



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله -

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمقراطية

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه (ل.م.د) في الديمغرافيا والصحة بعنوان:

العوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند المرأة غير العاملة في الجزائر

* دراسة ميدانية لولايتي الجزائر والبويرة خلال الفترة 2018 - 2024 *

Factors Determining Breastfeeding Practices of Non-Working Women in Algeria

* A Field Study of the Provinces of Algiers and Bouira During the Period 2018-2024 *

تحت إشراف :
أ.د. زهرة كواش

إعداد الطالب :
عبد الرحمان خالدي

لجنة المناقشة

اللقب و الاسم	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د. سي الطيب فاطمة الزهراء	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 02	رئيسا
أ.د. كواش زهرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 02	مشرفا ومقررا
أ.د. فاصولي زينب	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 02	عضوا
أ.د. بودور عبد المالك	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 02	عضوا
أ.د. سايح سويح	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجلفة	عضوا
أ.د. واضح صليحة	أستاذ التعليم العالي	المدرسة الوطنية العليا للتجارة	عضوا

السنة الجامعية: 2025/2024



Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Algiers 2 - Abou El Kacem Saadallah

Faculty of Social Sciences

Department of Sociology and Demography

Thesis for a Doctorate (PhD) in Demography and Health entitled:

Factors Determining Breastfeeding Practices of Non-Working Women in Algeria

*** A Field Study of the Provinces of Algiers and Bouira During the Period 2018-2024 ***

Prepared by student:
Abderrahmane khaldi

supervision:
prof.dr. zahra kouache

Discussion Committee

Name and surname	Rank	University	Role
Prof.dr Fatima zahra sitayeb	Profesor of higher education	University of Algiers 2	Prisident
Prof.dr Zahra Kouache	Profesor of higher education	University of Algiers 2	Supervisor and Rapporteur
Prof.dr Zineb Fassouli	Profesor of higher education	University of Algiers 2	Member
Prof.dr Abdelmalek Boudour	Profesor of higher education	University of Algiers 2	Member
Prof.dr Sayeh Souiah	Profesor of higher education	University of djelfa	Member
Prof.dr Saliha Ouadhah	Profesor of higher education	Higher school of commerce	Member

UNIVERSITY YEAR 2024/2025

الإهداء

أهدي هذا العمل:

إلى السيدة الأولى في العالم الأم العزيزة أطال الله في عمرها.

إلى الوالد العزيز، الجبل الذي أستند إليه أطال الله في عمره.

إلى زوجتي رفيقة دربي.

إلى بناتي: زينة عائشة و رحمة رشا.

إلى إخوتي و أخواتي الذين أعتز بهم كثيرا.

إلى أستاذتي المشرفة كواش زهرة.

وإلى كل أستاذ علمني و لو حرفا.

إلى جميع الأحباب و الأصدقاء .

كلمة شكر

الشكر أولاً لله عز وجل الذي أنار لي الدرب وفتح لي أبواب العلم وأمدني بالصبر والإرادة، ثم الشكر للأستاذة المشرفة البروفيسورة كواش زهرة على سعة صدرها وحسن تعاملها وطيبة قلبها وعلى توجيهاتها ونصائحها القيمة خلال مختلف مراحل التكوين في الطورين الثاني والثالث وخاصة على قبولها الإشراف على هذه الأطروحة.

إلى كل أستاذة قسم علم الاجتماع تخصص الديمغرافيا والصحة.

وإلى كل من ساندي من قريب أو من بعيد في انجاز هذا العمل.

الفهرس العام

الصفحة	العنوان
أ	مقدمة
الباب الأول: الدراسة النظرية	
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
7	المبحث الأول : تحديد موضوع البحث
7	أولاً: الإشكالية
9	ثانياً: الفرضيات
9	ثالثاً: تحديد المفاهيم و المصطلحات
16	رابعاً: أهداف و أهمية البحث وأسباب اختياره
19	خامساً: تحليل نتائج الدراسات السابقة ومناقشة أوجه الاستفادة منها
40	المبحث الثاني : المنهجية والتقنيات المتبعة في البحث
40	أولاً: منهج البحث
42	ثانياً: التقنيات المستعملة في جمع البيانات
45	ثالثاً: التقنيات المستعملة في تحليل البيانات
46	رابعاً: مجالات البحث وصعوباته
الفصل الثاني: أنماط الرضاعة ومميزات كل نمط	
49	تمهيد
50	المبحث الأول : الرضاعة الطبيعية، وأهم السياسات الرامية لتشجيعها
50	أولاً: ماهية الرضاعة الطبيعية
58	ثانياً: مميزات وفوائد الرضاعة الطبيعية
64	ثالثاً: وضعية الرضاعة الطبيعية في العالم و الجزائر

الفهرس العام

74	رابعاً: اهتمام العلماء بالرضاعة الطبيعية والسياسات الرامية لتشجيعها
90	خامساً: الرضاعة الطبيعية ومنع الحمل
97	المبحث الثاني : الرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة
97	أولاً: تاريخ ظهور الرضاعة الإصطناعية وتطورها
99	ثانياً: الحليب الاصطناعي وخصائصه
101	ثالثاً: شروط استخدام الرضاعة الاصطناعية والمخاطر الناجمة عن عدم توفرها
104	رابعاً: العوامل التي ساعدت على انتشار الرضاعة الاصطناعية
107	خامساً: الرضاعة المختلطة
الفصل الثالث: العوامل المؤثرة على نمط الرضاعة المتبع	
114	تمهيد
115	المبحث الأول : المبحث الأول: العوامل المحددة لنمط الرضاعة.
115	أولاً: التنشئة الاجتماعية
118	ثانياً: الوعي الصحي و الثقافة الصحية
133	ثالثاً: المستوى المعيشي ونمط الحياة
138	رابعاً: الخصائص الديموغرافية و العوامل الصحية لكل من الأم والطفل
141	المبحث الثاني: العوامل المحددة لنمط الرضاعة لدراستنا وفقاً لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS 06) في الجزائر.
142	أولاً: تطور أهم مؤشرات الرضاعة الطبيعية في الجزائر في الفترة 1992-2019
147	ثانياً: واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال مسح 2019
162	ثالثاً: . تحليل نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS 06) في الجزائر حسب

الفهرس العام

	متغيرات دراستنا الحالية.
168	رابعاً: مدخل الى دراستنا الحالية
الباب الثاني : الدراسة الميدانية	
الفص الأول: خصائص عينة البحث	
171	تمهيد
172	المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية وأنماط الارضاع لعينة البحث
172	أولاً: الخصائص الديمغرافية لعينة البحث
175	ثانياً: أنماط الارضاع لعينة البحث
178	المبحث الثاني:الخصائص،الاقتصادية، الصحية ،الاجتماعية والثقافية لعينة البحث
178	أولاً: الخصائص الصحية و الاقتصادية لعينة البحث
186	ثانياً: الخصائص الاجتماعية والثقافية لعينة البحث
الفصل الثاني: تحليل نتائج الفرضية الأولى	
193	تمهيد
194	المبحث الأول :علاقة التنشئة الاجتماعية للمرأة غير العاملة على اختيار نمط من أنماط الرضاعة لتغذية أطفالها الرضع
212	المبحث الثاني: علاقة الثقافة الصحية للمرأة غير العاملة على اختيار نمط من أنماط الرضاعة لتغذية أطفالها الرضع
225	استنتاج الفرضية الأولى

الفصل الثالث: تحليل نتائج الفرضية الثانية	
228	تمهيد
229	المبحث الأول: علاقة المستوى المعيشي للأسرة التي تعيش بها المرأة غير العاملة بكيفية تغذية أطفالها الرضع و الممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.
247	المبحث الثاني: تأثير نمط الحياة الخاص بالنساء غير العاملات على نمط الرضاعة و على السلوكيات و الممارسات اتجاه كل نمط
257	استنتاج الفرضية الثانية
الفصل الرابع: تحليل نتائج الفرضية الثالثة	
259	تمهيد
260	المبحث الأول : علاقة الخصائص الديمغرافية للمرأة غير العاملة بكيفية تغذية أطفالها الرضع و مدى ممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.
281	المبحث الثاني : تأثير صحة الأم غير العاملة وصحة رضيعها على نمط الرضاعة المتبع وعلى الممارسات والسلوكيات اتجاه كل نمط
297	استنتاج الفرضية الثالثة
300	الخاتمة
303	قائمة المراجع
315	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
65	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع في أقاليم العالم خلال الفترتين (1997 - 2005) و (2006 - 2012)	1
67	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 1995.	2
68	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2000	3
69	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2005	4
70	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست أشهر الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 2005	5
71	معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر 2012 - 2013	6
73	توزيع نسب وقت بداية الرضاعة حسب أهم الخصائص في مسح 2019	7
94	تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب سن المرأة	8
95	تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب طبيعتها	9
137	تطور متوسط حجم الأسرة الجزائرية حسب التعدادات والمسوحات التي أجريت في البلاد خلال الفترة من 1966 إلى 2012.	10
140	توزيع نسبة النساء المصابات بالأمراض المزمنة سنة 2019	11
141	إجمالي عدد الزيارات للنساء أثناء فترة الحمل	12
142	تطور نسب انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر من 1992 إلى 2019	13
143	تطور وقت بدء الرضاعة الطبيعية في الجزائر من 1992 إلى 2019	14
144	تطور نسب الرضاعة الحصرية والغالبة خلال الستة أشهر الأولى في الجزائر من 1992 إلى 2019	15

145	تطور نسب التغذية التكميلية في الجزائر من 1992 إلى 2019	16
146	تطور نسب استمرار الرضاعة بين 12 و 15 شهراً، و 20 و 23 شهراً في الجزائر	17
148	توزيع نسب انتشار الرضاعة حسب اهم الخصائص في مسح 2019	18
150	توزيع نسب وقت بداية الرضاعة حسب أهم الخصائص في مسح 2019	19
153	توزيع نسب الرضاعة الخالصة والغالبة للأطفال دون ستة أشهر حسب أهم الخصائص	20
155	توزيع نسب استمرار الرضاعة حسب أهم المتغيرات في مسح 2019	21
158	توزيع العمر المتوسط للرضاعة بطريقة P / I	22
161	توزيع الأمهات اللواتي استشارن عمال الصحة أثناء فترة الحمل حسب أهم المتغيرات	23
172	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج	24
173	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية (الزواجية)	25
174	توزيع أفراد العينة حسب المدة بين آخر مولود ة المولود الذي قبله	26
174	توزيع أفراد العينة حسب وجود التوأم مع آخر مولود	27
175	توزيع أفراد العينة حسب جنس الرضيع	28
175	توزيع أفراد العينة حسب نمط الرضاعة المتبع	29
176	توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم	30
177	توزيع أفراد العينة حسب وقت فطام الرضيع	31
178	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة	32
179	توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن	33
179	توزيع أفراد العينة حسب ملكية المسكن	34
180	توزيع أفراد العينة حسب مكان الولادة	35
181	توزيع أفراد حسب امتلاكهن لسيارة خاصة	36
181	توزيع أفراد حسب وجود الخادمة في المنزل	37

182	توزيع أفراد حسب قضاء الوقت خارج المنزل	38
182	توزيع أفراد حسب اصابة المبحوثة بمرض	39
183	توزيع أفراد حسب نوع المرض في حالة الاصابة	40
184	توزيع أفراد حسب الحالة الصحية بعد الولادة القيصرية	41
184	توزيع أفراد حسب التأثير بمشاكل نفسية	42
185	توزيع أفراد حسب اصابة طفلهن بمرض مزمن	43
185	توزيع أفراد حسب نوع مرض الطفل الرضيع	44
186	توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة	45
187	توزيع أفراد العينة حسب مصادر المعلومات حول فوائد الإرضاع	46
188	توزيع أفراد العينة حسب استعمال وسائل منع الحمل	47
189	توزيع أفراد العينة حسب ارضاع الطفل مباشرة بعد الولادة	48
190	توزيع أفراد العينة حسب الاهتمام بالرشاقة	49
191	توزيع أفراد العينة حسب وقت ادخال اللهاية	50
194	العلاقة بين نوع الأسرة و نمط_الرضاعة	51
197	العلاقة بين نوع الأسرة و فطام الرضيع	52
199	العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثة و نمط الرضاعة المتبع	53
201	العلاقة بين التردد على المراكز الاستشفائية و نمط الرضاعة	54
204	العلاقة بين تلقي الأم لنصائح حول فوائد الرضاعة الطبيعية ونمط الرضاعة المتبع	55
206	العلاقة بين مصدر تلقي المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و فطام الرضيع	56
209	العلاقة بين مصدر تلقي المعلومات وعدد الرضعات الطبيعية في اليوم	57
212	العلاقة بين رضاعة الطفل مباشرة بعد الولادة و نمط الرضاعة المتبع	58
214	العلاقة بين التردد على المراكز الاستشفائية وعدد الرضعات الطبيعية في اليوم	59

216	العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة ونمط الرضاعة المتبع	60
218	العلاقة بين استشارة الطبيب حول وسيلة منع الحمل المناسبة و فطام الرضيع	61
220	العلاقة بين اهتمام المبحوثة بوزنها و نمط الرضاعة	62
222	العلاقة بين اهتمام المبحوثة بوزنها و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	63
223	العلاقة بين استعمال اللهاية و نمط الرضاعة	64
229	العلاقة بين دخل الأسرة و نمط الرضاعة المتبع	65
232	العلاقة بين دخل الأسرة و الفطام	66
234	العلاقة بين دخل الأسرة و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	67
236	العلاقة بين عدد أطفال المبحوثة و نمط الرضاعة المتبع	68
238	العلاقة بين نوع المسكن و نمط الرضاعة المتبع	69
241	العلاقة بين نوع المسكن والفطام	70
243	العلاقة بين نوع المسكن و سبب الفطام	71
245	العلاقة بين ملكية المسكن و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	72
247	العلاقة بين امتلاك المبحوثات لسيارة خاصة و نمط الرضاعة المتبع	73
248	العلاقة بين مدة قضاء الوقت للمبحوثات في البيت و نمط الرضاعة المتبع	74
250	العلاقة بين امتلاك سيارة خاصة وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	75
251	العلاقة بين قضاء معظم الاوقات في البيت و عدد مرات الإرضاع الطبيعي اليومي	76
253	العلاقة بين هل وجود الخادمة في المنزل و نمط الرضاعة المتبع	77
255	لعلاقة بين الاهتمام برشاقة الجسم وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	78
261	العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج و نمط الرضاعة المتبع	79
264	العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج والفطام	80
167	العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	81

269	العلاقة بين الحالة المدنية (الزواجية) للمبحوثة و نمط الرضاعة المتبع	82
271	العلاقة بين الحالة المدنية (الزواجية) للمبحوثة و الفطام	83
273	العلاقة بين المدة بين اخر مولود و المولود الذي قبله و الفطام	84
275	العلاقة بين وجود توأم عند المبحوثة و نمط الرضاعة	85
276	العلاقة بين وجود توأم عند المبحوثة و الفطام	86
279	العلاقة بين جنس المولود و الفطام	87
280	العلاقة بين جنس المولود و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	88
282	العلاقة بين اصابة المبحوثة بمرض مزمن و نمط الرضاعة المتبع	89
283	العلاقة بين اصابة المبحوثة بمرض مزمن وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	90
285	العلاقة بين كيفية ولادة الطفل الأخير و نمط الرضاعة المتبع	91
286	العلاقة بين كيفية ولادة الطفل الأخير وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم	92
288	العلاقة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم و نمط الرضاعة المتبع	93
289	العلاقة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم والفطام	94
291	العلاقة بين وجود مشاكل تشوهية في ثدي المبحوثة و نمط الرضاعة المتبع	95
293	العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل نفسية و الفطام	96
295	العلاقة بين مرض الطفل و نمط الرضاعة المتبع	97

فهرس الأشكال البيانية

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
45	المكونات الرئيسية لحليب الأم	01
172	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج	02
173	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية (الزواجية)	03
187	توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة	04
188	توزيع أفراد العينة حسب مصادر المعلومات حول فوائد الإرضاع	05
189	توزيع أفراد العينة حسب ارضاع الطفل مباشرة بعد الولادة	06

مقدمة

يعتبر الغذاء من بين أهم العناصر الأساسية لتلبية الحاجيات البيولوجية للإنسان ، وتطورت سبل البحث عنه عبر عدة مراحل بدءا بالاكتهاء و الصيد والقطف للكبار و حليب الأم بالنسبة للأطفال حديثي الولادة، ونتيجة لمختلف التغيرات الديمغرافية، الصحية، الثقافية، الإجتماعية، السياسية، الإقتصادية، لجأ الإنسان إلى التفكير في انتاجه بما يتوافق بمستوى طلبياته، فمن مهام الأسرة رعاية وتغذية أفرادها وخاصة تغذية الأطفال حديثي الولادة، كونهم في مرحلة النمو ويحتاجون إلى غذاء نوعي وخاص، إذ كان في السابق يركز أساسا على الرضاعة الطبيعية من لبن الأم، ونظرا لعوامل وظروف مختلفة كعدم توفر الحليب الطبيعي لدى الأم، أو لسبب من الأسباب تحتم عليها استعمال حليب بديل في تغذية طفلها الرضيع (الرضاعة الاصطناعية) أو المزج بين حليب الثدي و الحليب البديل (الرضاعة المختلطة)، ومع تطور الأبحاث في مجال تغذية الأطفال وبالأخص صناعة الحليب ،تسنى للعالم معرفة القيمة الغذائية والعناصر المكونة للبن الأم، حيث استخلصت معظم هذه الأبحاث أن الرضاعة الطبيعية هي أفضل و أكثر فائدة وفعالية للطفل، ليس هذا فقط بل تلبي حاجياته النفسية والعاطفية، فضلا عن إشباع جسده، إذ يعتبر الغذاء المثالي الذي يجب أن لا يستغني عنه الأطفال حديثو الولادة، لأنه يكسب الطفل مناعة ضد مختلف الأمراض المسببة لوفيات الأطفال في العالم خاصة في البلدان النامية.

إن معدلات ومدة الرضاعة الطبيعية في كثير من أنحاء العالم بما فيها البلدان العربية فهي تعاني من تراجع رهيب في مستويات الرضاعة الطبيعية نظرا لتطافر مجموعة من الأسباب الاقتصادية، الاجتماعية، الصحية والثقافية، إضافة لابتكار التكنولوجيات الحديثة واعتماد أساليب تغذية جديدة، وفيما يتعلق بنمط الرضاعة المتبع في بلدنا الجزائر فقد اظهرت الكثير من الدراسات التي تمت في هذا المجال أن معدلات الرضاعة الطبيعية في الجزائر تعرف معدلات متدنية وسط الأمهات بداعي العمل، ومن المؤسف أن نسب معتبرة منهن غير عاملات كما أظهرته نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في الجزائر حول صحة الأم و الطفل سنة 2019 (MICS6) أن: نسبة 48.4 % من البحوثات يرضعن أطفالهن من الثدي ل 5 أشهر فقط، منها 44 % من فئة النساء غير العاملات¹، فنجد الكثير منهن يפטمن أولادهن في أوقات جد مبكرة متخلين بذلك عن ممارسة الرضاعة الطبيعية رغم الأهمية التي تعود بها على صحة

¹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples, MICS 6, Algérie, 2019, Alger, 2020, P264.

الأم و الطفل و اقتصاد البلاد، وعليه فإن لهذا الموضوع أهمية كبيرة تجعلنا نقبل على دراسته لنحدد العوامل التي تؤثر على المرأة غير العاملة في الجزائر في اختيارها لنمط معين من الرضاعة.

ويتفق معظم الباحثون أنه قد يكون التراجع في معدلات الرضاعة الطبيعية جزءًا من الفروقات الاقتصادية التي تعرفها العائلات، ففقدرة اقتناء علب الحليب المُصنَّع يختلف من أسرة لأخرى، ضف إلى ذلك بعض العوامل الاجتماعية التي قد تؤثر على الأمهات بشأن اتخاذ قرارات غير متوافقة مع الرضاعة الطبيعية، كما يمكن أن تكون التحديات الصحية عائقًا أيضًا، فبعض النساء أو أطفالهن الرضع قد يعانون من مشاكل صحية تجعل الرضاعة الطبيعية صعبة أو غير ممكنة ، ناهيك عن التطور الرهيب في التكنولوجيا الحديثة والتي قد تكون مزيجًا من السبب والنتيجة إذ توفر بدائل للرضاعة الطبيعية من خلال تصنيع حليب الأطفال من جهة، و من جهة أخرى تداول الأخبار و المعلومات عبر الانترنت من خلال صفحات التواصل الاجتماعي و المواقع المختلفة سواء كانت رسمية ام غير رسمية مما يؤثر على قرارات الأمهات، بل حتى القيم والتوجهات الثقافية تؤثر بشأن الصحة والتغذية على قرارات الأمهات في اختيار النمط المناسب في تغذية أطفالهن الرضع، هذا بتفاعل وتشابك العديد من العوامل المتداخلة لتشكيل نمط التغذية المتعلق بالأطفال الرضع.

وفي هذا الصدد، تناولت العديد من الدراسات الأجنبية موضوع الرضاعة الطبيعية من عدة جوانب، منها دراسات أجريت في المجتمعات المتقدمة كالمجتمعات الأوروبية والتي بينت تأثير سلوكيات المرأة المرضعة على مدى ممارستها للرضاعة الطبيعية، وأهمية الدعم المادي والمعنوي للمرضعات الاجتماعية، والتي حثت على ضرورة القيام بعمليات تحسيسية حول الموضوع من خلال جمعيات ومنظمات عالمية على رأسها منظمة الصحة العالمية (OMS)، ودراسات أخرى أجريت في المجتمعات النامية الإفريقية، حيث ركزت على أثر تدهور الوضع الاقتصادي للأسر وتراجع مستويات الدخل والذي بدوره أدى إلى خروج المرأة إلى البحث عن العمل، والذي يجعلها غير موفقة الى حد بعيد في ممارسة الرضاعة الطبيعية.

كما أجريت العديد من الدراسات على المجتمعات العربية كاليمن والبحرين ومجتمعات شمال إفريقيا (المغرب وتونس)، والتي ركزت أيضا على الخصائص الديمغرافية لأسرة الأم المرضعة ومختلف المشاكل الاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تواجههن، وقد توصلت معظم نتائجها إلى أن هناك تراجعا شديدا في تدني نسب الإرضاع الطبيعي، كما اتفقت معظم الدراسات الجزائرية على أن المرضعات يعانين من مشكلات اجتماعية واقتصادية وصحية، تختلف باختلاف جنسهم ومراكزهم الاجتماعية، كما أنه لا يوجد

تكفل اجتماعي كافي لتخطي هذه المشكلات رغم بعض الجهود المبذولة من طرف الجهات الوصية كاستحداثها لمشروع "المستشفيات أصدقاء الرضع".

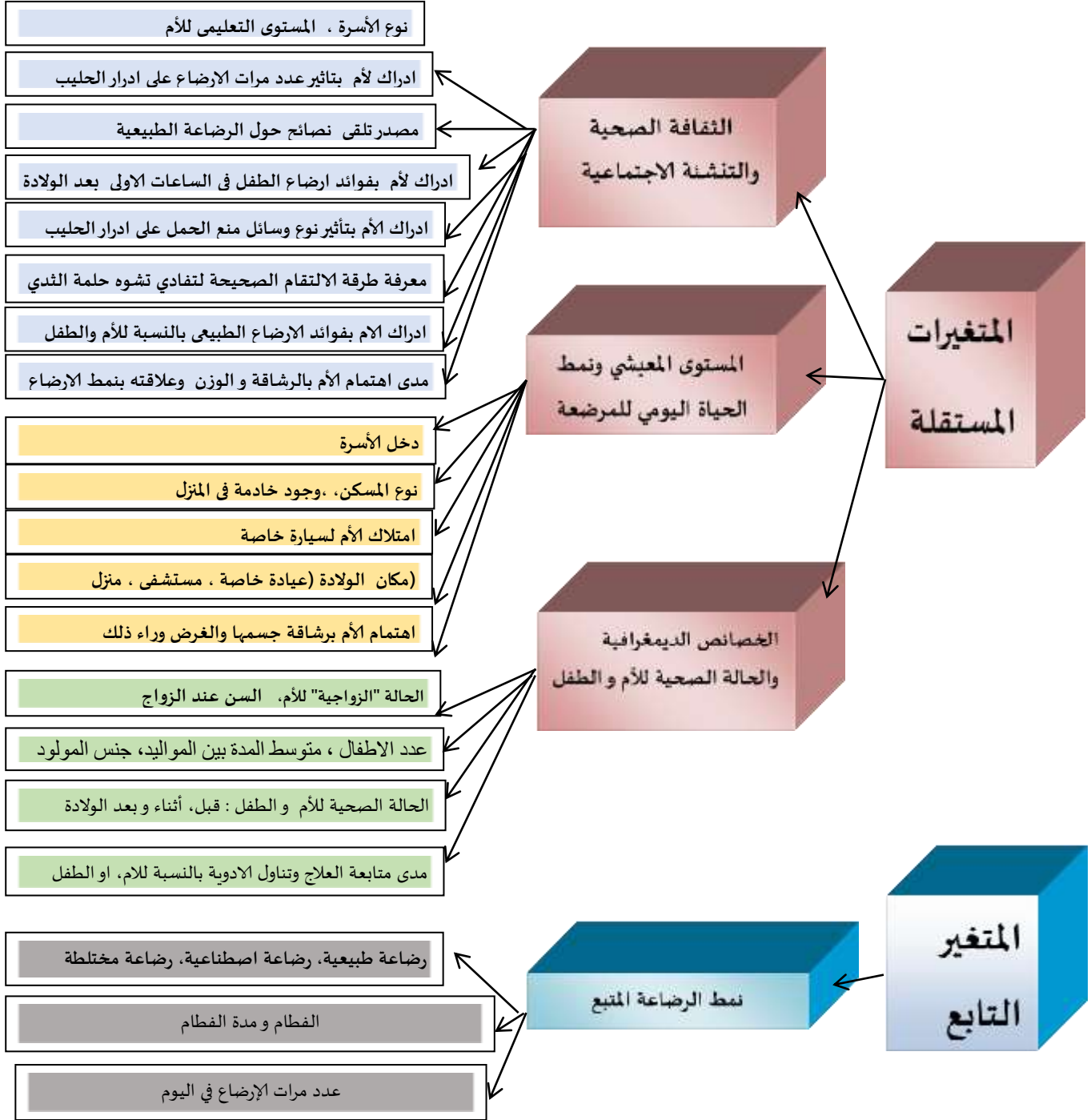
تتميز الدراسة الحالية التي قمنا بإنجازها في إطار أطروحة الدكتوراه عن الدراسات السابقة بانطلاقها من نتائج وتوصيات أغلب هذه الدراسات، فهي تقارب الموضوع في السياق الجزائري وفق مقارنة ميدانية في حقل العلوم السكانية تخصص الديمغرافيا والصحة، لفئة معينة ومحددة من النساء وهي النساء المرضعات غير العاملات"، حيث جاءت أسباب اختيار الموضوع نتيجة الأهمية البالغة لهذا الموضوع والذي يخص فئتي النساء و الأطفال الرضع التي تتم حولهما مختلف الأدوار الاجتماعية، كما يعتبر الموضوع المعالج من المواضيع الحديثة في حقل الدراسات السكانية والمدرجة تحت خانة بحوث " صحة الأم والطفل" وذلك نظرا لأنهم يمثلون فئة اجتماعية مهمة فالأطفال الرضع اليوم هم شباب المستقبل، ومن هنا جاء هدف هذه الدراسة لكشف أهم محددات نمط الرضاعة عند النساء غير العاملات، من خلال استقصاء ميداني لعينة من النساء غير العاملات اللاتي لديهن على الأقل طفل سنه أقل من عامين في ولايتي الجزائر والبويرة وذلك بالإجابة على الإشكالية التي تركز حول معرفة ماهي العوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند فئة النساء غير العاملات، وهذا عن طريق محاولة الكشف عن مدى تأثير الثقافة الصحية والتنشئة الاجتماعية للمرأة غير العاملة وكذلك المستوى المعيشي و نمط الحياة اليومي الخاص بالمرضعة بنمط الضاعة المتبع لتغذية أطفالهن الرضع.

وتتطلب طبيعة هذا الموضوع الاعتماد على مقارنة كمية للإجابة على تساؤلات الدراسة، حيث تم توظيف المنهج الكمي "كمنهج أساسي " لجمع البيانات الخاصة بالدراسة الميدانية والتي تم ترتيبها وتبويبها في جداول بسيطة ومركبة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة (22)، ليتم تحليلها وتفسيرها بمنطق بنائي كمي في إطار التحليل البنائي وتحليل المجتمع وهذا لغرض اختبار الفرضيات باستخدام الأدوات الإحصائية ، كما تم توظيف المنهج الكيفي "كمنهج ثانوي" في الدراسة الاستطلاعية، وتم تقسيم هذه الدراسة إلى بابين: الباب النظري والباب الميداني، حيث تضمن الباب الأول: الدراسة النظرية والذي احتوى على ثلاثة (03) فصول، حيث يحتوي الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث الذي تناولنا في مبحثه الأول تحديد موضوع البحث أين تم بناء الإشكالية والفرضيات وتحديد المفاهيم الأساسية المستعملة في البحث (نظريا وإجرائيا) والتعرض إلى أهداف البحث وأسباب اختياره، بالإضافة إلى تحليل نتائج الدراسات السابقة في السياق العالمي والعربي والمحلي ومناقشتها، أما المبحث الثاني فخصص للمنهجية والتقنيات المتبعة في البحث وكذلك مجالات البحث وصعوباته.

أما الفصل الثاني فخصصناه لوضع الإطار النظري للبحث وهذا بعرض، مختلف المقاربات النظرية التي تمكنا من تحليل مختلف أنماط الرضاعة في الجزائر ومعرفة خصائص ومميزات كل نمط وهذا للتمكن من التعقيب على فوائد حليب الام بالنسبة للام والطفل والتتوير بالفوارق الكبيرة بينه وبين الحليب الاصطناعي ، كما عرفنا أيضا نمط الارضاع المختلط و شروطه و المخاطر الناجمة عنه وتم تقسيمه لمباحث كالتالي: في المبحث الأول تم التطرق الى تعريف الرضاعة الطبيعية ومميزات حليب الأم ، أما في المبحث الثاني عرفنا الرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة والمخاطر الناجمة عنهما.

وبالنسبة للفصل الثالث خصصناه للربط بين الباب النظري و الباب الميداني للدراسة حيث تم فيه عرض العوامل المحددة لنمط الارضاع وذلك بالاعتماد على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر سنة 2019 وتم تقسيمه لمبحثين، ففي المبحث الأول تم التعريف بالعوامل المؤثرة على الرضاعة كالتنشئة الاجتماعية للأم وثقافتها الصحية، المستوى المعيشي لأسرة المرضعة والعوامل الديمغرافية والصحية للأم و الطفل ، أما المبحث الثاني نتطرق إلى تحليل نتائج مسح 2019 في الجزائر وفق متغيرات الدراسة، أما الجانب الميداني للدراسة فيتكون من أربعة فصول (الفصل الرابع، الخامس، السادس والسابع)، حيث يخصص الفصل الرابع لكيفية اختيار العينة وعرض أهم خصائصها، ويخصص الفصل الخامس لتحليل الفرضية الأولى والتي تتمحور حول مدى تأثير الثقافة الصحية والتنشئة الاجتماعية للمرأة غير العاملة على اختيارها لنمط رضاعة متبع في تغذية أطفالها الرضع، والفصل السادس يخصص لتحليل الفرضية الثانية التي تتعلق بتأثير المستوى المعيشي ونمط الحياة اليومي للمرأة غير العاملة على اختيارها لنمط رضاعة متبع في تغذية أطفالها الرضع، ويخصص الفصل السابع لتحليل الفرضية الثالثة والمتعلقة بمدى تأثير العوامل الديمغرافية لأسرة المرأة غير العاملة والعوامل الصحية للأم و الطفل على اختيارها لنمط رضاعة متبع في تغذية أطفالها الرضع، ثم قمنا بوضع استنتاج عام للبحث وخاتمة وأخيرا قائمة المراجع والملاحق، وحتى يتسنى للقارئ إدراك وفهم الموضوع بصفة أكثر وضوحا سنورد المخطط التوضيحي التالي الذي يبرز مختلف متغيرات الدراسة :

مخطط توضيحي لمتغيرات الدراسة



من إعداد الباحث اعتماداً على مختلف مراحل بناء الاشكالية والفرضيات

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: المقاربة المنهجية للدراسة

المبحث الأول : تحديد موضوع البحث

أولاً: الإشكالية

ثانياً: الفرضيات

ثالثاً: تحديد المفاهيم و المصطلحات

رابعاً: أهداف البحث وأسباب اختياره

خامساً: تحليل نتائج الدراسات السابقة وأوجه الإستفادة منها

المبحث الثاني : المنهجية والتقنيات المتبعة في البحث

أولاً: منهج البحث

ثانياً: التقنيات المستعملة في جمع البيانات

ثالثاً: التقنيات المستعملة في تحليل البيانات

رابعاً: مجالات البحث

خامساً: صعوبات البحث

أولاً: الإشكالية:

تعتبر الرضاعة الطبيعية ركيزة أساسية لصحة الأم والطفل كونها الغذاء الأمثل لنمو الأطفال الرضع وترعرعهم على نحو صحي وسليم ولها تأثيرها الحيوي والعاطفي على صحة الأم ، و وفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية، فإن تحسين معدلات الرضاعة الطبيعية عالمياً قد يمنع 800 ألف حالة وفاة سنوياً للأطفال دون سن الخامسة و 20 ألف حالة وفاة سنوياً ناتجة عن سرطان الثدي¹، نتيجة لنقص المناعة الطبيعية، من هنا تأتي أهمية الرضاعة الطبيعية حيث أظهرت الدراسات أن إدخال أغذية غير حليب الأم قبل أن يبلغ الطفل الشهر السادس من عمره يزيد من خطر تعرضه لأمراض تسبب وفيات الأطفال، هذا وبالرغم من التوصيات العديدة من خبراء منظمة الصحة العالمية فإنه لا تزال نسب الارضاع الطبيعي في الجزائر ضعيفة مقارنة بالمعدلات العالمية حيث أنه في تحقيق (MICS6) في الفترة 2018-2019 وصلت نسبة النساء غير العاملات اللواتي يمارسن رضاعة طبيعية لا تتجاوز 12 شهر الى 44%²، وهذه النسبة تعتبر ضئيلة جداً بالنسبة للمقياس المطلوب ، هذا الإنخفاض أدى إلى انتشار أوسع لأنماط رضاعة أخرى كنمط الارضاع الإصطناعي أو نمط الارضاع المختلط، حيث لم تكن هذه الأنماط منتشرة بقوة وسط الماكثات بالبيت إذ كانت الرضاعة الطبيعية مصدر الغذاء الغالب للأطفال حديثي الولادة ، كونهن لسن مرتبطات بعمل يفرض عليهن التقيد بجدول زمني يجبرهن على البقاء خارج المنزل لفترات طويلة، مقارنة بالنساء العاملات.

ان تراجع نسب الارضاع الطبيعي في الجزائر جاء مصاحباً للتغيرات الاجتماعية والثقافية في الآونة الأخيرة كالتغير الواسع في بنية الأسر الجزائرية من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية ، فالمرأة الجزائرية اليوم مرّت بتنشئة اجتماعية متعددة ليست مقتصرة على المعارف التي نقلها الأسلاف فقط، بل تترافق مع تأثيرات ثقافية متنوعة، مما أثر على الممارسات والسلوكيات المتعلقة بالرضاعة، حيث تتفاعل المرأة مع معارف جديدة أدت إلى تغير في مفهوم الرضاعة كاستخدام المرأة لوسائل منع الحمل التي شهدت انتشاراً واسعاً حيث بلغت نسبة استخدامها 53.6% حسب مسح 2019 في الجزائر³، وهذا ما يجعل الأم تتجاوز الرضاعة الطبيعية التقليدية ، ومن بين أهم الوصايا التي جاءت على هامش الأسبوع العالمي للرضاعة في 1 أغسطس 2013 أن جميع الأمهات تقريباً قادرات جسدياً على إرضاع أطفالهن

¹ WHO, 2017. The Global Breastfeeding Scorecard. Geneva, 2017, p.12

² Ministère de la Santé et autres. MICS6.opcit, P264.

³ IBID, P159.

طبيعياً، وسيفعلن ذلك إن حصلن على معلومات دقيقة ودعم في هذا المجال، إلا أن عزيمتهن تُثبّط في كثير من الحالات نتيجة للتضليل بمفاهيم خاطئة، لهذا يمكن أن يكون للوعي الصحي والثقافة الصحية للأُم علاقة بنوع الرضاعة المقدم، وهذا الاختلاف في درجة الوعي لدى الأمهات جاء تزامناً مع عصر تطورت فيه التكنولوجيا و وسائل التواصل الاجتماعي أدت إلى ارتفاع حملات الترويج القوية لبدائل لبن الأم، ففي الفترة بين 2008 و 2013 نمت مبيعات الحليب الاصطناعي بنسبة 72%¹، فالأسر ذوات المستوى المعيشي المرتفع بإمكانها إقتناء علب الحليب الاصطناعي بكل يسر وسهولة، كما أن الأم التي نشأت في الأسر الغنية وبما فيها المرأة غير العاملة غالباً ما تهتم بوزنها ورشاقتها فهي تتميز بنمط حياة مختلف يجعل من الرضاعة الطبيعية ممارسة لا تتناسب مع يومياتها لأنها تبعث بصورة المرأة التقليدية في اعتقادها، ومع توفر الحليب الاصطناعي فهي تتساق دوماً لتوفير الوقت والجهد، على عكس النساء المرضعات اللواتي تعشن في أسر محدودة الدخل، حيث يسعين دوماً لتغطية بعض النفقات الخاصة بالرضيع، فالمستوى المعيشي المتفاوت يعتبر عنصر فعال يجعل المرأة تتبع نمط من أنماط الرضاعة، بالإضافة إلى مدى قدرة المرأة على الإرضاع والذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحالتها الصحية والنفسية وبمستوى الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد فترة الحمل، ناهيك عن قدرة الطفل على الرضاعة من الثدي خاصة في الأشهر الأولى من حياته حيث يواجه مشاكل صحية شائعة كالحمى، القيء الإسهال، اليرقان...، أين يكون الرضيع بحاجة ماسة للإهتمام، وهذا يتوقف على قوة وصبر الأم، فسُنّها وعدد أطفالها يحدد درجة تفاعلها مع رضيعها وتغذيته وتلبية حاجياته، والأمر يزداد صعوبة عند بعض النساء اللواتي رزقن بتوأم، فالنساء غير العاملات تواجهن تحديات أخرى بغض النظر عن المهام المنزلية المتنوعة.

إن سردنا لهذه العوامل يأتي في سياق الكشف عن العلاقة المتبادلة بين ممارسة نمط من أنماط الرضاعة وبين كل مؤشر من هذه المؤشرات التي تظهر كيف تتداخل العوامل والاجتماعية والثقافية الاقتصادية والصحية لتؤثر على قرارات الأمهات غير العاملات في اختيار الأنماط التغذوية لأطفالهن.

بالإستناد عما سبق سنحاول من خلال هذه الدراسة معرفة أهم العوامل المؤثرة على نمط الرضاعة عند الماكثات بالبيت، ولمعاجة هذا الموضوع تطلب منا الإجابة ذلك على التساؤل الرئيسي التالي:

¹ يونسيف، التغذية لكل طفل : استراتيجية اليونيسف للتغذية للفترة 2020-2030، نيويورك، 2020، ص 26

ما هي أهم العوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند النساء غير العاملات في الجزائر؟

والذي يترتب عنه الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية :

-كيف تؤثر التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية للمرأة غير العاملة على اختيارها لنمط رضاعة معين؟
-كيف يؤثر المستوى المعيشي لأسرة المرأة غير العاملة ونمط الحياة الخاص بها على اختيارها لنمط رضاعة متبع لتغذية أطفالها؟

-هل للعوامل الديمغرافية و الظروف الصحية للمرأة غير العاملة ولطفلها الرضيع تأثير في اختيارها لنمط رضاعة معين ؟

ثانيا: الفرضيات

الفرضية الأولى:

يؤثر اختلاف التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية للنساء غير العاملات بشكل كبير في اختيار نمط الرضاعة المتبع.

