة لحضانة الأطفال الرضع في المؤسسات الحكومية والخاصة التي تحتوي على عدد كبير من الأمهات، وذلك لاعطاء الأم فرصة لاصطحاب ابنها للعمل وإرضاعه في ساعات المخصصة للرضاعة واستغلالها استغلالا جيد.

– تحسين المناهج الدراسية بحيث تحتوي على معلومات ومقررات حول أهمية الرضاعة الطبيعية وكيفية استعداد الأم للإرضاع الطبيعي، وكذا العوامل المؤثرة على صحة وتغذية الطفل، وترسيخ الوعي بضرورة الرضاعة الطبيعية، ونشير هنا الى عملية التثقيف الصحي حول أهمية الرضاعة الطبيعية لا تشمل فقط الاناث وإنما كذلك الذكور لأنهم أزواج وآباء المستقبل، اذن فإدراج البرامج الصحية في المناهج الدراسية قد يكون له التأثير البالغ على كلا الجنسين مستقبلا.

– تشجيع تباعد الولادات بالاعتماد على الرضاعة الطبيعية ودعمها بوسيلة لتجنب الحمل أثناء الرضاع.

– توعية الأمهات اللواتي يرغبن الاعتماد على الوسائل الهرمونية لمنع الحمل بضرورة اقتناء الوسائل ذات التركيب الأحادي التي تحتوي على البروجستين فقط، وتفادي استعمال الوسائل الهرمونية ذات التركيب الثنائي التي تحتوي على الاستروجين الذي يقلل عملية ادرار الحليب وبالتالي لجوء الأم الى الحليب الصناعي وحرمان ابنها من حليبها

المراجـــع

1- القــرآن الكـريـــم

المراجع باللغة العربية

الكتب:

2 – أحمد شلبي .**الحياة الاجتماعية في التفكير الإسلامي،** ط 1، القاهرة، دار الاتحاد العربي للطباعة، 1968 .

3 – أميرة منصور يوسف. **المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية،** دار المعرفة الجامعية، ،الإسكندرية، 1997.

4 – إقبال إبراهيم مخلوف. **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية :اتجاهات نظرية،** دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،1991.

5 – بهاء الدين ابراهيم سلامة. **الصحة والتربية الصحية،** دار الفكر العربي، القاهرة،1997.

6– ربـــــحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم. **مناهج وأساليب البحث العلمي ،** الطبـعة الأولى، دار صفـاء للنـشر والتوزيع، عمـان،2000.

7 – زهير أحمد السباعي و اخرون .**التثقيف الصحي مبادئه و أسلوبه،** دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض، 1996.

8 – سامي ملحم. **مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس،** دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ،(الطبعة الأولى) ، عمان ، الأردن،2000.

9 – سحر الحجار. **الرضاعة الطبيعية في الإسلام،** مركز التقنيات التربوية والمعلوماتية، المدينة المنورة، 2009.

10 – عبد الباسط محمد السيد.**موسوعة تربية الطفل،** ألفا للنشر والتوزيع، الجيزة،2011.

11 – عبد الله الصوفي. **موسوعة العناية بالطفل،** دار العودة، بيروت، 1988 .

12 – فتيحة تركي و أوشا مالهوترا. **الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الانجابية والجنسية**، ط 3، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لندن، 2004.
13– لطيفة الفهد. **الرضاعة الطبيعية**، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ط2، الكويت ، 1983.
14– محمد الجوهري وآخرون. **علم الاجتماع ودراسة الإعلام والاتصال**، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية،1992.
15 – محمد رفعت .**الطفل**، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992 .
16 – مصطفى القمش وآخرون. **مبادئ الصحة العامة**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000 .
17 – ميريلا كيارندا .**التربية الاجتماعية في رياض الأطفال**، تر :فوزي محمد،القاهرة، دار الفكر العربي، 1992 .