الفرضية الثانية:

يؤثر ارتفاع المستوى المعيشي الخاص بالمرأة غير العاملة المصاحب لنمط حياة الرفاهية إلى تراجع اختيارها نمط الارضاع الطبيعي.

الفرضية الثالثة:

تؤدي العوامل الديمغرافية والظروف الصحية للأم والطفل على نمط الرضاعة المتبع .

ثالثا: تحديد المفاهيم والمصطلحات:

أنه من أساسيات البحث العلمي تحديد المفاهيم والمصطلحات، بغرض توضيحها و إعطائها الشرح الدقيق الذي يتلاءم مع البحث، حتى يتسنى للقارئ فهم المقصود من المفاهيم المدرجة في البحث وفيمايلي سنحاول عرض بعض المفاهيم التي تأتي في سياق دراستنا

1. الرضاعة الطبيعية :

أ - التعريف النظري للرضاعة الطبيعية:

نبدأ بذكر الله للرضاعة الطبيعية ومدتها في سورة البقرة بقوله تعالى : " وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ "¹، وحسب محمد رفعت فإن المقصود بالرضاعة الطبيعية إرضاع المولود من لبن الأم عن طريق حلمة الثدي ولونه قريب من اللون الأبيض، وعملية تغذية المولود بالحليب الذي ينتجه ثدي الأنثى بالمص هي التي يطلق عليها اسم الرضاعة الطبيعية، وهي عملية فطرية مشتركة بين الإنسان وباقي الثدييات وتستمر من الولادة حتى الفطام²، و في تعريف آخر لإدوارد غالب قائلا أن الإلبان أو الدّر أو الرضاعة هي عملية إفراز الحليب من الغدد الثديية في فم الرضيع والمدة التي تُرضع فيها الأم لتغذية صغارها تُسمى مدة الرضاعة وهي عملية تحدث عند جميع الإناث وتسمى بالرضاعة الطبيعية³، حسب مصطلحات وضعتها المنظمة العالمية للصحة (OMS) تشير أن هناك رضاعة طبيعية حصرية والتي تعني عدم إعطاء الطفل أي طعام أو شراب آخر باستثناء حليب الأم، بما في ذلك الماء. ماعدا الأدوية التي تكون على شكل محلول شراب⁴، وكذلك القطرات المحتوية على الفيتامينات والمعادن و رضاعة طبيعية في الغالب تشير إلى تغذية الرضيع بحليب الأم بالإضافة إلى بعض السوائل الأخرى مثل الماء الطازج أو عصير الفواكه، وغالبا ما تسمى بالتغذية التكميلية عندما يصبح لبن الأم غير كاف لتلبية احتياجات الرضيع الغذائية فينبغي الانتقال من مرحلة الاقتصار على الرضاعة الطبيعية إلى الأغذية التي يتناولها باقي أفراد الأسرة ، وعادة تكون هذه الفترة متراوحة ما بين 6 أشهر و 18 إلى 24 شهر⁵

تعددت التعاريف حول الرضاعة الطبيعية من مختلف المجالات واتفقت كلها أنها عملية فيزيولوجية لا تظاهيها طريقة أخرى لتغذية حديثي الولادة إذ تُعتبر من أهم وسائل توفير التغذية والعناية بالأطفال، خاصة في الستة أشهر الأولى من حياتهم ، كون حليب الثدي مزيج متوازن من البروتينات والدهون

¹ القرآن الكريم، سورة البقرة، جزء من الآية 233.

² محمد رفعت :الطفل، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992 ، ص180

³ إدوارد غالب ،الموسوعة في علوم الطبيعة (متخصصة في الزراعة والنبات والحيوان والجيولوجيا) بالعربية واللاتينية والألمانية والفرنسية والإنجليزية) (ط. 2). بيروت، دار المشرق ، 1988، ص558.

⁴ منظمة الصحة العالمية ، الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الأشهر الستة الأولى ، جنيف، 2011، ص 2

⁵ Jai Prakash Dadhich, (2016) **Textbook of Pediatrics**, Edition: 6th, Chapter: Breastfeeding, Publisher: JAYPEE, Editors: A PARTHASARATHY P 143.

والكربوهيدرات والفيتامينات والمعادن الأساسية التي تعزز من نمو الرضع وتطورهم بالإضافة إلى احتوائه على مضادات حيوية طبيعية تلعب دوراً محورياً في تعزيز الجهاز المناعي للرضيع وحمايته من الأمراض، وبالتالي هي الدعامه الأولى لصحة الطفل والاهتمام بها أصبح لابد منه.

2. الرضاعة الاصطناعية :

أ - التعريف النظري للرضاعة الاصطناعية :

تعني الرضاعة الاصطناعية الاستعانة التامة بالحليب الحيواني عن حليب الأم¹، أي هي عملية تغذية الرضيع باستخدام حليب صناعي أو بدائل أخرى لحليب الأم، وذلك عن طريق تقديم مكونات غذائية مُعدّة خصيصاً للرضع وذلك باستخدام قارورات زجاجية أو مناقيع بدلاً من الثدي.

ب - التعريف الإجرائي للرضاعة الاصطناعية:

في دراستنا نعرف الرضاعة الاصطناعية بالإرتكاز على التعاريف السابقة كإرضاع الطفل عن طريق بدائل حليب الثدي التي تباع في الصيدليات والمحلات المواد الغذائية في شكل علب أو أكياس وكذلك نوع الحليب الاصطناعي وعدد مرات الإرضاع الاصطناعي في اليوم، حتى يتسنى لنا التأكد من أن المبحوثة تتبع نمط الإرضاع الاصطناعي

3. الرضاعة المختلطة:

وهي الحالة التي يتم فيها تغذية الطفل عن طريق المزج بين الرضاعة الطبيعية والصناعية خلال فترة 24 شهر من حياة الطفل الرضيع، وفي دراستنا تم تحديد بنمط الإرضاع المختلط أن يكون لغذاء المقدم للرضيع في اليوم هو حليب الثدي و الحليب الاصطناعي معاً، وكذلك الوقت الذي يتم فيه إرضاع الطفل اصطناعياً وذلك بغرض معرفة إن كان السبب وراء الجمع بين الرضعة لطبيعية و الرضاعة الاصطناعية هو نقص الحليب لدى المبحوثة أو لاسباب أخرى

4. الفطام:

يعتبر الفطام بداية مرحلة انفصال الطفل عن أمه من ناحية الرضاعة من الثدي كما يعتبر من ناحية أخرى بداية الانتقال لنظام غذائي جديد لا يعتمد على لبن الأم كمصدر رئيسي للغذاء، وهو نظام غذائي

¹ عبد اله الصوفي :موسوعة العناية بالطفل، دار العودة، بيروت، 1988 ، ص9

للبالغين.¹ و في دراستنا نعرف الفطام بوقت توقف الأم عن إرضاع الطفل من الثدي وحددنا ذلك بفترات كالتالي: أقل من 6 أشهر، من 6-12 شهر، من 12-18 شهر، من 18-24 شهر.

5. الثقافة الصحية:

أ - التعريف النظري للثقافة الصحية:

تعرف الثقافة الصحية على أنها عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة الى انماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد و المجتمع بهدف تغيير الاتجاهات و العادات السلوكية غير السوية و كذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.² أي هي 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.³ فالثقافة الصحية تشير إلى قدرة الفرد والمجتمع على تحويل المعلومات الصحية والمعارف إلى سلوكيات صحية قابلة للتطبيق في الحياة اليومية وهي عملية تهدف إلى تحسين الوعي الصحي بما يشمل تغيير العادات والتوجهات التي قد تكون ضارة بالصحة، وتعزيز السلوكيات التي تؤدي إلى تحسين الرفاهية العامة، و التي من أبرزها استعمال النساء لوسائل منع الحمل التي يعرفها رولان بريساً بأنها 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.⁴، فالثقافة الصحية حيث لا تقتصر فقط على معرفة الحقائق الطبية، بل تتعداها إلى كيفية تطبيق هذه المعرفة بشكل فعال على مستوى الفرد والمجتمع. تشمل هذه العملية إدراك الشخص لأهمية العناية بصحته، ومعرفة كيفية التعامل مع البيئة الصحية من حوله. كما أنها تساعد على تبني سلوكيات صحية متوازنة، مثل اتباع أنظمة غذائية صحيحة، ممارسة النشاط البدني، والابتعاد عن العادات الضارة، بالتالي، الثقافة الصحية تتعلق ببناء وعي صحي يشمل فهم الفرد

¹ وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1992، ص11

² احمد محمد بدح ، أيمن سليمان مزاهرة ، زين حسن بدران ، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع ص 14

³ محمد الجوهري وآخرون ، علم الاجتماع الإعلام والاتصال، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية، 1992، ص290 .

⁴ Agence national de la famille et de la population. Famille et population, série n°56, Tunisie, 1987 , p66.

للظروف الصحية التي يواجهها في حياته اليومية وكيفية تأثيرها عليه وعلى المجتمع، مع تطوير مهارات فردية واجتماعية تساعده في اتخاذ قرارات صحية تساهم في تحسين نوعية حياته وحياة الآخرين.

ب - التعريف الإجرائي للثقافة الصحية:

لقياس مستوى الوعي الصحي للمرأة الماكثة بالبيت اتجاه نمط من أنماط الرضاعة وخاصة الرضاعة الطبيعية سنقوم بالاعتماد على عدة أبعاد للثقافة الصحية أبرزها: المستوى التعليمي للأم ، مصادر النصح والإرشاد، التردد على المراكز الصحية، معارف الأم لفوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للطفل والأم وخاصة الرضاعة الطبيعية في الساعات الأولى من حياة الرضيع ، مدى معرفة الأم للعلاقة بين عدد مرات الإرضاع و إدرار الحليب، استعمال وسائل منع الحمل الحديثة ونوعها إذ تعتبر من أهم مؤشرات الثقافة الصحية وركزنا على وسائل منع الحمل ذات التركيب الهرموني، مثل الحبوب والإبر، باعتبارها أدوات شائعة الاستخدام قد تؤثر بشكل مباشر على مكونات حليب الأم، هذا وقمنا بتقسيم مستوى الوعي و الثقافة الصحية لدى المرأة غير العاملة الى قسمين كالتالي: المرأة التي هي على دراية أكثر بالمعارف الموصى بها من طرف المنظمات العالمية للطفولة المبكرة (الإرضاع في الساعات الأولى من عر الرضيع ، الإستعمال الراشد لوسائل منع الحمل و الذي نقصد به الوسائل الغير هرمونية أو تلك التي خصصة للمرضعات، اعتمادها على المصادر الموثوقة من حيث المعلومات الخاصة بصحتها وصحة مولودها خاصة فيما يتعلق بتغذيته) تعتبر ذات مستوى وعي مرتفع، مقارنة بالمرأة التي ليس لها دراية بأهم المعارف المعلومات المذكورة سابقا والمتعلقة بصحتها و صحة رضيعها، فهي ذات وعي منخفض في هذا الموضوع، وهذا لغرض البحث الفروق الثقافية والسلوكية التي قد تسهم في تغيير أنماط الرضاعة.

6. التنشئة الاجتماعية:

أ - التعريف النظري للتنشئة الاجتماعية:

التنشئة الاجتماعية تُعرّف بأنها عملية انخراط الفرد في المجتمع من خلال المشاركة في الجماعات المختلفة، وفعاليتها، حيث يكتسب من خلالها قيم المجتمع ومعاييره وثقافته، وهي الأسس التي تُبنى

عليها شخصيته¹، أي أن الفرد من خلال هذه العملية، يستوعب القيم والمعايير والتوجهات التي تعمل على توجيه سلوكه وإعداده للحياة الاجتماعية، مما يساهم في تشكيل شخصيته ليصبح فرداً مسؤولاً. وفي معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، وُصِفَت التنشئة الاجتماعية بأنها "عملية انتقال الثقافة من جيل لآخر، وتكوين الأفراد منذ طفولتهم ليتكيفوا مع مجتمع ذي ثقافة معينة، وتشمل هذه العملية دور الآباء والمدارس والمجتمع"². ويُقصد بذلك أن التنشئة هي الأداة التي تُثقل بها ثقافة المجتمع عبر الأجيال، ويشترك فيها الآباء والمدارس والمجتمع، أما قاموس علم الاجتماع فقد عرّف التنشئة الاجتماعية على أنها "العملية الاجتماعية التي تدمج الفرد في جماعة اجتماعية عبر تربيته لثقافتها ومعرفة دوره فيها. وهي عملية مستمرة طوال الحياة، تُساهم في تكوين شخصية الطفل وتطوير فهمه لذاته، لا سيما من خلال سلوك الآخرين وتوجهاتهم تجاهه، وكذلك من خلال تعلم أداء الأدوار الاجتماعية"³، كما عرّفت مارجريت ميد التنشئة الاجتماعية بأنها "العملية الثقافية التي يتحول من خلالها كل طفل حديث الولادة إلى عضو كامل في مجتمع معين"⁴. بمعنى آخر، تعد التنشئة الاجتماعية عملية دائمة تبدأ منذ ولادة الفرد وتستمر حتى يصبح فرداً ناضجاً في مجتمعه، ففي علم الاجتماع، تعددت التعريفات الخاصة بالتنشئة الاجتماعية، وتتفق كلها على أنها عملية يتعلم من خلالها الأفراد نقل قواعد السلوك، والمعايير، والتوقعات، والمعرفة الثقافية من جيل الكبار إلى جيل الصغار، أي هي عملية بناء الرصيد الثقافي والفكري والعائدي والعلمي التي عن طريقها يكتسب الفرد العادات والتقاليد والقيم والاتجاهات السائدة في مجتمعه، وتمكنه من التفاعل السليم مع محيط مجتمعه⁵. فالتنشئة الاجتماعية هي عملية اكتساب الفرد للقيم والعادات والمعتقدات التي تسود في مجتمعه، والتي تساعد على التفاعل بشكل سليم مع محيطه الاجتماعي، ومن خلال هذه العملية، يتعلم الفرد كيفية التكيف مع القيم الاجتماعية والمهنية، وتطوير سلوكيات تعزز اندماجه في المجتمع. كما تساهم التنشئة الاجتماعية في تشكيل هوية الفرد، وتوفير الأساس الذي يمكنه من التفاعل بفاعلية مع الآخرين، مما يساهم في استقرار المجتمع وتماسكه.

¹ شبل بدارن، أسس التربية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2005، ص ص 11-18

² أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 2000، ص 214.

³ محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1977، ص 10

⁴ سامية حسن الساعاتي، الثقافة والشخصية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 2001، ص 110

⁵ نظيمة حجازي، ملامح تنشئة الطفل في الاسرة الفلسطينية في ظل العولمة. مجلة جرش للبحوث والدراسات، 2012، ص ص 363-383.

ب - التعريف الإجرائي للتنشئة الاجتماعية :

اعتمادا على اتعاريف السابقة للتنشئة الاجتماعية، اعتمدنا في دراستنا الميدانية على أهم مؤشرات التنشئة الاجتماعية التي تكسب المرأة مجموعة من السلوكيات والممارسات تتماشى وثقافة المجتمع بما يتلاءم مع أداء أدوارها الاجتماعية في المجتمع المحيط بها، و تتمثل هذه المؤشرات في: نوع الأسرة، المستوى التعليمي للمرأة، المستوى التعليمي للزوج، الحالة المدنية (الزواجية)، الصديقات، كيفية استخدام أو استعمال التكنولوجيات الحديثة المرتبطة بالإنترنت وخاصة مواقع التواصل الاجتماعي، هذا للبحث عن بعض التفاصيل التي لها علاقة بمدى ممارسة الماكثات بالبيت لنمط من أنماط الرضاعة، وتشير هذه المقاربة إلى دور الثقافة، ووعي الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية، ومدى تأثير الخيارات الصحية المرتبطة بتنظيم الأسرة على تغذية الطفل، مما يسهم في فهم أكثر شمولية للعوامل المؤثرة على صحة الام و الطفل والتي نقصد بها نوع الغذاء المقدم للرضيع و تغذيته أي نمط الرضاعة المتبع.

7. المرأة غير العاملة :

أ - التعريف النظري للمرأة غير العاملة:

هي المرأة التي تقوم بمسؤولياتها المتعددة داخل المنزل حيث تقوم بتربية الأبناء ورعايتهم وتؤدي واجباتها و تختلف حسب اختلاف نوع الأسرة التي تعيش فيها من ممتدة ، نواتية.¹ أي هي المرأة التي لاتزاول مهنة أو وظيفة خارج المنزل بحيث تستغرق ساعات من وقتها مقابل أجر، وقد تنقيد بمسؤوليات اضافية طيلة أيام الأسبوع ناهيك عن المسؤوليات الأسرية.

ب - التعريف الإجرائي للمرأة غير العاملة :

في دراستنا الميدانية اعتمدنا على أن تكون المرأة غير العاملة هي التي لا تزاول مهامها تكون فيه مرتبطة بالوقت لإنجازه ولا حتى مسؤوليات تتحملها تبعا لهذا العمل تجعلها تغادر المنزل لأجله و قد حددنا ذلك بأن لا تكون المبحوثة منتسبة للوظيف العمومي وأن لا تعمل في مؤسسة خاصة ، كما يمكن لها ان تزاول حرفة من الحرف الفردية المستقلة عن المسؤوليات، وبصفة أدق أن لا تخضع لأي ارتباط زمني يلزمها التقيد به ويجعلها تجد صعوبة في أن تكون بالقرب من رضيعها.

¹ لطيفة عريق وسفيان إدريس، العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة في المجتمع السوفي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية- جامعة الشهيد حمة لخضر- الوادي العدد 11 ، جوان 2015 ص 142.

8. التعريف الإجرائي للعوامل الصحية للأم والطفل:

في دراستنا نشير به إلى مجموعة من المتغيرات الصحية التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة الأم والطفل خلال فترة الحمل وبعد الولادة، فمن بين محددات العوامل الصحية للأم: الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد فترة الحمل، الحالة النفسية للأم، أما محددات العوامل الصحية للطفل فكانت: إصابة أو خلو الطفل من الأمراض المزمنة أو الإعاقات الجسدية.

9. التعريف الإجرائي للعوامل الديمغرافية للأسرة:

ستستخدم غالبا العوامل الديمغرافية في الدراسات السكانية والاجتماعية لفهم تأثير التركيبة السكانية للأسرة على جوانب مختلفة من حياة الإنسان، فقمنا في دراستنا بوضع مؤشرات لتحديد هذه العوامل أهمها: عدد الاطفال، سن الأم ، سن الام عند الزواج، وجود توأم ، بغية معرفة كيف تؤثر هذه العوامل على تغذية الأطفال الرضع.

10. التعريف الإجرائي للمستوى المعيشي :

يستخدم مفهوم المستوى المعيشي بشكل رئيسي لتحديد الفوارق الاجتماعية والاقتصادية بين الأفراد والمجتمعات، واسنادا على هذا المفهوم قمنا بتحديد مجموعة من المؤشرات التي تعكس الحالة الاقتصادية والاجتماعية وكذلك درجة رفاهية الأسرة أو الأفراد و بشكل خاص النساء غير العاملات، والتي لها علاقة بنمط الحياة اليومي ، واعتمدنا في دراستنا على قياس المستوى المعيشي بناءً على عدة معايير اجتماعية واقتصادية، مثل الدخل، نوعية السكن، امتلاك سيارات ، وجود خادمة فب المنزل ، والقدرة على تلبية احتياجات الحياة اليومية

رابعا: أهداف وأهمية البحث وأسباب اختياره

1. أسباب اختيار موضوع البحث :

هناك عدة أسباب تجعل الباحث يختار موضوع دراسة معين، من بينها أسباب ذاتية لاختيار الموضوع المعنون ب" العوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند المرأة غير العاملة في الجزائر" والذي جاء وراء ملاحظات شخصية داخل محيط الأسر القريبة خاصة بين الأهل والاقارب، صف إلى ذلك انتشار ظاهرة تراجع الرضاعة الطبيعية في الجزائر خاصة عند النساء غير العاملات سيما انهن لسن

منشغلات مقارنة بالعاملات ، خاصة في الآونة الأخيرة حيث عرفت فيها معدلات متدنية وهذا حسب ما توصلت إليه نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل سنة 2019 الذي سلط الضوء من النساء الماكثات بالبيت أين يظهر التحقيق أن 29.81% فقط من الماكثات في البيت ترضعن أطفالهن رضاعة طبيعية خالصة¹، الأمر الذي أدى لظهور أنماط أخرى للرضاعة كالرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة، حيث أرجع الخبراء والباحثين الاجتماعيون من خلال اطلاعنا لتفاصيل الموضوع أن هذا التراجع يعود الى العديد من الأسباب والتي من أهمها التغييرات في هياكل الأسرة والثقافة الجزائرية جعل التفكير في أن الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة هي الخيار الأمثل أو أكثر قبولاً، وهذا الفضول لمعرفة هذه التغييرات و العوامل سبب جوهرى وراء اختيارنا لموضوع الدراسة، ومن بين الأسباب التي جذبتني لهذا الموضوع هو محاولة إعطاء الطابع العلمي والتحليل السوسيولوجي لهذه الظاهرة الاجتماعية الصحية ، مما أدى بنا الى التركيز على هذه الفئة من النساء، ومحاولة معرفتنا للعوامل المحددة لنمط الرضاعة الذي تتبعه الأمهات الغير عاملات في تغذية أطفالهن الرضع. كما شد انتباهنا هو غياب الوعي عند أغلبية الأمهات بأهمية الموضوع وعلاقتة بصحة الأطفال، وفيمايلي سندرج ما تحتويه الدراسة من أهمية بالغة للمساهمة في توضيح أكثر للموضوع.

2. أهمية الدراسة:

إن أهمية دراسة هذا الموضوع تكمن أنه من القضايا الصحية والاجتماعية الهامة في الوقت الراهن، حيث تسعى الدراسة إلى نشر الوعي بين الأمهات غير العاملات حول الفوائد الصحية العديدة للرضاعة الطبيعية، التي تسهم في حماية الأطفال والأمهات من العديد من الأمراض مثل التهاب المعدة والأمعاء وسوء التغذية، وهي من التحديات الصحية الكبرى التي تواجه العديد من البلدان. وفي هذا السياق، تشير التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) إلى أن هذه الأمراض تساهم في وفاة حوالي عشرة ملايين طفل سنوياً نتيجة لاستخدام الحليب الاصطناعي. وبالتالي، فإن الدراسة تركز على ضرورة تعزيز الرضاعة الطبيعية كوسيلة فعالة للوقاية من هذه الأمراض، وذلك لتحسين صحة الأطفال ورفاهيتهم، مع الأخذ بعين الاعتبار الآثار الصحية والاقتصادية المترتبة على هذه الظاهرة. إضافة إلى ذلك، كما تهدف الدراسة إلى سد الفجوة في الدراسات الديموغرافية المتعلقة بتغذية الأطفال الرضع، وذلك من خلال إثراء المعرفة العلمية والمشاركة

¹ وزارة الصحة و السكان، مسح 2019، مرجع سابق ص117.

في فهم الأسباب التي تقف وراء انتشار هذه الظاهرة. ونسعى من خلال هذه الدراسة إلى الوصول إلى نتائج علمية تساهم في تفسير وتحليل الظاهرة بشكل أعمق، مما يساهم في تطوير استراتيجيات للتعامل معها، ومن الناحية الأكاديمية، تهدف الدراسة إلى تعزيز الوعي الصحي لدى النساء والعائلات وتشجيعهن على اتخاذ قرارات صحية أفضل بشأن تغذية أطفالهن، ومن خلال التحليل السوسيولوجي والديموغرافي لهذه الظاهرة الاجتماعية، تأمل الدراسة في أن تثير اهتمام الباحثين في المستقبل في مجال "الديموغرافيا والصحة" لإثراء هذا المجال البحثي وفقاً للمعطيات والفرص المتاحة في المستقبل.

3. أهداف الدراسة:

تتلخص أهم أهداف الدراسة في النقاط التالية:

- جمع معلومات شاملة حول قرارات الأمهات غير العاملات بشأن نمط الرضاعة، حيث سيتم تحليل هذه البيانات بعناية لفهم الاتجاهات السائدة والتفاوتات بين الفئات المختلفة.
- التركيز على تحليل التأثيرات الاجتماعية والثقافية، من خلال دراسة دور عوامل مثل التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية في اتخاذ قرار الرضاعة، مع البحث في ما إذا كانت هناك تقاليد أو توقعات ثقافية تؤثر على هذا القرار.
- فهم التأثيرات الديموغرافية والصحية، حيث سنحلل كيف يمكن أن تؤثر العوامل الديموغرافية مثل العمر، والتعليم، والوضع الاقتصادي على خيارات الرضاعة، ما إذا كانت هناك تحديات صحية تؤثر في هذا الاختيار.
- البحث في الدوافع والتحديات الشخصية التي تواجه الأمهات غير العاملات في اختيار أنماط الرضاعة، بهدف فهم العوامل النفسية والشخصية التي تدفعهن لهذا الاختيار.

وفي الأخير، نهدف إلى أن تساهم هذه الدراسة في البحث المستقبلي، من خلال أن تكون نقطة انطلاق لبحوث إضافية تفصل أكثر في هذا المجال، وتوجه الأبحاث القادمة نحو فهم أفضل للعوامل التي تؤثر في اختيار الرضاعة، بهدف تحسين الدعم والمعرفة المتاحة للأمهات غير العاملات. من خلال هذه الأهداف، نأمل في تحقيق نتائج تساهم في تحسين فهم الظاهرة وتقديم حلول عملية.

خامسا: تحليل نتائج الدراسات السابقة و أوجه الإستفادة منها

يعد استعراض الدراسات السابق في البحث العلمي ذات أهمية ، فهي تؤدي كثير من المهام للباحث أثناء تنفيذه لهذه العملية وللقارئ عند قراءته لما كتبه الباحث حول هذه الدراسات بحيث أنها تلك لدراسات التي تدخل ضمن التراث النظري أو أدبيات الموضوع من أوجه كثيرة والمقصود من استعراض هذه الدراسات في البحث العلمي هو تديم ملخصات لمناهجها ونتائجها فقط دون أي محاولة تقييمية لبعض مناهجها الظاهرة¹ واعتمدنا في دراستنا على مجموعة من الدراسات من بينها رسائل الدكتوراه وماجستير التي يطلع عليها الباحث للاستفادة من نتائجها التي تساعد على دراسة الجوانب الغامضة لموضوع الدراسة.

1. الدراسات المحلية:

الدراسة الأولى:

بن توييس مسعودة" الرضاعة الطبيعية " ²

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الأسباب التي تدفع النساء إلى فطام أطفالهن، وهل الدوافع التي تدفعهن لذلك هي ذاتية فيزيولوجية أم هناك مؤثرات أخرى؟ لهذا الغرض، وضعت الباحثة الفرضيات التالية:

1. استطاعت موانع الحمل الحديثة أن تعوض دور الرضاعة الطبيعية في تباعد الولادات، مما ساهم في التخلي عن الرضاعة الطبيعية.

2. إدخال أساليب جديدة في نظام تغذية الطفل أدى إلى وجود اتجاه نحو التخلي عن الرضاعة الطبيعية من الثدي واللجوء إلى الفطام.

3. نقص التربية الصحية الخاصة بالرضاعة الطبيعية قد ساهم في تراجع الرضاعة من الثدي.

يتكون مجتمع البحث من النساء في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 سنة) واللواتي لديهن طفل على الأقل. تم سؤال 200 امرأة خلال شهرين، حيث تم توزيع العينة كما يلي:

- 100 امرأة في مركز حماية الأمومة والطفولة بباب الوادي.

¹ بلقاسم سلاطنية، حسان جيلالي، منهجية العلوم الاجتماعية 1 ، الطبعة 1 ، الدار الجزائرية للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017، ص96.

² مسعودة بن توييس ، الرضاعة الطبيعية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 1، 2010/2011.

- 100 امرأة أخرى في مركز حماية الأمومة والطفولة بإشراف.

نتائج الدراسة:

- ❖ عبرت معظم المبحوثات عن نيتهم في إرضاع أطفالهن من الثدي لفترة طويلة، حيث حددت 77.4% من النساء هذه المدة إلى ما بعد السنة من عمر الطفل. إلا أن الباحثة توصلت إلى وجود فارق بين النية والواقع، حيث توقفت 56% من النساء عن الرضاعة الطبيعية في الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الطفل، بينما أدخلت 59% منهن الرضاعة الصناعية في عمر مبكر جداً (أي في الأشهر الثلاثة الأولى من الولادة). كما أن 46% من النساء لجأن إلى الفطام المبكر.
- ❖ لم تسجل الباحثة أي اختلاف بين الجنسين فيما يخص وتيرة الرضاعة الطبيعية (حليب الثدي فقط)، إلا أن الاختلاف كان واضحاً فيما يخص سن الأم، حيث توقفت الأمهات اللاتي تجاوزن سن الأربعين عن الرضاعة الطبيعية في الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الطفل.
- ❖ أظهرت نتائج البحث أن نسبة معتبرة من النساء قد أرضعن أطفالهن من الثدي حتى عمر 12 شهراً وأحياناً أكثر، حيث وصلت بعض الحالات إلى 24 شهراً. كما أشارت الباحثة إلى أن موانع الحمل الحديثة، مثل الحبوب، قد تسببت في تخلي العديد من الأمهات عن الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر، حيث توقفت 70.8% من النساء اللواتي استخدمن وسائل منع الحمل الفموية عن الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر، مقارنة بـ 28.6% من النساء اللواتي استخدمن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتنظيم النسل.
- ❖ العديد من الأمهات يلجأن إلى تناول الحبوب العادية لمنع الحمل بدلاً من الحبوب المخصصة للرضاعة خوفاً من الحمل، مما يؤدي إلى نقص الحليب بسبب عدم الالتزام بشروط نجاح الرضاعة الطبيعية. وقد صرحت 60.1% من النساء بأنهن لا يرضعن بسبب نقص الحليب، في حين أن 60% من النساء يفضلن الرضاعة الصناعية.
- ❖ هناك مجموعة من الممارسات التي تعيق إفراز الحليب، مثل اعتماد الأم على نظام الرضاعة حسب مواعيد محددة، مما يعيق نجاح الرضاعة. إذ وجدت أن 56.8% من النساء يقمن بفطام أطفالهن في الأشهر الثلاثة الأولى، ويستخدمن هذا النظام في تغذية أطفالهن، مما يؤدي إلى ضعف إنتاج الحليب.
- ❖ تأخر الرضعة الأولى بعد الولادة يعد من الأسباب التي تساهم في قلة نجاح الرضاعة الطبيعية. فكلما تأخرت الرضعة الأولى بعد الولادة، زادت نسبة الأمهات اللواتي يقدمن الفطام المبكر.

- ❖ العديد من الأمهات يلجأن إلى إعطاء أطفالهن مناقيع باستخدام الزجاجاة، ما يؤدي إلى ضعف استجابة الطفل للرضاعة من الثدي. وأوصى المختصون بتجنب استخدام الزجاجاة قدر الإمكان، وإذا كان لا بد من استخدامها، فمن الأفضل استخدام الملعة.
- ❖ نجاح الرضاعة يتوقف على الدعم والتوجيه الذي تتلقاه المرأة من الأسرة والعاملين في مجال الصحة. حيث أن الأيام الأولى بعد الولادة هي التي تحدد اتجاه الأم نحو الرضاعة، وهو ما يؤثر بشكل كبير في نجاحها.
- ❖ أظهرت الدراسة أن العاملين في المجال الصحي، خاصة الممرضات والقابلات، يلعبون دوراً مهماً في تشجيع الرضاعة الطبيعية، إذ أن 74.3% من النساء أكدن على أهمية التوعية من قبل العاملين في السلك الطبي قبل وبعد الولادة.

الدراسة الثانية:

عثمان طرشون، واقع الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر (دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية قصر الشلالة، ولاية تيارت)¹

تبحث هذه الدراسة في أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية ودورها في محاربة بعض الأمراض سواء المتعلقة بالطفل أو الأم، وكذا مساهمتها في خفض وفيات الأطفال، ومحاولة معرفة أهم الأسباب التي تؤدي بالأم إلى عدم ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست أشهر الأولى من حياة طفلها، باعتبار أن الرضاعة الطبيعية مهمة جداً للطفل الصغير وقد أوصت بها اليونيسيف وحذرت من المخاطر التي تنتج عن تركها، حيث تنطلق الدراسة من إشكالية مفادها: هل غياب الوعي الصحي لدى الأم تجاه أهمية الرضاعة الطبيعية يؤثر على ممارستها الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست أشهر الأولى من حياة مولودها؟ ولإجابة على هذا السؤال اقترح الباحث الفرضيات التالية:

الفرضيات:

- 1 - كلما قلت معارف الأم حول أهمية الرضاعة الطبيعية سواء لها أو لمولودها قلت نسبة تلقيه الرضاعة الطبيعية الحصرية في الست أشهر الأولى من حياته.
- 2 - خروج الأم للعمل يقلل بنسبة كبيرة تلقي المولود الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الست أشهر الأولى من حياته.

¹ عثمان طرشون، واقع الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع والديمقراطية، كلية العلوم الاجتماعية بجامعة أبو القاسم سعد الله بالجزائر، 2015/2016.

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

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي للإجابة على سؤال الاشكالية، حيث قام الباحث بجمع البيانات من الميدان ثم تم تفرغها وتبويبها وتحليلها في جداول احصائية بسيطة، ومزدوجة لمعرفة تأثير المتغيرات المستقلة المأخوذة على متغيرات الظاهرة المدروسة، كما استعان الباحث 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، وقد تمت جميع العمليات السابقة تمت بالاستعانة بالبرنامج الاحصائي SPSS الاصدار 22.

تمثل مجتمع البحث في 150 امرأة في سن الانجاب (15 - 49)، كلهن لديهن رضيع على الأقل تنحصر أعمارهم ما بين 6 أشهر الى 12 شهر، وقد اعتمد الباحث على العينة العمدية، لقد استغرقت مدة قيامه بالبحث الميداني شهرين ونصف مقسمة الى مرحلتين الفترة الأولى من 12 أبريل 2015 الى غاية 11 جوان 2015 ، تم خلالها مقابلة 123 امرأة وملاً 123 استمارة بعدها تم تمديد هذه الفترة ب 15 يوم من 18 جوان 2015 الى غاية 02 جويلية 2015 تم خلالها مقابلة 27 سيدة وملاً 27 استمارة، ليستقر في الأخير على 150 استمارة، بمعدل استمارتين في اليوم بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بقصر الشلالة ولاية تيارت.

ووفقا لمقتضيات الدراسة تم الاستعانة بأداة استمارة الاستبيان التي وزعت على عينة الدراسة.

نتائج الدراسة:

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

❖ من خلال تحليلنا للفرضية الأولى لاحظنا أن الوعي الصحي للأم بالنسبة للفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية سواء 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 تتعذر عندهن هذه المعلومات فلقد لاحظنا انخفاض محسوس في مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية عندهن، نفس الشيء 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 تجلّى في ممارسة 70.6 % منهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر، ونسبة 100% يعتقدن بأفضلية هذه الممارسة 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

❖ كما استنتجنا أن لوجهة النظر الزوج تأثير نوعا ما على توجه الأم نحو تقديم نمط 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.

❖ وأوضحت نتائج الدراسة أن ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية تتأثر بعمل الأم بشكل كبير، وهو ما ظهر عند المبحوثات اللواتي استغدن 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 استغدن من 03 أشهر فقط، كعطلة أمومة أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة شهرين الى ثلاثة اشهر، في حين أن 80 % من المبحوثات اللواتي استغدن من عطلة بعد الولادة ستة أشهر فأكثر أرضعن 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، وجاءت هذه النسبة مرتفع لما جاءت به نتائج المسح الوطني المتعدد المؤشرات الرابع الذي أجري في الجزائر في الفترة 2012 - 2013 ، حيث أشارت 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 الطبيعية 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.

الدراسة الثالثة :

ليلي قريش" الرضاعة عند الام الجزائرية بين الميل والممارسة" (دراسة ميدانية لبلدية باش جراح وسيدي

موسى الجزائر العاصمة¹

تكمّن أهمية الدراسة في أن تغذية الأطفال ولا سيما الصغار منهم قضية معقدة جدا تتطوي على مسؤولية في غاية الأهمية ذلك أن الغذاء هو مصدر الطاقة والعادة الحيوية التي يبني منها جسم الطفل وينمو بسرعة. ويتوقف تركيب أعضاء الطفل وأجهزته ووظائفها على طبيعية الغذاء الذي يتناوله. كما أن خصائص بعض الأغذية تقي الأطفال من الأمراض ولهذا كانت التغذية الصحية من التدابير الهامة الفعالة في حماية صحة الطفل وحياته، فالطفل، الرضاعة عند الام الجزائرية بين الميل والممارسة خلال السنة الأولى من حياته يكون في حاجة شديدة إلى الطعام وتكون إمكانيته الهضمية محدودة جدا، وينتج عن هذا صعوبة أساسية في تغذية الأطفال وهم في هذا السن. فكيف يمكن تأمين احتياجات الطفل من المواد الغذائية رغم قصور جهازه الهضمي وأي نوع من التغذية يكون أنسب وأفع؟

الفرضيات:

✓ تعامل الأم مع تجارب الآخرين في الرضاعة قبل الزواج تدخلها في تجربة غير مباشرة مع الميل إلى الرضاعة.

✓ فترة الزواج قبل الولادة، توسع التجربة غير المباشرة للرضاعة.

✓ احتكاك بالقطاع الصحي في فترة الولادة يصاحبه ممارسة الرضاعة المختلطة.

¹ ليلي قريش، الرضاعة عند الام الجزائرية بين الميل والممارسة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة الجزائر، 2015

✓ النشاطات الكلية المتنوعة اليوم عند الأم تؤدي إلى ممارسة الرضاعة المختلطة بالتناوب. اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الامبريقي او التجريبي نظرا لطبيعة الدراسة وقد اعتمد على عينة من 120 مفردة وقد تم توزيع استمارة استبان على المبحوثين بعد اجراء مقابلة معهم في مدة 4 أشهر.

نتائج الدراسة:

❖ الرضاعة الطبيعية تُعتبر إحدى أهم الممارسات الصحية التي تُوصى بها للحفاظ على صحة الرضيع. هذا الأسلوب الطبيعي للتغذية يُعزز نمو الطفل ويدعمه بفيتامينات قوية يحتاجها في حياته اليومية. العديد من الأمهات الجزائريات اللواتي يُمارسن الرضاعة الطبيعية أكدن أهميتها في بناء مناعة قوية للطفل وتحسين حالته الصحية.

❖ لوحظ أن الأمهات في بلديات مثل باش جراح وسيدي موسى أكثر ميلاً للرضاعة الطبيعية مقارنةً بالمناطق الأخرى. يعود ذلك إلى القرب الثقافي والاجتماعي الذي يُشجع على تبني هذا السلوك. كما أن الأمهات اللاتي عايشن تجربة الرضاعة كأطفال أو شاهدن قريباتهن يمارسها، يكنّ أكثر إقبالاً عليها، حيث تُعتبر تلك التجربة جزءاً من التكوين النفسي والاجتماعي للأم.

❖ إن التوعية الصحية بالرضاعة الطبيعية من قِبل المؤسسات الطبية لا تزال محدودة. غالباً ما تكتسب الأمهات معارفهن من الأسرة، وليس من الجهات الرسمية مثل المدارس أو المستشفيات أو الجمعيات. هذا النقص في الإرشاد الرسمي أدى إلى تباين في مدى ممارسة الرضاعة بين النساء، حيث تعتمد بعضهن على الرضاعة الطبيعية بشكل كامل، بينما تتجه أخريات إلى بدائل غذائية.

❖ لاحظ الباحثون في مجال الصحة أن تركيز القطاع الصحي غالباً ما يكون على معالجة المشكلات الصحية المرتبطة بالرضاعة بدلاً من العمل على الوقاية والتوعية بطرق فعّالة. يُعتبر ذلك تحدياً يستوجب تحسين تدريب العاملين الصحيين على دعم الأمهات وتشجيع الرضاعة الطبيعية، بالإضافة إلى تعزيز البرامج التوعوية ضمن المجتمعات.

❖ يظهر جلياً أن الرضاعة الطبيعية ليست مجرد ممارسة صحية، بل هي أيضاً جزء من التكوين الثقافي والاجتماعي للأمهات الجزائريات. هناك حاجة إلى دعم هذه الممارسة من خلال تحسين برامج التوعية الصحية وإشراك المؤسسات الطبية والتعليمية في توجيه الأمهات نحو اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تغذية أطفالهن.

الدراسة الرابعة:

طبعة عمر بعنوان: المحددات السوسيوديموغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 4 MICS المنجز في 2013/2012،¹

تدور الدراسة في فلك علم السكان وبالضبط في الحقل المعرفي للديموغرافيا الصحية. هدفت إلى تسليط الضوء على الأهمية العلمية للرضاعة الطبيعية بشكل عام ومدى انتشارها كمياً بين أوساط الأمهات في الجزائر، مع إخضاعها للتحليل من الناحية الديموغرافية باتباع المنهج الوصفي التحليلي، مستغلين في ذلك فرصة توفر قاعدة البيانات التي وفرها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2013 في الجزائر. اعتماداً على الأسلوب الإحصائي لتحليل الانحدار اللوجستي الثنائي، تم إثبات إمكانية إدراج بعض المحددات الديموغرافية في تفسير توجه الأمهات الجزائريات أو عدمه لتبني الرضاعة الطبيعية كمصدر أساسي لتغذية مواليدهن. وفي المقابل، تم نفي تأثير بعض المتغيرات على إقبال أو عدم إقبال الأمهات على ممارسة الرضاعة الطبيعية وقد جاء سؤال الاشكالية على النحو التالي:

ما هي أهم المحددات السوسيوديموغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 4 MICS المنجز 2013/2012.

نتائج الدراسة:

✓ تم إثبات وجود علاقة طردية بين عمر الأم وإقبالها على الرضاعة الطبيعية، إذ كلما ارتفعت أعمار الأمهات، أدى ذلك إلى زيادة انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر. ومن حيث القياس الكمي لآثر عمر الأم، وجدنا أنه كلما ازداد عمر الأم بسنة واحدة، فإن ذلك يؤدي إلى رفع احتمالية إرضاعها طبيعياً بنسبة 3.1%.

✓ تمت البرهنة الإحصائية على وجود علاقة عكسية بين عدد مواليد الأم والإقبال على الرضاعة الطبيعية، أي كلما ارتفع عدد مواليد الأم، فإن ذلك يؤدي إلى العزوف عن الرضاعة الطبيعية واللجوء

¹ عمر طبعة ، "المحددات السوسيوديموغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 4 MICS"، مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية، ع 14، مج1، 2022.

إلى بدائل أخرى، ومن ناحية القياس الكمي لأثر عدد المواليد، وجدنا أنه عند ارتفاع عدد مواليد الأم بمولود واحد، فإن ذلك يعمل على خفض احتمال الإقبال على إرضاعها طبيعياً بنسبة 14.9%.

✓ ثبت وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للأم والإقبال على الرضاعة الطبيعية، أي أنه عند ارتفاع مستوى الأم التعليمي، فإن ذلك يؤدي إلى العزوف عن الرضاعة الطبيعية. وعلى سبيل الدقة، وعند المقارنة بين الأمهات عديمات المستوى وذوات المستوى العالي (الجامعي)، وجدنا أن الارتفاع بين المستويين سيخفض احتمالية الإرضاع طبيعياً بنسبة 30.8%. أما التمايز بين بقية المستويات، فلا يؤثر على الرضاعة الطبيعية، أي أن الرضاعة الطبيعية تنتشر بشكل متقارب بين الأمهات من مختلف المستويات التعليمية.

✓ تم الإثبات إحصائياً وجود علاقة عكسية بين الإصابة بمرض مزمن للأم والإقبال على الرضاعة الطبيعية، أي أن تغير الحالة الصحية بين الأمهات من غير مصابة بمرض مزمن إلى مصابة به يؤدي إلى خفض انتشار الرضاعة الطبيعية. ومن باب القياس الكمي لأثر هذا المتغير، نتج أن الإصابة بمرض مزمن تعمل على خفض احتمالية الإرضاع الطبيعي بنسبة 46.3%.

✓ في حين لم تؤثر بقية المتغيرات الأخرى المدرجة في الدراسة على الإقبال على الرضاعة الطبيعية في الجزائر، وهي: مؤشر الثروة، الحالة الفردية للنساء، وعمر الطفل أثناء القيام بالمسح (من 0 سنة إلى 5 سنوات)، استعمال وسائل منع الحمل، سن الزواج الأول ووسط الإقامة. يفهم من ذلك أن نسبة الرضاعة الطبيعية متقاربة بين جميع النساء بدلالة المستوى الاقتصادي للأسر التي ينتمين إليها. مهما كان سن النساء عند زواجهن الأول، فإن ذلك لا يفسر عزوفهن أو إقبالهن على تبني أسلوب الرضاعة الطبيعية كمصدر أساسي لتغذية مواليدهن. كما تنتشر الرضاعة الطبيعية بين النساء دون تمايز وبنفس المستوى الكمي بدلالة حالاتهن الفردية. وعي النساء في المنطقتين السكيتين (حضر وريف) بأهمية الرضاعة الطبيعية جعل هذه الأخيرة تنتشر بنفس الوتيرة في الوسطين. إضافة إلى ذلك، فإن جميع الأطفال ذوي الأعمار من 0 سنة إلى 5 سنوات أثناء القيام بالمسح تساوت حظوظهم في الرضاعة الطبيعية. وعليه، فلا يمكن اعتماد هذه المتغيرات كمحددات ديموغرافية لتفسير التفاوت في تبني النساء الرضاعة الطبيعية كمصدر غذاء لمواليدهن في الجزائر.

الدراسة الخامسة:

الحوسين طلباوي، واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019 (MICS 6)¹

تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر ومحاولة معرفة اهم المؤشرات الديمغرافية والسوسيواقتصادية المؤثرة في هذا الواقع وذلك من خلال طرح الأشكال التالي: ما واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر وماهي اهم المؤشرات المؤثرة في هذا الواقع؟، من اجل تبسيط هذا الاشكال تم تفكيكه الى مجموعة من الأسئلة الفرعية نذكر منها:

- ما هو واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال معطيات مسح 2019(MICS6)؟

- ماهي اهم المؤشرات الاجتماعية المؤثرة في هذا الواقع؟

- كيف تؤثر المتغيرات الاقتصادية في هذا الواقع؟

- ماهي اهم المؤشرات الديمغرافية المؤثرة في هذا الواقع؟

اعتمدت هذه الدراسة على معطيات المسموح الوطنية الكبرى مع التركيز خاصة على المسح الوطني العنقودي لمتعدد المؤشرات لسنة 2019. مستعملة في ذلك المنهج الوصفي التحليلي لوصف معطيات المسح المتوفرة في برنامج (SPSS) وتحديد اهم المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية و الديمغرافية المؤثرة في الرضاعة الطبيعية وإجراء بعض الاختبارات الإحصائية لاختبار صدق فرضيات البحث.

نتائج الدراسة:

تهدف هذه الوثيقة البحثية إلى محاولة وصف واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019، إضافة إلى محاولة إبراز أهم المحددات الاجتماعية والاقتصادية وكذلك الديمغرافية المؤثرة في هذا الواقع. وقد تناولنا خلالها وصف تطور أهم المؤشرات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية مثل نسب الانتشار، وقت بدء الرضاعة، نسب الرضاعة الخالصة، ونسب الاستمرار في الرضاعة خلال الفترة السابقة للمسح (الثلاثون سنة الماضية).

وقد لاحظنا بهذا الخصوص تراجع معظم المؤشرات، حيث تراجعت نسب الانتشار بفارق يقارب خمس نقاط، وانخفضت من 92.7% سنة 1992 إلى 87.1% سنة 2019. كما تراجعت نسبة الرضاعة

¹ الحوسين طلباوي، "واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019"، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، مج1، ع14، 2022

خلال الساعة الأولى خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2019 بحوالي 40%، أي بفقدان أكثر من 20 نقطة، إذ انخفضت من 55.4% إلى 32.9%. الأمر ذاته بالنسبة لنسب الرضاعة خلال اليوم الأول، فقد تراجعت من 80.4% سنة 2006 إلى 66.2% سنة 2019، بفقدان يقارب 14 نقطة. بينما ارتفعت نسبة الرضاعة الحصرية بأكثر من 5 أضعاف، حيث انتقلت من 5% سنة 2002 إلى 28.7% سنة 2019. كما عرفت نسب الاستمرار في الرضاعة بين 12 و 15 شهراً ارتفاعاً طفيفاً في حدود ثلاث نقاط، حيث انتقلت من 45.1% سنة 1992 إلى 48.8% سنة 2019.

❖ بالنسبة لوصف مؤشرات الرضاعة الطبيعية وعلاقتها بالمحددات السوسيو-ديمغرافية في مسح 2019، فقد أظهرت النتائج انتشار الرضاعة الطبيعية في منطقة الهضاب الوسطى أكثر من بقية المناطق. كما كانت النسبة لدى النساء العاملات أقل مقارنة بغير العاملات. وفيما يخص الرضاعة المبكرة، نجد أن نسب الرضاعة خلال الساعة الأولى كانت أعلى في الهضاب الوسطى (39.85%)، وأدنى نسبة كانت في الشمال الغربي (27.58%). أما حسب المستوى التعليمي، فإن النساء ذوات المستوى الجامعي كن أقل إرضاعاً لأطفالهن خلال الساعة الأولى بنسبة (29.36%)، وأعلى نسبة كانت لدى النساء دون مستوى تعليمي (37.29%). وحسب الوضعية المهنية للنساء، كانت العاملات أقل نسبة في الرضاعة خلال الساعة الأولى مقارنة بغير العاملات (27.94% مقابل 33.36%). وفيما يخص الرضاعة الحصرية، فلم تختلف نسبها حسب جنس الطفل ولا حسب وسط الإقامة بشكل كبير. ومع ذلك، فإن منطقة الشمال الوسطى سجلت أعلى نسبة للرضاعة الحصرية (35.71%)، وأدنى نسبة كانت في الجنوب (20.20%). أما حسب المستوى التعليمي، أظهرت النتائج أن أعلى نسب الرضاعة الحصرية كانت لدى أطفال الأمهات دون مستوى تعليمي (31.01%). وحسب الوضعية المهنية للنساء، بلغ الفارق قرابة 10 نقاط لصالح أطفال غير العاملات (20% مقابل 29.81%)، أما بالنسبة لاستمرار الرضاعة إلى غاية سنتين، فكان التباين واضحاً حسب وسط الإقامة، حيث بلغت النسبة في الريف (28.39%) مقابل (24.52%) في الحضر. كذلك، التوزيع حسب المستوى التعليمي أظهر أن أعلى نسبة كانت لدى النساء ذوات المستوى الابتدائي (35.46%)، وأدنى نسبة كانت لدى النساء ذوات المستوى الجامعي (18.18%). أما حسب الحالة المهنية للنساء، فإن أطفال العاملات كانوا أقل استمراراً في الرضاعة إلى غاية سنتين، حيث بلغت نسبة الاستمرار (16.83%) مقابل (27.58%) لأطفال غير العاملات.

❖ اختبار تأثير المتغيرات السوسيو-ديمغرافية على الرضاعة تم إحصائياً عبر إجراء الانحدار اللوجستي الثنائي للاستجابة بين المتغيرات التابعة (المتتمثلة في بعض مؤشرات الرضاعة) والمتغيرات المستقلة (المتتمثلة في بعض المحددات السوسيو-ديمغرافية). وقد أظهرت النتائج عدم وجود تأثير لمتغيرات وسط الإقامة، مؤشر الرفاه، وعمر الأم على نسب انتشار الرضاعة، وذلك لعدم دلالة معلماتها، ما استوجب استبعادها من النموذج. بينما كان هناك تأثير لمتغيري المستوى التعليمي والوضعية المهنية، حيث كلما انتقل المستوى التعليمي للأم من مستوى إلى آخر ارتفعت نسب الرضاعة، وكلما انتقلت حالة الأم من مشغلة إلى غير مشغلة ارتفعت نسب انتشار الرضاعة، بالنسبة لتلقي الرضاعة الحصرية، كان المتغير المؤثر هو الوضعية المهنية، حيث كلما انتقلت الحالة المهنية للأم من حالة مشغلة إلى حالة غير مشغلة، زادت قيمة لوغاريتم التريج، ما يعني زيادة نسب تلقي الأطفال للرضاعة الحصرية. أما بقية المتغيرات فلم يكن لها تأثير، وقد استبعدت من النموذج.

❖ أما الاستمرار في الرضاعة إلى غاية بلوغ الطفل سنتين، فقد تأثر بمتغيرين هما المستوى التعليمي ومؤشر الرفاه. فكلما انتقل المستوى التعليمي للأم من مستوى إلى مستوى أعلى، انخفضت قيمة لوغاريتم التريج، ما يعني انخفاض نسب الاستمرار في الرضاعة إلى سنتين. وكلما انتقل مؤشر رفاه الأم من مستوى إلى مستوى أعلى، زادت قيمة لوغاريتم التريج، ما يعني زيادة نسب الاستمرار في الرضاعة إلى سنتين. أما متغيرات جنس الطفل، وسط الإقامة، والحالة الفردية، فلم يكن لها تأثير إحصائي، وبالتالي تم استبعادها من نموذج الانحدار.

✓ المسح الوطني حول أهداف نهاية الألفية: صحة الأم والطفل 2000 .

- **منهجية العمل:** اعتمد هذا المسح كباقي المسوحات على عينة وطنية تمثلت في 1644 أما و 1711 طفلاً لا يتعدى سنهم 2 سنة، يتوزعون حسب الجنس كما يلي : 52% ذكور و 48% إناث أما توزيعهم حسب السن فهو كالآتي:

- قدرت نسبة الرضع الذين لا يتجاوز سنهم 4 أشهر بـ 15,5% .
- تمثل نسبة الرضع الذين يقدر سنهم بأقل من 12 شهر 51,5% .
- في حين قدرت نسبة الأطفال الذين تجاوز سنهم 12 شهر بـ 48,5% .

- **النتائج:**

1- انتشار الرضاعة الطبيعية:

لاتزال الرضاعة الطبيعية تتراجع مع ارتفاع سن الطفل حيث تقدر في السنة الأولى من عمر الطفل ب 74,2%، بينما تنخفض كثيرا في السنة الثانية لتصل إلى 40,8% توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك تباين في نسبة الرضاعة الطبيعية، حيث يكون مرتفعا في الثلاث الشهور الأولى من ولادته أين يقدر ب 94% وينخفض مع ارتفاع السن ليصل إلى 27,8% في السن 18-23 شهر.

2- نسبة الأطفال الذين يقل سنهم عن 4 أشهر ويرضعون رضاعة طبيعية فقط:

أعريت نتائج هذا المسح الميداني أن هناك انخفاض كبير في عدد الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية دون أية إضافات، ويقل سنهم عن 4 أشهر، وقدّر ذلك بنسبة 15,9% يتوزعون بين الريف والحضر على التوالي: 18,8% و 19,2% في حين تظهر هذه النسبة فوارق جوهريّة حسب منطقة الإقامة حيث قدرت نسبة الإرضاع ب 4,8% فقط في المنطقة الصحية الشرقية و 15,1% في الوسط و 20,7% في الغرب، وسجلت أعلى نسبة في الجنوب، أين قدرت ب 21,3% .

3- نسبة الأطفال الذين يبلغ سنهم 6-9 أشهر يرضعون رضاعة طبيعية بالإضافة إلى تغذية إضافية إلى تكميلية صلبة أو نصف صلبة:

إنّ نسبة الأطفال الذين يتراوح سنهم بين 6-9 أشهر والذين يرضعون رضاعة طبيعية إضافة إلى تغذية تكميلية هي منخفضة جدا، حيث قدرت من خلال هذا المسح الوطني ب 38%، إلا أن هذه الأخيرة تنخفض أكثر في المنطقة الصحية الغربية حيث تقدر ب 29%.

4- نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية ويتراوح سنهم بين 12-15 شهر وبين 20-23 شهر، قد قدر عدد الأطفال الذين يستفيدون من حليب أمهاتهم في فئة العمر 12-15 شهر بنسبة 55% وهي نسبة معتبرة إلا أنها تعرف انخفاضا كبيرا مع ارتفاع عمر الطفل حيث تقدر في فئة العمر 20-23 شهرا ب 22,3% فقط .

5- شدة انتشار الإرضاع الاصطناعي وسط الأطفال الذين يقل عمرهم عن السنة:

توضح نتائج هذه الدراسة الميدانية أن استعمال بديل الرضاعة الطبيعية سواء كان ذلك على شكل أغذية صلبة أو نصف صلبة كالحليب مثلا هي منتشرة، انتشارا واسعا، وهذا ما تبيّنّه النسبة 62,8%، حيث تتوزع بين الريف والحضر كما يلي: قدرت هذه النسبة في الريف ب 59,6% ، أما في الحضر فنسبتها قدرت ب 66,9% .

إنّ الرضاعة الطبيعية مرتبطة ارتباطا وثيقا بسن الطفل، حيث تنتشر على نطاق واسع في الثلاث شهور الأولى من ولادة الطفل، ثم تبدأ في الانخفاض إلى أن تنعدم تقريبا مع بلوغ الطفل السنة الثانية

من عمره، وتبين نتائج هذه الدراسة الميدانية أنّ نسبة التراجع السنوية لعملية الإرضاع قدرت بـ 3% ، وتبلغ هذه النسبة أقصاها في الثلاث شهور الأولى من حياة الطفل بـ 89,8% وتنخفض لتصل حدها الأدنى عند العمر (2 سنة) وذلك بـ 13,9%.

2. الدراسات الأجنبية والعربية:

1.2 الدراسات العربية

الدراسة الأولى:

دراسة زينب محمد بدوي، الموسومة بعنوان "الرضاعة الطبيعية وأثرها على الفرد والمجتمع"، 2021.¹

تناولت هذه الدراسة اهتمام التشريع الإسلامي بالرضاعة الطبيعية، وبينت دورها للأم والطفل على حد سواء. بدأت الدراسة بتعريف الرضاعة الطبيعية وبيان حكمها، مع عرض لاختلاف الفقهاء، ثم تناولت الآثار الإيجابية لها على مختلف الجوانب الحياتية. واستعرضت الدراسة الإعجاز العلمي والطب الحديث في هذا السياق، إضافة إلى إقرار القوانين الوضعية والمنظمات الحقوقية بأهمية الرضاعة الطبيعية وتأثيرها الإيجابي على نمو الرضيع بشكل سليم، مما ينعكس على مجتمعه. كما استهدفت الدراسة بيان الأحكام الفقهية المتعلقة بالرضاعة وما يترتب عليها من أمور هامة لتحديد العلاقات الأسرية، إضافة إلى الحكمة الإلهية من تحديد مدة الرضاعة بعامين كاملين.

- نتائج الدراسة:

- أكدت الشريعة الإسلامية أن الرضاعة الطبيعية حق مفروض للطفل على والده، ولا يجب على الأم إلا في حالات الطلاق، وعدم تقبل الطفل لثدي غيرها.
- الرضاعة مسؤولية مشتركة بين الأب والأم وفق ما نصت عليه الشريعة الإسلامية وقوانين الحقوق الشخصية وقانون الطفل.
- حذرت الأبحاث العلمية من الرضاعة الصناعية وأكدت ضرورة الرضاعة الطبيعية.

الدراسة الثانية: دراسة منير كرادشة، الموسومة بعنوان "العوامل المؤثرة في الرضاعة الطبيعية في المجتمع الأردني"، 2016.² هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي تؤثر على مدة الرضاعة الطبيعية لدى السيدات المتزوجات في الأردن. استندت

¹ زينب محمد بدوي، الرضاعة الطبيعية وأثرها على الفرد والمجتمع، كلية الدراسات الإسلامية للبنين بأسوان، ع 4، جامعة الأزهر، 2021.

² منير كرادشة، "العوامل المؤثرة في الرضاعة الطبيعية في المجتمع الأردني"، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد 43، ع 2، 2016.

الدراسة إلى بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2012، واستخدمت نماذج إحصائية متنوعة لمعالجة البيانات، منها تحليل المتوسطات المقارنة ونموذج الانحدار المتدرج.

- نتائج الدراسة:

- أظهرت الدراسة ارتباط مدة الرضاعة الطبيعية بمجموعة من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية مثل انخفاض مستوى التعليم، ارتفاع الخصوبة، والتمسك بالقيم التقليدية.
- برزت متغيرات حاسمة مثل عدد الأطفال الأحياء، مستوى تعليم الأم، استخدام وسائل تنظيم الأسرة، والرغبة في الإنجاب كمحددات رئيسية للرضاعة الطبيعية.
- أكدت الدراسة تأثير التحولات الاجتماعية والاقتصادية على المرأة الأردنية، مما زاد من حساسيتها واستجابتها لعوامل التنمية.

الدراسة الثالثة:

دراسة سعدان حمدي شكيب، الموسومة بعنوان "تأثير الرضاعة الطبيعية على إصابة الأطفال بالأمراض في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع في مخيمات نابلس للاجئين"¹

تركز الدراسة على استقصاء العلاقة بين الرضاعة الطبيعية الحصرية ومعدلات إصابة الأطفال بالأمراض في مخيمات نابلس خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم كما تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر الأنماط المختلفة المتبعة في إطعام الأطفال على الأمراض في الأشهر الستة الأولى من حياتهم في مخيمات نابلس. كما تسعى إلى دراسة تأثير بعض العوامل الديموغرافية المتعلقة بالأم والطفل على خيار الأم فيما يتعلق بطريقة إطعام الطفل خلال هذه المرحلة.

الأسئلة الفرعية:

1. ما تأثير الرضاعة الطبيعية الحصرية على تقليل الإصابة بالأمراض؟
2. كيف تؤثر الخصائص الديموغرافية (مثل عمر الأم ومستواها التعليمي) على نمط الرضاعة؟
3. ما دور العوامل الصحية والاجتماعية في تحديد أسلوب تغذية الأطفال؟

الفرضيات:

- الرضاعة الطبيعية الحصرية تقلل من معدلات الأمراض المعدية لدى الرضع.

¹ سعدان حمدي شكيب، تأثير الرضاعة الطبيعية على إصابة الأطفال بالأمراض في الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع في مخيمات نابلس للاجئين، دراسة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2010.

- العوامل الديمغرافية والاجتماعية للأمهات تؤثر على قرارهن بشأن الرضاعة.

اعتمد الباحث على المنهج المسحي الذي يراه الباحث الأنسب الى دراسته، حيث شملت الدراسة التحليلية المسحية عينة من 690 ملفاً طبيياً يحتوي على معلومات عن الطفل وأمه. تم اختيار العينة بحيث تشمل الأطفال من مواليد العام 2007، الذين يقطنون في مخيمات نابلس ويراجعون عيادات وكالة الغوث في المخيمات الثلاثة (بلاطة، عسكر، وعين بيت الماء)، وتم جمع المعلومات من الملفات الطبية باستخدام استبيانات خضعت لتحليل إحصائي بواسطة برنامج SPSS الإصدار 11. تضمنت الأساليب الإحصائية المستخدمة: التكرارات، النسب، معاملات الارتباط، واختبار مربع كاي.

نتائج الدراسة:

-أظهرت النتائج أن نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم بلغت 70%. أما الأطفال الذين اعتمدت أمهاتهم المزج بين الحليب الطبيعي والصناعي، فقد بلغت نسبتهم 16%. في حين كانت نسبة الرضاعة الصناعية الحصرية 14%. تُعد هذه النسب إيجابية جداً مقارنة ببلدان أخرى، مما يعكس الجهود الدؤوبة التي تبذلها عيادات وكالة الغوث في تعزيز الرضاعة الطبيعية، خاصة خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل.

وبالنسبة للعوامل الديموغرافية للأم والطفل، فقد توصل الباحث إلى أن الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 22 - 28 سنة، واللواتي تزوجن في أعمار تتراوح بين 15 - 22 سنة، ولديهن أكثر من أربعة أطفال، واللواتي وصلن إلى المرحلة الأساسية والثانوية في التعليم، والأمهات اللواتي ولدن ولادات طبيعية، وكان المواليد إناثاً، أثر ذلك إيجابياً 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 سلبياً بكون عمر الأبوين أكثر من 36 سنة وقت إجراء الدراسة أو الولادة، أو كون عمر الأم عند الزواج أكثر من 29 سنة، وكونها لديها طفل أو طفلين فقط، وحصول الأم أو الأب على تعليم عالٍ، والولادات القيصرية، وكون المولود ذكراً.

كما استنتج أن أسلوب إطعام الطفل في الأشهر الستة الأولى من حياته يتأثر بالعوامل الديموغرافية للأم والطفل، وأن الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل تُعد عاملاً هاماً في منع وتقليل نسبة الإصابة بالعديد من الأمراض خلال نفس الفترة من حياة الطفل.

2.2 الدراسات الغربية

الدراسة الأولى:

كاميل أوبيرت، بعنوان: "محددات صعوبات الرضاعة الطبيعية في الستة أشهر الأولى من عمر الطفل"، عام 2019.¹

حاولت هذه الدراسة الإجابة عن السؤال: ما هي محدّدات صعوبات الرضاعة الطبيعية في الستة أشهر الأولى من عمر الطفل؟

وقد توصلت إلى جملة من النتائج منها:

- ثبت أن صعوبات الرضاعة الطبيعية ترتبط بارتفاع خطر الفطام بشكل ملحوظ.
- لم تركز أي دراسة سابقة على العوامل التنبؤية لظهور هذه الصعوبات.
- كان الهدف تحديد العوامل المرتبطة بظهور صعوبات الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى، ووصف توزيع هذه الصعوبات في الفترات المختلفة (قبل شهر، وبين شهر وستة أشهر).
- أُجري تحليل لاحق للبيانات المستخلصة من دراسة أترابية مستقبلية متعددة المراكز (2005-2006) على 993 أمًا مرضعة تم تجنيدهن عند الخروج من المستشفى من ثمانية أقسام أمومة فرنسية، مدعومة بمقابلات هاتفية.
- أظهرت النتائج أن 509 امرأة (51.3%) واجهن صعوبات في الرضاعة الطبيعية خلال الستة أشهر الأولى من حياة الطفل.
- وُجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين بعض العوامل وصعوبات الرضاعة، مثل فاصل الثقة الذي اعتُبر عاملاً وقائياً، بينما كانت صعوبات الرضاعة أكثر شيوعاً في جناح الولادة.
- تضمنت أبرز الصعوبات الألم في الحلمة، التهاب الضرع، ونقص الحليب بين شهر وستة أشهر.
- أكدت أهمية دعم المهنيين الصحيين للحد من صعوبات الرضاعة الطبيعية خلال هذه الفترة.

¹Camille Aubert, **Déterminants des difficultés d'allaitement au cours des six premiers mois de vie : analyse post-hoc d'une étude de cohorte prospective multicentrique.** Réalisée à l'Université Gabrielle Allis, Canada, Département de biologie, 2019 ,p214.

الدراسة الثانية: إدريسو سيدو، بعنوان: "الرضاعة الطبيعية الحصرية والتأثيرات الأسرية في غانا"¹

- طرحَت الدراسة تساؤلاً رئيسياً: ما هي التأثيرات الأسرية التي تعود على الأسر في ريف غانا من خلال الرضاعة الطبيعية الحصرية؟ وتوصلت الدراسة إلى نتائج عدة، أبرزها:
- تُعتبر الرضاعة الطبيعية الحصرية أداة صحية عامة مهمة للوقاية من أمراض الأطفال ووفياتهم، وأوصت بها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف خلال الأشهر الستة الأولى.
 - بالرغم من ذلك، تواجه هذه الممارسة تحديات ناتجة عن سوء فهم التأثيرات الأسرية والاجتماعية.
 - هدفت الدراسة إلى فهم أعمق لتأثير الأسرة على الرضاعة الحصرية في المناطق الريفية باستخدام مقابلات غير منظمة مع 14 مشاركاً من النساء المرضعات وأفراد عائلاتهم.
 - برزت أربعة موضوعات رئيسية: معرفة الأسرة بالرضاعة الحصرية، الشعور الجماعي بالواجب، معتقدات الأسرة وممارساتها، ودور الأسرة في تعليم الرضاعة.
 - أوصت الدراسة بزيادة التنقيف الصحي العام وتعزيز التعاون مع الزعماء التقليديين والدينيين لتعديل الممارسات الضارة مثل تغذية الرضع بالأعشاب.

الدراسة الثالثة:

الباحثون أشيميك موتي، ديارجين أرمساومي، بريتي بوغو-غونسام، أرجيسجيون، بعنوان: "تقييم ممارسات الرضاعة الطبيعية ونمط تغذية الرضع بين الأمهات في موريشيوس".²

- سعت الدراسة للإجابة عن تساؤل حول طبيعة الرضاعة ونمط تغذية الأطفال. وقد توصلت إلى:
- تُعد ممارسات الرضاعة السليمة وسيلة فعالة للحد من أمراض ووفيات الأطفال.
 - رغم إدراك العديد من الأمهات لأهمية الرضاعة الطبيعية، إلا أن بعضهن يفتقرن للوعي بفوائدها.
 - التغذية الكافية خلال الرضاعة والطفولة المبكرة تضمن النمو والصحة المثلى للأطفال.

¹Iddrisu Saidu, **Allaitement maternel exclusif et influences familiales au Ghana**, Université de Malmö, Suède, 2013. p. 25.

² Chercheurs : Ashimika Moti, Diarjin Armasawmi, Preeti Bogo-Gonsam, Argesjeon, « **Évaluation des pratiques d'allaitement maternel et des habitudes d'alimentation des nourrissons chez les mères à l'île Maurice** », Hindawi Publishing, Journal of Nutrition and Metabolism, 2013,p 86.

- تواجه الأمهات صعوبة في تحقيق أهداف الرضاعة بسبب مشكلات شخصية أو قلة الوقت أو الألم أثناء الرضاعة.
- ارتفع انتشار الرضاعة الطبيعية في موريشيوس نتيجة حملات التوعية مثل "الثدي هو الأفضل".
- كانت الأمهات على وعي بأفضلية حليب الأم على الحليب المصنع، ولكن واجهن تحديات تتعلق بحصرية الرضاعة في بعض الحالات.

3. أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

أفادت رسالة **طرشون عثمان** التي تناولت موضوع "الثقافة الصحية وتأثيرها على تلقي الرضيع لحليب ثدي الأم في الأشهر الستة الأولى" و"مساهمة استعمال وسائل منع الحمل الهرمونية في التقليل من الرضاعة الطبيعية" باستخدام المنهج الكمي والمنهج الوصفي في جمع البيانات وتحليلها. وقد ساعد الجانب النظري لهذه الدراسة في تنظيم المعلومات والأفكار بشكل جيد، حيث كان غنياً بالمراجع العلمية التي دعمت آراء الباحث في مختلف جوانب الدراسة. من أبرز أوجه الاختلاف في هذه الدراسة مقارنة بدراسات أخرى هو التركيز على تأثير العمل كعامل مؤثر في تحديد تلقي الرضيع للرضاعة الطبيعية والحصرية، وهو ما لم تتناوله دراسات أخرى بنفس التفصيل. في المقابل، قامت هذه الدراسة بالتسليط الضوء على الرضاعة الطبيعية الحصرية عند النساء غير العاملات، من خلال تحديد العوامل المحددة لدى هذه الفئة وعلاقتها بنمط الرضاعة المتبع، مما قدم إضافة نوعية للمجال.

أفادت دراسة **طلبواي الحسين** في المقال الذي تناول موضوع الرضاعة الطبيعية بعدة نقاط هامة، حيث ركزت على الإحصائيات الجديدة المتعلقة بالموضوع. كما تناولت جل المتغيرات التي تم إعدادها في موضوع البحث، مثل المستوى المعيشي، والعوامل الاجتماعية والديموغرافية، وتأثيرها على نمط الرضاعة المتبع. وقد اعتمدت الدراسة على منهج وصفي، حيث استعرضت نتائج MICS6 (مسح مؤشرات صحة الطفل والأمهات)، وهو ما يختلف عن دراستنا التي كانت دراسة ميدانية. من جهة أخرى، لم تتطرق الدراسة إلى أحد أهم المتغيرات التي تؤثر في تحديد نمط الرضاعة، وهو العوامل الصحية للأم والطفل، وهو جانب تم التركيز عليه في دراستنا.

أفادت **المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات في الجزائر** التي أجريت من 1995 إلى 2019 بتطور إحصائيات ونسب الرضاعة في الجزائر، مما أتاح فهماً أفضل لتوجهات هذا الموضوع عبر الزمن. كما ساعدت نتائج هذه المسوحات ومتغيراتها في صياغة أسئلة الاستبيان المستخدم في الدراسات المتعلقة

بالرضاعة، مثل مؤشر الثروة، والسن، والمستوى التعليمي، مما وفر إطاراً دقيقاً لتحليل العلاقة بين هذه العوامل ونمط الرضاعة. وقد لوحظ أيضاً أن تناول موضوع الرضاعة قد تطور من مسح إلى آخر، حيث تم التركيز على جوانب مختلفة من الرضاعة في كل مسح، مما يساهم في إثراء الفهم حول العوامل المؤثرة في سلوك الرضاعة عبر الأجيال.

أفادت دراسة ليلي قيرش بعدة نقاط مهمة تتعلق بموضوع الرضاعة الطبيعية والعوامل المؤثرة فيها، حيث ساهمت الدراسة في تنويرنا بمختلف مؤشرات التنشئة الاجتماعية وكيف يؤثر ميل الأمهات لممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية على سلوكيات الرضاعة. كما استفدنا من الدراسة من التشابه في الإطار الميداني، حيث تم التوجه إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة للحصول على المعلومات الموثوقة، مما سهل إجراءات جمع البيانات والوصول إلى عينة البحث. من جهة أخرى، تميزت الدراسة بالتركيز على متغير واحد فقط، مما قد يحد من القدرة على استكشاف تأثيرات متغيرات متعددة في تحديد نمط الرضاعة.

أفادت دراسة بن تويس مسعودة أنها أشارت إلى أن تجارب الأم قبل الزواج قد تجعلها أكثر ميلاً إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية. كما تم الاعتماد على نفس الإطار الميداني في الدراسة، مما ساعد في الحصول على معلومات موثوقة من نفس المصدر. استفدنا أيضاً من هذه الدراسة في مسألة إدخال أغذية جديدة في نظام تغذية الطفل، والتي كانت جزءاً من النقاش حول تطور الرضاعة. من أوجه الشبه الأخرى، ركزت الدراسة على مساهمة التوعية الخاصة بالرضاعة الطبيعية في تقليل استخدام الرضاعة الاصطناعية، وهو ما ساعدنا في استغلال مؤشرات الثقافة الصحية في دراستنا الحالية. ومع ذلك، تركت الدراسة بعض الجوانب المهمة مثل العوامل الاجتماعية والنفسية للأم المرضعة، بالإضافة إلى المستوى المعيشي والاقتصادي، الذي اعتبرناه متغيراً أساسياً في دراستنا.

دون أن ننسى بعض الدراسات السابقة، سواء كانت عربية أو أجنبية، فهي أيضاً تميزت بعدة جوانب مهمة تخدم موضوعنا. على سبيل المثال، استفدنا من دراسة الباحثة زينب محمد بدوي في تسليط الضوء على الأبعاد الفقهية للرضاعة الطبيعية، حيث بينت أهمية هذه الوظيفة البيولوجية من منظور الشريعة الإسلامية، موضحةً الحكمة الإلهية في تحديد مدة الرضاعة بعامين. هذا الطرح يثري فهمنا للعلاقة بين التشريعات الدينية والجوانب الصحية والاجتماعية، مما يُبرز البعد الأخلاقي الذي يُضيفه الدين الإسلامي على موضوع الرضاعة. من جهة أخرى، ساهمت دراسة الباحث منير كاردشة في توسيع رؤيتنا حول تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية، مثل مستوى تعليم الأم وعدد الأطفال

الأحياء، على مدة الرضاعة الطبيعية، حيث أظهرت كيف أن وعي الأم وتكوينها الأسري قد يؤثران بشكل مباشر على قراراتها المتعلقة بالرضاعة.

وعلاوة على ذلك، تناولت دراسة الباحث **سعدان حمدي** شقيب العلاقة بين الرضاعة الطبيعية الحصرية والوقاية من الأمراض المعدية لدى الأطفال، مشيرةً إلى أهمية الحليب الطبيعي كوسيلة فعّالة لتعزيز مناعة الطفل. كما بيّنت الدراسة أثر المتغيرات الديموغرافية، مثل مستوى الدخل ومكان الإقامة، على خيارات الأمهات، مما يعزز الربط بين الجوانب الصحية والاجتماعية في تحليل أنماط الرضاعة. وفي السياق ذاته، ركزت دراسة الباحثة كاميل أوبرت على التحديات التي تواجه الأمهات أثناء الرضاعة، مثل الألم ونقص الحليب، وأكدت أهمية تقديم الدعم الصحي والنفسي لتمكين الأمهات من تجاوز هذه الصعوبات واستمرارية الرضاعة الطبيعية.

أما دراسة الباحث **إدريسو سيدو**، فقد سلّطت الضوء على تأثير المعتقدات العائلية والبيئة الاجتماعية في تعزيز ممارسات الرضاعة الطبيعية الحصرية، حيث أوضحت كيف يمكن للتقاليد الجماعية دعم أو إعاقة قرارات الأمهات، خاصةً في المجتمعات الريفية. وأخيرًا، قدمت دراسة الباحثين **أشيمكا موتي وآخرون** رؤية مهمة حول دور حملات التوعية في تعزيز الوعي المجتمعي بفوائد الرضاعة الطبيعية، مما يبرز أهمية الدعم المجتمعي المستدام في تحقيق أهداف الرضاعة الحصرية. من خلال هذه الدراسات مجتمعة، يتضح التكامل بين الجوانب الفقهية، الاجتماعية، الصحية، والتوعوية، مما يدعم فهمًا شاملاً للرضاعة الطبيعية وأثرها على صحة الطفل والأسرة.

المبحث الثاني: المنهجية و التقنيات المتبعة في البحث

ينبغي على الباحث في العلم، أن يتصور بحثه بالتفكير في الوسائل التي سيستعملها في كل مرحلة من مراحله، والمقصود هنا بمنهجيته. وانطلاقاً من كون العلم في تطور دائم، لا ينبغي تصور وجود منهجية مثالية أو نهائية، فإذا كان المنهج العلمي هو أساس مسعى الباحث فإن مناهج أخرى ستوضح المسار الخاص الذي سيتبع على المستوى الملموس. كما سيتوجه الباحث أيضاً، وفي مستوى ملموس أكثر، نحو استعمال التقنية المناسبة أثناء قيامه بجمع المعطيات من الميدان.

أولاً: منهج البحث:

المنهج العلمي هو أسلوب للتفكير و العمل، يعتمد الباحث لتنظيم أفكاره تحليلها وعرضها و بالتالي الوصول الى النتائج والحقائق المعقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة ويتم هذا عبر مراحل متسلسلة و مترابطة¹ فالمنهج العلمي هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة²، ويرى موريس أنجرس بأن المنهج هو مجموعة منظمة من المعلومات تسعى لبلوغ الهدف³، فهو عبارة عن مجموعة من الاسس المنهجية التي يستعين بها الباحث من أجل التقصي عن الحقائق العلمية أو فحصها بدقة⁴، إذا فالمنهج يعتمد على خطوات و قواعد وأسس يركز عليها الباحث للوصول لهدف أو حقيقة علمية، ويتميز المنهج بأنواع عديدة بحيث يتناسب كل نوع مع مجال التخصص الذي ينتمي إليه الباحث، ونظراً لأهمية الدراسة المعنونة بالعوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند المرأة غير العاملة في الجزائر، والتي تدخل ضمن تخصص العلوم الاجتماعية ارتأينا أن نجمع بين المنهج الكمي و المنهج الكيفي.

¹ ربحي مصطفى عليان، البحث العلمي، أساليب مناهجه وأساليب إجراءاته، بيت الأفكار الدولية، الأردن، دون سنة، ص35.

² مروان عبد المجيد مروان ابراهيم، أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الورق، ط 1 عمان الأردن، 2000 ، ص 68.

³ موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية، ترجمة سعيد سبعون وآخرون، دار القصة للنشر، ط 2، الجزائر، 2004 ، ص 311.

⁴ علي عبد الرازق جلي، المناهج الكمية والكيفية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2012 ، ص 19.