الوثائق:

18 – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. **الجريدة الرسمية**، 2006،العدد46.
19 – الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. **الجريدة الرسمية**، 2012،العدد49.
20 – اليونيسيف. **حقائق للحياة**، مكتب اليونيسيف في لبنان، بيروت،2011.
21 – اليونيسيف.**وضع الأطفال في العالم 2007** ، نيويورك ، 2008 .
22 – اليونيسيف.**وضع الأطفال في العالم 2013** ، نيويورك ، 2013 .
23 – حزب جبهة التحرير الوطني. **الميثاق الوطني**، مصلحة الطباعة للمعهد الوطني، الجزائر، 1976.
24 – فهمي مصطفى محمود. **إعجاز القران في مدة الرضاعة ونوعيتها**، بحث مقدم للمؤتمر العالمي للإعجاز العلمي في القران والسنة، الكويت، المؤتمر الثامن 2006.
25 – منظمة الصحة العالمية . **الرضاعة الطبيعية: بلد واحد فقط من أصل 5 بلدان ينفذ بالكامل مدونة منظمة الصحة العالمية بشأن بدائل لبن الأم**، جنيف،2013.
26 – منظمة الصحة العالمية. **الاقتصار على الرضاعة الطبيعية طيلة الأشهر الستة الأولى من العمر**، جنيف،2011.

27 – منظمة الصحة العالمية. **تقرير تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال**،2013.

28 – وزارة الصحة والسكان و الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**،(التقرير الرئيسي) جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994.

29 – وزارة الصحة والسكان و الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الجزائري حول صحة الأسرة**، (التقرير الرئيسي)، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994.

المجلات:

30 – الأخضر ضرباني .**المرأة الجزائرية في تدعيم الإقتصاد الوطن**، المجلة الجزائرية، العدد 116 ،1983.

31 – عميرة جويدة، **الرضاعة الطبيعية بين القران الكريم والعلم**، مجلة مخبر المجتمع ومشاكل التنمية المحلية في الجزائر ، جامعة الشلف، العدد الثاني، جوان 2015 .

32 – عوفي مصطفى. **خروج المرأة إلى ميدان العمل وأثره على التماسك الأسري**،مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة ، العدد 19–جوان 2003.

33 – محمد كمال السيد يوسف. **مزايا وفوائد الرضاعة الطبيعية**، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، جامعة أسيوط، العدد الثلاثون 2006.

الدراسات والبحوث الجامعية:

34 – شعباني مالك. **دور الاذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي**، رسالة دكتوراه ، **جامعة منتوري قسنطينة،2005–2006**.

35 – عميرة جويدة. **المشروع الإنجابي بين الوعي و السلوك الحقيقي،دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن5–10سنوات** ، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي،جامعة الجزائر، 2004–2005.

36 – مشيد نبيلة. **أسباب تراجع الرضاعة الطبيعية**، رسالة ماجستير(غير منشورة)، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، الجزائر، 2004.
37 – نبيلة بوخبزة. الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر، 1995.
38 – وزارة الصحة والسكان البحرينية. **بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة على الرضاعة الطبيعية في البحرين**، دراسة ميدانية(غير منشورة)، البحرين، 1991.

المراجع باللغات الأجنبية:

الكتب:

39- attout Nadia et autres, **femme, emploi et fécondité en Algérie,** ceneap**,**alger**.**
40- BouTefnouchet MOSTEFA. **La famille Algérienne, Evolution et caractéristique** ,Alger, 1980.
41- HELENE Deutsch. **La psychologie des femmes : Etude psychanalytique**. P.U.F 1962.
42- Hurbert Flavigny. **Le bien être de l'enfant dans sa famille : prévention des troubles psychologiques et rôle de la psychiatrie** ,2eme édition, E.S.F, Paris , 1983.
43- Maurice Angers**. Initiation pratique à la méthodologie en science humaines**, Casbah Université, Alger, 1997.
44- Stuart Patricia, and Dettwyler Katherine. **Breastfeeding, Biocultural Perspectives,** Aldine De Gruyter, New York, 1995.

الوثائق:

45- Agence national de la famille et de la population. **Famille et population,** série n°56, Tunisie, 1987 .