المنهج الكمي: يهدف المنهج الكمي لقياس الظاهرة باستعمال الحساب كما هو مشاع في أغلبية البحوث في العلوم الإنسانية التي تعتمد في دراساتنا على استعمال المؤشرات، النسب، المتوسطات أو الأساليب الإحصائية بصيغة عامة¹، وهذا قمنا بدراستنا باستعمال أحد المناهج الكمية وهو المنهج الإحصائي الذي يعتمد على الأساليب الرياضية، والذي يتم فيه جمع البيانات والمعلومات لظواهر معينة وتنظيمها وتبويبها وعرضها جدوليا أو بيانيا ومن ثم تحليلها إحصائيا إلى غلية استخلاص النتائج والعمل على تفسيرها²، واتبعنا في دراستنا خطوات هذا المنهج حيث جمعنا البيانات و المعطيات الإحصائية المتعلقة بالرضاعة من مختلف الهيئات الرسمية كمنظمة الصحة العالمية والديوان الوطني للإحصائيات حيث قمنا بتلخيص أهم البيانات المرغوب فيها باستعمل جداول إحصائية و رسومات بيانية ليسهل علينا قراءتها، وكذلك استعملنا تقنية إستمارة استبائية تم تطبيقها على عينة من النساء غير العاملات لجمع البيانات الخاصة بنمط ارضاعهن لأطفالهن وسلوكياتهن اتجاه كل نمط ثم قمنا بتبويب البيانات وعرضها في جداول وأشكال بيانية مختلفة منها من خصصت لوصف خصائص عينة الدراسة و ذلك بالإستعانة بالنسب المئوية وبعض مقاييس النزعة المركزية و منها من خصصت لقياس درجة العلاقة بين المتغيرات باستعمال اختبارات إحصائية مناسبة كاختبار كاي تربيع، معامل التوافق.

المنهج الوصفي التحليلي: بعد جمع البيانات حول الظاهرة وتحليلها وتصنيفها واستخلاص نتائجها تأتي مرحلة تحليل النتائج و تفسيرها بما يتناسب مع المجتمع المدروس، حيث تعتبر هذه الخطوات أساسية في المنهج الوصفي الذي يعتبر كوسيلة من وسائل التحليل والتفسير بشكل علمي منظم للوصول إلى وصف وضعية اجتماعية، حيث يمكن أن يستخدم هذا الوصف العلمي للنتائج المستخلصة للأغراض المحلية و القومية³، ويشمل المنهج الوصفي البحوث التي تعالج حياة الإنسان و المجتمعات والتي تهدف إلى فهم أعمق للظواهر الاجتماعية، إذ يؤمن هذا النوع من البحوث بأن السلوك الإنساني مرتبط دائما بالسياق الذي حدث فيه⁴. كما هو الحال في دراستنا حيث انصب اهتمامنا حول صحة الأطفال و

¹ مرجع سابق ، ص 19.

² عبد الناصر جندلي، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005 ، ص 212

³ عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007 ، ص 139

⁴ موفق الحمداني وآخرون، مناهج البحث العلمي -الكتاب الأول- أساسيات البحث العلمي، ط1، جامعة الدراسات العليا، عمان 2006، ص15.

تغذيتهم وفهم مدى تأثير ثقافة وتنشئة النساء غير العاملات باختلاف عاداتهن وتقاليدهن ومستواهن المعيشي والصحي على نمط ارضاعهن لأطفالهن.

ثانيا: التقنيات المستعملة في جمع البيانات :

1. الاستمارة:

"تعرف الاستمارة بأنها مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تُعطى للمبحوث أو تُرسل إليه عبر أي وسيلة من وسائل الاتصال، حيث يقوم المبحوث بالإجابة عليها بنفسه، ومن المهم أن يولي الباحث اهتمامًا خاصًا بشكل الاستمارة، لتنسيقها، وصياغة الأسئلة بما يتناسب مع البيانات المطلوبة، وعلى الرغم من اختلاف تصميم الاستمارة حسب موضوع الدراسة، إلا أن هناك بعض المبادئ الأساسية التي يجب اتباعها، وهي كالتالي:

- تحديد نوع المعلومات المطلوبة.
 - تحديد صيغة الأسئلة، ترتيبها، وكيفية الإجابة عليها.
 - تجربة الاستمارة قبل تعميم استخدامها.
 - تنسيق الاستمارة وإعدادها بالشكل النهائي المناسب.¹
- أما عن المحتوى العام للاستمارة فهي تحتوي 83 سؤال ، تتضمن أغلبها على أسئلة مغلقة بهدف تسهيل عملية إجابة المبحوثات وبعض الأسئلة المفتوحة لإعطاء الحرية لهن للتعبير عن آرائهن وكانت موزعة على 5 محاور أساسية :

المحور الأول: يتضمن البيانات الديمغرافية العامة للأم والطفل.

المحور الثاني: يتضمن أسئلة عن نمط الارضاع المتبع .

المحور الثالث: يتضمن الحديث عن المستوى المعيشي و الاقتصادي للأسرة.

المحور الرابع: يتضمن معلومات عن الحالة الصحية المرأة و الطفل.

المحور الخامس: نتناول فيه بيانات حول الثقافة الصحية و التنشئة الاجتماعية للمرأة غير العاملة

¹ ثريا التيجاني، دروس في منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والبيداغوجيا، نماذج ميدانية في تطبيق .المنهجية،

وقبل الشروع في توزيع الاستمارات على كل أفراد العينة المقصودة قمنا بإجراء خطوة مهمة من خطوات البحث الاستطلاعي ، والذي تم القيام به يهدف إلى تحسين الاستبيان الورقي و الالكتروني الذي يستخدم في العمل الميداني، يُعتبر هذا الاستبيان تمثيلاً صغيراً للعمل الميداني الفعلي، حيث يتيح تقييم نظامه وجودته، والهدف الرئيسي هو تحسين وتطوير هذه الأداة لتكون أكثر فعالية في الميدان الفعلي.

تم تنفيذ هذا الاستبيان في مركز حماية الأمومة والطفولة الصحي بالمستشفى الجامعي "محمد لمين دباغين" بباب الوادي ، حيث تم استجواب عينة من النساء الذين يلتحقون بالفحص أو تلقيح أطفالهن في المركز، تم تنفيذ البحث خلال خمسة أيام في جويلية 2023، وتم استجواب 20 أمّا كعينة اختبارية، هذا البحث الاستطلاعي يسمح بفحص جودة الاستبيان وفهم كيفية استجابة الأفراد لأسئلته ومدى فعاليته في جمع المعلومات المطلوبة. بناءً على نتائج هذا البحث، يمكن تعديل وتحسين الاستبيان لضمان أنه مقبول مبدئياً لدى المبحوثات وكذلك بعض الملاحظات و الإضافات مع التنسيق مع الأستاذة المشرفة لتحكيم الاستمارة في كل مرة لغاية ضبطها و تقديمها لعينة البحث.

2. الاستمارة الالكترونية:

هي استبانة يتم تصميمها عبر الانترنت وارسالها للمفحوصين عن طريق البريد الالكتروني بغرض سرعة الحصول على البيانات وتخضع لنفس شروط وقواعد تقنين الاستبانة الورقية قبل تصميمها ونشرها على الانترنت بشكل يحقق الهدف الذي يسعى اليه الباحث من خلال المشكلة التي يطرحها بحثه و يرسل الاستبيان عبر البريد الالكتروني لمجموعة من الأفراد المؤسسات التي اختارها الباحث لبحثه لكي يتم تعبئتها ثم اعادتها للباحث¹ .

3. -عينة البحث:

إنه من الصعب جدا أن يقوم الباحث باستجواب جميع أفراد المجتمع لأنه مكلف جدا ويستغرق وقتا طويلا لإنجاز البحث الميداني لهذا يلجأ الباحث عادة إلى المعاينة وهي " جملة من العمليات التي تسمح باختيار مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة"²، إلا أنه غالبا ما يواجه الباحث مشكل اختيار العينة خاصة إذا التزمنا بالجانب التمثيلي للعينة بالنسبة للمجتمع الأصلي، كما أن

¹ عماشة محمد، تصميم الاستبانة الالكترونية .، كلية العلوم والآداب. 2012، ص19.

² موريس أنجريس مرجع سابق ، ص 229.

اختيار نمط العينة يتم وفق شروط منهجية تفرضها إشكالية وفرضيات البحث، حيث حددنا مجتمع بحثنا بالنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) شريطة أن يكون لهن طفل على الأقل لا يتجاوز 2 سنة من عمره، استلزم اختيار عينة بحثنا ضمن العينة غير الاحتمالية والتي يعرفها موريس انجرس بأنها " العينة التي يكون فيها مجتمع البحث مجهولا ولا يسمح بذلك تقدير درجة تمثيل العينة المشكلة"¹، ولإنجاح هذه الدراسة تم استخدام العينة القصدية في دراستنا، حيث ينص مبدأ هذه العينة أنه عندما تغيب قاعدة المعاينة نأخذ جزء تمثيلي عمدا من المجتمع الكلي² ويستخدم هذا النوع عموما في الدراسات الاستطلاعية التي تتطلب القياس، أو اختبار فرضيات محددة وخاصة إذا كان مجتمع البحث غير مضبوط الأبعاد، وبالتالي فلا يوجد إطار دقيق، يمكن من اختيار العينة عشوائيا، ففي مثل هذه البحوث يلجأ الباحث لاختيار مجموعة من الوحدات التي تلائم أغراض بحثه³، لهذا توجهنا عمدا إلى أماكن تواجد هذه النساء في القطاع الصحي بمراكز حماية الأمومة والطفولة بمصالحتي طب الأطفال ومصلحة النساء والتوليد لاستجواب الأمهات اللاتي تقصدن مصلحة التوليد لوضع الحمل، أما في مصلحة طب الأطفال فاستجوبنا الأمهات اللاتي مع أبنائهن المرضى في المستشفى لرعايتهم (Garde malade)، وفي بحثنا هذا، كان مجتمع البحث مجموعة من النساء الغير عاملات(200 امرأة) اللواتي لديهن على الأقل طفل سنه أقل سنتين من ولايتي الجزائر و البويرة موزعة كمايلي:

47 مبحوثة من مستشفى الجامعي محمد الأمين دباغين بباب الوادي .

45 مبحوثة أخرى كذلك في مركز حماية الأمومة و الطفولة بشراكة.

58 مبحوثة من ولاية البويرة، من مستشفى محمد بوضياف لبلدية البويرة في

50 منهن من جهات مختلفة تتوفر فيها شروط العينة المذكورة سابقا ويتمثلن في: (الأمهات في

العائلة، زوجات الجيران، أمهات الأصدقاء) نظرا للمعلومات المهمة التي يمكنهن إفادتنا بها.

¹ نفس المرجع ، ص 200.

² نفس المرجع ، ص 236.

³ -عادل مرابطي وعائشة نحوي، العينة، مجلة الواحات للبحوث و الدراسات، العدد 4، سنة 2009، قسم علم النفس جامعة محمد خيضر بسكرة، ص100.

ثالثاً: التقنيات المستعملة في تحليل البيانات

لمعالجة بيانات الدراسة الميدانية وتحليلها استخدمنا عدة تقنيات أهمها:

برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة 22 ، فبعد القيام بعملية ترقيم الاستمارات وترميزها وادخالها في البرنامج من أجل الحصول على قاعدة بيانات خامة خاصة بالموضوع، وبعدها قمنا بتصنيف الجداول الإحصائية إلى بسيطة تبين النسب المئوية والتكرارات لتوضيح خصائص العينة وأخرى مزودة توضح العلاقات بين متغيرات الدراسة لاختبار فرضيات البحث. كما استخدمنا في عملية التحليل الإحصائي مجموعة من الأساليب تتمثل في:

أساليب الإحصاء الوصفي حيث استخدمنا هذا النوع من الإحصاء بهدف تلخيص البيانات - بصورة جداول تكرارية بسيطة و جداول مركبة ورسومات بيانية وكذلك استخراج المقاييس الإحصائية مثل مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت، واعتمدنا أيضاً على أساليب الإحصاء الاستدلالي أين تم استخدام بعض أساليب الإحصاء الاستدلالي لاختبار صحة فرضيات البحث، حيث تم توظيف التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات لاستخراج العلاقات الارتباطية الثنائية بين المتغير التابع "نمط الرضاعة المتبع عند المرأة غير العاملة" والمتغيرات المستقلة، تُطبق هذه الأساليب في حالات القياس الاسمي والترتيبي، ومن أمثلتها: التكرارات، المتوسطات، النسب المئوية، ومربع كاي، وغيرها، كما ركز تحليلنا الإحصائي على الأساليب اللامعلمية التالية: التكرارات، النسب المئوية، والاختبارات الإحصائية اللامعلمية لاختبار العلاقات الارتباطية بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، كما اعتمدنا في جميع مراحل الدراسة الميدانية على نتائج الاختبار الإحصائي (كاي تربيع χ^2) ، عند مستوى دلالة 5%، بناءً على الفرضيات الإحصائية التالية:

- الفرضية الصفرية (H_0): عدم وجود علاقة بين المتغير التابع وأحد المتغيرات المستقلة.

- الفرضية البديلة (H_1): وجود علاقة.

يتم رفض الفرضية الصفرية في حالة كون الاحتمال أقل من 0.05.

و اعتمدنا أيضا على نتائج معامل التوافق والذي يستخدم في حالة ما إذا كانت البيانات عبارة عن بيانات وصفية لكل منهما أو إحداها على الأقل مقسمة إلى أكثر من صفتين، ونرمز له بالرمز C ، ولحساب معامل التوافق نفترض أن لدينا ظاهرة x لها n من الصفات، والظاهرة y والتي لها s من الصفات، كما هو موضح في الجدول التالي:

الصفة y الصفة x	y ₁	y ₂		y _n	المجموع
x ₁	f _{1;1}	f _{1;2}		f _{1;n}	f ₁
x ₂	f _{2;1}	f _{2;2}		f _{2;n}	f ₂
.....					
x _m	f _{m;1}	f _{m;2}		f _{m;n}	f _n
المجموع	f ₁	f ₂		f _n	$\sum_1^{n;m} f_i$

$$\beta = \frac{(f_{1;1})^2}{f_1 \times f_1} + \frac{(f_{1;2})^2}{f_1 \times f_2} + \dots + \frac{(f_{1;n})^2}{f_1 \times f_m} \text{ حيث: } C = \sqrt{\frac{\beta-1}{\beta}}$$

فإذا كانت قيمة C تتراوح بين 0.10 و 0.30 يدل على وجود علاقة ارتباطية ضعيفة

وإذا كانت قيمة C تتراوح بين 0.31 و 0.50 يدل على وجود علاقة ارتباطية متوسطة

أما إذا كانت قيمة C تتراوح بين 0.51 و 1 يدل على وجود علاقة ارتباطية قوية

رابعاً: مجالات البحث وصعوباته:

1. مجالات البحث:

أ. المجال البشري: تمثل مجتمع بحثنا في 200 امرأة في سن الإنجاب تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة، ولديهن على الأقل طفل واحد لا يتجاوز عمره السنتين. وقد حرصنا على أن يكون تركيزنا في البحث على آخر مولود للأسرة، وذلك لضمان أن تتمكن الأمهات من الإجابة بدقة على أسئلة الاستمارة، والتي تحتوي على تفاصيل دقيقة ومعلومات أخرى تتعلق بتفاصيل الرضاعة، وهي أمور يصعب على الأمهات تذكرها بدقة إذا كانت فترة الرضاعة قد انتهت منذ فترة طويلة.

ب. **المجال الجغرافي:** لا تخلو أية دراسة سوسيولوجية من تحقيق ميداني لاختيار صحة الفرضيات ، ولهذا وقع اختيارنا خاصة القطاع الصحي (المستشفيات) بولايتي الجزائر و البويرة نظرا إلى قربيه من مقر سكنا والعدد المتواجد من العينة التي وجدناها ملائمة للبحث، و بعض المبحوثات من معرفتنا الخاصة كالأهل و زوجات الأصدقاء و زميلات العمل .

ج. **المجال الزمني:**

تم إجراء البحث الميداني في الفترة الممتدة من 2023/06/4 إلى غاية 2024/02/10

2. صعوبات البحث :

- قلة الدراسات والاجتهادات المتاحة: تشير هذه الصعوبة إلى نقص المصادر والبيانات المتاحة حول موضوع الرضاعة الطبيعية. يعني ذلك أن الأبحاث السابقة لم تتناول فئة النساء الماكثات في البيت بصفة خاصة حتى تمكننا من الاستفادة منها في دراستنا.
- صعوبة الاتصال بالمبحوثات: تمثلت هذه الصعوبة في صعوبة الوصول إلى النساء اللاتي كنا نرغب في دراستهن. ذلك يمكن أن يكون نتيجة للمشكلات الثقافية أو العائلية التي تجعلهن لا يرغبن بالإدلاء بمعطياتهن للمشاركة في البحث.
- مواعيد الزيارة والزوار: الزيارات التي تبدأ في وقت معين يمكن أن تكون مليئة بالزوار، مما يجعل من الصعب إجراء استجابات دقيقة، هذا يمكن أن يؤثر على جودة البيانات التي يمكننا جمعها.
- شروط المشاركة: بعض النساء قد لا تستوفي الشروط المطلوبة للمشاركة في البحث، مما يجعل من الصعب اختيار المشاركات المناسبات.
- صعوبات الحصول لميدان البحث في السنوات السابقة وجلب المعلومات المهمة في الدراسة الاستطلاعية بسبب جائحة كوفيد 19، بما في ذلك غلق الجامعات والمكتبات لمدة طويلة مما صعب علينا جمع المراجع الكافية لتدعيم الجانب النظري للدراسة.
- توضح هذه الصعوبات التحديات الحقيقية التي واجهتني كباحث أثناء إجراء الدراسة الميدانية وتشير إلى الإبداع والجهد الذي يلزم لتجاوز هذه التحديات والحصول على البيانات الضرورية لإكمال البحث بنجاح وذلك من خلال انجاز استمارة الكترونية محكمة التوضيح لمراعات الفروقات المعرفية لدى المبحوثات، وتكليف مجموعة من النساء من العائلة بعد تكوينهن وشرحي لهم للموضوع قصد توفير الوقت و الجهد.

الفصل الثاني: أنماط الرضاعة ومميزات كل نمط

تمهيد

المبحث الأول : الرضاعة الطبيعية، مميزات، وأهم السياسات الرامية لتشجيعها

أولاً: ماهية الرضاعة الطبيعية

ثانياً: مميزات وفوائد الرضاعة الطبيعية

ثالثاً: وضعية الرضاعة الطبيعية في العالم و الجزائر

رابعاً: واهتمام العلماء بالرضاعة الطبيعية والسياسات الرامية لتشجيعها

خامساً: الرضاعة الطبيعية ومنع الحمل

المبحث الثاني : الرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة

أولاً: تاريخ ظهور الرضاعة الاصطناعية وتطورها

ثانياً: الحليب الاصطناعي وخصائصه

ثالثاً: العوامل التي ساعدت على انتشار الرضاعة الاصطناعية

رابعاً: الشروط الواجب توافرها في الرضاعة الاصطناعية والمخاطر الناجمة عن عدم توفرها

خامساً: الرضاعة المختلطة

سادساً: مخاطر التغذية المختلطة

تمهيد:

يعتبر موضوع تغذية الأطفال وخاصة الرضع قضية حساسة ومهمة للغاية، حيث يُعدّ الغذاء مصدر بناء أساسي لجسم الطفل ونموه الصحي، و الرضاعة الطبيعية واحدة من أهم الوسائل لتوفير التغذية الصحية للطفل والمساهمة في تعزيز صحته وتطوره بشكل سليم، لما تتوفر من فوائد متنوعة، لكن على الرغم من ذلك قد تواجه الأمهات بعض التحديات والعوائق التي تُجبرهن على عدم القدرة على ممارسة الرضاعة الطبيعية بشكل حصري، وفي مثل هذه الحالات قد تكون الرضاعة الاصطناعية هي الخيار الوحيد المتاح، أو حتى ممارسة الرضاعة المختلطة وذلك بالجمع بين الرضاعة الطبيعية والرضاعة الاصطناعية والتي تُعتبر بديلاً مقبولاً لتوفير التغذية الضرورية للطفل في الحالات المستعصية التي تواجه الأمهات المرضعات، وفي مايلي سنحاول التعرف على مختلف أنماط الرضاعة وخصوصيات كل نمط.

المبحث الأول: الرضاعة الطبيعية، مميزاتها، وأهم السياسات الرامية لتشجيعها:

أولاً: ماهية الرضاعة الطبيعية :

1 . تعريف الرضاعة الطبيعية:

المقصود بالرضاعة الطبيعية إرضاع المولود من لبن الأم عن طريق حلمة الثدي بالتبادل، ولبن الأم هو الذي يطلق عليه الرضاعة الطبيعية، ولونه قريب من اللون الأبيض¹، ويُعتبر لبن الأم المصدر الطبيعي والأنسب لتغذية الرضع خلال الأشهر الأولى من حياتهم، ويحتوي على جميع العناصر الغذائية التي يحتاجها الطفل للنمو والتطور، مثل البروتينات، والدهون، والفيتامينات، والمعادن، بالإضافة إلى الأجسام المضادة التي تقوي جهاز المناعة لدى الطفل.

"الرضاعة الطبيعية هي عملية قديمة جداً والتي يعود تاريخها إلى أكثر من مائتي مليون سنة، واستخدم حليب الحيوانات للسنوات القديمة الماضية، أما التغذية الصناعية فتعود بدايتها إلى 90 عاماً الماضية فقط"²، فالرضاعة الطبيعية ليست مجرد وسيلة لتغذية الطفل، بل هي عملية قديمة جداً تعود إلى أكثر من 200 مليون سنة، حيث كان حليب الثدي هو الوسيلة الأساسية لتغذية المواليد في عالم الحيوان. أما في ما يتعلق بالبشر، فقد استخدم حليب الحيوانات في التغذية قبل اختراع الحليب الصناعي، لكن مع تقدم العلم في هذا المجال نجد الأطباء والباحثين يوصون دائماً بالرضاعة الطبيعية كأفضل خيار للطفل في الأشهر الأولى من حياته نظراً لفوائدها الصحية والتغذوية العديدة.

2 . تاريخ الرضاعة الطبيعية:

منذ وجود البشرية على وجه الأرض، كانت الرضاعة الطبيعية من ثدي الأم هي المصدر الأول لتغذية الطفل في أيامه الأولى. وقد اعترفت معظم المجتمعات التقليدية تقريباً بأهمية وفائدة حليب الأم لصحة الطفل. وعليه، طورت العديد من الثقافات طقوساً وممارسات يعتقد أنها تساعد في زيادة إدرار الحليب لدى الأم المرضعة، من ذلك تناول بعض الأطعمة المصنوعة من الأعشاب والجذور التي كانوا يرون أنها تحفز إفراز الحليب. إضافةً إلى ذلك، كانت تشمل هذه الممارسات تدليك الثدي وتحفيزه، وكذلك ترك

^{1 1} محمد رفعت، **لطفل**، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992، ص 180

² Stuart Patricia, and Dettwyler Katherine. **Breastfeeding ,Biocultural Perspectives** ,Aldine De Gruyter ,New York ,1995 ,P 256.

الطفل يلحق الثدي ليحفز تدفق الحليب. كما يُقال إنه "لكي تحصل على ذخيرة من اللبن في ثدي أم مرضعة، فإنه يمكننا أن نسخن عظام نوع من سمك السيف في الدهن، ثم ندهن 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"¹

أما الإنسان في شكله الحديث، الذي يعود تاريخه إلى ما يقارب 30 إلى 40 ألف سنة، فقد تمكن من الوصول إلى مستوى التطور والسيادة الحاليين على هذه الأرض عبر عشرات الآلاف من السنين، معتمداً بشكل أساسي على الرضاعة الطبيعية أو التغذية الطبيعية كوسيلة للحفاظ على استمراريته، بالإضافة إلى اعتماده على ما يصطاده من الحيوانات وما يجمعه من ثمار ونباتات. وقد مضت آلاف السنين بين تلك الحقبة من تاريخ الإنسان الحديث ومرحلة استئناسه للحيوانات، مروراً بمرحلة تجميع الثمار وصيد الحيوانات وصولاً إلى مرحلة الزراعة. وكان الهدف الأول من استئناس الحيوانات هو الاستفادة من لحومها وجلودها، إلى أن اكتشف الإنسان لاحقاً إمكانية استخدام حليبها كمصدر غذائي له، وذلك قبل حوالي خمسة آلاف عام.²

كانت الأمهات في الماضي يمتلكن القدرة على افراز كميات كبيرة من الحليب تفي احتياجات أطفالهن، وبالتالي مع مرور السنين كان حليب الام هو المصدر الأساسي لتغذية الأطفال، فبفضله حافظ الانسان على سلالاته وتطور وازدهر، ومع التطور الحاصل في شتى الميادين فقد بدأ تحضير الحليب المجفف في أواخر القرن التاسع عشر بدون أي إضافات عليه ثم بدأ العمل عليه من اجل تحسينه ووضع المعايير الأساسية من اجل انتاجه.

كما هو وارد في الأدبيات التي تناولت دراسة المجتمعات، يلجأ الفلاحون إلى تغذية أطفالهم من ثدي أمهاتهم، وفي حال وفاة الأم أو عجزها عن الرضاعة، سواء بسبب مرض أو غياب، يُعتمد على امرأة أخرى من أقارب العائلة، وغالباً تكون ترضع طفلاً من نسلها. وقد سجّلت الباحثة مارجريت ميد حالة مشابهة في قرية يافا، حيث رُضع طفل من ثدي خالته بعد فقدانه لأمه، حتى لو لم تكن الخالة قد أنجبت أطفالاً من قبل، بل وحتى لو كانت عذراء، وقد اكتسبت الرضاعة الطبيعية أهمية كبيرة في أوروبا الغربية خلال القرنين الخامس عشر والسادس عشر، كما ورد في كتاب "إرضاع الأطفال" للطبيب جاك جيلموا،

¹ لطيفة الفهد، الرضاعة الطبيعية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت، 2004، ص 15.

² سحر الحجار، الرضاعة الطبيعية في الإسلام، مركز التقنيات التربوية والمعلوماتية، المدينة المنورة، 2009 ص 5

أحد أبرز أطباء التوليد، وفي هذا الكتاب يعبر المؤلف عن موقفه الحازم من الرضاعة، معتبراً أنه لا فرق بين امرأة ترفض إرضاع طفلها وأخرى تقتل طفلها فور ولادته.¹ وبالرغم من الأهمية الكبيرة للرضاعة الطبيعية في المجتمعات القديمة إلا أن هناك بعض الممارسات والطقوس التي كانت تشجع ترك حليب الأم واستبداله بمواد أخرى والتضييق على الأمهات التي تحاول إرضاع أطفالها، ففي القرن الخامس عشر كانت عادة إطعام الأطفال في جنوب بافاريا تعتمد بشكل كبير على تقديم أي طعام مهروس بدلاً من حليب الأم. وقد ترسخت هذه العادة إلى درجة أن الأمهات اللاتي حاولن ممارسة الرضاعة الطبيعية واجهن معارضة وضغوطاً اجتماعية، رغم الاعتقاد السائد حينها بأن حليب الأم هو السبيل الوحيد لإنقاذ حياة الطفل من الهلاك. ويؤكد تقرير من مستشفى مانشستر عام 1863 هذه الفكرة، حيث أظهر أن 62.2% من الأطفال الذين اعتمدوا على الرضاعة الطبيعية أحرزوا تقدماً واضحاً، مقارنةً بنسبة 10% فقط من الأطفال الذين اعتمدوا على الرضاعة من قبل الأمهات باستخدام طرق أخرى.²

3 . مكانة المرضعة في المجتمعات القديمة:

لم يُذكر موضوع الرضاعة الاصطناعية كثيراً في المجتمعات القديمة، حيث كان يتم استخدام حليب الحيوانات كبديل لحليب الأم في حالات نادرة، وكان البديل الوحيد المتاح عندما يتعذر الحصول على حليب الأم أو حليب امرأة أخرى مثل المرضعة. وقد زاد الطلب على خدمات المرضعات، خصوصاً من قبل نساء الطبقات العليا، اللواتي حصلن على الاهتمام المناسب في محيط أسرهن، حيث كن يمتلكن سلطة ومسؤولية تجاه الخدم والعبيد، ومسؤولات عن رعاية الأطفال من لحظة الولادة حتى سن المراهقة.

وقد وصل نظام المرضعات إلى ذروته في القرن الثامن عشر في أوروبا، حيث اعتبرت النساء من الطبقة الراقية الرضاعة الطبيعية تقليداً قديماً، وأبدین خشية من تأثيرها السلبي على صحتهن ومظهرهن، لا سيما أن هذه الممارسة كانت تعيق حركتهن وارتباطاتهن الاجتماعية.³

وفي فرنسا تم إدراج وظيفة المرضعة ابتداءً من القرن 12، حيث خصصت 4 مكاتب في باريس لتسجيل المرضعات حيث تحفظ فيها البيانات الشخصية كالاسم والعمر وصحة الأطفال من أجل ضمان مصلحة

¹لطيفة الفهد: مرجع سابق ص 16.

²نفس المرجع ، ص 17.

³نفس المرجع ، ص 18.

الأطفال الذين يعهد بهم الى الممرضات، حيث اولوا أهمية بالغة لمراقبة جميع جوانب الرضاعة للأطفال، كما " صدر قانون في 1762 يمنع الممرضة من تحمل مسؤولية أي طفل آخر قبل ان يبلغ وليدها 09 اشهر من عمره إضافة الى الكشف الطبي المنتظم للممرضة".¹

نتج عن اعتماد نظام الممرضات العديد من النقائص والمشكلات الاجتماعية، فقد أتاح هذا النظام لنساء الطبقات الاجتماعية المتدنية فرصة العمل كممرضات، مما دفع بعضهن إلى السعي نحو الحمل ثم إجهاض الطفل لزيادة إدرار الحليب، بهدف الحصول على وظيفة ممرضة في بيوت الأثرياء، فقد أسفر هذا النظام عن آثار سلبية متعددة، منها ارتفاع نسبة وفيات الأطفال، حيث لم يكن من غير المألوف أن يُعثر على أطفال متروكين على قارعة الطريق من قبل ذويهم، خاصة في المدن الكبرى. بالإضافة إلى ذلك، ساهمت هذه الممارسات في انتشار الأمراض التناسلية، مثل مرض الزهري، الذي يمكن أن ينتقل إلى الأطفال عبر الممرضات.² ، أثارت هذه الظروف سخط القائمين على الكنيسة، مما دفعهم إلى محاربة نظام الممرضة والتشجيع على الرضاعة الطبيعية من جل القضاء على هذه الممارسات ومن اجل توفير ظروف صحية ومعيشية أفضل اعتمادا على حليب الأم فقط، وفي حوالي نهاية القرن 18 قلّ بل نذر استخدام الممرضة في إنجلترا، بينما بقي النظام قائما في فرنسا وروسيا وذلك في مستشفى اللقطاء، ومع بداية القرن 20 كاد نظام الممرضات أن يندثر حتى في قارة أوروبا، إلا أن التأكد من أهمية حليب الأم على صحة الطفل أدى إلى البحث على البديل، وبالتالي ابتداء بنك اللبن وهي طريقة بديلة لتغذية الطفل عن طريق لبن الحيوان، وكانت اول تجربة في مدينة بوسطن في سنة 1910.³

4 . فيزيولوجية الرضاعة الطبيعية:

أ- إفراز الحليب: إنّ الثدي هو عبارة عن غدة تفرز الحليب، وعضلة قابلة للدفع نحو الخارج في آن واحد " ويعتمد إفراز الحليب على سياق هرموني دقيق، إذ يحدث هذا الإفراز تحت تأثير البرولاكتين (هرمون يفرزه الدماغ).⁴ وبتشجيع افراز الحليب اعتمادا على علامات الرضا التي تلاحظها الام عند الطفل اثناء الرضاعة، ويترتب على الامهات تتخذ المبادرة وتبدأ الخطوة الاولى لتهيئ نفسها وصغيرها للرضاعة،

¹ نفس المرجع ، ص 18.

² نفس المرجع، ص 20.

³ نفس المرجع ، ص 21.

⁴ فايز قنطار، الامومة: نمو العلاقة بين الطفل والام، عالم المعرفة، الكويت، 1992، ص 92.

"بالإضافة إلى ذلك فإن للرضاعات الأولى أهمية خاصة، لكون الحليب بعد الولادة يحتوي على نسبة عالية من الكولوستروم ، ويكون حليب الأم المصدر الوحيد لذلك"¹

بحسب تعريف "كليفلاند كلينك" فإن اللبأ أو "الكولوستروم"، هو أول حليب تدره امهات البشر والثدييات الأخرى بعد ولادة طفل جديد مباشرة ولأيام معدودة، ويكون أكثر سمكا واصفرارا من الحليب المعتاد، ويتميز بمحتواه الغني بالعناصر الغذائية والأجسام المضادة، ومضادات الأكسدة لبناء الجهاز المناعي، بالإضافة إلى أنه يتمتع بفوائد مثل البروتينات والدهون والمعادن ومضادات الأكسدة والفيتامينات التي تساعد الجسم"²

ب-دفع الحليب: يدفع الثدي الحليب بشكل نشيط أثناء الرضاعة وتتم هذه الاثارة تحت تأثير مص الطفل بحيث "ان دفع الحليب يرتبط بالعوامل النفسية والعاطفية التي تحيط بالأم والطفل ويتعلق ذلك بمنعكس عصبي هرموني، اذ تنشط المؤثرات الإيجابية إفراز هرمون الأوكسيتوسين وبالتالي ضخ الحليب"³

عندما تكون الأم في حالة نفسية مستقرة وتشعر بالراحة والاطمئنان، تتفاعل هذه المشاعر الإيجابية مع الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى تحفيز إفراز هرمون الأوكسيتوسين من الغدة النخامية الذي يؤدي دوراً محورياً في تحفيز الخلايا العصبية حول قنوات الحليب في الثدي، مما يساعد على تدفق الحليب نحو الحلمة ودفعه إلى فم الطفل.

بالعكس، تؤدي العوامل السلبية مثل التوتر والقلق إلى تقليل إفراز الأوكسيتوسين، مما قد يعيق تدفق الحليب. ولهذا يُنصح بتهيئة بيئة مريحة وآمنة للام أثناء الإرضاع، حيث يمكنها الشعور بالهدوء والاتصال العاطفي القوي مع طفلها، مما يعزز من كفاءة عملية الرضاعة الطبيعية.

ج-الأداء في الرضاعة: إنّ مستوى الأداء في الرضاعة مرتبط بصفة مباشرة بشروط التغذية وبالعوامل فيزيولوجية عديدة، ففي الأسابيع الأخيرة من الحمل تختزن المرأة الحامل كمية من الطاقة، تعمل هذه الأخيرة كاحتياطي في حالة الحرمان المفاجئ، من الغذاء، وتكون الأم المرضعة أقدر من الأم غير

¹ نفس المرجع ، ص 93.

² محمد صلاح، هل اللبأ البقري مكمل غذائي خارق؟، الجزيرة نت، 2023/12/22، تم الاطلاع: 2024/03/02: 14:46،

الرابط-<https://www.aljazeera.net/lifestyle/2023/12/22/%D9%85%D9%83%D9%85%D9%84%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%A8%D8%A3-%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%82%D8%B1%D9%8A>

³ فايز قنطار، نفس المرجع السابق، ص 94.

المرضعة على التخلص من هذا المخزون والعودة إلى الحالة الجسدية السابقة للحمل حيث " إن الدهن المختزن يتحول إلى طاقة في الحليب وكذلك تحول طاقة غذاء الأم إلى حليب بكفاءة عالية، وهذا ما يفسر قدرة الأم على إرضاع طفلها وإشباعه رغم سوء التغذية الذي قد تعاني منه"

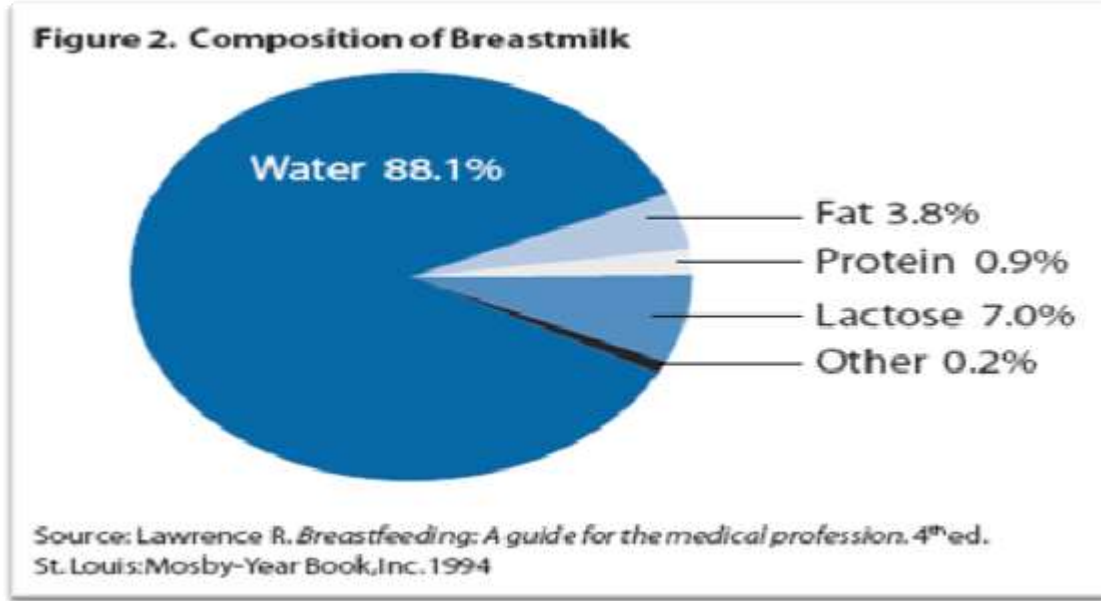
حيث تتحول الدهون المخزنة في جسم الأم إلى طاقة تُستخدم في إنتاج الحليب، كما يتم تحويل الطاقة الناتجة من غذاء الأم إلى حليب بفاعلية عالية. هذا التفاعل المتكامل هو ما يفسر قدرة الأم على إرضاع طفلها وتلبية احتياجاته الغذائية حتى في حالات سوء التغذية التي قد تعاني منها. كما أن جسم الأم مصمم لتأمين التغذية المثلى للرضيع، حيث يحتفظ بموارد الطاقة والدهون الضرورية في الأنسجة الدهنية خلال فترة الحمل. وعند بدء الرضاعة، تُستنفد هذه المخازن تدريجيًا وتتحوّل إلى طاقة تُخصص لإنتاج الحليب وهذا ما يوضح أهمية الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتوفير العناصر الغذائية الضرورية للطفل حتى في ظل الظروف الاقتصادية أو الغذائية الصعبة.

5 . مكونات وفوائد الرضاعة الطبيعية:

يحتوي حليب الأم على مواد كثيرة مقارنة بالحليب الصناعي الذي لا يحتوي سوى نسب قليلة من هذه المواد، كما أن نسب عدد كبير من هذه المواد في حليب الأم تختلف عنها في الحليب الصناعي.

أ الماء: حليب الأم يحتوي على 88 في المائة من الماء وفيه محتوى الماء في حليب الأم الذي يستهلكه الطفل الذي يرضع رضاعة طبيعية حصرية بمتطلبات الماء للرضع ويوفر هامشًا كبيرًا من الأمان. على الرغم من أن المولود الجديد يحصل على القليل من الماء في الحليب الأول الأصفر السميك (اللّبأ)، إلا أنه لا يلزم وجود ماء إضافي لأن الطفل يولد بكمية إضافية من الماء. عادة ما "يدخل" الحليب ذو المحتوى المائي الأعلى في اليوم الثالث أو الرابع. يوضح الشكل 2 المكونات الرئيسية لحليب الأم.

الشكل البياني رقم 1 : المكونات الرئيسية لحليب الأم



ب البروتينات:

يحتوي حليب الأم على نوعين من البروتينات: مصل اللبن والكازين. حوالي 60% من مصل اللبن، بينما 40% من الكازين. هذا التوازن بين البروتينات يسمح بالهضم السريع والسهل. إذا كان الحليب الصناعي، المعروف أيضًا باسم الحليب الصناعي، يحتوي على نسبة أكبر من الكازين، فسيكون من الصعب على الطفل هضمه. حوالي 60-80% من إجمالي البروتين في حليب الأم هو بروتين مصل اللبن. تتمتع هذه البروتينات بخصائص حماية رائعة من العدوى. فيما يلي قائمة بالبروتينات المحددة الموجودة في حليب الأم وفوائدها:¹

يعمل اللاكتوفيرين على تثبيط نمو البكتيريا المعتمدة على الحديد في الجهاز الهضمي، وهذا يعمل على تثبيط بعض الكائنات الحية، مثل البكتيريا القولونية والخميرة، التي تحتاج إلى الحديد.

يعمل IgA الإفرازي أيضًا على حماية الرضيع من الفيروسات والبكتيريا، وخاصة تلك التي يتعرض لها الطفل والأم والأسرة. كما يساعد أيضًا في الحماية من البكتيريا القولونية وربما الحساسية. كما تساعد الغلوبولينات المناعية الأخرى، بما في ذلك IgG و IgM، الموجودة في حليب الثدي أيضًا في الحماية من

¹What's In Breast Milk', americanpregnancy.org, <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/first-year-of-life/whats-in-breastmilk> , retrieved 04/03/2023.

العدوى البكتيرية والفيروسية، كما يمكن أن يساعد تناول الأسماك في زيادة كمية هذه البروتينات في حليب الثدي ، إن الليزوزيم هو إنزيم يحمي الرضيع من البكتيريا القولونية والسالمونيلا، كما أنه يعزز نمو البكتيريا المعوية الصحية وله وظائف مضادة للالتهابات.

يعمل عامل بيفيدوس على دعم نمو البكتيريا اللاكتوباسيلس، وهي بكتيريا مفيدة تحمي الطفل من البكتيريا الضارة من خلال خلق بيئة حمضية لا تستطيع البكتيريا البقاء فيها.

ج-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 الصناعي¹

د- الدهون:

على الرغم من أن حليب البقر يحتوي على نسبة أعلى من الدهون، فإن حليب الأم يحتوي على إنزيم "الليباز" الذي يساهم في تحليل الدهون وإطلاق الأحماض الدهنية المفيدة. هذا الإنزيم يعزز من تنمية الدماغ ويعمل على تحسين امتصاص الدهون.

هـ-الكالسيوم:

يحتوي حليب البقر نسبة أكبر من الكالسيوم مقارنةً بحليب الأم، لكن الأطفال الذين يتناولون حليب البقر قد يعانون من نقص الكالسيوم بسبب الترسبات في الأمعاء والتي تمنع امتصاصه بشكل فعال. في حليب الأم، تكون نسبة الكالسيوم متوازنة ويسهل امتصاصها.

¹ محمد كمال السيد يوسف، مزايا وفوائد الرضاعة الطبيعية، مجلة اسبوت للدراسات البيئية، العدد 30، 2006، ص 6.

و-الفيتامينات: يحتوي حليب الأم على جميع الفيتامينات الضرورية لسلامة الطفل الرضيع وضمان نموه الطبيعي، والمحافظة على سلامة الجلد والنظر والعظام، بالإضافة إلى دور الفيتامينات في الوقاية من عدد من الأمراض المختلفة، مثل مرض كساح الأطفال، ومرض الأسقربوط ..

بالإضافة الى ان حليم الام يحتوي على العديد من المكونات الأخرى مثل المعادن، الهرمونات، الانزيمات والتي تساهم في النمو السليم للطفل.

ثانيا: مميزات و فوائد الرضاعة الطبيعية:

1-فوائد حليب الأم للطفل:

أ-الرضاعة والنمو العقلي:

أظهرت عدة دراسات أجريت في الولايات المتحدة وجود ارتباط وثيق بين ذكاء الطفل ومدة الرضاعة الطبيعية 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 الجمعية الطبية الأمريكية (JAMA) عام 2002، وشملت 3253 رجلاً وامرأة في كوبنهاجن/النرويج، سجل الذين رضعوا أقل من شهر 99.4 على مقياس الذكاء، في حين سجل الذين رضعوا أكثر من 9 شهور 104 نقطة. وفي بريطانيا، وجد باحثون النتيجة ذاتها في دراسة أجروها على 300 طفل.¹

أظهرت دراسة بريطانية أن الأطفال الذين استفادوا من الرضاعة الطبيعية سجلوا نتائج أعلى في اختبارات اللغة والاستدلال عند بلوغهم سن الخامسة، مقارنةً بالأطفال الذين لم يحصلوا على رضاعة طبيعية عند ولادتهم، واعتمدت الدراسة على بيانات حوالي 12,000 طفل وُلدوا في بريطانيا بين عامي 2000 و2002. عندما كان الأطفال في عمر تسعة أشهر، سأل الباحثون الأمهات عن تجربة الرضاعة الطبيعية ومدتها. وبعد مرور خمس سنوات، خضع الأطفال لاختبارات تقيس مهارات اللغة، التفكير،

¹فهمي مصطفى محمود، إعجاز القرآن في مدة الرضاعة ونوعيتها، بحث مقدم للمؤتمر العالمي للإعجاز العلمي في القرآن والسنة، الكويت، المؤتمر الثامن 2006، ص 1؛ ص 2.

والقدرات المكانية، وأظهرت النتائج أن ما بين 6 إلى 7 من كل 10 أطفال تلقوا الرضاعة الطبيعية أظهروا قدرة أعلى على اجتياز هذه الاختبارات، بغض النظر إن وُلدوا في موعدهم الطبيعي أو قبل ذلك.¹

ب-الرضاعة والمناعة:

يتفوق حليب الأم على الحليب الصناعي بكونه دواءً إلى جانب كونه غذاءً. إذ يحتوي اللبأ، وهو الحليب الذي يُفرز بتركيز عالٍ بعد الولادة مباشرةً ويستمر من 3 إلى 8 أيام، على عناصر حيوية مهمة لتعزيز مناعة الطفل وحمايته من الأمراض. يضم اللبأ نسبة مرتفعة من الأجسام المضادة، مثل جلوبيولين أ وج المناعيين، والليزان يساعدان في مقاومة أنواع متعددة من البكتيريا والفيروسات، مثل فيروسات شلل الأطفال والحصبة والنكاف والتهاب الدماغ الياباني، كما يقي الطفل من التهابات الأنف والأذن والحنجرة والجهاز الهضمي، إلى جانب ذلك، يحتوي حليب الأم على بروتينات مناعية مثل الإنتريفيرون المقاوم للفيروسات، واللاكتوفيرين والليزوزيم، بالإضافة إلى مكونات مناعية متعددة وخلايا دم بيضاء مقاومة للأمراض، كخلايا ب اللعابية والخلايا الحبيبية والبلعمية. ومن الجدير بالذكر أن ملعقة صغيرة من حليب الأم تحتوي على نحو 3 ملايين خلية مناعية، في حين يفتقر الحليب الصناعي تمامًا إلى الأجسام المضادة والخلايا والبروتينات المناعية.²

وبالتالي فحليب الأم ضروري من أجل تفادي الإصابة بالأمراض المناعية ومن أجل نمو سليم للأطفال لذلك ينصح الإطباء بشدة بحليب الأم وخصوصاً في الشهور الأولى من الولادة.

ج-الرضاعة والأمراض الجرثومية:

يحتوي حليب الأم على مادة اللبأ الصفراء، والتي تحوي كميات هائلة من الأجسام المناعية والمواد المقاومة للفيروسات والبكتيريا مثل اللاكتوفيرين، والليزوزيم الذي تزيد كميته في حليب الأم 30 ضعفاً عن ما هو موجود في الحليب الصناعي، والانتريفيرون، وغيرها من المواد. تعمل هذه الإفرازات على مقاومة أنواع كثيرة من البكتيريا، كـبكتيريا الكوليرا والسالمونيلا والشيغيلا والقولون، وقتل كثير من الفيروسات، كفيروسات شلل الأطفال والكوكساكي والهربس.³

¹ منال علي، الرضاعة الطبيعية تزيد من قدرات الطفل العقلية، العربية نت، 2011/09/05، تم الاطلاع

على الرابط <https://www.alarabiya.net/articles/2011%2F09%2F05%2F165526>، 2023/01/25.

² فهمي مصطفى محمود، مرجع سابق، ص 2.

نفس المرجع ³، ص 3.

أظهرت الدراسات ارتباطاً واضحاً بين الابتعاد عن الرضاعة الطبيعية وزيادة الإصابة بأمراض الجهاز الهضمي لدى الأطفال. ففي كندا، يتعرض الأطفال الذين يتغذون على الحليب الصناعي لحالات إسهال بمعدل ضعف ما يصيب نظراءهم الذين يرضعون حليب الأم، بينما يصل هذا المعدل إلى ثلاثة أضعاف في الصين، وخمسة أضعاف في اسكتلندا. إلى جانب ذلك، تزداد احتمالات إصابة الأطفال الذين يعتمدون على الحليب الصناعي بالتهاب القولون النخري بمعدل يتراوح بين 6 إلى 10 أضعاف مقارنةً بمن يعتمدون على حليب الأم. وقد دعمت دراسات أخرى هذه النتائج، مشيرةً إلى ارتفاع حاد في معدلات الإصابة بهذا المرض لدى الأطفال الذين يرضعون صناعياً.

د-الرضاعة وأمراض الحساسية:

أكدت دراسات عديدة تزايد أمراض الحساسية بشكل ملحوظ بين أطفال الحليب الصناعي مقارنةً بنظرائهم الذين يعتمدون على الحليب الطبيعي. فالأطفال الذين يتناولون حليب البقر يصابون بحساسية الجهاز الهضمي بنسبة 50 - 60%، وحساسية الجهاز التنفسي والربو بنسبة 30%، والإكزيما الجلدية بنسب عالية قد تبلغ 70%. فالبروتينات الموجودة في حليب البقر تسبب للطفل جملة من الأمراض التحسسية كالربو والإكزيما والتهاب المعدة والأمعاء.¹

الأمراض السرطانية: كشفت دراسة أجريت في موسكو بروسيا أن الأطفال الذين حصلوا على الرضاعة الطبيعية لمدة تقل عن شهر كانوا أكثر عرضة للإصابة بالأمراض السرطانية بمعدل 7 أضعاف مقارنةً بأولئك الذين رضعوا لمدة 6 أشهر أو أكثر. وأشار ديفيس وزملاؤه إلى أن خطر الإصابة بسرطان الجهاز اللمفاوي يتضاعف 8 مرات عند الأطفال الذين رضعوا أقل من 6 أشهر. ووجد الباحثون أيضاً أن النساء اللواتي تلقين الحليب الصناعي في طفولتهن تزيد لديهن احتمالية الإصابة بسرطان الثدي بنسبة 25% مقارنةً باللواتي رضعن حليب الأم.

داء السكري من النوع الأول: تقي الرضاعة الطبيعية الأطفال من مجموعة من الأمراض الخطيرة، ومنها داء السكري من النوع الأول الذي قد يظهر في سن مبكرة. فقد أوضح الباحث ماير وآخرون أن الرضاعة الطبيعية تقلل من خطر الإصابة بهذا المرض بنسبة تتراوح بين 25% و50%.²

¹¹ محمد كمال السيد يوسف، مرجع سابق، ص 3.

² نفس المرجع، ص 6.

أمراض أخرى: يحمي حليب الأم الرضيع من العديد من الأمراض، بما في ذلك مرض السيلياك، تصلب الشرايين، ضغط الدم المرتفع، بعض أنواع السرطان، الكساح، الإمساك والإسهال، اعوجاج الأسنان، التهاب السحايا، التهابات المسالك البولية، ومرض كرون. كما أن الرضاعة الطبيعية تخفف من تأثير الأمراض الوراثية الخطيرة مثل التليف الكيسي وبيلة فينيل كيتون ومرض نقص الزنك الوراثي، حيث تظهر هذه الأمراض بصورة أقل حدة لدى الأطفال الذين يرضعون من أمهاتهم مقارنةً بأولئك الذين يعتمدون على الرضاعة الصناعية.

الرضاعة وموت المهد: تُعتبر وفيات الأطفال المفاجئة، المعروفة بموت المهد، أكثر شيوعاً بين الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الصناعية، حيث أظهرت 23 دراسة أن هذا النوع من الوفيات يقل بنسبة 50% لدى الأطفال الذين يرضعون طبيعياً. وقد أجرى بعض الباحثين دراسة في الولايات المتحدة، حيث وجدوا أن الوفيات بين الأطفال الذين يتناولون الحليب الصناعي تصل إلى 38,335 حالة سنوياً، بينما تسجل الأطفال الذين يرضعون حليب الأم 18,660 حالة وفاة سنوياً. مما يعني أن حليب الأم يساهم في تقليل 18,675 حالة وفاة سنوياً في أمريكا.¹

هـ-حليب الام وصحة الطفل النفسية:

يرتبط النمو النفسي للأطفال الذين يرضعون من أمهاتهم بالنمو السليم والسريع، بينما تزداد المشكلات النفسية لدى أولئك الذين لا يحصلون على الرضاعة الطبيعية، وهو ما أكدته الأبحاث العلمية حيث أظهرت العديد من الدراسات أن الرضاعة، وما يصاحبها من مداعبة وضمه إلى صدر الأم، تؤثر بشكل كبير على سلوك الطفل حالياً وفي المستقبل. إذ قد يصبح الطفل الذي يفتقر لهذه التجربة عصبياً وعدوانياً وبصعب تربيته. علاوة على ذلك، تشير الأدلة إلى أن نسبة الجنوح والانحراف النفسي والسلوكي، بالإضافة إلى تعاطي المخدرات وجرائم القصر والشباب، ترتبط بشكل ما بعدم الرضاعة الطبيعية والاكتفاء بالحليب الصناعي.

¹ لفهمي مصطفى محمود، مرجع سابق، ص4

2- فوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للام:

أ- التفاعل بين الأم والطفل:

إنَّ الطفل المولود حديثاً، ليس مخلوقاً مستكيناً ولا هامداً أما يعتقد البعض، بل هو فرد يستجيب للآثار إلى درجة كبيرة. " ففي الدقائق أو الساعات الأولى بعد الولادة يتعلم الطفل أن يتعرف إلى رائحة أمه ولمسها، وربما مظهرها، بعد الأسبوعين الأولين من الحياة يبدأ هذا التجاوب غير العادي بالتناقص، ثم يعود ببطء خلال السنوات الأولى¹ ، عندما يكون الطفل وأمه في اتصال حميم في معظم الأوقات، يحدث ارتباط قوي بينهما خلال الأيام الأولى من حياة الطفل، ويزداد هذا الارتباط مع الرضاعة الطبيعية. هذا الاتصال قد يؤدي إلى تعزيز مشاعر الأمومة والحنان خلال السنة الأولى. في المقابل، الأطفال الذين يقضون معظم وقتهم في الحضانات ويتلقى العناية من عدة أشخاص مختلفين، يتعرضون لتجارب رعاية آلية، حيث يتم تغييرهم وإطعامهم كل 3 أو 4 ساعات، مما قد يؤثر سلباً على علاقتهم العاطفية بأمهاتهم.

ب- استعادة القوام:

يزداد وزن النساء خلال فترة الحمل حيث يتكون في جسمها مخزون من الطاقة في شكل دهون، " إذا أرادت المرأة أن تستعيد قوامها، كما كانت قبل الحمل فعليها أن تستعمل هذه القوة المخزونة، ألا وهي الترضيع" فالحليب في ثدي الام يكون بنسبة عالية ومن اجل الرجوع الى الحالة الطبيعية واستعادة المرأة لقوامها فتقوم بارضاع طفلها وبذلك تكون قد حافظت على صحتها وصحة طفلها.

ج- الملائمة:

تظهر ملائمة حليب الأم للطفل بشكل جلي، ولا تحتاج إلى مزيد من الشرح نظراً لما تم ذكره سابقاً حول تركيبته الغذائية. فحليب الأم لا يتطلب أي عملية تنظيف أو تعقيم، ولا حاجة لتخزين الزجاجات والحلمات الاصطناعية، كما أنه لا يتطلب تحضير الحليب المعدل أو تسخينه إلى درجة حرارة معينة قبل استخدامه. على سبيل المثال، في الليل، تستطيع الأم الاستغناء عن النهوض إلى المطبخ لتحضير الحليب، بل يمكنها ببساطة حمل طفلها وإرضاعه مباشرةً علاوة على ذلك، يوفر حليب الأم ميزة

¹حسين شويل: الأمومة الرسالة السامية، دار الرفاعي، ط 2، السعودية، 1985، ص 141

اقتصادية، حيث لا تحتاج الأسرة إلى إنفاق المال على شراء الحليب، إذ يتوفر دائماً في ثدي الأم على مدار 24 ساعة، مما يجعله خياراً مثالياً من حيث القيمة الغذائية.¹

د-التقليل من خطر سرطانات الثدي والمبيض:

تساهم الرضاعة الطبيعية في تقليل خطر الإصابة ببعض أنواع السرطانات التي تؤثر على النساء، مثل سرطان الثدي والرحم. فقد أظهرت الدراسات أن احتمال الإصابة بسرطان الثدي ينخفض بنسبة 11% لدى النساء اللواتي يرضعن لمدة 4 إلى 12 شهراً، و 25% لدى اللاتي يرضعن لأكثر من 12 شهراً. وتشير البيانات إلى أن الرضاعة لمدة 6 أشهر تقلل من حالات الإصابة بسرطان الثدي بمعدل 25,000 حالة سنوياً في 30 دولة، بينما الرضاعة لمدة 12 شهراً إضافياً تخفض العدد بمقدار 50,000 حالة.

أيضاً، وُجد أن الفتيات اللواتي تلقين حليب الأم في الطفولة يواجهن انخفاضاً بنسبة 25% في مخاطر الإصابة بسرطان الثدي. وأثبتت أبحاث مركز بحوث السرطان في بريطانيا أن الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن طبيعياً لمدة 31 شهراً أو أكثر يقلل لديهن خطر الإصابة بأورام خبيثة في المبيض بنسبة 91%. كما أظهرت الأبحاث أن النساء اللواتي يعتمدن على الرضاعة الطبيعية بدلاً من الحليب الاصطناعي تقل فرص إصابتهن بسرطان المبيض بنسبة الثلثين.²

هـ- تسوس العظام وانقباض الرحم:

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

كما تساعد الرضاعة الطبيعية في انقباض رحم الأم وعودته إلى حجمه الطبيعي بعد الولادة، على عكس الأمهات اللواتي لا يرضعن. فالرضاعة تحفز إفراز هرمون الأوكسيتوسين، الذي ليس فقط يساعد على إنتاج الحليب، بل يسهم أيضاً في انقباض عضلة الرحم، مما يحد من النزيف بعد الولادة ويحمي الأم من حمى النفاس الخطيرة والجلطات التي قد تحدث خلال فترة التعافي.³

¹ R. Hadjam : **je soigne mon enfant**, E.D.C, OMEGA, Alger, sans année, p 57.

² محمد - كمال السيد يوسف، مرجع سابق، ص 25.

³ فهمي مصطفى محمود. مرجع سابق، ص 6.

و-الرضاعة ورشاقة الامهات:

تساعد الرضاعة الطبيعية الأم على فقدان الشحوم التي تراكمت خلال الحمل، إذ يزداد وزنها عادةً بمقدار 13-19 كغم، بينما يزن الطفل حوالي 3-4 كغم، وما تبقى هو دهون مخزنة في الجسم. ومع الرضاعة، يمكن للأم استعادة وزنها الطبيعي خلال شهر، حيث يستهلك إنتاج الحليب نحو 500 سعرة حرارية يوميًا. أما الأم غير المرضعة فتحتاج إلى أكثر من ساعة من التمارين اليومية لحرق هذا القدر من السعرات.¹

ي-الرضاعة ومنع الحمل:

تعد الرضاعة الطبيعية وسيلة طبيعية لتباعد الولادات، إذ تمنع عملية التبويض، خاصة خلال الأشهر الستة الأولى، حيث يؤخر هرمونا LH و FSH عودة التبويض، كما أن هرمون البرولاكتين، الذي يزداد مع الرضاعة لتحفيز إنتاج الحليب، يرافقه غياب التبويض، وتطول فترة عدم الإباضة كلما زادت مرات الرضاعة، خاصة إذا تمت بشكل متكرر ليلاً ونهاراً. لذلك، ينصح بإرضاع الطفل من الثدي أكثر من 8 مرات خلال 24 ساعة لضمان فعالية أكبر في تأخير الدورة الشهرية.²

ثالثاً: وضعية الرضاعة الطبيعية في العالم والجزائر

1- وضعية الرضاعة الطبيعية في العالم

تعد الرضاعة الطبيعية من أهم العوامل التي تساهم في تعزيز صحة الأم والطفل على حد سواء. فهي توفر التغذية المثلى للطفل خلال أشهره الأولى، كما تقوي من جهازه المناعي وتساعد في نموه العقلي والجسدي. على الرغم من فوائدها العديدة، إلا أن معدلات الرضاعة الطبيعية تختلف بشكل كبير حول العالم، حيث تتأثر بالعديد من العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية. ففي بعض البلدان، يشهد إقبالاً متزايداً على الرضاعة الطبيعية، بينما تواجه دول أخرى تحديات تتعلق بالوعي العام، والتقاليد الاجتماعية، وتوافر الدعم الصحي اللازم.

¹ كمال السيد يوسف، مرجع سابق ، ص 6.

² عميرة جويده، "الرضاعة الطبيعية بين القران الكريم والعلم، مخبر المجتمع ومشاكل التنمية المحلية في الجزائر، جامعة الشلف، العدد الثاني، جوان 2015، ص 104.

جدول رقم (1):

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

السنوات الإقليم	% (1997 - 2005)	% (2006 - 2012)
شرق آسيا ودول المحيط الهادي	43	28
أفريقيا جنوب الصحراء	30	37
وسط وشرق أوروبا	19	30
جنوب آسيا	37	47
شرق وجنوب أفريقيا	40	52
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	30	34
غرب ووسط أفريقيا	20	25
إقليم الأمريكيتين	30.9	30
العالم	36	39

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات اليونيسيف. وضع الأطفال في العالم 2007، ص ص 114 - 118 ،
و في عام 2013 ، ص ص 113 - 116.

شهدت معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الرضع تحسناً ملحوظاً على مدى 15 عاماً في معظم الأقاليم العالمية، مع بعض الاستثناءات الملحوظة مثل منطقة شرق آسيا ودول المحيط الهادي، حيث انخفض المعدل بنسبة 15 نقطة من 43% إلى 28%. هذا التحسن يعكس جهوداً مستمرة في التوعية الصحية وتعزيز ثقافة الرضاعة الطبيعية، خاصة في مناطق مثل إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وشرق وجنوب إفريقيا، حيث ارتفعت المعدلات بشكل كبير من 22% إلى 30% في الفترة الأولى، ووصلت إلى 37% و52% في الفترات اللاحقة. من الناحية الاجتماعية والاقتصادية، قد تساهم عوامل مثل الوعي الصحي، تحسن مستويات التعليم والرعاية الصحية، وتوافر الدعم الاجتماعي للأمهات في المناطق ذات المعدلات المرتفعة. في المقابل، قد تكون العوامل الاقتصادية مثل الضغوط المالية وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية والاعتماد على الألبان الصناعية أحد الأسباب التي تساهم في

تدني معدلات الرضاعة الطبيعية في بعض المناطق مثل شرق آسيا، حيث تراجعَت النسبة. إضافة إلى ذلك، قد تؤثر العوامل الثقافية والتقاليد الاجتماعية في بعض المجتمعات على اختيارات الأمهات فيما يتعلق بنوعية الرعاية الغذائية للأطفال. رغم التحسن العام، فإن المعدل العالمي لا يزال دون 50%، ما يعكس الحاجة إلى المزيد من الجهود لتحسين معدلات الرضاعة الطبيعية وتعزيز الفوائد الصحية للأطفال والأمهات على حد سواء.

2- وضعية الرضاعة الطبيعية في الجزائر

في الجزائر، تعد الرضاعة الطبيعية ممارسة صحية أساسية تُعنى بها الأمهات، لما لها من فوائد كبيرة لصحة الأم والطفل. ومع ذلك، تواجه هذه الممارسة بعض التحديات في السنوات الأخيرة، حيث تزايدت نسبة الأمهات اللواتي يستخدمن الحليب الصناعي، خاصة في المناطق الحضرية. من بين أبرز العوامل التي تؤثر في ذلك تزايد انخراط الأمهات في سوق العمل والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية. رغم هذه التحديات، تسعى الجهات الصحية إلى تعزيز الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية من خلال حملات توعية وبرامج دعم موجهة للأمهات، بهدف تعزيز هذه الممارسة وتحقيق الفوائد الصحية للأطفال في المجتمع الجزائري، وفيما يلي سنتطرق لمعرفة وضعية الرضاعة الطبيعية في الجزائر كما توضحه الجداول التالية:

الجدول رقم 2 : معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع حسب المناطق في الجزائر سنة 1995.

معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع %		التصنيف	
64	63	حضر	منطقة الشرق
	65	ريف	
51.15	57.7	حضر	منطقة الوسط
	54.6	ريف	
23.6	25	حضر	منطقة الغرب
	22.2	ريف	
50.75	66.7	حضر	منطقة الجنوب
	34.8	ريف	
56.5	61	حضر	المستوى الوطني
	52	ريف	

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على بيانات وزارة الصحة وآخرون، إحصاء وطني للمؤشرات المتعددة MICS3، التقرير الرئيسي، الجزائر، 2006، ص 109.

تُظهر البيانات المتعلقة بمعدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر سنة 1995 تفاوتاً واضحاً بين المناطق الحضرية والريفية، وكذلك بين المناطق الجغرافية المختلفة. ففي منطقة الشرق، كانت معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في المناطق الحضرية تتراوح بين 63% و64%، بينما ارتفعت في المناطق الريفية إلى 65%. أما في منطقة الوسط، فقد كانت المعدلات في المناطق الحضرية أقل (بين 51.15% و57.7%) مقارنة بالريف (54.6%). في منطقة الغرب، كانت النسب منخفضة للغاية، حيث بلغت 23.6% في المناطق الحضرية و22.2% في المناطق الريفية، مما يعكس تراجعاً في ممارسة الرضاعة الطبيعية. في منطقة الجنوب، كانت هناك فروقات بين المناطق الحضرية (بين 50.75% و66.7%) والمناطق الريفية (34.8%)، مما يشير إلى تنوع في الاتجاهات. على المستوى الوطني، تراوحت معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في المناطق الحضرية بين 56.5% و61%، بينما كانت أقل في المناطق

الريفية (52%). هذه التفاوتات تشير إلى تأثيرات ثقافية واجتماعية واقتصادية متنوعة تؤثر على ممارسة الرضاعة الطبيعية، وتستدعي اتخاذ إجراءات صحية وتوعوية لتشجيع الرضاعة الطبيعية في المناطق ذات المعدلات المنخفضة.

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

المصدر: اليونيسيف و INSP، إحصاء وطني حول أهداف نهاية العقد، صحة الأم والطفل، EDG الجزائر 2000، التقرير النهائي، الجزائر، 2001، ص 65.

في عام 2000، أظهرت نتائج المسح الوطني في الجزائر تراجعاً ملحوظاً في معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الرضع مقارنةً بسنة 1995. حيث انخفضت النسبة الوطنية لهذه الرضاعة بمقدار 40 نقطة، إذ قدرت في عام 2000 بـ 15.9% بعدما كانت 56% في سنة 1995. هذا التراجع الكبير يبرز تحديات جديدة في تعزيز الرضاعة الطبيعية، على الرغم من الجهود المبذولة في هذا المجال.

على المستوى الجغرافي، سجلت منطقة الجنوب أعلى نسبة للرضاعة الطبيعية الحصرية بـ 21.3%، رغم أن هذه النسبة شهدت تراجعاً قدره 29 نقطة مقارنةً بعام 1995 حيث كانت 50.75%. أما منطقة الغرب، فقد حافظت تقريباً على مستواها، مع انخفاض طفيف يقدر بـ 2%، حيث سجلت 20.7% في

سنة 2000. في المقابل، عرفت منطقة الشرق والوسط انخفاضاً ملحوظاً في معدلات الرضاعة الطبيعية، مما يعكس تغيرات سلوكية أو اجتماعية تؤثر على هذه الممارسة الصحية الأساسية.

من حيث توزيع الرضاعة الطبيعية حسب الجنس، كانت النسبة بين الذكور 13.6% بينما كانت 18.8% بين الإناث، مما يعكس فرقاً بسيطاً بين الجنسين في معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية. أما حسب المناطق الحضرية والريفية في الوسط، فقد كانت النسبة في الريف 13%، بينما ارتفعت في الحضر إلى 18.8%، مما يعكس تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على هذه الممارسات، حيث قد تتوفر في المناطق الحضرية موارد صحية ودعم أكبر للأمهات.

في النهاية، يعكس هذا التراجع في معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأربعة أشهر الأولى من حياة الرضع تحديات كبيرة تواجه الجزائر في تحسين الوعي الصحي وتعزيز دعم الرضاعة الطبيعية، خاصة في المناطق التي شهدت انخفاضات كبيرة.

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

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

المصدر: وزارة الصحة وآخرون، إحصاء وطني للمؤشرات المتعددة MICS3، التقرير الرئيسي، الجزائر، 2006، ص 69.

أظهرت نتائج المسح الوطني لعام 2005 استمرار تراجع معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الأربعة الأولى من حياة الأطفال في الجزائر، حيث وصلت إلى 10.4%، مما يعكس انخفاضاً

إضافيًا عن معدلات السنوات السابقة. وكان الفارق بين الجنسين ضئيلاً، إذ قدرت النسبة عند الذكور 10.4% وعند الإناث 10.2%. وسجلت منطقة الغرب أدنى نسبة، حيث قدرت بـ 4.7%، مما يعكس تراجعاً حاداً مقارنةً بعام 2000 حيث كانت النسبة 20.7%. أما منطقة الجنوب، فقد شهدت انخفاضاً قدره 14 نقطة بين عامي 2000 و2005، مما يعكس التحديات المستمرة في تعزيز هذه الممارسة الصحية الأساسية.

على مستوى التعليم، أظهرت النتائج أن النساء ذوات المستوى التعليمي العالي هن الأقل ممارسة للرضاعة الطبيعية الحصرية، حيث بلغت النسبة 4.4%. بينما كانت النسبة الأعلى بين النساء ذوات المستوى الابتدائي، حيث سجلت 13.8%. هذه النتائج تشير إلى دور التعليم في التأثير على اختيارات الرضاعة، حيث قد تؤثر المعرفة المتزايدة بأساليب التغذية البديلة على قلة ممارسة الرضاعة الطبيعية. كما أظهرت البيانات المتعلقة بمنطقة السكن تفاوتاً بسيطاً، حيث كانت النسبة في الوسط الحضري 10.2% وفي الوسط الريفي 10.6%، مما يشير إلى أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية قد تكون أقل تأثيراً على هذا النوع من الرضاعة مقارنةً بالعوامل التعليمية.

جدول رقم (05): 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

المصدر: وزارة الصحة ، تحقيق وطني للمؤشرات المتعددة MICS3 ، التقرير الرئيسي، الجزائر، 2006، ص 71.

أظهرت نتائج المسح الوطني لعام 2005 أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر في الجزائر بلغت 6.9%، وهي نسبة منخفضة للغاية مقارنة بالتوصيات العالمية التي تشير إلى أن الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال هذه الفترة ضرورية لضمان نمو جسمي وعقلي سليم للطفل. كما سجلت منطقة الغرب أدنى نسبة لهذه الرضاعة، حيث قدرت 3.8%، وهو ما يشير إلى تحديات كبيرة في هذه المنطقة في تشجيع هذه الممارسة الصحية الهامة.

بالنسبة للفروق بين الجنسين، كانت نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية عند الذكور 7.2%، بينما كانت أقل بقليل عند الإناث حيث سجلت 6.7%. هذا التفاوت الطفيف بين الجنسين يعكس بعض الاختلافات في السلوكيات المتعلقة بالتغذية في المجتمع الجزائري.

جدول رقم (06): 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

المصدر: وزارة الصحة وآخرون، إنواء وطني للمؤشرات المتعددة MICS4، التقرير الرئيسي، الجزائر، 2015، ص 68.

أظهرت نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الذي أجري في الفترة من 21 أكتوبر 2012 إلى 31 يناير 2013 تحسناً كبيراً في معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر في الجزائر، حيث وصلت النسبة إلى 25.7%، مسجلةً تقدماً بنحو 19 نقطة مقارنةً بالمسح السابق. لكن هذه النسبة عرفت تفاوتاً كبيراً بين مناطق الجزائر، حيث تم تقسيم البلاد إلى سبع مناطق مختلفة، وهي: المنطقة الشمالية الشرقية، المنطقة الشمالية الوسطى، المنطقة الشمالية الغربية، الهضاب العليا الشرقية، الهضاب العليا الوسطى، الهضاب العليا الغربية، ومنطقة الجنوب.

منطقة الشمال سجلت أعلى النسب، حيث كانت 38.3% في الشمال الشرقي، 28% في الشمال الوسطى، و 30.7% في الشمال الغربي. بينما سجلت مناطق الهضاب العليا أدنى النسب، إذ كانت 18.7% في الهضاب العليا الشرقية، 11.1% في الهضاب العليا الوسطى، و 15.3% في الهضاب العليا الغربية. أما منطقة الجنوب، فكانت النسبة فيها 22.1%.

فيما يتعلق بالفوارق بين الوسط الحضري والريفي، لم تسجل المسح تبايناً كبيراً، حيث كانت النسبة 25.3% في المناطق الحضرية و 26.4% في المناطق الريفية، مما يدل على أن العوامل الجغرافية قد تكون أكثر تأثيراً من العوامل الحضرية أو الريفية في هذا السياق.

الجدول رقم(07):

توزيع نسب وقت بداية الرضاعة حسب أهم الخصائص في مسح 2019

التصنيف	خلال الساعة الأولى	خلال الساعة الأخرى
المنطقة	حضر	66.32
	الريفية	32.12
	شمال وسط	33.61
	شمال شرق	31.98
الرقعة الجغرافية	شمال غرب	28.48
	وسط	27.58
	هضاب عليا	39.85
	جنوب شرق	77.38
المستوى التعليمي	جنوب غرب	68.38
	بدون مستوى	73.14
	ابتدائي	71.45
	متوسط	63.36
	ثانوي	67.13
	جامعي	66.45
		66.28
		29.69

المصدر: إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة معطيات مسح (MICS6) لسنة 2019

من خلال الجدول المقدم، نلاحظ أن معدلات الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى تتفاوت بين الفئات المختلفة، حيث تتراوح بين 57.09% في شمال شرق الجزائر و 77.38% في المنطقة الوسطى. هذا يشير إلى أن المناطق المختلفة في الجزائر تظهر اختلافات واضحة في توافر الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر من حياة الرضع. أعلى نسبة تم تسجيلها في المناطق الوسطى (77.38%) بينما كانت أدنى في شمال شرق الجزائر (57.09%).

أما بالنسبة للمعدلات الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأخرى، فهي تتوزع بشكل متوازن نسبياً بين المناطق، مع بعض الاختلافات الطفيفة. على سبيل المثال، كانت نسبة الرضاعة في المناطق الحضرية 32.12%، بينما في المناطق الريفية كانت 33.61%، مما يعكس تبايناً بسيطاً في ممارسة الرضاعة الطبيعية بين الحضر والريف.

أما فيما يخص المستوى التعليمي، فقد أظهرت البيانات أن الأمهات ذوات التعليم الجامعي سجلن أعلى نسبة في الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى 71.45%، بينما كانت النسبة عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأقل 63.36% لمن لا يحملون أي مستوى تعليمي. هذه الفروقات تشير إلى أن التعليم قد يكون عاملاً مهماً في التشجيع على الرضاعة الطبيعية.

بالمجمل، توضح النتائج أن الرضاعة الطبيعية تتأثر بالعوامل الجغرافية والاجتماعية مثل المنطقة والمستوى التعليمي، حيث تكون نسب الرضاعة أعلى في بعض المناطق مثل وسط الجزائر وأقل في مناطق أخرى كالشمال الشرقي، مع تأثير واضح للمستوى التعليمي على ممارسة الرضاعة الطبيعية.

رابعاً: اهتمام العلماء بالرضاعة الطبيعية والسياسات الرامية لتشجيعها:

1- اهتمام الإسلام والعلماء بالرضاعة الطبيعية:

أ- اهتمام الإسلام بالرضاعة الطبيعية:

لقد أولى الإسلام عناية خاصة بهذه الممارسة حيث حث عليها الله عز وجل في قوله تعالى "والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة" (سورة البقرة، الآية 233)، وأضاف جل جلاله " وإن لكم في الأنعام لعبرة نسقيكم مما في بطونه من بين الفرث ودم لبنا خالصا سائغا للشاربين" سورة النحل في الآية 66. وهذا يعني أن اللبن هو مستخلص من الفرث الذي يبقى في المعدة بعد هضم الطعام وامتصاص الأمعاء، ودخول المستخلص إلى الدورة الدموية ليأتي بعد ذلك إلى الثديين¹.

وبالتالي يُستخلص حليب الأم من بقايا الطعام المهضوم الذي يبقى في المعدة بعد امتصاص الأمعاء للعناصر الغذائية، وتعتبر هذه العملية المعقدة رابطة فيزيولوجية بين الأم وطفلها، محققة فوائد عديدة، إذ

¹ حسين شويل، مرجع سابق، ص 140.

يسهل هضم هذا الحليب وبقي الطفل من الأمراض، كما يساهم في عودة رحم الأم إلى وضعه الطبيعي بسرعة، ونظراً لأهمية حليب الأم بالنسبة للطفل، فقد حث الله عز وجل الأمهات على إرضاع أبنائهن، وإذا تعذر عليهن ذلك فينبغي طلب الرضاعة من مرضعة أخرى كما جاء في كتابه العزيز " **وإن تعاسرتم فسترضع له أخرى** " (سورة الطلاق، الآية 6).

وذهب أكثر أهل العلم من أصحاب رسول الله صلى الله عليه وسلم وغيرهم أن الرضاعة الطبيعية لا تحرم إلا من كان دون الحولين، وما كان بعد الحولين الكاملين فإنه لا يحرم شيئاً كما ذهب أكثر الأئمة إلى أنه لا يحرم من الرضاعة إلا من كان دون الحولين، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " لا يحرم من الرضاعة إلا ما كان في الحولين " ¹، إلى جانب الدور الأساسي للرضاعة الطبيعية في تغذية الطفل، فإن لها معاني رمزية عميقة؛ إذ يحمل حليب الأم بعضاً من خصائصها الوراثية للطفل. فلا يُنقل التأثير الوراثي عبر الدم فقط، بل يمكن أن يتم عبر الحليب أيضاً، مما يمنح الطفل جزءاً من صفات الأم. وقد أشار الرسول صلى الله عليه وسلم إلى هذا التأثير المهم الذي تتركه المرضعة في تنشئة الطفل، حيث بين أن الطفل قد يرث من مرضعته سمات سلوكية وخصائص عقلية، إذ روى عن عائشة رضي الله عنها أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال " **لا تسترضعوا الحمقى فإن اللبن يعدي** "، وقد روى عن عمر أنه قال " **إياكم ورضاع السوء فإنه لا بد أن ينتدم** "، أي يظهر أثره. ²

أما الإمام الغزالي رحمه الله فقد ركز هو الآخر في حياته على أخلاق المرضع وأشار إلى تأثير لبنها على أخلاق الطفل وأكد على الناس بأن لا يسمحوا لمرضعة سيئة الخلق وفاسدة الطباع رديئة السلوك بأن ترضع صغارهم فكتب يقول " ينبغي أن يراقب من أول أمره، فلا يستعمل في حضانتها وإرضاعه إلا امرأة صالحة مستدينة تأكل الحلال فإن اللبن الحاصل من الحرام لا بركة فيه، فإذا وقع عليه نشأ الصبي وعجنت طينه من الخبث فيميل طبعه إلى ما يناسب الخبائث " ³.

وبالتالي تحظى المرضعة بمكانة خاصة في الثقافة العربية والإسلامية، حيث تمتد الأمومة لتشمل فترة الرضاعة ولا تقتصر على الحمل والولادة فقط. فالأم التي ترضع طفلاً تُعتبر بمنزلة الأم الوالدة، مما يعكس الأهمية الكبيرة للرضاعة، لدرجة أن المذاهب الإسلامية تعد الإخوة من الرضاعة كالإخوة من

¹ عماد الدين ابن كثير، تفسير القرآن العظيم، دار ومكتبة الهلال، الطبعة 1، المجلد 1، لبنان، 1990، ص 70

² العربي بختي، التربية العائلية في الإسلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991، ص 82.

³ نفس المرجع، ص 81.