46- Baby Milk Action**.** "World Health Assembly: New UN Resolution tackles intrinsic contamination." Baby Milk Action Update, Issue 41, November 2008.
47- CENEAP**.évolution de l'emploi en algerie ,**revu n° 21,2001.

48- INSP ET L'Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de la fin décennie, Santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie 2000 »** Rapport final, Alger, 2001.
49- INSP ET Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de la fin décennie, Santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie 2000 »** Rapport final, Alger, 2001.
50- INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK . Understanding the International Code. Accessed 5 August 2011.
51- Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS3**, Rapport principal, Alger, 2006.
52- Ministère de la santé ET AUTRES. E**nquête nationale à indicateurs multiples MICS4**, Rapport principal, Alger, 2015.
53- Ministère de la santé ET L'Unicef . **Enquête Nationale sur les objectifs de de la mi-decènnie, MDG Algérie 1995** , Rapport final, Alger, 1996.
54- Ministère de la santé de la Population. **POPULATION ET DEVELOPPEMENT EN ALGERIE (CIPD+10)** RAPPORT NATIONAL, Alger, 2003.

55- Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière : **Programme national de périnatalité**, Alger, 2009.
56- Office national des statistique, **Collections Statistiques N° 173,2011.**
57- UNICEF Ukraine. Compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Kyiv, 2004
58- unicef**. statistiques Algérie** ,alger , 2012.
59- World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, 2011.

الدراسات والبحوث الجامعية:

60- SHADEN Hamdi Shakeb Qanadelo**.The Impact of Exclusive Breastfeeding on Infant Morbidity in the First Six Months of Infant's life in Nablus's Refugee Camps,**Thesis Doctorah**,** An- Najah National University, Nablus, 2010.

مواقع الانترنيت:

61- www.unicef.org/arabic/nutrition/nutrition_30020.html . **2014**
62- www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014 /world_breastfeeding_week/ar /**. 2015**

الاستـــــمـــــارة:

البيانات الشخصية:

1. كم عمرك بالضبط ؟.....

2. ما هو مستواك التعليمي؟

-أمية ☐ - تقرأ و تكتب ☐ - إبتدائي ☐ - متوسط
- ثانوي ☐ - جامعي ☐ .

3. ما هو المستوى التعليمي لزوجك؟

-أمي ☐ - يقرأ و يكتب ☐ - إبتدائي ☐ - متوسط
- ثانوي ☐ - جامعي ☐ .

4. هل تمارسين نشاطا مهنيا ؟

- نعم ☐ لا ☐ .

5 اذا كان نعم هل تعملين خارج المنزل أم داخله

خارج المنزل☐. داخل المنزل ☐ .

6. إذا كان خارج المنزل ما هي طبيعته من حيث الدوام؟

دوام كامل ☐ نصف دوام ☐ .

7 . كم من يوم تعملين في الأسبوع؟.....

8 هل مكان عملك قريب من المنزل بحيث يمكن العودة للبيت منتصف النهار؟

. - نعم ☐ لا ☐ .

9 كم من شهر أخذت عطلة الأمومة أثناء انجابك هذا الرضيع ؟.....

بيانات حول الرضيع:

10. كم عمر رضيعك؟.....

11. جنس الرضيع:

ذكر ☐ أنثى ☐ .

12. ماهو ترتيب الرضيع في أولادك؟.....

معلومات حول استعمال وسائل منع الحمل:

13 .هل استعملت وسائل منع الحمل بعد ولادة هذا الرضيع ؟

نعم☐ لا ☐ .

14. إذا كان نعم ماهو نوعها؟

- حبوب☐ - ابر ☐ - لولب ☐ - الواقي ☐

- رضاعة طبيعية ☐ - أخرى ☐ حددي

.....

.....

15 اذا كانت الحبوب أو الابر ما نوعها.

الخاصة بالمرضعة (تحتوي على بروجستين فقط) ☐ .

العامة تحتوي على(بروجستين +استروجين)☐ .