النسب، فتحرم الزواج بينهم. وتبرز أهمية حليب الأم أيضاً في الأمثال الشعبية؛ حيث يُشاد بمن يتحلى بالعدل والشجاعة ويرفض الظلم بأنه "شبع من حليب أمه"، مما يشير إلى ارتباط الحليب بتكوين قيم الشجاعة والاستقامة.

ب اهتمام الاطباء بالرضاعة:

انتشرت في الأسواق أنواع عديدة من الألبان الصناعية، حيث عمل خبراء التغذية جاهددين لجعلها أقرب ما يمكن لحليب الأم الطبيعي. ومع ذلك، لا تزال أفضل هذه الأنواع تعجز عن محاكاة حليب الأم الذي يحتوي على عناصر فريدة لا يمكن إضافتها للألبان الصناعية. وقد أكد ذلك أطباء مختصون، من بينهم الدكتور حسن كامل بهاء الدين، أستاذ طب الأطفال، الذي أجرى دراسة ميدانية على مجموعتين من الأطفال الرضع، تضم كل مجموعة 60 طفلاً، حيث تلقت المجموعة الأولى الرضاعة الطبيعية، بينما اعتمدت المجموعة الثانية على الرضاعة الصناعية، لتبيان الفروقات وتأثير كل نوع على صحة الطفل. فأثبتت نتائج الدراسة أن " دهنيات الدم الموجودة في المجموعة التي رضعت من لبن الأم تحتوي على نسبة كبيرة من نوعين من الدهنيات الفوسفورية التي تدخل مباشرة في تركيب خلايا المخ، علماً أن المخ يبلغ ثلثي وزن مخ الإنسان البالغ في نهاية السنة من عمره ويبلغ أربعة أخماس وزن مخ البالغ في نهاية السنة الثانية " ¹ وبالتالي فإن الرضاعة الطبيعية تلعب دور هام وجوهري في بناء الصحة الجسمية والعقل السليم وذلك لاحتواء حليب الام على مكونات هامة وضرورية التي يحتاجها الرضيع.

كما اشار الدكتور هنري ليستراد Henri Lystrad ، في مؤتمر الصيدلانية الدولي الذي اقيم بباريس في سنة 1972، الى ان حليب الام قد زود بعشرات المعطيات الصحية التي لا يمكن ان توجد في أي حليب آخر مهما كان نوعه، ووجد ستيفنس Stevenson سنة 1947 ان الاطفال الذين نشأوا على التغذية الثديية تصيبهم امراض الجهاز التنفسي بدرجة اقل خلال ال 6 اشهر الاولى مقارنة بالاطفال الذين نشأوا على التغذية الصناعية.²

أجرت الدكتورة بامبلا ديفتر، الباحثة في معهد أبحاث الطفل بمدينة لندن، دراسة شاملة حول مختلف أنواع الألبان الصناعية. وبعد انتهاء الدراسة، وجهت تحذيراً للأمهات من إرضاع أطفالهن بألبان الأبقار

¹ محمد رفعت، قاموس الطفل الطبي، دار مكتبة الهلال، لبنان، دون تاريخ، ص 21-22.

² سعاد علي بهادر، علم النفس النمو، دار البحوث العلمية، بيروت، ط 2 ، 1981، ص 186-187.

أو غيرها من الألبان الصناعية، حيث وجدت أن هذه الألبان قد تؤدي إلى الإفراط في السمنة وزيادة احتمالات الإصابة بأمراض القلب لاحقاً.

ويؤكد الدكتور جوزيف وارشو، أستاذ طب الأطفال في كلية الطب بجامعة يال، أن حليب الأم يحتوي على جميع العناصر الغذائية التي يحتاجها الطفل خلال الأشهر الستة الأولى من حياته، ما يغنيه عن تناول أي فيتامينات أو معادن أو عصائر إضافية خلال هذه الفترة. كما يبرز أهمية "الكولوستروم"، وهو السائل الأصفر الذي يسبق نزول حليب الأم في الأيام الأولى بعد الولادة، والذي يحتوي على مواد مناعية تحمي الطفل من العدوى والتلوث. وإلى جانب فوائده المناعية، يبقى حليب الأم نظيفاً ومعقماً دائماً، مما يعزز من صحته وسلامته للرضيع.¹

يجدر الإشارة إلى أن معظم البحوث والدراسات التي أجريت حول أهمية حليب الأم وفوائده مقارنة بالحليب الصناعي خلصت إلى نفس النتائج والتي تؤكد على أن حليب الأم يساهم في التخلص وعدم الإصابة بالأمراض والالتهابات، وبالتالي ينصح الأطباء والعلماء من أجل محاولة زيادة ورفع نسبة الوعي عند الأمهات بضرورة الرضاعة الطبيعية للطفل من أجل نمو سليم وقوي.

ج-اهتمام علماء النفس بالرضاعة الطبيعية:

يظن الكثير من الناس أنّ الرضاعة الطبيعية هي مجرد تغذية جسدية للصغار بلبن سائل، وهذا هو الخطأ الذي وقع فيه الماديون من علماء النفس حيث يرون أنّ "الإرضاع هي عملية ملء معدة الصغار عن طريق الامتصاص فإذا كان الكبار يتغذون بواسطة الأسنان، فإنّ الصغار يتغذون بواسطة الامتصاص"²

في علم النفس الإجرامي، يُشار إلى أن الرضاعة تُعتبر عملية امتصاص تتوافق مع قوانين التعلم، إذ تمنح الطفل شعوراً بالاستمتاع بسائل دافئ. ويبدو هذا الطرح صحيحاً عندما يتقدم الطفل في ممارسة الرضاعة، حيث يتعلم ربط الامتصاص بالابتلاع ويستمتع بوصول الحليب إلى معدته. لكن في المراحل الأولى من الرضاعة، يُعد هذا السلوك فطرياً وغريزياً؛ فالمولود يعتمد على الحبل السري في التغذية داخل

¹محمد رفعت، قاموس الطفل الطبي، مرجع سابق ص 23.

²عدنان السبيعي، الصحة النفسية للمولود والرضيع، دار الفكر المعاصر، لبنان، 1997، ص 63.

الرحم، لكنه يبدأ بتعلم الامتصاص حتى قبل الولادة، ويتضح ذلك من خلال امتصاصه لأصبعه أثناء وجوده في بطن أمه.¹

اهتمام علماء النفس بالرضاعة الطبيعية ينبع من حرصهم على صحة الطفل النفسية ورفاهه العاطفي. فالرضاعة الطبيعية تخلق رابطة قوية بين الأم ورضيعها، وتمنح الطفل شعوراً بالراحة والأمان حين يكون في حضن أمه يمتص حليبها. ولهذا السبب، أطلق علماء النفس على الرضاعة الطبيعية اسم "الغذاء الروحي"، معتبرين أن حليب الأم يغذي ليس فقط الجسد بل أيضاً روح الطفل ونفسيته. وقد عبر وليم شكسبير عن هذا المعنى بقوله: "الأم لا ترضع وليدها لبناً فقط، بل تغذيه بعطفها الإنساني"، مما يعكس أن الرضاعة تتجاوز الجوانب الفيزيولوجية لفوائدها العاطفية العميقة.

هناك مجموعة من الأبحاث من بلدان مختلفة تقدم أدلة على وجود صلة بين تجربة الرضاعة الطبيعية والتطور المعرفي في وقت لاحق من الحياة، بما في ذلك تحسين الاحتفاظ بالذاكرة، ومهارات لغوية أكبر، والذكاء حيث تعتبر التصميمات الطولية المستقبلية طريقة مفيدة لتقييم الارتباط بين سلوك الرضاعة الطبيعية والتطور المعرفي للأطفال لأنها لا تتطلب تقريراً ذاتياً بأثر رجعي. في إحدى هذه الدراسات، وجد أن ارتفاع وتيرة وجبات الرضاعة الطبيعية ومدة الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال السنة الأولى من العمر يرتبطان بشكل إيجابي بمقاييس بايلي لتطور الرضع، بما في ذلك أداء الذاكرة واللغة المبكرة والمهارات الحركية في عمر 14 شهراً و18 شهراً من العمر، ومن المهم أن هذه الفوائد المعرفية للرضاعة الطبيعية التي شوهدت في مرحلة الطفولة أثبتت أنها تستمر في الطفولة والمراهقة.²

د-اهتمام المنظمات العالمية بالرضاعة الطبيعية:

"إنّ تشجيع الرضاعة الطبيعية في العالم الثالث من شأنه أن ينقذ حياة ما يقرب من 1,5 مليون رضيع سنوياً، فالرضع الذين يتغذون بزجاجة الإرضاع غير المعقمة، والتي تحتوي عادة على مسحوق الحليب المجفف والمخفف بالماء غير النقي هم أكثر عرضة للوفاة في فترة الطفولة".³

¹ نفس المرجع ، ص 64.

² KATHLEEN M KROL. TOBIAS GROSSMANN. **Psychological effects of breastfeeding on children and mothers** ; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6096620/#CR22> 6/2018 ; 5/4/2023 ; 16 :26.

³ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع الأطفال في العالم 1991، الأردن، 1991، ص 24.

تعتبر الرضاعة الطبيعية مصدراً كاملاً وصحياً وآمناً للتغذية، وهي غير مكلفة وتساعد على مقاومة الأمراض. ومع ذلك، فإن تزايد انتقال العائلات للعيش في المدن وزيادة عدد الأمهات العاملات، بالإضافة إلى تأثير الدعايات التجارية لأغذية الأطفال، قد أدى إلى تعزيز اعتقاد بعض النساء بأن التغذية بالزجاجة هي الأسلوب العصري، بينما تُعد الرضاعة الطبيعية تقليدية وغير مناسبة.

وبناءً على ذلك، قدمت منظمة اليونسيف خمس حقائق أساسية يتوجب على جميع الأمهات معرفتها وتلقي الدعم اللازم لتطبيقها، وهي كالتالي:

1. حليب الأم هو أفضل غذاء وشراب للطفل خلال الأشهر الستة الأولى من حياته
 2. كل امرأة يمكنها إرضاع طفلها، ويجب أن يبدأ الطفل بالرضاعة الطبيعية في أقرب وقت بعد الولادة
 3. الإرضاع المتكرر من الثدي ضروري لضمان إنتاج كمية كافية من الحليب لتلبية احتياجات الرضيع
 4. التغذية بالزجاجة قد تزيد من خطر الإصابة بالأمراض وحتى الوفاة
 5. ينبغي أن تستمر الرضاعة الطبيعية حتى نهاية السنة الثانية من عمر الطفل¹
- تحتاج الأمهات المرضعات إلى دعم معنوي وعملي من قبل الأزواج، أفراد العائلة، الأمهات ذوات الخبرة، موظفي الصحة، أصحاب العمل، النظام التعليمي، ووسائل الإعلام. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للحكومات تقديم نوعين رئيسيين من الدعم والتشجيع:

1. إيقاف حملات الدعاية لمسحوق الحليب في البلدان التي لم تتوقف فيها بعد، وذلك من خلال تطبيق المبادئ الدولية لتسويق بدائل حليب الأم. وتتضمن النقاط الرئيسية لهذه المبادئ:
 - إيقاف جميع حملات الترويج لبدايل حليب الأم والزجاجات والحلمات.
 - التوقف عن توزيع عينات مجانية على الأمهات وعدم الترويج لهذه المنتجات داخل المرافق الصحية.
 - وضع ملصقات توضح المخاطر المرتبطة بالتغذية بالزجاجة

¹ منظمة الأمم المتحدة للطفولة ، وضع الأطفال في العالم 1991 مرجع سابق، ص 24.

2. تشجيع المؤسسات الصحية الوطنية على توجيه مراكز الأمومة للالتزام بإرشادات منظمة الصحة العالمية واليونسيف، لضمان دعم الرضاعة الطبيعية.¹

ورغم الجهود المبذولة، لم تشهد هذه السياسات التطبيق الكافي وظلت في الغالب بعيدة عن الواقع. لذلك، قدمت اليونسيف مبادرة أكثر واقعية، وهي فكرة "المستشفيات الصديقة للرضع".

❖ مبادرة "المستشفيات الصديقة للرضع"

انبثقت الحركة العالمية لتعزيز الرضاعة الطبيعية في عام 1989، وركزت جهودها على تشجيع وتطوير هذه الممارسة. وتعد الرضاعة الطبيعية إحدى الركائز الأساسية في إستراتيجية بقاء الطفل، التي وضعتها اليونسيف. وفي مايو 1989، أطلقت منظمة الصحة العالمية واليونسيف مبادرة "المستشفى الصديق للرضع" بهدف ضمان بداية حياة آمنة وصحية للمواليد الجدد.

في جويلية 1990، تبنت إيطاليا مبدأ تشجيع الرضاعة الطبيعية تحت شعار: "يجب توفير الظروف الملائمة لكل أم لإرضاع طفلها رضاعة طبيعية حصرية من لحظة ولادته حتى سن 6 أشهر، ثم الاستمرار في الإرضاع الطبيعي إلى جانب تغذية تكميلية مناسبة حتى سن السنتين وما فوق".²

كما تضمن مؤتمر القمة العالمية للأطفال في نيويورك عام 1990 هدف تعزيز الرضاعة الطبيعية ضمن أهدافه الخمسة والعشرين المتعلقة ببقاء وحماية وتطوير الأطفال.³ وفي إطار برنامج "المستشفيات الصديقة للرضع"، وضعت اليونسيف عشر نصائح أساسية يتم تقديمها للأمهات في مراكز الأمومة؛ لأنها غالباً ما تكون العنصر الأكثر تأثيراً في توجيه الأمهات. وفيما يلي ملخص الخطوات العشر:

1. وجود سياسة مكتوبة لدعم الرضاعة الطبيعية، وتوزيعها بانتظام على جميع موظفي الصحة.

2. تدريب جميع الموظفين على تطبيق هذه السياسة بشكل عملي.

3. إعلام جميع الحوامل بفوائد الرضاعة الطبيعية.

4. مساعدة الأمهات على البدء بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة.

¹ نفس المرجع ، ص 24.

² وزارة الصحة والسكان، رسالة الوقاية، العدد 16، الجزائر، 1997، ص 1.

³ نفس المرجع، ص 2.

5. توجيه الأمهات لتحقيق رضاعة ناجحة، حتى وإن كنّ بمعزل عن أطفالهن.
 6. الامتناع عن إعطاء المولود أي طعام أو شراب غير حليب الأم، إلا إذا كان ذلك ضرورياً طبيياً.
 7. السماح للأم بالبقاء مع وليدها لمدة 24 ساعة يومياً.
 8. تشجيع الرضاعة الطبيعية عند الطلب، بناءً على حاجة الطفل.
 9. الامتناع عن إعطاء الطفل لهايات أو أي أشياء قد تلهيه عن الرضاعة.
 10. إنشاء مجموعات دعم للأمهات المرضعات، مع إحالة الأمهات الجدد إليهن.
- إن الرضاعة الطبيعية لا تسهم فقط في إنقاذ أرواح الأطفال والمحافظة على صحتهم، بل توفر أيضاً تكاليف مالية للوالدين وللمؤسسات الصحية في البلاد. إذ تعد التهابات الجهاز التنفسي والإسهال من أكثر الأمراض شيوعاً بين الأطفال في جميع الدول النامية، وهي السبب وراء 50% من زيارات الأطفال للعيادات والمستشفيات.¹ وقد حاولت منظمة الصحة العالمية (OMS) ومنظمة اليونيسيف (Unicef) من خلال مبادرة "المستشفيات الصديقة للأطفال" تقديم النصح والإرشاد والدعم الضروري للأمهات، بالإضافة إلى توجيه الأمهات لاتخاذ القرار الصائب بشأن إرضاع الطفل. ولكن يبقى التساؤل حول مدى نجاح هذه التجربة في تغيير توجه الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية: هل نجحت هذه التجربة في تكوين اتجاه إيجابي وتشجيع الأمهات على هذه الممارسة؟

❖ - انتشار تجربة المستشفيات الصديقة للرضع:

لقد حققت تجربة المستشفيات الصديقة للأطفال صدًى كبيراً في العديد من البلدان، نظراً لأهمية الدور الذي يلعبه العاملون في القطاع الصحي كالممرضات والقابلات والأطباء، خصوصاً إذا تم تدريبهم بشكل جيد. وفيما يلي، سنعرض بعض التجارب التي حققتها دول مختلفة في هذا الصدد.

في الشيلي، على سبيل المثال، أدى تقديم الدعم والنصائح للأمهات بشأن الرضاعة الطبيعية إلى نتائج إيجابية وملموسة. فقد كانت نسبة الرضاعة الطبيعية في الشيلي حتى عمر 6 أشهر تقدر بحوالي 4% فقط في عام 1985، لكنها ارتفعت بشكل ملحوظ إلى 25% بعد عام واحد من اعتماد مبدأ المستشفيات

¹ منظمة الأمم المتحدة للطفولة، مرجع سابق، ص 24.

الصديقة للأطفال في عام 1991، وفقاً لنتائج دراسة ميدانية شملت 2009 رضيعاً من جميع أنحاء البلاد، واستمرت النسبة في الارتفاع حتى وصلت إلى 40% بحلول عام 1996¹.

أما في الصين، فقد تحقق ارتفاع مشابه في نسب الرضاعة الطبيعية بعد أن تبنت الدولة بعض التدابير مثل تنظيم تسويق الحليب المجفف والترويج للإرضاع الطبيعي، مما زاد من عدد المستشفيات الصديقة للأطفال إلى 6300 مستشفى. ونتيجة لذلك، وصلت نسبة الرضاعة الطبيعية إلى 48% في المناطق الحضرية و68% في المناطق الريفية، بعد أن كانت النسبة حوالي 10% و29% في عام 1994 في الحضر والريف على التوالي. وهذا يعد نجاحاً كبيراً، خاصة إذا علمنا أن عدد المواليد في الصين يبلغ حوالي 20 مليون طفل سنوياً².

كذلك، حققت الجمهورية الإسلامية الإيرانية نجاحاً ملحوظاً في هذا المجال، حيث نظمت الدولة مؤتمرات تدريبية لحوالي 30,000 عامل في القطاع الصحي من عام 1991 حتى عام 1996، بالإضافة إلى إطلاق مبادرة "المستشفيات الصديقة للأطفال". وقد ترافقت هذه الجهود مع حملة دعم وطنية للرضاعة الطبيعية، مما ساهم في رفع نسبتها من 10% إلى 53% خلال هذه الفترة. كما أدى هذا التوجه إلى تحقيق وفورات مالية كبيرة للدولة، إذ انخفضت متطلبات الرضع الغذائية بنسبة تصل إلى 75%، حيث تراجع استهلاك علب الحليب المجفف من 48 مليون علبة في عام 1991 إلى 12 مليون علبة في عام 1996³.

2- السياسات الرامية لتشجيع الرضاعة الطبيعية:

1.2 السياسات العالمية:

يتسبب سوء التغذية بشكل مباشر أو غير مباشر في 60% من حالات الوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة، حيث يُقدر عدد الوفيات بنحو 10.9 مليون حالة سنوياً. ويحدث ثلثا هذه الوفيات نتيجة ممارسات تغذية غير ملائمة خلال السنة الأولى من حياة الأطفال؛ إذ تقل نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم في العالم عن 40%. يرجع ذلك إلى

¹ Centre Régional d'Information et de Documentation de la Santé·opcit ; p.19.

² I Bid, p.20

³ I Bid, p.20

البدء المبكر في إدخال الأغذية التكميلية، مما قد يؤدي إلى مشكلات صحية لاحقة مثل السمنة، وداء السكري، واضطرابات النمو.

وانطلاقاً من إدراكها لأهمية هذه المسائل، اتخذت منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف عدة تدابير وإجراءات لزيادة معدلات الرضاعة الطبيعية وترشيد تغذية الأطفال. وفيما يلي بعض أبرز هذه الجهود:

أ - المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل حليب الأم:

تشكل هذه المدونة إطار عمل للسياسة الصحية الدولية لتعزيز الرضاعة الطبيعية، وقد اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في عام 1981. وتضمنت المدونة استراتيجية عالمية للصحة العامة، توصي بفرض قيود على تسويق بدائل حليب الأم مثل حليب الأطفال، لضمان عدم تثبيط الأمهات عن الرضاعة الطبيعية ولضمان استخدام البدائل بأمان عند الضرورة. كما تشمل المدونة معايير أخلاقية ولوائح تتعلق بتسويق زجاجات الرضاعة والحلمات. وفي السنوات التالية، أصدرت جمعية الصحة العالمية عدة قرارات للتوضيح أو لتعزيز بعض أحكام المدونة، وقد قامت عدة دول بتطبيق تشريعات تستند إلى المدونة بين عامي 1981 و1984 لتنفيذ أحكام المدونة والقرارات ذات الصلة.¹

• أحكام المدونة:

✓ الأمهات:

- يجب أن تكون المعلومات والمواد التعليمية حول تغذية الرضع وصغار الأطفال موضوعية ومتناسبة، وتؤكد على أهمية الرضاعة الطبيعية. ولا ينبغي أن تشير هذه المواد إلى اسم العلامة التجارية لأي منتج.

- يُحظر تقديم عينات مجانية للأمهات، كما تُمنع جميع أشكال الترويج، مثل الخصومات والعروض الخاصة، في منافذ البيع بالتجزئة.

- لا يجوز لممثلي الشركات التواصل مباشرة أو غير مباشرة مع الأمهات.

- يجب إبراز المخاطر الصحية للرضع الذين يتغذون صناعياً أو الذين لا يعتمدون على الرضاعة الطبيعية الحصرية، وذلك بوضع علامات وتحذيرات مناسبة.

✓ العاملين في مجال الصحة:

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

¹ World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, 2011, p.5

- 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 المصالح¹، 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.

✓ 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 أو أفراد الأسرة الذين يكونون بحاجة لاستخدامها، ويجب أن تشمل المعلومات المقدمة تفسير واضح من مخاطر التغذية الصناعية ومخاطر الاستخدام غير السليم للمنتجات.
- المعدات والمواد المتبرع بها لا ينبغي أن تشير إلى أسماء العلامة التجارية للمنتجات.

✓ 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 إلى تفوق الرضاعة الطبيعية عليها ويجب استخدامه فقط بعد التشاور مع المهنيين الصحيين.

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

- لا ينبغي استخدام الصور أو النص الذي قد يمجّد استخدام حليب الأطفال وبعض الصيغ.
- ينبغي ألا يسمح المكلفين بالتغذية والصحة المطالبة بملصقات لبدائل لبن الأم ما لم يسمح التشريع الوطني بذلك (قرار جمعية الصحة العالمية رقم 32-58 سنة 2005).¹
- الملصقات يجب أن تحتوي على تحذيرات صريحة لتوعية المستهلكين على مخاطر تلوث بودة 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 العالمية 61-20 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 لممارساتها التسويقية للحليب البديل قبل ومنذ وضع المدونة. حيث أن المدونة الدولية ليست قانوناً واجب النفاذ، فالشركات هي فقط التي تخضع لعقوبات قانونية لفشلها في الالتزام بالمدونة، حيث تم دمجها في الهيئة التشريعية للدول. وقد اعتمد العديد من البلدان المدونة كلياً أو جزئياً 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 حصراً في البلدان التي لم تنفذ المدونة كإجراء وطني أو في المناطق التي يكون فيها إمكانية الرصد والإنفاذ ضعيفة، إذ أن منظمة الصحة العالمية؛ شبكة العمل الدولية لأغذية الأطفال؛ اليونيسيف؛ أنقذوا الأطفال؛ وغيرها من المنظمات الدولية ترصد أداء تنفيذ المدونة في جميع أنحاء العالم على حد سواء وذلك بشكل مستقل أو مع الحكومات.²

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

² UNICEF Ukraine. Compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Kyiv, 2004, P2.

-تنفيذ مدونة المنظمة:

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

- يفرض 69 بلدًا (35%) حظرًا تامًا على الإعلان عن بدائل لبن الأم؛

- هناك 62 بلدًا (31%) تحظر بالكامل تقديم عينات مجانية أو إمدادات منخفضة التكلفة للخدمات الصحية.

- يفرض 64 بلدًا (32%) حظرًا كاملاً على أن تقدم الشركات المصنعة ذات الصلة هدايا من أي نوع للعاملين الصحيين.

- يشترط 83 بلدًا (42%) وضع رسالة على البطاقات الواسمة لبدايل لبن الأم مؤداها أن الرضاعة الطبيعية هي الأرجح.

- يوجد 45 بلدًا 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 واليونسيف في عام 1991، في أعقاب إعلان إنوشنتي لعام 1990. وتعد هذه المبادرة جهدًا عالميًا لتنفيذ الممارسات التي تحمي وتشجع وتدعم الرضاعة الطبيعية، وتتحدد النقاط العشرة التالية التي 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.

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، ص 1.

3. أن يطلع جميع الحوامل بمزايا الرضاعة الطبيعية وبتدابير وطرق مباشرتها.
 4. أن يساعد الأمهات على البدء بالرضاعة خلال نصف ساعة من الولادة.
 5. أن يبين للأمهات كيفية الإرضاع، وكيفية الحفاظ على إدارة لبن الثدي، حتى وإن افترقن عن أطفالهن الرضع.
 6. ألا 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 معًا طوال 24 ساعة يوميًا.
 8. أن يشجع الرضاعة الطبيعية كلما طلب ورغب الرضيع ذلك.
 9. ألا 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 20,000 مستشفى في 156 دولة نامية وصناعية وسمح تطبيق هذه المبادرة برفع مستويات الرضاعة الطبيعية وتحسين صحة الأطفال. فمثلاً، الصين التي تملك أكثر من 6,000 مستشفى صديقة للرضع، انتقل معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية في المناطق الريفية من 29% عام 1992 إلى 68% عام 1994، وانتقل من 10% إلى 48% في المناطق الحضرية.
- في عام 1990 صدر إعلان مؤتمر إينوشنتي (للطفولة) لحماية وتشجيع ودعم الإرضاع الطبيعي، والذي انعقد في فلورنسا (إيطاليا) من 30 يوليو إلى 1 أغسطس 1990، وتمثلت أهدافه العملية فيما يلي: يجب على الحكومات بحلول عام 1995 أن:
- تعين منسقاً وطنياً للرضاعة ذو سلطة وصلاحيات مناسبة، وأن تؤسس لجنة وطنية متعددة القطاعات تتكون من ممثلين من أقسام حكومية، ومتطلبات غير حكومية، وموظفين صحيين لهم علاقة بالأمر.

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

- تتأكد من أن جميع المنشآت الصحية التي تقدم خدمات الأمومة تمارس بصورة كاملة جميع الخطوات العشرة التي حددتها منظمة الصحة العالمية "OMS".

ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) في بيانها عن كيفية إنجاح الرضاعة.

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

ج. الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية:

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

وقد هدف الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية لسنة 2014 إلى:

- 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 أساسياً في الأهداف الإنمائية للألفية حتى عام 2015.

¹http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014/world_breastfeeding_week/ar/ SEEN 30/04/2023 ,

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

2.2 السياسة الوطنية:

تعتبر الجزائر من الدول التي صادقت على المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم. ومع ذلك، لا توجد تشريعات أو قوانين شاملة تغطي جميع بنود المدونة، إلا أنه يتم تطبيق جزء منها. ففي قرار وزاري مشترك مؤرخ في 23 فبراير 2012، تم المصادقة على النظام التقني الجزائري الذي يحدد خصائص وشروط وكيفيات عرض المستحضرات الموجهة للرضع، ووفقاً لهذا النظام، يجب أن يتضمن الوسم عبارة تشير إلى أن حليب الأم هو "أفضل غذاء لرضيعكم"، أو بيان مماثل يوضح أفضلية حليب الأم أو الرضاعة الطبيعية، بهدف عدم تقليص أهمية الرضاعة الطبيعية.

كما يُمنع تضمين بعض البيانات على الوسم، مثل رسوم الرضع أو النساء، أو أي تمثيل آخر أو نص يجعل من استخدام المستحضرات الموجهة للرضع مثالياً. ولا يُسمح باستخدام كلمات مثل "إنساني" أو "أمومي" أو أي بيانات أخرى مماثلة.¹

وفيما يتعلق بالتشريعات الخاصة بعطلة الأمومة، سن المشرع الجزائري مجموعة من القوانين لضمان بقاء الأم الموظفة مع رضيعها خلال الفترة اللازمة. وفقاً للأمر رقم 03-06 المؤرخ في 15 يوليو 2006، والذي يتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية، تم تحديد ما يلي:

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

- المادة 214: للموظفة المرضعة الحق في التغيب ساعتين مدفوعتي الأجر كل يوم لمدة ستة أشهر من تاريخ انتهاء عطلة الأمومة، وساعة واحدة مدفوعة الأجر كل يوم خلال الأشهر الستة التالية. ويمكن توزيع هذه الغيابات حسب ما يناسب الموظفة.²

كما تحتفل الجزائر، مثل باقي الدول، بالأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية الذي يُقام سنوياً من 1 إلى 7 أغسطس. وتشمل فعاليات هذا الأسبوع تنظيم أبواب مفتوحة في الوحدات الصحية والمستشفيات العامة في جميع أنحاء البلاد، بهدف زيادة الوعي بفوائد الرضاعة الطبيعية وتعزيز ممارستها.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2012، العدد 49، ص 61.

² نفس المرجع، ص 19.

خامسا: الرضاعة الطبيعية و منع الحمل:

يعد توفير الخدمات المتعلقة بتنظيم النسل خطوة أساسية لتخفيض الخصوبة في أي مجتمع، حيث تعد هذه الخدمات الوسيلة الرئيسية للحد من الزيادة السكانية عبر منع الولادات غير المرغوب فيها. إضافة إلى ذلك، تساهم هذه الخدمات في توعية السكان بأنهم قادرون على التحكم في خصوبتهم. كما أن تنظيم النسل يساهم في إحداث فترات بين الولادات، مما يؤدي إلى تقليل وفيات الأطفال الرضع وتعزيز الخصوبة. ومن هنا، يرتبط تحسين الظروف الصحية للنساء وتقليل وفيات الأمومة والطفولة ارتباطاً كبيراً بتأثيره على الخصوبة.¹

1. أنواع وسائل منع الحمل الهرمونية:

توفر وسائل منع الحمل الهرمونية طريقة آمنة وفعالة لمنع الحمل لملايين النساء. تعمل هذه الوسائل عبر التأثير على أجهزة الجسم، وتحتوي أساساً على بروجستين مع إستروجين أو على بروجستين فقط. سنتناول 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 تحتوي على مزيج من الإستروجين والبروجستين وتتميز بكفاءتها العالية في منع الحمل. يوجد نوعان من حبوب منع الحمل المركبة المأخوذة عن طريق الفم:

-أقراص منع الحمل المركبة أحادية المرحلة: تحتوي على تركيز ثابت من هرمونات الإستروجين والبروجستين طوال الدورة الشهرية. وعادة ما تحتوي الأقراص الشائعة على تركيبة من الإيثينيل إستراديول بجرعة تتراوح بين 15 إلى 50 ميكروغرام مع بروجستين. يتم تناول هذه الأقراص لمدة 21 يوماً، تليها فترة من سبعة أيام لا يتم فيها أخذ الأقراص، أو يتم تناول أقراص حديد.²

¹ جريدة عميرة. "المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي، دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن 5-10 سنوات"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر، 2004 - 2005، ص 298.

² فتيحة تركي وأوشا مالهوترا. "الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية"، الطبعة 3، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لندن، 2004، ص 76.

-أقراص منع الحمل المركبة متعددة المراحل: تحتوي على تركيبات ثنائية أو ثلاثية المرحلة من الإستروجين و/أو البروجستين خلال الدورة. ولا يوجد دليل على أن الأقراص المركبة متعددة المراحل أكثر فعالية أو أماناً مقارنةً بالأقراص أحادية المرحلة.

تعمل أقراص منع الحمل المركبة بشكل أساسي عن طريق تثبيط عملية التبويض. كما تؤدي إلى زيادة لزوجة المخاط في عنق الرحم، مما يصعب مرور الحيوانات المنوية إلى تجويف الرحم. علاوة على ذلك، تقلل من قابلية الغشاء المبطن للرحم لاستقبال الخلية المخصبة.¹

يجب عدم استخدام أقراص منع الحمل المركبة (COC) إلا بعد مرور ستة أشهر على الولادة أو بعد فطام الطفل، أيهما أقرب. وعند استخدام هذه الأقراص أثناء الرضاعة، فإنها تؤدي إلى تقليل كمية لبن الثدي، مما يقلل من مدة الرضاعة، ويؤثر سلباً على الطفل.

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

الأقراص المحتوية على هرمون بروجستين فقط هي أقراص فموية لتنظيم الأسرة، تحتوي على هرمون البروجستين فقط بجرعة أقل (من 10 إلى 50%) مقارنةً بالأقراص المركبة (إستروجين/بروجستين). بناءً على نوع البروجستين، قد تحتوي الأقراص على 30 ميكروغراماً مثل ليفونورجيستريل، حتى 600 ميكروغرام مثل نورثيسترون.

تعد أقراص بروجستين فقط (POPs) من أكثر الوسائل شيوعاً وتوافراً، حيث تحتوي على ليفونوجيستريل، ديزوجيستريل، نورثيسترون، أو لينسترنول. يتم أخذ قرص واحد بانتظام في نفس الوقت كل يوم دون توقف، بغض النظر عن شكل النزيف. وعلى الرغم من أن فعالية أقراص البروجستين فقط تقل قليلاً مقارنةً بالأقراص المركبة، خاصة في النساء الأصغر سناً، إلا أن لها نفس التأثير عند النساء فوق سن 35 عاماً.

كما هو الحال مع باقي الوسائل أحادية الهرمون، تعمل الأقراص الفموية ذات البروجستين فقط بطريقتين: - تأثير البروجستين على مخاط عنق الرحم، وهو العامل الرئيسي لفعالية هذه الأقراص. يصبح المخاط لزجاً وقليلًا، مما يضعف قدرة الحيوان المنوي على النفاذ إلى عنق الرحم.

- يؤثر هرمون البروجستين على الغدة النخامية ويقلل من إنتاج هرمون اللوتين (LH)، المسؤول عن عملية التبويض، مما يمنع التبويض على الأقل في نصف الدورات الشهرية.

¹ نفس المرجع ، ص 77.

أما بالنسبة للرضاعة، فلا تعد الوسائل الهرمونية هي الوسائل المثلى إذا كانت هناك رضاعة طبيعية. ومع ذلك، فإن الوسائل المحتوية على البروجستين فقط لا يبدو أنها تؤثر على الرضاعة بشكل كبير. هناك اهتمام بأنها قد تؤدي إلى وجود البروجستين النشط في لبن الأم، وهو ما يمكن امتصاصه من قبل الطفل الرضيع. ولذلك، لا يجب استخدام أي وسيلة تحتوي على بروجستين قبل نهاية الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة إذا كانت الأم مرضعة، ولم تكن هناك اختيارات أخرى متوفرة أو مقبولة.¹

ج. حقن منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط (POIs):

تتكون حقن منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط من هرمونات ستيرويدية مخلقة مشابهة لهرمون البروجستين الأنثوي. يتم تحرير المادة المحقونة ببطء في تيار الدم من موقع الحقن العضلي. توفر الحقنة الواحدة وسيلة آمنة وفعالة لمنع الحمل، تستمر لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر. وتعمل حقن منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط بشكل مشابه لحبوب منع الحمل المحتوية على بروجستين فقط.

من الضروري عدم البدء في استخدام أي وسيلة تحتوي على البروجستين قبل مرور ستة أسابيع على الولادة، خاصة للسيدات المرضعات بشكل كامل أو شبه كامل. ومع ذلك، يمكن استخدام هذه الوسيلة في حال عدم توافر وسائل تنظيم الأسرة الأخرى أو عدم قبولها. كما أن الجرعة اليومية التي يحصل عليها الطفل الرضيع تكون أكبر بكثير في حالة استخدام الأم لحقن البروجستين فقط مقارنة باستخدام الأقراص المحتوية على البروجستين. لذلك، يفضل أن تستخدم الأم المرضعة أقراص البروجستين فقط بدلاً من الحقن.²

د. الحقن المركبة لتنظيم الأسرة (CIC):

الحقن المركبة لتنظيم الأسرة تحتوي على إستروجين قصير المفعول مع بروجستين طويل المفعول، حيث يتم تحرير الهرمونات من مكان الحقن ببطء خلال 28 يومًا. يتم إعطاء حقنة واحدة كل شهر.³ يُفضل تأجيل استخدامها من قبل الأم المرضعة حتى مرور ستة أشهر على الولادة. وإذا رغبت السيدة في استخدام الحقن أثناء الرضاعة الطبيعية، ينصح باستخدام الحقن التي تحتوي على البروجستين فقط.

¹ نفس المرجع ، ص 98.

² نفس المرجع ، ص 98 ص 110.

³ نفس المرجع ، ص 119.

هـ. كبسولات تحت الجلد:

تحتوي هذه الكبسولات على بروجستين فقط وتزرع تحت الجلد، حيث تقوم بإفراز جرعات صغيرة جدًا من البروجستين يوميًا لتحقيق تأثير منع الحمل المطلوب. يتم زرع الكبسولات تحت الجلد في ذراع السيدة عبر عملية جراحية صغيرة تحت المخدر الموضعي. يبدأ تأثيرها ضد الحمل خلال 24 ساعة من زرعها، وتستمر فعاليتها لمدة تقارب الخمس سنوات. بعد إزالة الكبسولات، تعود الخصوبة بسرعة. وتعمل هذه الوسيلة بطريقة مشابهة لوسائل البروجستين فقط.

يجب أن يتم استخدامها من قبل السيدات المرضعات فقط بعد مرور ستة أسابيع على الولادة.

و. الحلقة المهبلية:

الحلقة المهبلية هي عبارة عن حلقة رقيقة شفافة توضع داخل المهبل لتوفير حماية فعالة من الحمل. تعمل هذه الوسيلة عن طريق إفراز مستمر لجرعة صغيرة من الأستروجين والبروجستين. تستمر الحلقة في العمل لمدة 3 أسابيع، ثم تزال لمدة أسبوع. يتم استخدام حلقة جديدة كل شهر. إذا تم استخدامها بشكل صحيح، فهي وسيلة فعالة جدًا.¹

يجب عدم استخدام الحلقة المهبلية إلا بعد مرور ستة أشهر على الولادة، حيث أن تأثيرها مشابه لتأثير أقراص منع الحمل المركبة. من خلال دراسة وسائل منع الحمل الهرمونية وتأثيرها على حليب الأم، وما يؤدي إليه من انتقال بعض مكوناتها إلى الطفل، يمكن القول أن الأقراص المحتوية على بروجستين فقط هي الأنسب للأم المرضعة بشرط أن يتم بدء استخدامها بعد مرور ستة أسابيع من الولادة. مع ذلك، تبقى الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتنظيم الأسرة هي الحل الأمثل إذا كانت صحة الطفل تأتي في المقام الأول. فهي توفر فائدتين في وقت واحد، ضمان تغذية سليمة للطفل، بالإضافة إلى تأخير الحمل.

2. تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر:

مرت سياسة تنظيم النسل في الجزائر بمراحل مختلفة، حيث كانت البداية تتميز بعدم اعتبار النمو السكاني عبء أمام التطور الاقتصادي. في هذه المرحلة، تم تدشين أول مركز مباحدة بين الولادات في مستشفى مصطفى باشا في سنة 1967. وفي نفس الفترة، أصدر المجلس الإسلامي الأعلى في سنة

¹ نفس المرجع، ص 142.

1968 فتوى تبيح التنظيم الإرادي للولادات دون اللجوء إلى الإجهاض العمدي. كما أعلنت الجزائر في مؤتمر بوخارست سنة 1974، على لسان ممثليها، أن التنمية هي أفضل وسيلة لمنع الحمل. استمرت هذه السياسة حتى مرت الجزائر بمرحلة حرجة، حيث شهدت اختلال التوازن بين معدل النمو السكاني ومعدل النمو الاقتصادي، مما دفع الحكومة الجزائرية إلى إعادة النظر في سياستها. وتوج هذا التوجه الجديد بتطبيق رسمي لبرنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي. ومن ثم، سجلت نسب استعمال موانع الحمل ارتفاعاً ملحوظاً.

جدول رقم (08): تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب سن المرأة:

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

المصدر: جريدة عميرة، مشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي، دراسة على عينة من النساء مضى على زواجهن 5-10 سنوات، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر، 2004-2005، ص 298.

يشير الجدول إلى زيادة ملحوظة في استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر عبر السنوات، حيث ارتفعت النسبة الإجمالية من 7.6% في 1968 إلى 61.4% في 2006. الفئات العمرية الأكبر، مثل 30-34 سنة وما فوق، شهدت زيادة كبيرة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، مما يعكس تزايد الوعي بأهمية تنظيم الأسرة وتأجيل الحمل. بينما تظل النسبة في الفئة العمرية 15-19 سنة أقل، إلا أنها أظهرت زيادة تدريجية أيضاً. هذه الزيادة تشير إلى تقدم ملحوظ في السياسات الصحية والتوعوية في الجزائر، مما ساهم في تحسين وعي السكان بوسائل تنظيم الأسرة.

جدول رقم (09): 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	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:

جريدة عميرة. (2004-2005). "المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي، دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن 5 - 10 سنوات"، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر، 2004/2005، ص 299..

يشير الجدول إلى تطور استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر حسب نوع الوسيلة بين عامي 1968 و2006. تبرز الحبوب كأكثر وسائل منع الحمل استخدامًا، حيث ارتفعت نسبتها بشكل مستمر من 26.4% في 1986 إلى 45.9% في 2006، مما يعكس التوجه نحو وسائل منع الحمل الهرمونية. أما اللولب، فقد شهد انخفاضًا طفيفًا في نسب استخدامه من 2% في 1986 إلى 2.3% في 2006. بينما كانت وسائل مثل الواقي والحقن أقل استخدامًا، إلا أن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل بدأت تظهر في 1995 بنسبة 4%، ثم انخفضت إلى 0.9% في 2002 و2006. كما نلاحظ زيادة في استخدام الرزنامة من 0.6% في 1986 إلى 4.1% في 2006، بينما ارتفعت نسبة العزل تدريجيًا من 3.1%

في 1986 إلى 3.3% في 2006. تجدر الإشارة إلى أن الطرق التقليدية كانت مستخدمة بنسبة 6.5% في 1968، لكنها اختفت تدريجياً بعد ذلك.

3. الفطام:

أ- تعريفه:

يُعتبر الفطام بداية مرحلة انفصال الطفل عن أمه من ناحية الرضاعة الطبيعية، كما يعد بداية انتقاله إلى نظام غذائي جديد لا يعتمد على لبن الأم كمصدر رئيسي للغذاء، وهو نظام غذائي مشابه لذلك الذي يعتمد عليه البالغون.¹

ب- أنواعه:

- الفطام المفاجئ:

يتم الفطام المفاجئ عن طريق فصل الطفل عن ثدي أمه مرة واحدة باستخدام طرق مختلفة، مثل: استعمال الحنة: تُستخدم مادة تُلوّن الثدي لجعل الطفل ينفر منه.

استعمال مادة حارة: يتم دهن الثدي بمادة حارقة ليتجنب الطفل الاقتراب منه.

استعمال الكتيبة: يعتبر البعض أن هذه الطريقة هي الأكثر نجاحاً، حيث يتم فيها اختيار يوم الجمعة لإبعاد الطفل عن الثدي ثم يأخذه الجد إلى الشيخ الذي يقدم له حجاباً وبعض الأدوية التي تساعد الطفل على النفور من الرضاعة.

- الفطام التدريجي:

في هذه الطريقة، يُفطم الطفل تدريجياً، مما يجعل الأم تتقبل الوضع دون مشاعر خيبة الأمل أو الاكتئاب التي قد تصيبها عند الفطام المفاجئ. يُعتبر الفطام التدريجي هو الأنسب والأفضل للطفل والأم.

ج- نماذج عن الفطام:

تتباين الثقافات في توقيت وطرق الفطام، حيث نجد في دراسة أريكسون (باحث في علم الاجتماع) أن قبيلة السو الهندية تستمر في رضاعة أطفالها حتى سن 3 سنوات أو أكثر، بينما تقوم قبيلة اليورك الهندية بفطام أطفالها بعد 6 أشهر بشكل مفاجئ. وقد أظهرت دراسة أريكسون أن لهذه الممارسات تأثيراً كبيراً على شخصيات الأفراد؛ إذ يتميز أفراد جماعة السمو بالكرم والشجاعة، بينما يتميز أفراد جماعة اليورك بالجشع والبخل.²

¹ وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، مرجع سابق، ص 133.

² جنان عبد الحميد العناني: الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء ط 1، عمان، 2000، ص 33.

في العديد من الثقافات، يتبع الأمهات طرقاً تقليدية مثل دهن الثدي بمساحيق حارة أو مواد مثل الفلفل، وهو ما قد يسبب آثاراً نفسية سلبية للطفل، مثل شعوره بالانفصال المفاجئ عن أمه وعدم الاستقرار. لذا يُعد الفطام التدريجي هو الحل الأنسب من الناحيتين الإنسانية والطبية.

من الممكن البدء في عملية الفطام بتقليص الرضاعة تدريجياً، مثل البدء بإيقاف الرضاعة المسائية ثم بعد فترة إيقاف الرضاعة الصباحية واستبدالها بوجبات غذائية أخرى حتى تكتمل عملية الفطام دون آثار سلبية على الأم أو الطفل.

إن الفطام التدريجي مفيد للطرفين، حيث يُجنب الطفل الصدمة النفسية التي قد تؤثر على شخصيته مستقبلاً، بينما يساعد الأم على تجنب الالتهابات أو التشققات في الحلمة التي قد تحدث بسبب تحجر الحليب نتيجة الفطام المفاجئ.

المبحث الثاني: الرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة

أولاً: ظهور الرضاعة الاصطناعية وتطورها:

تعتبر العديد من الأمهات الرضاعة الطبيعية اختيارهن الأول لتغذية أطفالهن، إلا أن ظروفًا معينة قد تضطرهن للجوء إلى الرضاعة الصناعية لتلبية احتياجات الرضيع الغذائية، وظهرت الحاجة إلى بدائل لحليب الأم منذ القدم، حيث لعبت دوراً هاماً في ظهور وتطور الرضاعة الصناعية.

في أوروبا، ارتبط انتشار الرضاعة الصناعية بإنشاء مستشفيات خاصة للأطفال اللقطاء، حيث ظهرت الحاجة إلى بدائل تغذية. وقد بحث العلماء في عدة أنواع من الألبان، وخلصوا في القرن التاسع عشر إلى أن لبن الحمير هو الأقرب لحليب الأم، مما دفع بعض المستشفيات في فرنسا لتربية الحمير خصيصاً لتوفير اللبن.¹ مع ذلك، شهد هذا الاتجاه تحولاً بقيادة بيار بودان الذي قام باستخدام حليب الأبقار كخيار أساسي لتغذية الأطفال، نظراً لتوفره وسهولة الحصول عليه، مع التأكيد على ضرورة استخدام لبن الأم عندما يكون متاحاً، لكن كانت هذه البدائل تواجه تحديات تتعلق بنقص النظافة وتعرض الألبان للغش.

¹ لطيفة فهد، مرجع سابق، ص 21-22.

تعود بداية استخدام الرضاعات إلى 2000 سنة، حيث استخدم المصريون واليونانيون أوعية وقرون الحيوانات لهذا الغرض. وُجدت العديد من النماذج في مقابر الأطفال، وقد استخدمت القرون بعد تجويفها ووضع طرفها في فم الطفل مباشرة أو تغطيته بنسيج للمص.¹

لم تهتم الحضارات القديمة بقواعد النظافة للرضاعات مما أدى إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في تلك الحقبة. ومع ذلك، شهدت الرضاعة الصناعية قفزة نوعية في عام 1811، حيث اخترعت أول رضاعة، وشهدت تطورات لاحقة في الستينيات الأمريكية مع ظهور السيليكون الذي يمتاز بمقاومته للحرارة وقابليته للتعقيم. وفي عام 1930، قامت شركة "دودي" بتسويق الرضاعات على نطاق أوسع، وبدأ توزيع الحليب المتجانس عام 1940، بينما لم يُوزع الحليب المجفف في دول العالم الثالث إلا في خمسينيات القرن العشرين.²

مع تزايد الهجرة من المناطق الريفية وتدهور البنية التحتية للمؤسسات الصحية في دول العالم الثالث، أصبح العديد من سكان هذه الدول يعتمدون على اللبن المجفف لتغذية أطفالهم. يُوزع هذا اللبن بشكل مجاني من قبل وكلاء محليين، ويقوم هؤلاء الوكلاء أيضاً بترويج هذه المنتجات داخل المستشفيات، حيث تقدم ممرضات اللبن كهدايا للأمهات، مما يجعل الأمهات في وضع اجتماعي متدهور يتقبلن اللبن دون التأكد من مكوناته أو مدى صلاحيته للأطفال إلى تراجع معدلات الرضاعة الطبيعية بشكل كبير، مما ترتب عليه آثار سلبية على صحة الأطفال، مثل انتشار أمراض الهزال والإسهال. وقد دفع هذا التدهور في الصحة العامة العديد من مسؤولي الصحة العامة إلى استتكار هذه الظاهرة، ونتج عن ذلك اتخاذ إجراءات للحد من تأثير اللبن المجفف على الرضاعة الطبيعية. فسنت المجتمعات الغربية قوانين تحدّ من الإعلانات التجارية المتعلقة باللبن المجفف، كما بادرت العديد من حكومات دول العالم الثالث، رغم تأخرها، إلى اتخاذ خطوات مماثلة، حيث أنشئت تشريعات تدعم حماية الطفولة وتعزيز مراكز الرعاية الصحية للأم والطفل.

¹ محمد فتحي: على عتبة الأمومة، دار الأندلس، لبنان، دون سنة نشر، ص 161.

² Marie Pierre, Lane Langue (Sein Biberon) : **Parents**, N°=233, Paris, 1996, p 56.

ثانيا: الحليب الصناعي وخصائصه:

1-أنواع الحليب الصناعي واجراءات تحضيره:

بالنسبة لأنواع الحليب المستعملة في الرضاعة الصناعية فهي متنوعة ومختلفة وتم تصنيفها كالآتي:

أ- حليب الحيوان السائل الطري: ويتمثل في حليب البقر وحليب الماعز.

ب- الحليب المجفف الملحوظ في علب مفرغة من الهواء: ويتمثل في:

-الحليب كامل الدسم

-الحليب النصف الدسم

-الحليب المحمص

-الحليب الناقى او الحليب الاحليب

ج- انواع اخرى من الحليب: وتتمثل في الحليب المبخر والحليب المكثف ولا تستعمل هذه الانواع لتغذية

الرضيع في هذه الايام لعدم الحاجة لاستعماله.¹

كما ينقسم الحليب الصناعي حسب عمر الطفل الى:

-حليب العمر الاول: ويعطى للرضيع منذ ولادته الى غاية 06 أشهر وهذا راجع لعدة اسباب تمنع

الرضيع من تغذيته طبيعيا.

-حليب العمر الثاني: ويعطى للرضيع ابتداء من 06 أشهر الى غاية سنة من عمر الرضيع، كما

يتغير تركيب الحليب تماشيا مع احتياجاته التغذوية مقارنة بحليب العمر الاول، بحيث يصبح غنيا

جدا بالحديد والدهون والبروتينات التي تساعد في نموه.²

عند استعمال الرضاعة الصناعية يجب مراعاة الأمور التالية:

-تهيئة ظروف متشابهة لظروف الرضاعة الطبيعية وارضاع الطفل عند الطلب وفي حرارة معتدلة.

-مسك الرضاعة بشكل مانع لمنع دخول الهواء الى جوف الطفل، وان تكون حرارة الحليب معتدلة مثل

حرارة الجسم.

-ان تكون الحلمة غير كبيرة، ثم يجب تدشيش الطفل بعد الرضاعة.

¹ إبراهيم جدران، سابق، ص 98.

² Revue internationale de pediatrie, op, cit, p 176.

-تعقيم الرضاعة وتنظيفها باستمرار، وتحضير الحليب بالنسب الصحيحة دون زيادة او نقصان في التركيز، ان عدد الوجبات في الارضاع اقل منها في الارضاع الطبيعي لان الحليب الصناعي يبقى فترة أطول في المعدة.

-وجوب مراقبة نمو الطفل من خلال مراقبة وزنه وطوله، ومراقبة صحته من خلال لون الجلد والبراز وملاحظة وجود الإمساك او الاسهال. وفي مرحلة 6 الى 12 شهرا فان الطفل بحاجة الى مقادير كافية من الكالسيوم والحديد والفيتامينات.¹

2-الرضاعة الصناعية واثرها على صحة الطفل:

تؤثر الرضاعة الصناعية على صحة الطفل من خلال زيادة خطر الإصابة بالحساسية والسمنة وضعف المناعة مقارنة بالرضاعة الطبيعية وسنلخص هذا التأثير فيمايلي:

أ-فقر الأجسام المضادة:

تبيّن أنّ الحليب الصناعي يفتقر إلى الأجسام المضادة؛ وقد يزيد ذلك من احتمالية إصابة الطفل ببعض المشاكل الصحية، مثل: الإسهال، وعدوى أو التهاب الأذن، والعدوى التي تصيب الصدر Chest infection، والتهاب المسالك البولية، كما أنّ الحليب الصناعي لا يحتوي على المغذيات الطبيعية والحيوية للطفل على عكس الرضاعة الطبيعية المعروفة بأنها تقوي وتساعد على تطور جهاز المناعة لدى الطفل لأنها تحتوي على الأجسام المضادة المهمة والتي تساعد على الحماية من كثير من الأمراض والالتهابات التي قد تصيب الطفل.

ب-الالتهابات التنفسية:

هناك دراسة اخرى بينت ان الاطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعية ومختلطة هم الاكثر تعرضا للاصابة بالالتهابات التنفسية الحادة حيث اقيم مسح في دائرة الحراش بالجزائر العاصمة ضم 500 اسرة معيشية، وقد اجري خلال الثلاثي الاول من سنة 1998، ضمت الدراسة الاطفال الاقل من سنتين، ومن نتائج الدراسة:

هناك 157 طفا من مجموع الاطفال اصابوا بالالتهابات النفسية الحادة أي 31% ومن ثم تم توزيع حسب نوع الرضاعة كما يلي:

-الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية: 303/34 والذي يعادل 11.2 %.

¹ ايمن سليمان مزاهرة، ليلي حجازين نشيوات، ليلي عبد الرؤوف أبو الحسن، مبادئ صحة الطفل وتغذيته، جامعة البلقان التطبيقية، الأردن، دار الخليج للنشر، 2000، ص 60.

- الأطفال الذين رضعوا رضاعة مختلطة: 109/51 والذي يعادل 44.78%.
- الأطفال الذين رضعوا رضاعة اصطناعية 88/72 والذي يعادل 81.8%¹.

ج-امراض الرئة:

بينت احدى الدراسات ان أخطر وفاة الأطفال الرضع بنحو 14 مرة على الأقل عن نظراتهم ممن يرضعون رضاعة طبيعية بينما يزداد خطورة وفاة الأطفال الذين يرضعون رضاعة اصطناعية نتيجة للإصابة بداء الرئة أربع اضعاف اعدادهم ممن يبتعدون كلياً عن حليب امهاتهم.

د-التهاب الاذن:

لقد بينت دراستين امريكيتين ان الرضاعة الطبيعية المطلقة تقلل من خطر الإصابة بالتهاب الاذن، مقارنة بالذين يرضعون رضاعة اصطناعية، وبينت النتائج ان الأطفال الذين يتلقون رضاعة مختلطة لهم معدل الإصابة بالتهاب الاذن يفوق 40% وهو معدل اقل من الذين يرضعون طبيعياً.

ثالثاً: شروط استخدام الرضاعة الاصطناعية والمخاطر الناجمة عن عدم توفرها

1- الشروط الواجب توافرها في الرضاعة الاصطناعية:

في بعض الحالات، قد تواجه الأم عوائق تمنعها من القيام بعملية الإرضاع الطبيعي لطفلها، مما يدفعها إلى اللجوء إلى بدائل الحليب الصناعي بناءً على استشارة طبية. يتم ذلك إما عبر الاستغناء الكامل عن الإرضاع الطبيعي وتعويضه بالحليب الصناعي أو بدمج الحليب الصناعي مع الإرضاع الطبيعي لدعم تغذية الطفل. ولضمان أن الحليب المجفف يلبي احتياجات الطفل الغذائية بحسب عمره، يجب تحضيره بعناية وفقاً للإرشادات.

يمكن أن تكون الرضاعة الصناعية بديلاً ناجحاً إذا توفرت شروط معينة. ومع ذلك، فإن هذه الشروط تتباين حسب الظروف الاقتصادية والاجتماعية لكل مجتمع. ففي الدول المتقدمة، انتشرت الرضاعة الصناعية دون ارتباطها بمخاطر صحية كبيرة. أما في البلدان النامية، فالوضع مختلف؛ إذ وُصفت

¹ Unicef, forem, lallaitement maternel , p 8.

الزجاجة المرضعة بأنها "سلاح مميت لنسبة عالية من الأطفال"، مما يعكس المخاطر التي قد تتعرض لها صحة الأطفال عند عدم توفر شروط الأمان والرعاية اللازمة.¹ وهذا راجع لتظافر مجموعة من الاسباب: -في بلدان العالم الثالث، يُعتبر انخفاض الدخل أحد العوامل التي تجعل سعر الحليب الصناعي عبئاً ثقيلاً على الأسرة، مما يدفع الأمهات أحياناً إلى تقليل الكميات المستخدمة بهدف توفير. هذا التخفيض يؤثر سلباً على النمو الصحي والمتكامل للطفل.

-إن استخدام الزجاجة المرضعة يتطلب الالتزام بشروط صحية صارمة كالتعقيم الكامل من الميكروبات، وهو أمر ليس بالهين في هذه البلدان، حيث تواجه الأمهات تحديات كبيرة تتعلق بتوفير الماء النظيف والتأكد من نظافته وصلاحيته للاستعمال²، خاصة أن كثيراً من النساء يعتمدن على خزانات مياه بلاستيكية يمكن أن تكون عرضة لتلوث الميكروبات بشكل سريع، إلى ذلك يعاني العالم الثالث من نقص الإمكانيات الطبية اللازمة لمواجهة الأمراض الطفولية المرتبطة بنقص المناعة التي يوفرها حليب الأم، مما يسهم في ارتفاع معدلات وفيات الأطفال .

إذا كانت هناك ضرورة لاستخدام الارضاع الصناعي، ينبغي الالتزام بالشروط التالية:

1. الحرص على إبقاء أدوات الرضاعة نظيفة ومحمية من الجراثيم.
2. اختيار حلمة مطاطية ذات ثقب مناسب لشف الطفل لتجنب صعوبة المص أو تسرب الحليب بسرعة.
3. يجب غلي الدم في تحضير الحليب لتعقيمه، والتأكد أن حرارته ملائمة إذ تكون مقاربة لحرارة الجسم.
4. توفير بيئة نفسية كمبر احتضانه بعطف، ليعوض عن العلاقة الفريدة التي توفرها الرضاعة الطبيعية.
5. إمالة زجاجة الإرضاع بزاوية لمنع دخول الهواء إلى فم الطفل لتجنب آلام البطن بسبب الغازات.
6. تحضير الحليب وفقاً لتعليمات الطبيب أو على العبوة، وعدم ترك الحليب المتبقي للاستخدام لاحقاً لتجنب تعرضه للجراثيم.³

يظهر من التحليل السابق أن هناك العديد من المتطلبات التي يجب توافرها لضمان نجاح الإرضاع الصناعي، مما يمثل تحدياً كبيراً على الأمهات. فالتعقيم المستمر للزجاجة قبل كل رضعة ليس بالأمر السهل ويؤدي إلى تزايد نسبة إصابة الأطفال بالإسهالات نتيجة قلة التعقيم. كما أن الأمهات العاملات

¹ فايز قنطار، الأمومة، مرجع سابق، ص 75

² David Morely : *Pédiatrie dans les pays en voie de développement, problème prioritaire*, Flammarion médecine science, Paris, 1981, p 15.

³ نايفة قطامي وعالية الرفاعي: *نمو الطفل ورعايته*، دار الشروق، ط 1، الأردن، 1997، ص 88 .

اللاتي يسلمن أطفالهن إلى مربيات يواجهن تحديات إضافية، حيث أن المربية قد لا تقوم بعملية التعقيم المتكررة لزجاجة الرضاعة خاصة إذا كانت مسؤولة عن أكثر من طفل.

في الحياة اليومية، تبرز مشكلة شائعة تتعلق بعملية تعقيم رضاعات الأطفال؛ حيث تقوم العديد من الأمهات بتعقيم الزجاجات، ثم تضعها في حقيبة اليد أو حقيبة مستلزمات الطفل عندما تخرج لزيارة ما، سواء كانت شخصية أو طبية. ولكن، هنالك اعتقاد خاطئ لدى بعض الأمهات بأن هذا التعقيم مستمر ودائم، غير مدركات أن البيئة المحيطة مليئة بالجراثيم والميكروبات التي تشكل خطراً على صحة الطفل، وخصوصاً الجراثيم المسببة لأمراض مثل الإسهالات، عندما يستشير الطبيب الأم ويسألها عن تعقيم رضاعات طفلها، قد تؤكد له ذلك، ولكنها قد تجهل أن التعقيم يحتاج إلى شروط خاصة ليكون فعالاً.

ولتقليل المشاكل المرتبطة بعدم كفاية التعقيم، يمكن للأم اللجوء إلى استخدام عدة رضاعات زجاجية مع جهاز معقم، مما يسمح بتعقيم جماعي لكل الرضاعات دفعة واحدة مرة واحدة يومياً. هذا الحل يوفر الوقت ويقلل من التكرار الممل لعملية التعقيم، إلا أن توفير عدد كافٍ من الرضاعات وجهاز التعقيم يعتبر مكلفاً، ويشكل عبئاً إضافياً على الأسر، خاصة مع ارتفاع تكلفة الحليب الصناعي.

يعد الخيار الصناعي ضرورياً في بعض الحالات التي يصعب فيها على الأم إرضاع طفلها طبيعياً. لكن من الضروري الالتزام التام بالشروط الصحية لضمان نمو الطفل بشكل سليم على المستويين العقلي والجسدي. وبعد سن 4 إلى 6 أشهر، يوصي الأطباء بإدخال عناصر غذائية تكميلية، لأن حليب الأم وحده قد لا يكون كافياً لتلبية احتياجات النمو في هذه المرحلة. مع ذلك، يبقى من المفيد أن تستمر الأم في إرضاع طفلها حتى يبلغ السنتين، وذلك تماشياً مع التوجيه القرآني في قوله تعالى: **"والوالدات يُرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة"** (البقرة: 233)، نظراً لفوائد الرضاعة الصحية والنفسية والعقلية التي أكدتها الدراسات الطبية الحديثة.

2- المخاطر الناجمة عن عدم التقيد بشروط الرضاعة الصناعية:

يعدّ الطفل نعمة من الله، ومن واجب كل أم أن تسعى للحفاظ عليه وتقديم أفضل رعاية له، وذلك عبر الحرص على استخدام لبن الأم الذي يُعتبر الوسيلة الأكثر أماناً والأغنى غذاءً للرضيع منذ يوم ولادته وحتى إكماله لعامه الثاني. لبن الأم ليس فقط مصدراً غذائياً، بل يمثل حماية طبيعية للرضيع، لذا فإن استخدام بدائل له قد ينطوي على مخاطر صحية متعددة، وفقاً للدراسات العلمية المكثفة. وفيما يلي أبرز المخاطر المترتبة على الاعتماد على الرضاعة الصناعية:

أ- زيادة خطر الإصابة بالحساسية: تُشير الأبحاث إلى أن الأطفال الذين يتلقون بدائل للبن الأم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأكزيما، وحساسية الجلد الشديدة، وحساسية بعض أنواع الأطعمة وحساسية الجهاز التنفسي. وقد وُجد أن خطر الحساسية يتضاعف بين الأطفال الذين لا يتغذون على لبن الأم الخالص خلال الأشهر الأولى من حياتهم.

ب- تأخر النمو الذهني للطفل: بيّنت الدراسات طويلة المدى أن الأطفال الذين اعتمدوا على الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى من العمر، سجلوا معدلات ذكاء أعلى في اختبارات الذكاء، مقارنةً بأقرانهم الذين تغذوا على بدائل صناعية. هذا الفارق ينعكس لاحقاً على التحصيل الدراسي للأطفال في مراحل التعليم المدرسي والجامعي.

ج- زيادة خطر الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي الحادة: وفقاً للأبحاث، فإن الأطفال الذين يعتمدون على الرضاعة الصناعية يكونون أكثر عرضة بثلاثة أضعاف للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي الحادة مقارنةً بالأطفال الذين يتغذون على الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الأشهر الأربعة الأولى من حياتهم.

د- ارتفاع خطر الإصابة بعدوى الجهاز الهضمي والتهابات الأذن الوسطى: أكدت الدراسات وجود علاقة قوية بين زيادة حالات الإصابة بهذه الأمراض وبين الاعتماد على اللبن الصناعي. فالرضاعة الطبيعية الخالصة خلال الستة أشهر الأولى تُسهم في تقليل خطر الإصابة بهذه الأمراض، وذلك لما يحتويه لبن الأم من أجسام مضادة طبيعية تقي الطفل من العديد من الأمراض المعدية.

رابعاً: العوامل التي ساعدت على انتشار الرضاعة الاصطناعية:

أدى تزايد انتشار الرضاعة الصناعية في العديد من دول العالم إلى ظهور بعض العوامل التي شجعت الأمهات على تبني هذه الممارسة، ومنها:

1. الدعاية والإعلام: كان للإعلام والدعاية التجارية دور بارز في زيادة انتشار الرضاعة الصناعية بين الأمهات حول العالم. حيث استُخدمت وسائل متنوعة من الدعاية، مثل الصور الفوتوغرافية والمحفزات التي تظهر مزايا الرضاعة الصناعية، كما أهدت شركات الحليب الصناعي الهدايا إلى الأمهات في أقسام الولادة، مما ساهم في تشجيعهن على تفضيل الحليب الصناعي على الطبيعي مع وضع عبارات مختلفة

على عبوات الحليب للترويج له، مثل "هذا اللبن أفضل من لبن الأم"، والتي عدّلت لاحقاً إلى "هذا اللبن يساوي لبن الأم"، ثم استقرت العبارة على "هذا أفضل لبن بعد لبن الأم"¹

حصلت منتجات الحليب المجفف على رواجٍ واسع بفضل الدعم الذي قدمته منظمات عالمية. ففي عام 1948، قررت منظمة اليونسيف التعاون مع منظمة الأغذية والزراعة (FAO) لدعم إنتاج الحليب ومعالجته وتوزيعه على الأطفال في عدة بلدان. مع مرور الوقت، قلّ دعم اليونسيف لتوزيع الحليب المجفف المقشود، وأصبحت برامج الغذاء العالمي (WFP) ومؤسسة "CARE" تتولى توزيع الحليب ضمن برامجها الخاصة.²

2- الخدمات الاجتماعية:

ساهمت الخدمات الاجتماعية المتوفرة في الدول المتقدمة في رفع مستوى استهلاك الحليب المجفف مقارنة بالدول النامية، ويعود ذلك إلى عدة عوامل، من بينها:

1. توفر المياه النظيفة: في الدول المتقدمة، يتميز توفر المياه النظيفة بسهولة فائقة، حيث لا يتطلب الحصول عليها سوى فتح الصنبور، بالإضافة إلى توافر تسهيلات لتخزين الأطعمة كالثلاجات، ما يتيح حفظ الحليب بشكل صحي وآمن، أما في الدول النامية، وخاصة في المناطق الريفية، يعتمد السكان على مصادر مياه غير آمنة، مثل القنوات والآبار، ويضطرون في بعض الأحيان إلى السير لمسافات طويلة لجلب الماء الذي يكون غالباً ملوثاً بالطين، مما يزيد من خطر العدوى عند تحضير حليب الرضاعة باستخدام هذه المياه.³

2. الوعي الصحي لدى الأمهات: تتمتع الأمهات في الدول المتقدمة بمعرفة كافية باتباع الإرشادات الصحية، وفهم عميق لأهمية تعقيم زجاجات الرضاعة، حيث يدركن أهمية الجراثيم ودورها في نقل العدوى، فيقمن بتعقيم الزجاجات احتراماً للقواعد الصحية. أما الأمهات في المناطق الريفية بالدول النامية، فكثيراً ما يفتقرن إلى هذا الوعي، وقد يعزو البعض الأمراض أو الوفاة إلى المعتقدات الشعبية مثل السحر أو الحسد بدلاً من الجراثيم.⁴

¹ عدنان السبعي، مرجع سابق، ص 65.

² لطيف الفهد، الطفل، مرجع سابق، ص 70.

³ محمد رفعت، الطفل، مرجع سابق، ص 123-124.

⁴ نفس المرجع، ص 124.

3. الظروف الاجتماعية والمعيشية: يسهم المستوى المعيشي المرتفع في الدول المتقدمة في تيسير الرضاعة الصناعية، ويدعمها الاتجاه الاجتماعي السائد نحو استقلال الطفل عن أمه منذ الصغر، حيث تقدم هذه الدول مرافق حضانة للأطفال تساعد على فصلهم عن أمهاتهم في سن مبكرة، مما يقلل من اعتماد الأمهات على الرضاعة الطبيعية لصالح الرضاعة الصناعية، تحت شعار "التمدن والتحضّر"

3-الإخفاق في إرضاع الطفل: يجب إعداد الأم في المرحلة التي تسبق الولادة، وذلك بمحاولة إقناعها لتكوين اتجاه إيجابي نحو الرضاعة الطبيعية، ففرص النجاح في الإرضاع تتزايد عندما تكون للأم الرغبة والاندفاع نحو عملية الإرضاع من الثدي، ويمكن أن يرجع الإخفاق في سلوك الإرضاع إلى تأخر الرضعة الأولى، كما أثبتت ذلك فرانسواز جوليان حيث ترى هذه الباحثة أن "أسباب الفشل تعود إلى دور الولادة إذ تقتصر إلى معرفة دقيقة بالعوامل المؤثرة في سلوك الأمومة. ففصل الطفل عن الأم بعد الولادة، ومنع الأم من لمسه يؤثر في الإدراك وفي انتظام عملية الرضاعة الطبيعية"¹.

ومن المتعارف عليه هو عدم توافر الحليب في ثدي الأم في الأيام الأولى التي تلي الولادة، ولا يجب صدم الأم بقولنا أنه ليس لديك حليب، مما يؤدي إلى تلاشي سلوك الإرضاع، والذي يعتبر في بداياته، كما تستدعي الرضعة الأولى تنسيقاً دقيقاً بين سلوك الأم وطفلها، لأنّ " للطفل غريزة البحث عن الحلمة ثم مصها منذ الساعة الأولى التي تلي ولادته، لذا يجب تهيئة كل الظروف التي من شأنها أن تساعد على استمرارية مثل هذه الممارسات "².

4-الموانع الصحية للأم: هناك موانع أخرى مكتملة للتي سبق ذكرها نورد منهم الموانع الصحية ونعني بها وجود مشاكل في ثدي الأم كالتهاب أو تشقق الحلمة، أو مانع ناجم عن تشوه خلقي على مستوى حلمة الثدي فتكون إما صغيرة أو مبسطة أو مسطحة³، إلا أن هذه الإضطرابات هي عوائق مؤقتة يمكن معالجتها إذا قدمت لها العناية المناسبة .

أو يمكن أن يكون هذا المانع بسبب حمل الأم أثناء الرضاعة، وبالتالي عجزها عن توفير الغذاء الكافي للجنين وللطفل الرضيع مما يجعلها تفكر في فطام الطفل مبكراً.

• موانع اجتماعية: هناك مانع آخر لا يقل أهمية عن الموانع السالفة الذكر وهو المانع الاجتماعي والذي يلخص في عمل المرأة خارج البيت مما قد يعرقل، أو يقف عائقاً أمام مواصلة إرضاع الطفل مدة

¹فايز قنطار، الأمومة، مرجع سابق، ص 91 .

²نايفة قطامي وعالية الرفاعي: مرجع سابق، ص 90-91..

³نفس المرجع ، ص 90.

متأخرة من سن الطفل نظراً لعدم المواظبة على عملية الإرضاع وبالتالي توقف الحليب وإما لاستبدال بعض الرضعات برضعات صناعية عند غياب الأم مما يجعل الطفل ينفر من ثدي أمه.

خامساً: الرضاعة المختلطة:

الرضاعة الطبيعية للطفل هي أفضل غذاء له فهي تمنحه جميع العناصر الغذائية التي يحتاج إليها كما أنها تهتم بالجانب النفسي للأم والرضيع معاً، لكن بعض الأمهات قد يضطرن إلى إرضاع أبنائهن اصطناعياً نظراً لبعض الظروف مثل عدم كفاية الحليب الذي ينتجه جسمها أو إصابتها بمرض أو بسبب تعاطي الأم لبعض الأدوية. ولذلك يوجد حل وهو الجمع بين الرضاعتين الطبيعية والاصطناعية

1- شروط نجاح واستمرار الرضاعة المختلطة:

- لكي تبدأ الأم في منح الطفل الرضاعتين معا يجب عليها أن تنتبه لما يلي ذكره:
- يجب على الام ان لا تبدأ في منح الطفل الرضاعة الاصطناعية قبل أن يبلغ نهاية شهره الثاني أو بداية الشهر الثالث لأنه لو قامت بعمل ذلك فالطفل قد يفضل اللبن الاصطناعي ولا يقترب من لبنها أو أن يقل إفراز جسمها للبن ويكون الطفل في حاجة إليه.
- يجب أن يعتاد الطفل بشكل كلي على أن يرضع طبيعياً حتى يعتاد على ثديي أمه كي تستطيع إفراز اللبن بشكل ملائم.
- يجب على الام ان تحاول استخدام مضخة الثديين قبل أن تبدأ في إرضاعه صناعياً مع استشارة الطبيب المختص.
- بعد أن تبدأ في إرضاع طفلها اصطناعياً يجب ان تقوم الام بتحديد مواقيت محددة لكل منهما فعلى سبيل المثال تكون الرضاعة الصناعية موعدها وقت ذهابها إلى عملها أو في بعض أوقات الليل لأن هذا سيعمل على جعل ثديي يضخان اللبن بشكل مستمر و مناسب يجب ان تجعل أحداً آخر يقوم بإرضاعه اصطناعياً بدلاً منك حتى لا يعتاد أن تقومي أنت بإرضاعه على الدوام.
- يجب على الام ان لا تُقدم على الجمع بين نوعي الرضاعة قبل تعود طفلها تماماً على الرضاعة الطبيعية، وتعود جسمها و ثدييها على إفراز اللبن بشكل سليم.

2- مخاطر التغذية المختلطة:

تتضمن التغذية المختلطة، التي تجمع بين الرضاعة الطبيعية وتقديم الحليب الصناعي أو غيره من السوائل، عدة مخاطر وتحديات قد تؤثر على صحة الطفل وعلى إنتاج الحليب لدى الأم. فيما يلي شرح موسع لكل من هذه النقاط:

أ- زيادة خطر انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (فيروس نقص المناعة البشرية):

في حالات الأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، تزيد التغذية المختلطة من خطر انتقال العدوى إلى الطفل. فالرضاعة الطبيعية وحدها قد تحمل مخاطر منخفضة إذا اتبعت الأم إرشادات معينة، لكن الجمع بين الرضاعة الطبيعية والتغذية الصناعية يمكن أن يسبب التهابات في أمعاء الطفل، مما يسهل انتقال الفيروس. لذلك، يُوصى باستشارة الطبيب لتحديد نوع التغذية الأكثر أمانًا لكل حالة.

ب- صعوبة الرجوع إلى الرضاعة الطبيعية:

التحول من الرضاعة الطبيعية إلى التغذية المختلطة قد يجعل من الصعب العودة لاحقًا للرضاعة الطبيعية فقط. فالجمع بين التغذيتين يُربك جسم الطفل ويميل الطفل في النهاية إلى تفضيل التغذية الصناعية التي تتطلب جهدًا أقل منه للرضاعة. من هنا، يجب أن تستشير الأم طبيبها قبل اتخاذ قرار بشأن التغذية المختلطة لضمان حصول الطفل على التغذية المثلى مع تحقيق التوازن بين الرضاعتين.

ج- إضعاف الخلايا اللبنية:

قد يؤدي الانتقال إلى التغذية المختلطة إلى انخفاض فعالية الخلايا المسؤولة عن إنتاج الحليب في ثدي الأم. هذه الخلايا، التي تُحفز بشكل طبيعي بفضل الرضاعة المستمرة، قد تصبح أقل نشاطًا بسبب انخفاض وتيرة الرضاعة الطبيعية، مما يؤثر على إنتاجية الثدي للحليب وفعالية تغذية الطفل.

د- تقليل إنتاج الحليب الطبيعي:

التغذية المختلطة قد تؤدي إلى تقليل إنتاج الحليب الطبيعي لدى الأم. تعتمد عملية إنتاج الحليب في الجسم على مبدأ العرض والطلب؛ فكلما زاد عدد مرات إرضاع الطفل، زاد إنتاج الحليب. وعندما تقل الرضاعة الطبيعية بسبب إدخال الحليب الصناعي، يقل الطلب على الحليب، مما يؤدي إلى انخفاض الإنتاج الطبيعي للحليب.

3- كيفية التحضير للرضاعة المختلطة

الرضاعة المختلطة هي مزيج من الرضاعة الطبيعية والرضاعة الإصطناعية، هذه الطريقة قد تكون خياراً جيداً للأمهات اللواتي يرغبن في إعطاء أطفالهن فوائد الحليب الطبيعي وفي نفس الوقت يحتاجن إلى استخدام الحليب الصناعي بسبب ظروف معينة أو إيجاد صعوبة في تقديم الرضاعة الطبيعية وعليه وجب على الأمهات اتباع الخطوات اللازمة التالية للوصول إلى نتائج حسنة :

- تنظيم الوقت جيداً وبناءً عليه تنظيم أوقات الرضعات الصناعية وأوقات الرضعات الطبيعية، التي يحصل عليها الطفل.

- لابد من اتباع الصبر مع الطفل في بداية الأمر، توقع احتمالية رفض الحليب الإصطناعي.

- يمكن تبديل رضعة طبيعية واحدة برضعة صناعية في الأيام الأولى لتقديم الرضعة الصناعية للطفل، وبعد ذلك يمكن زيادة عدد الرضعات الصناعية¹

ان التحضير للرضاعة المختلطة يتطلب إدارة دقيقة للوقت، لأنك بحاجة إلى التوازن بين الرضاعة الطبيعية والرضاعة الصناعية. فيما يلي بعض النصائح لإدارة هذه العملية بشكل فعال:

- وضع جدول يومي مرن: قومي بتحديد الأوقات التي ستحصل فيها على وقت للرضاعة الطبيعية (حليب الأم) وأوقات الرضعة الصناعية. قد تبدأين بتحديد رضعات الصباح أو المساء للطبيعية، بينما باقي الرضعات يمكن أن تكون صناعية.

- على سبيل المثال، إذا كنتِ ترغبين في الحفاظ على الرضاعة الطبيعية في الصباح والمساء، يمكن أن تختاري الرضعات الصناعية في باقي الأوقات مثل الظهر أو بعد الظهر.

- متابعة تدرج تقديم الرضعات: ابدأي بتقديم الرضعة الطبيعية في الأوقات التي تكونين متواجدة فيها مع الطفل، واستخدمي الحليب الصناعي خلال الأوقات التي قد تكونين فيها مشغولة أو بعيدة عن الطفل.

- تقسيم الحليب الصناعي وفقاً لاحتياجات الطفل: احرصي على تقديم الحليب الصناعي بشكل تدريجي، وتوفير الكمية المناسبة التي يحتاجها الطفل في كل رضعة. لا تستخدم الحليب الصناعي بكميات كبيرة في البداية حتى يتأقلم الطفل على الرضاعة المختلطة.

¹ <https://www.healthline.com/health/parenting/baby-feeding-schedule#baby-still-hungry>,

seen 12/06/2023, 14:12.

قد يواجه الطفل صعوبة في التكيف مع الحليب الصناعي في البداية، لأن الحليب الطبيعي يختلف في الطعم واللمس ودرجة الحرارة. لا داعي للقلق إذا رفض الطفل الحليب الصناعي في البداية. إليك بعض الطرق للتعامل مع هذا الموقف:

- تقديم الحليب الصناعي تدريجيًا: عند البدء في تقديم الحليب الصناعي، قد يرفضه الطفل لأن طعمه يختلف عن الحليب الطبيعي. حاولي تقديم الحليب الصناعي في درجات حرارة مناسبة (لا باردة ولا ساخنة جدًا) واقتربي من الوقت الذي يكون فيه الطفل جائعًا قليلًا، لكن لا تضغطي عليه.