16 هل أخذتها بوصفة من الطبيب أم اقتنيتها بنفسك من الصيديلية

وصفة طبيب ☐ . اقتنيتها بنفسي من الصيدلية ☐ .

17- متى بدأت تستعملينها بعد الولادة .....

18 .هل تعتقدين أن استعمال المرأة وسائل منع الحمل الهرمونية (حبوب - ابر) يؤثر على حليب الأم ؟

- نعم ☐ - لا ☐ .

<u>الرضاعة الطبيعية:</u>

19- متى بدأت ترضعين طفلك بعد الولادة

- بعد الولادة مباشرة ☐ - -بعد نصف ساعة ☐ - بعد ساعة الى ست ساعات ☐ - أخرى

حددي.....

20. ماهي نوع الغذاء الذي تلقاه رضيعك خلال الأشهر الستة الأولى ؟

- رضاعة طبيعية حصرية ☐ - رضاعة صناعية
. رضاعة مختلطة ☐ . غذاء آخر ☐ حددي:

.....

.....

21- إذا كان رضيعك تلقى غذاء غير الرضاعة الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياته منذ متى بدأت بتقديم أغذية أخرى غير حليبك لطفلك؟.

....

22. في رأيك ماهو أفضل غذاء يتلقاه المولود خلال الأشهر الستة الأولى من حياته؟

- رضاعة طبيعية حصرية ☐ - رضاعة صناعية ☐ .
رضاعة مختلطة ☐ . غذاء آخر ☐ حددي:

.....

.....

. 23

لماذا؟.....

.....

.....

.....

.....

24. هل تلقيت معلومات عن فوائد الرضاعة الطبيعية ؟

- نعم ☐ - لا

.

25. إذا كان نعم ماهي الجهة التي تلقيت منها هذه المعلومات؟

.....

.....

.....

26 . هل تلقيت معلومات عن مخاطر إدخال أغذية غير حليب الأم قبل بلوغ الطفل الشهر السادس ؟

- نعم ☐ - لا

.

27 .إذا كان نعم ماهي الجهة التي تلقيت منها هذه المعلومات؟

.....
.....
.....

28 . ماهي فوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للطفل ؟

- النمو العقلي الجيد للرضيع ☐ .
- تقوية المناعة ☐ .
- الوقاية من الأمراض الجرثومية ☐ .
- الوقاية من أمراض الحساسية ☐ .
- الوقاية من أمراض السرطانية ☐ .
- النمو الجيد للأسنان ☐ .
- النمو النفسي الجيد للطفل ☐ .
- كفاية احتياجات الطفل من المعادن والفيتامينات ☐ .
- أخرى حددي

.....
.....
.....

29 . ماهي فوائد الرضاعة بالنسبة للأم ؟

- الوقاية من سرطان الثدي ☐ .
- الوقاية من سرطان الرحم ☐ .
- الوقاية من تسوس العضام ☐ .
- تساعد على انقباض الرحم بعد الولادة وسرعة عودته الى حالته الطبيعية ☐ .
- تساعد على استعادة الأم وزنها الطبيعي بعد الولادة ☐ .
- تمتين الروابط العاطفية بين الأم ورضيعها ☐ .
- تعتبر وسيلة لمنع الحمل في الأشهر الستة الأولى بعد الولادة ☐ .
- أخرى حددي

.....
.....
.....

30 . ماهي أضرار إدخال أغذية غير حليب الأم على الطفل قبل بلوغه الشهر السادس؟

- مرض السكر ☐ .
- الاسهال ☐ .
- السمنة ☐ .
- اضطرابات في المعدة ☐ .
- القيئ ☐ .
- تأثر على الكلى ☐ .
- أخرى حددي

.....
.....
.....
.....

31 هل تحدثت مع زوجك عن فوائد الرضاعة؟

نعم ☐ لا ☐ .

32 اذ كان نعم ما هي نوع الرضاعة التي نصحك بها في الأشهر الستة الأولى من حياة رضيعك

- رضاعة طبيعية حصرية ☐ - رضاعة صناعية ☐ .

رضاعة مختلطة ☐ .