- الاستمرار في المحاولة: قد يحتاج الطفل إلى بعض الوقت للتكيف مع الرضاعة المختلطة. استمري في تقديم الحليب الصناعي بصبر، مع الانتباه إلى أي إشارات قد تظهر للطفل مثل رفض الزجاجات أو البكاء. قد يساعد التنوع في طريقة تقديم الزجاجات أو تغيير نوع الحليب الصناعي.

- تجربة أنواع مختلفة من الحليب الصناعي: قد يرفض الطفل نوعًا معينًا من الحليب الصناعي، لذا يمكن تجربة أنواع مختلفة حتى تجدين النوع الذي يقبله الطفل. قومي باستشارة الطبيب إذا كنت غير متأكدة من النوع الأنسب.

- التعرف على أسلوب الطفل في الرضاعة: في بعض الأحيان، قد يحتاج الطفل إلى أسلوب معين في الرضاعة. جربي استخدام الزجاجات ذات الحلمات التي تشبه حلمة الأم أو تلك التي لها تدفق بطيء حتى يشعر الطفل بأنه يرضع بشكل طبيعي.

يجب أن يتم إدخال الرضاعة الصناعية بشكل تدريجي إلى روتين الطفل. من الأفضل في البداية استبدال رضعة واحدة فقط في اليوم بالرضعة الصناعية، ثم زيادتها تدريجيًا بمرور الوقت:

- البدء ببطء: في الأيام الأولى، يمكنك استبدال رضعة طبيعية واحدة (مثل رضعة منتصف اليوم) برضعة صناعية. قد تكون هذه البداية سهلة بالنسبة للطفل، مما يتيح له الوقت للتكيف مع الحليب الصناعي.

- زيادة الرضعات الصناعية تدريجيًا: بعد أن يعتاد الطفل على الرضاعة الصناعية في وقت واحد، يمكنك زيادة عدد الرضعات الصناعية تدريجيًا، لكن دون التسبب في صعوبة على الطفل. إذا لاحظت أن الطفل يقبل الرضاعة الصناعية بسهولة، يمكنك التبديل بشكل تدريجي خلال اليوم.

- الانتظار حتى يتكيف الطفل: لا تتعجلي في زيادة عدد الرضعات الصناعية، ودع الطفل يتأقلم بشكل طبيعي دون الضغط عليه، فقد يستغرق بعض الوقت ليعتاد على فكرة الرضاعة المختلطة.

ومن أهم النصائح التي يمكن للمرأة اتباعها قبل اللجوء إلى الرضاعة المختلطة أو أثناء ممارستها لها:

- الحفاظ على اللجوء إلى الرضاعة الطبيعية قدر الإمكان: من المهم أن تحافظي على الرضاعة الطبيعية لفترة طويلة، لأنها توفر للطفل الفوائد الصحية مثل تقوية الجهاز المناعي وتوفير التغذية المثالية
- استشارة الطبيب أو مستشار الرضاعة: إذا كانت لديك أي تساؤلات أو كنت تواجهين صعوبة في إدارة الرضاعة المختلطة، يُنصح بالتحدث إلى الطبيب أو مستشار الرضاعة للحصول على الإرشادات والنصائح الصحيحة.
- الراحة النفسية: الرضاعة المختلطة قد تكون مرهقة، لذلك حاولي تخصيص وقت للراحة النفسية والجسدية من خلال الراحة والنوم عند الحاجة.

خلاصة الفصل:

لا شك أن النساء في مختلف المجتمعات اليوم تمارسن أنماط متنوعة من أنماط الرضاعة، ونظرا لأهمية الرضاعة الطبيعية باعتبارها التغذية الأنسب للطفل بفضل ما تقدمه من فوائد صحية وغذائية للأم والطفل، تسعى المنظمات الصحية والسياسات العامة إلى تكثيف جهودها لرفع الوعي حول ضرورة تعزيز هذا النمط، خاصة في ظل التحديات المعاصرة التي أدت إلى انتشار نمط الرضاعة الاصطناعية، كونها أقل كفاءة، ولكنها تعد حلاً بديلاً في الحالات التي تعجز فيها الأم عن الإرضاع الطبيعي، أما الرضاعة المختلطة، فهي تقدم نموذجاً يجمع بين فوائد الرضاعة الطبيعية والدعم الإضافي من الرضاعة الاصطناعية، مما يجعلها خياراً مناسباً للأمهات اللواتي يواجهن ظروفًا خاصة ، في ظل توفر الشروط اللازمة أثناء ممارستها.

الفصل الثالث: العوامل المحددة لنمط الرضاعة في الجزائر

المبحث الأول : العوامل المحددة لنمط الرضاعة.

أولاً: التنشئة الاجتماعية

ثانياً: الثقافة الصحية و الوعي الصحي

ثالثاً: المستوى المعيشي ونمط الحياة عند الأمهات

رابعاً: الخصائص الديموغرافية الصحية لكل من الأم والطفل

المبحث الثاني: تحليل العوامل المحددة لنمط الرضاعة حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS 06) في الجزائر.

أولاً: تطور أهم مؤشرات الرضاعة الطبيعية في الجزائر في الفترة 1992-2019

ثانياً: واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال مسح 2019

ثالثاً: . تحليل نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS 06) في الجزائر حسب

متغيرات دراستنا الحالية.

رابعاً: مدخل الى دراستنا الحالية

تمهيد

يعد موضوع الرضاعة من أهم المواضيع التي تستحق البحث نظراً للفوائد الصحية التي تعود بها على صحة الأم والطفل، و ممارستها تتأثر بعدد من العوامل المتنوعة التي تشمل التنشئة الاجتماعية، الثقافة الصحية، المستوى المعيشي، فضلاً عن العوامل الديموغرافية و الصحية للأم والطفل، ونهدف من خلال هذا الفصل إلى استكشاف العوامل المؤثرة في نمط الرضاعة المتبع لدى النساء غير العاملات في الجزائر، وتحليل كيفية تأثير هذه العوامل في اختيار الأمهات لطريقة الرضاعة، مما يسهم في تقديم رؤية شاملة حول السلوكيات المتبعة في هذا المجال، كما يستهدف هذا الفصل، تحليل نتائج "المسح العنقودي متعدد المؤشرات" لعام 2019 MICS 06. الذي يعتمد على فهم الأسباب التي تدفع الأمهات إلى اختيار الرضاعة الطبيعية أو الصناعية، مع التركيز على تحليل دور هذه العوامل في تحديد اختيار الأمهات لنمط من أنماط الرضاعة.

المبحث الأول: العوامل المحددة لنمط الرضاعة

من المعروف أن الممارسات المختلفة لأنماط الرضاعة مرتبطة بعوامل وأسباب تجعل النساء يتبعن نوع غذاء مناسب لأطفالهن الرضع، ولعل من بين هذه العوامل: التنشئة الاجتماعية، الثقافة الصحية، المستوى المعيشي، العوامل الديموغرافية مثل، العوامل الصحية للأم والطفل من المؤثرات المهمة في اختيار نمط الرضاعة، سنحاول فيما يلي التعرّيج عن كل عامل من العوامل المذكورة أعلاه.

أولاً: التنشئة الاجتماعية:

1- مفهوم التنشئة الاجتماعية

التنشئة الاجتماعية تُعرّف بأنها عملية انخراط الفرد في المجتمع من خلال المشاركة في الجماعات المختلفة، وفعاليتها، حيث يكتسب من خلالها قيم المجتمع ومعاييره وثقافته، وهي الأسس التي تُبنى عليها شخصيته¹، أي أن الفرد، من خلال هذه العملية، يستوعب القيم والمعايير والتوجهات التي تعمل على توجيه سلوكه وإعداده للحياة الاجتماعية، مما يساهم في تشكيل شخصيته ليصبح فرداً مسؤولاً.

وفي معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، وُصِفَت التنشئة الاجتماعية بأنها "عملية انتقال الثقافة من جيل لآخر، وتكوين الأفراد منذ طفولتهم ليتكيفوا مع مجتمع ذي ثقافة معينة، وتشمل هذه العملية دور الآباء والمدارس والمجتمع"². ويُقصد بذلك أن التنشئة هي الأداة التي تُنقل بها ثقافة المجتمع عبر الأجيال، ويشترك فيها الآباء والمدارس والمجتمع.

أما قاموس علم الاجتماع فقد عرّف التنشئة الاجتماعية على أنها "العملية الاجتماعية التي تدمج الفرد في جماعة اجتماعية عبر تبنيه لثقافتها ومعرفة دوره فيها. وهي عملية مستمرة طوال الحياة، تُساهم في تكوين شخصية الطفل وتطوير فهمه لذاته، لا سيما من خلال سلوك الآخرين وتوجهاتهم تجاهه، وكذلك من خلال تعلم أداء الأدوار الاجتماعية"³.

¹ شبل بدارن، أسس التربية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2002، ص 21-22.

² أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مرجع سابق، ص 130.

³ محمد عاطف غيث، مرجع سابق، ص 450.

وقد عرّفت مارجريت ميد التنشئة الاجتماعية بأنها "العملية الثقافية التي يتحول من خلالها كل طفل حديث الولادة إلى عضو كامل في مجتمع معين"¹. بمعنى آخر، تعد التنشئة الاجتماعية عملية دائمة تبدأ منذ ولادة الفرد وتستمر حتى يصبح فرداً ناضجاً في مجتمعه.

ففي علم الاجتماع، تعددت التعريفات الخاصة بالتنشئة الاجتماعية، وتتفق كلها أنها عملية يتعلم من خلالها الأفراد نقل قواعد السلوك، والتوقعات، والمعرفة الثقافية من جيل الكبار إلى جيل الصغار.

2- مؤسسات التنشئة الاجتماعية:

تتمثل أهمية التنشئة الاجتماعية في قدرتها على تهيئة الأفراد للاندماج في الجماعات الاجتماعية المختلفة داخل المجتمع، مثل الأسرة، المدرسة، جماعة الأصدقاء، ووسائل الإعلام. من خلال الاندماج في هذه الجماعات، يكتسب الفرد العادات والتقاليد والأعراف الاجتماعية ويطور مفاهيمه الخاصة عن ذاته ومكانته في المجتمع. وبالتالي، لا تؤثر الثقافة في الفرد بشكل مباشر، بل يتم ذلك عبر المؤسسات الاجتماعية التي ينتمي إليها، والتي تعد المصدر الرئيسي لتشكيل شخصيته الاجتماعية.

من أبرز المؤسسات التي تؤثر في التنشئة الاجتماعية:

أ. الأسرة:

تعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية الأولى التي يتفاعل معها الطفل بشكل مستمر، وتعد المكان الذي ينمو فيه أنماط التنشئة الاجتماعية التي تشكل شخصية الطفل. فهي المؤسسة الأولى التي تقوم بتنشئة الطفل اجتماعياً وتقديم احتياجاته المادية مثل الغذاء والملبس والسكن. بالإضافة إلى ذلك، تُسهم الأسرة في تعريف الفرد كيف يتعامل مع الآخرين، حيث يزرع الوالدان السلوكيات الصحيحة والمناسبة في الطفل بشكل مباشر وغير مباشر.

ويصنف معظم علماء علم الاجتماع الأسرة إلى صنفين هما :

-**الأسرة النواة:** "هي التي تضم الزوجين والأبناء غير المتزوجين ويقوم الجميع معاً". كذلك تعرف بأنها "الأسرة التي تتكون من الزوج والزوجة وأطفالهما المباشرين"²، عندما يتزوج الفرد، يترك أسرته ويؤسس

¹ سامية حسن الساعاتي، مرجع سابق، ص 110

² سناء الخولي، الأسرة والحياة العائلية، دار النهضة العربية، لبنان، 2016، ص 65.

لنفسه أسرة نووية أخرى تتكون من زوجته وأطفاله، ومن أهم مميزات الأسرة النووية: كونها أكثر الأنواع انتشاراً في العالم، ووظيفتها الأساسية هي الإنجاب، وعادةً لا يزيد عمرها عن قرن من الزمن، وتعيش تحت سقف واحد في بيت الزوج أو الزوجة، وتتبع نظام أحادية الزوج أو الزوجة¹.

- الأسرة الممتدة: هي الأسرة التي تضم في كيان واحد أكثر من أسرة وتضم ثلاث أجيال تشمل الأجداد وأبنائهم غير المتزوجين وأبنائهم المتزوجين أو بناتهم وكذلك أحفادهم، أو هي أسرة مركبة من أسرتين نوويتين أو أكثر بصرف النظر عما إذا كانت تنتمي إلى نفس الجيل أو إلى جيلين مختلفين²، وتعرف أيضاً بأنها "تجمع لبعض الأسر النووية المستقلة استقلالاً داخلياً، داخل إطار الأسرة الكبيرة التي تضم أجيالاً مختلفة"³، وقد تتكون من عدة أسر نووية ترتبط بعلاقة عمومة وأبناء عم، ويكون القاسم المشترك بينهم هو السكن، فمنذ الصغر، يجد الطفل نفسه محاطاً بمجموعة من القوانين الاجتماعية التي تحدد له سلوكياته مثل الأكل، اللباس، والتعليم. مع مرور الوقت، يصبح هذا المجتمع جزءاً لا يتجزأ من حياة الطفل، وتستمر الأسرة في التأثير عليه طوال حياته، حتى يصبح قادراً على بناء أسرته الخاصة وتطبيق ما تعلمه منها⁴.

- أهمية الأسرة في التنشئة الاجتماعية:

الأسرة هي المكان الأول الذي يتعلم فيه الطفل كيفية التفاعل الاجتماعي مع مختلف الأفراد والجماعات وهذا ما يؤثر في نموه الاجتماعي فيما بعد⁵.

¹ عبد العزيز خواجه، مبادئ في التنشئة الاجتماعية، دار الغرب للنشر، الجزائر، 2005، ص 12.

² محمد بومخموف، نمط الأسرة الجزائرية ومحدداتها، دراسة إحصائية وتحليل نظري، العدد 01، ج 01، 2005-2006، ص 75.

³ رؤوف عزابية، المرأة والعمل السياسي، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، الولايات المتحدة الأمريكية، الطبعة الأولى، 1995، ص 195.

⁴ فريدريك معنوق، معجم العلوم الاجتماعية الأكاديمية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1993، ص 153.

⁵ عبد الله بن عياض سالم التبتّي، علم الاجتماع التربوي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2002، ص 257.

- القيم والعادات التي تنقلها الأسرة للأبناء تمر بعملية تنقية تجعلها أكثر خصوصية وملاءمة للمجتمع¹.
- الأسرة هي المصدر الوحيد في مرحلة الطفولة المبكرة لتعلم اللغة ومهارات التعبير بشكل مقصود².
- إذن، تُعد الأسرة هي أول موصل لثقافة المجتمع إلى الطفل، حيث تزرع فيه بذور العواطف والاتجاهات التي يحتاجها للعيش في المجتمع. وهي تعمل على إرساء القيم الأخلاقية في سنوات الطفل الأولى قبل أن يخرج إلى المجتمع الأوسع.

ب. المدرسة:

تعد المدرسة نظامًا اجتماعيًا يتسم بخصائص المجتمع الذي أوجدها، حيث يتم تنظيمها وفقًا للتصور المعطى للحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وحسب الروابط الاجتماعية التي تحرك هذا المجتمع. لهذا السبب، اهتم علماء الاجتماع بصورة مباشرة بالعلاقات بين النظام التربوي والنظام الاجتماعي القائم، حيث تُعتبر التربية مؤسسة تهدف إلى تكييف الجيل الحالي لانتساب مع الحياة الجماعية³.

فالمدرسة هي كيان اجتماعي بعد الأسرة في تربية الطفل، قائم على أسس ومبادئ تحدد اتجاهات معينة والغرض منها اندماج الطفل في المجتمع وتعليمه الأدوار الاجتماعية فيه واكتشاف مواهبهم من خلال استعمال الأنشطة المختلفة. فهي مؤسسة ثانية ينتقل إليها الطفل بعد البيئة المنزلية، ليجد الطفل دائرة أوسع وميدانًا جديدًا لمزاولة نشاطاته المكمل، إذ تحتوي في مناهجها التربوية على الدروس وتوفر أساتذة متخصصين يشرفون على ذلك.

ج. جماعة الرفاق: تقوم جماعة الرفاق بدور هام في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد، فهي تؤثر في قيمه، عاداته واتجاهاته ولقد عرفت جماعة الرفاق على أنها: "الجماعة التي يختبر فيها مدى قدرة الفرد على تخطي الحدود كما أنها الجماعة التي تساعده في إظهار التحدي"⁴.

د. وسائل الإعلام:

¹ سهير كامل أحمد، شحاتة سليمان محمد، تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 2002، ص 20.

² عبد المجيد سيد منصور، زكريا أحمد الشرييني، علم النفس الطفولة الأسس النفسية والاجتماعية والهدي الإسلامية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1998، ص 79.

³ نعيم حبيب الجعيني، علم اجتماع التربية أساسيات التنشئة الاجتماعية، دار وائل للنشر والتوزيع، 2009، ص 24.

⁴ محمد أحمد صوالحة، مصطفى محمود صوالحة، أساسيات التنشئة الاجتماعية، دار الكندي، الأردن، 1994، ص 31.

تقوم وسائل الإعلام بدور فعال في عملية التنشئة الاجتماعية للأفراد حيث تسهم في اكتسابهم معارف ومعلومات حول موضوعات معينة، كما تساعد على تكوين اتجاهات وقيم الأفراد. ووسائل الإعلام متعددة، فهناك التلفزيون والراديو والصحف والمجلات، حيث توجد الوسيطتين الأوليتين لدى معظم الأسر.¹ وهذا يعني أن وسائل الإعلام المختلفة لها تأثير كبير في عملية التنشئة الاجتماعية، فهي تقوم بنشر المعلومات المتنوعة في كافة المجالات والتي تناسب كل الاتجاهات والأفكار، وكذلك إشباع الحاجات النفسية لدى الفرد مثل الحاجة إلى المعرفة والمعلومات والأخبار والثقافة العامة وتعزيز القيم والمعتقدات أو تعديلها. وبالتالي تلعب دوراً هاماً في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه.

ويتمثل أثر الإعلام في التنشئة الاجتماعية فيما يلي:

- نشر التعليم: تساعد وسائل الإعلام في تيسير سبل التعليم والتعلم.
- الإسهام في حل المشكلات التي تعترض الحضارة الإنسانية، وفي مقدمتها الأمية.
- غرس القيم والمفاهيم والمعتقدات المناسبة في النفوس.
- تكوين الاتجاهات الفكرية المرغوب فيها عند الأفراد وتعديل الاتجاهات التقليدية.
- الترقية، وهو ضروري لمنح الراحة التي تمكن البشر من مواجهة متطلبات الحياة.²

هـ. المؤسسات الدينية:

تقوم المؤسسات الدينية بدور فعال في تربية الطفل وتشكيل شخصيته وتنشئته الاجتماعية لما تتميز به من خصائص فريدة، أهمها ثبات وإيجابية المعايير السلوكية التي تعلمها للأطفال والكبار.

ويتلخص أثر المؤسسات الدينية في عملية التنشئة للطفل:

- تعليم الفرد والجماعة التعاليم الدينية التي تحكم السلوك مما يؤدي إلى سعادة أفراد المجتمع.
- إمداد الفرد بإطار سلوكي تابع من تعاليم دينية.
- الدعوة إلى ترجمة التعاليم الدينية إلى أفعال.¹

¹ زين العابدين درويش، علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ب س، ص 74.

² جودة بني جابر، علم النفس الاجتماعي، ط 1، دار الثقافة، الأردن، 2017، ص 8

و. الأندية والمؤسسات الرياضية:

تعتبر الأندية مؤسسات اجتماعية هامة تشبع الأفراد في مختلف الميادين الاجتماعية والرياضية والثقافية. ونشاطات الأندية المتنوعة قد تتضمن نشاطات علمية أو أدبية أو ترفيهية أو رياضية، أو قد يضم النادي الواحد هذه الأنشطة. وتتيح الأندية الفرص أمام الأفراد لتكوين الصداقات وإقامة العلاقات الاجتماعية، كما يكتسب الأفراد مجموعة كبيرة من أنماط التفاعل ويكشف الفرد ميوله وقدراته من خلال العمل مع الآخرين في المجال الذي يختاره.²

3. العوامل المؤثرة في التنشئة الاجتماعية

تتأثر التنشئة الاجتماعية بالعديد من العوامل التي يصعب حصرها بالكامل، نظراً لتأثير البيئة المحيطة بالفرد. ومع ذلك، يمكن تصنيف هذه العوامل كما يلي:

أ. العوامل الداخلية:

- الدين: يلعب الدين دوراً مهماً في عملية التنشئة الاجتماعية، حيث تختلف الأديان وما يترتب عليها من معتقدات وقيم، ويسعى كل دين إلى توجيه أفراد المجتمع وفقاً لمبادئه وأفكاره.
- الأسرة: الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأساسية التي تهدف إلى حفظ النوع الإنساني، إذ تُعد أول ما يتفاعل معه الإنسان، وهي تسهم بدور كبير في تشكيل شخصية الطفل من خلال التفاعلات والعلاقات بين أفرادها، مما يجعلها أحد أبرز العوامل المؤثرة في التنشئة الاجتماعية. ويؤثر حجم الأسرة بشكل كبير على عملية التنشئة، خاصة فيما يتعلق بأساليب الرعاية، حيث تُظهر الدراسات أن الرعاية المقدمة للطفل داخل الأسرة الصغيرة تكون أكثر فعالية مقارنة بالأسرة الكبيرة.³

¹ مراد زعيمي، مؤسسات التنشئة الاجتماعية، منشورات جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، ص 132.

² سميرة أحمد السيد، علم اجتماع التربية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1993، ص، 107، 108.

³ عبد القادر شريف، التربية الاجتماعية البدنية في رياض الأطفال، ط 7، دار المسيرة، 2020، ص 13.

- نوع العلاقات الأسرية: تؤثر طبيعة العلاقات داخل الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية، حيث إن السعادة الزوجية تُعزز تماسك الأسرة، ما يُهيئ بيئة مناسبة لنمو الطفل بصورة متكاملة¹.

فالعلاقات الأسرية تُعد عاملاً رئيسياً في نجاح التنشئة الأسرية؛ فهي الوسيلة التي يتم من خلالها التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة، ونقل المعايير والقيم للأبناء.

- الطبقة الاجتماعية للأسرة: تُشكل الطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها الأسرة عاملاً جوهرياً في تشكيل نمو الفرد، إذ تُعتبر أساساً لنقل الثقافة والقيم إلى الطفل، مما يجعلها جزءاً مهماً من تكوينه المستقبلي.

- الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة: كلما كان الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة أكثر استقراراً وازدهاراً، ساهم ذلك بشكل إيجابي في تنشئة اجتماعية سليمة؛ بينما في حال عدم الاستقرار السياسي أو الاقتصادي، يكون الأثر عكسياً².

يُعتبر الوضع الاقتصادي والاجتماعي من العوامل المؤثرة على مستويات عدة من تنشئة الطفل، كالنمو الجسدي، والذكاء، والنجاح الأكاديمي، والتكيف الاجتماعي.

- المستوى التعليمي والثقافي للأسرة: يؤثر المستوى التعليمي والثقافي للأسرة على مدى فهمها لاحتياجات الطفل، وكيفية تلبية تلك الاحتياجات بأساليب تربوية مناسبة. فكلما كان مستوى الوالدين التعليمي والثقافي متقارباً، زادت الاستقرار الأسري واتسعت مساحة التفاهم بينهما.

يتضح هنا أن الثقافة الأسرية تلعب دوراً محورياً في تكوين شخصيات الأبناء على أسس سليمة، حيث يشكل المستوى التعليمي والثقافي للوالدين قاعدةً مهمةً لتوجيه وتنشئة الطفل بطريقة سوية.

ب. العوامل الخارجية:

- المؤسسات التعليمية: تُعرّف المؤسسات التعليمية بأنها "تلك المؤسسات الاجتماعية التي خصصها المجتمع للقيام بوظيفة التعليم الرسمي، ويستند ذلك إلى برامج ومناهج عامة محددة وثابتة إلى حد ما"¹.

¹ محمد فتحي فرج الزليتي، أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية ودافع الإنجاز الدراسي، مجلس الثقافة العام الليبي، 2008، ص 113.

² نصر الدين بهتون، الوضع الاقتصادي للأسرة وأثره في التنشئة الاجتماعية للطفل المتخلف ذهنياً، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة العقيد الحاج لخضر، الجزائر، 2008، ص 48

تشمل هذه المؤسسات دور الحضانة والمدارس والجامعات ومراكز التأهيل المختلفة. تؤثر هذه المؤسسات على الأفراد من خلال تزويدهم بالمعرفة وتنمية سلوكياتهم عبر مراحل تعليمية متكاملة تختلف حسب السن والجنس ونوع البرامج والمناهج.

- **جماعة الرفاق:** هي مجموعة من الأفراد الذين يتشابهون في خصائص مثل السن والمستوى الاجتماعي والميول، وأحياناً في الانتماء البيئي. يتفاعلون معاً ويؤثر كل منهم في الآخر².

وهذا يعني أن جماعة الرفاق تتكون من أفراد يتشابهون في ميولهم وأهدافهم ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، وترتبط بينهم علاقة من المحبة المتبادلة وقيم ومعايير متشابهة.

تساهم جماعة الرفاق في تنمية شخصية الفرد واكتسابه لنمط الشخصية الجماعية، والدور الاجتماعي، والشعور بالانتماء الجماعي، مما يهيئ له الظروف النفسية والاجتماعية لأداء أدوار اجتماعية مهمة مثل القيادة³، فباعتبارها مؤسسة اجتماعية، تؤثر جماعة الرفاق بشكل فعال على الأفراد، إذ يميل الأشخاص إلى اختيار رفاقهم الذين يتشابهون معهم في خصائص شخصياتهم، مما يسهل عملية التكيف والاندماج داخل هذه الجماعة.

- **الوضع السياسي والاقتصادي للمجتمع:** كلما كان المجتمع أكثر استقراراً سياسياً واقتصادياً، كلما ساهم ذلك بشكل إيجابي في عملية التنشئة الاجتماعية. أما إذا كان هناك اضطراب سياسي واقتصادي، فذلك يؤدي إلى تأثيرات سلبية على التنشئة الاجتماعية⁴. لذلك، يُعد الوضع السياسي والاقتصادي من العوامل الحاسمة في تشكيل البيئة الاجتماعية التي تؤثر بشكل كبير على نمو الأفراد.

- **ثقافة المجتمع:**

¹ العياشي زيتوني، محاضرات في علم الاجتماع المؤسسات، كلية العلوم الإنسانية، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2019-2020، ص 3.

² شريف زريبة، تأثير جماعة الرفاق على التنشئة الاجتماعية للأبناء، مذكرة ماجستير، جامعة بسكرة، الجزائر، 2008، ص 80

³ مصباح عامر، التنشئة الاجتماعية والانحراف الاجتماعي، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2011، ص 220

⁴ عبد الخالق محمد عفيفي، الأسرة والطفولة: أسس نظرية ومجالات تطبيقية، مكتبة عين الشمس، القاهرة، مصر، 1998، ص 179.

تعتبر التنشئة الاجتماعية جزءًا أساسيًا في حياة المجتمع، حيث تهدف إلى نقل ثقافة المجتمع إلى أفراد الذين سيتحملون مسؤولية بناء المجتمع وتطويره. فالتنشئة تهدف إلى غرس ثقافة المجتمع في شخصية الفرد من خلال المعايير والقيم والاتجاهات والعادات السائدة فيه، حيث ترتبط التنشئة وثقافة المجتمع بعلاقة تفاعلية تؤثر كل منهما في الآخر¹.

4. التنشئة الاجتماعية والبنية الثقافية

تعتبر التنشئة الاجتماعية والثقافة عمليتين مترابطتين بشكل وثيق، بحيث يؤثر كل منهما في الآخر، ولا يمكن تصور إحداهما دون الأخرى. فالفرد يكتسب ثقافة مجتمعه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تتم عبر مختلف مؤسساتها. إضافة إلى ذلك، تزود الثقافة الأفراد بأساليب التعامل والوسائل التي تمكنهم من حل مشكلاتهم وتلبية حاجاتهم، من خلال العناصر الفكرية والمادية التي تتضمنها².

إن مكونات الثقافة، مثل القيم والمعتقدات المشتركة، وأنماط العلاقات وأساليب الحياة، تؤثر بشكل كبير في مسيرة الفرد. يشمل تأثير الثقافة كل من العناصر المادية مثل الأدوات والموارد وغير المادية مثل السلوك والمعايير الاجتماعية والقيم والعادات³.

وفي هذا السياق، يرى "ليتون" أن الثقافة، بما تحتويه من عموميات وخصوصيات وبدائل، تجعل الفرد يشارك الجماعة فيما هو مشترك من ثقافة عامة وعالمية، بالإضافة إلى الثقافة الخاصة بالجماعة. كما أن الثقافة تساهم في بناء شخصية الفرد وصقلها من خلال الموروث الثقافي والحضاري⁴.

بناءً على ذلك، تُعتبر الثقافة وسيلة تزود الفرد بمجموعة من الأنماط السلوكية، مما يتيح له التفاعل والتكيف مع الآخرين، ويُمكنه من التنبؤ بسلوكيات وتصرفات أعضاء المجتمع الذي ينتمي إليه. ويتضح من هذا الإطار أن التغير الثقافي، الذي يتضمن مظاهر مثل التثاقف والتفكك والتطور، يعدّ ضروريًا

¹ فرحات أحمد، التنشئة الاجتماعية ودورها في تنمية مستوى الطموح عند الإنسان، قسم علم الاجتماع، جامعة الوادي، الجزائر، 2014، ص 325.

² يوسف فقاني، أسس السلوك الإنساني، دار المعرف، القاهرة، مصر، 2008، ص 221-223.

³ محمد إبراهيم عايش وآخرون، أنماط المشاهدة لبرامج الأطفال في محطات التلفزة المحلية العربية، مجلة الشؤون الاجتماعية، جمعية الاجتماعيين، الشارقة، 2002، ص 69.

⁴ يوسف فقاني، مرجع سابق، ص 240.

لنمو والبقاء والتكيف. لذلك، من المهم التأكيد على أهمية التنوع الثقافي وأثره في تكوين الشخصية، وكذلك دوره في خلق التكامل أو التمزق في البنية الاجتماعية للمجتمع¹.

وبالرغم من أن بعض الدراسات تشير إلى تأثير الثقافة على خبرات الفرد وعلاقاته، إلا أن هناك دلائل واقعية أخرى تشير إلى أن التغير الثقافي قد يؤدي أحياناً إلى تمزق اجتماعي في نسيج المجتمع، مما يستدعي دراسة عوامل التغير الثقافي وتأثيراتها على السلوك. تشمل هذه العوامل التعليم ووسائل الإعلام والتكنولوجيا وديناميات الأجيال والانفتاح على العالم. كما تركزت بعض الدراسات على معوقات التغير الثقافي وتأثيرها على تطور شخصية الفرد وتفاعله مع عناصر البيئات المتغيرة، مثل طبيعة التراث ونوعيته، والتواكل، والمعتقدات الشعبية، وتضارب السمات الثقافية².

وعلى ضوء ما سبق، يمكن القول إن بنية الثقافة المتماسكة تميل إلى خلق جماعات اجتماعية متجانسة. فقد شهدت البنى الثقافية نمواً ملحوظاً سواء من حيث تنوع البدائل أو من حيث انتشارها وتزايد درجة اندماجها، مما أدى إلى انتشار ظاهرة العولمة وظهور ثقافة عالمية ذات أنماط سلوكية موحدة³.

وفي المقابل، يمكن الإشارة إلى أن التراث الثقافي والحضاري المتجذر في نفوس الأفراد يعدّ من خصوصيات مجتمعنا، ومن غير المرجح أن تختفي مظاهر هذا التراث أمام مدّ الثقافة الحديثة. ومع ذلك، فقد أدى ظهور الثقافة الحديثة إلى نوع من التناقص في الثقافة الأصلية، حيث أبدى بعض الأفراد مشاعر ازدياد تجاه الثقافة التقليدية، رغم أنها لا تزال قائمة ضمن توجهاتهم وأنماط تفكيرهم⁴.

5 أهداف التنشئة الاجتماعية:

لا شك أن عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية هادفة تتداخل فيها مجموعة من العمليات الثقافية والاجتماعية، التي تهدف إلى تمكين الفرد من استيعاب قيم ومعايير المجتمع الذي يعيش فيه على المستويات المعرفية، الاجتماعية، والانفعالية. ومن بين الأهداف الرئيسية لهذه العملية:

¹ حلمي منيرة أحمد، التفاعل الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2000، ص 11

² مصطفى محمد الغيتي، سوسيولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المستقبل، بيروت، لبنان، 2009، ص 135.

³ حلمي منيرة أحمد، مرجع سابق، ص 11

⁴ مصطفى محمد الغيتي، مرجع سابق، ص 137.

- إنتاج شخص ذي كفاية اجتماعية: بمعنى إعداد فرد قادر على التفاعل الاجتماعي الحقيقي مع البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يحيط بها¹.
- تغيير الحاجات الفطرية إلى حاجات اجتماعية: تهدف التنشئة الاجتماعية إلى تحويل الحاجات الفطرية إلى حاجات اجتماعية، وتعديل السلوك الفطري ليصبح الفرد جزءاً من المجتمع، يتعلم أخلاقياته ويتقبل المكانة الاجتماعية التي يحددها له المجتمع².
- تحقيق الضبط الاجتماعي: تسعى التنشئة الاجتماعية إلى ضمان توافق الأفراد مع قواعد وقيم المجتمع بشكل عام، من خلال تبني الفرد لقيم الجماعة وثقافتها، مما يعزز الامتثال الاجتماعي من خلال نقل ثقافة المجتمع إلى أفرادها.
- تحويل الفرد إلى كائن اجتماعي: الفرد لا يولد اجتماعياً، لكنه يكتسب هذه الصفة من خلال التنشئة الاجتماعية، التي تساهم في الحفاظ على فطرته السليمة وإبراز جوانب إنسانيته³.
- اكتساب العادات الاجتماعية: تساهم التنشئة الاجتماعية في تزويد الفرد بالقيم والعادات الاجتماعية وأشكال السلوك من خلال المواقف الاجتماعية المختلفة، مما يساهم في بناء هويته الاجتماعية.
- معالجة الانحرافات الاجتماعية: تعمل التنشئة الاجتماعية على معالجة الانحرافات الاجتماعية من جذورها، وبالتالي تساهم في استقرار المجتمع⁴.

6. الوسط العائلي و الرضاعة الطبيعية:

تتأثر اتجاهات الأم نحو الرضاعة الطبيعية بشكل كبير بالبيئة الاجتماعية والثقافية التي نشأت فيها، حيث أن رؤية الأم لنساء أخريات يرضعن أطفالهن، خاصة في داخل أسرتها أو في محيطها الاجتماعي، تلعب دوراً مهماً في تكوين مواقف إيجابية تجاه الرضاعة الطبيعية. ومع ذلك، فإن هذه الفرصة لا تتاح للجميع،

¹ محمد يسرى موسى، مصادر وآليات التنشئة الاجتماعية لدى لاعبي الفرق القومية في جمهورية مصر العربية، رسالة دكتوراه - غير منشورة، كلية التربية الرياضية، جامعة حلوان، 1999، ص 35.

² السيد عبد القادر شريف، التنشئة الاجتماعية للطفل العربي، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 2004، ص 14.

³ سيف الدين ياسين قدي، ملامح التغير في ديناميات التنشئة الاجتماعية، دراسة أنثولوجية في أحد أحياء مدينة القاهرة، أطروحة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر، 2005، ص 17.

⁴ كمال السيد درويش، التربية السياسية للشباب، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1973، ص 28.

فالممارسات الثقافية تختلف من مجتمع لآخر ومن أسرة لأخرى. من هنا، تم تسليط الضوء على ممارسة الرضاعة الطبيعية في المجتمعات الريفية والحضري، بهدف مقارنة هذه الممارسات في كل من المجتمعين:

المجتمع الريفي: في المجتمعات الريفية، تعد الرضاعة الطبيعية الطريقة التقليدية لتغذية الأطفال. يعود ذلك إلى الخصوصية الاجتماعية والبيئية لهذا المجتمع، حيث يتأثر الأفراد بشكل مباشر من المحيط الاجتماعي منذ الصغر.

أظهرت إحدى الدراسات أنه في حوالي 45 حالة من ثقافات وأجناس مختلفة، يستمر الطفل في الرضاعة الطبيعية من ستة أشهر إلى سنتين، وفي بعض المجتمعات قد تمتد الرضاعة حتى سن ست سنوات. هذه الممارسة تؤدي إلى أن ينشأ الطفل، سواء كان ذكراً أو أنثى، مقتنعاً تماماً بأن الطريقة الطبيعية والوحيدة لتغذية الأطفال هي الرضاعة من الثدي، و يعد الزواج المبكر من العوامل المؤثرة أيضاً في المجتمع الريفي، حيث يحدث غالباً في سن البلوغ، مما يؤدي إلى أن الأم الأولى تتراوح أعمارها بين 15 و 18 عاماً. وفي هذه الحالة، تكون الأم الصغيرة بحاجة إلى الدعم والتشجيع من محيطها العائلي الكبير لتخفيف قلقها ومخاوفها¹، كما تساهم المشرفة على الولادة في المجتمع الريفي دوراً كبيراً في عملية الرضاعة، حيث تبقى الأم والطفل في فترة عزل لمدة تصل إلى 40 يوماً، تُعفى فيها الأم من الأعمال المنزلية، وتتمكن من تعزيز العلاقة بين الأم وطفلها. خلال هذه الفترة، تتابع المشرفة الحالة الصحية للأم والطفل، وتقدم لها النصائح والإرشادات حول الرضاعة الطبيعية وتغذية الأم المرضعة. يساعد هذا الدعم المتواصل في تعزيز ثقة الأم بنفسها².

من هنا، يمكن القول إن المرأة في المجتمع الريفي تستفيد من بيئة اجتماعية تشجع على الرضاعة الطبيعية، حيث تلقى دعماً من محيطها العائلي والمشرفات على الولادة، مما يعزز من موقفها الإيجابي تجاه هذه الممارسة، بالمقابل، تطرح التساؤلات حول المرأة في المجتمع المدني ومدى استفادتها من نفس القدر من الدعم والمساندة الذي تحظى به المرأة الريفية. هل تقوم المشرفة على الولادة في المجتمع

¹ سناء الخولي، مرجع سابق، ص 96.

² نفس المرجع ، ص 94

² نفس المرجع ، ص 95.

المديني بدور مشابه؟ وهل تحظى المرأة في المدن بنفس درجة المساندة من أسرته أو المجتمع في هذه الممارسة؟

المجتمع الحضري: تتميز المدن بوجود طبقات اجتماعية متنوعة، حيث تتكون الطبقة المرموقة من رجال الصناعة والتجار والسياسيين الذين يتمتعون بمستوى معيشي مرتفع، ويؤثرون بشكل كبير على الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للأمة. هؤلاء الأفراد يعتبرون القوى التي تحدد معالم العصر، وهم يرسمون قواعد التقدم والتحديث في المجتمع. في المقابل، يواجه أغلب السكان في المدينة صعوبات اقتصادية، حيث ينحدرون من أوساط ريفية فقيرة، ليصطدموا في المدينة بمستوى معيشة قد يكون أكثر قسوة. يضطر هؤلاء الأفراد إلى التخلي عن بعض عاداتهم وتقاليدهم الريفية، متبنين عادات جديدة تتماشى مع بيئة المدينة. في هذا السياق، يتبعون الطبقة المرموقة ليس من اختيارهم بل نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشون فيها.

ومع التأثير الكبير للطبقة المرموقة، يتبنى العديد منهم عادات جديدة، مثل تغذية الأطفال عن طريق الحليب المجفف في العلب، وهو أمر لا يتناسب مع ثقافتهم الأصلية، ما يؤدي إلى تحول تدريجي في العادات الغذائية. كما أن وسائل الإعلام والإعلانات التجارية تلعب دوراً رئيسياً في هذا التحول، من خلال الترويج لاستخدام الحليب الصناعي عبر التلفزيون والإعلانات المضيئة، بالإضافة إلى طرق توزيع الحليب المعلب التي تصل المنازل يومياً.

في هذا الجو، يعاني الأطفال من بيئة غير مستقرة مادياً ومعنوياً، حيث يتم الترويج للإرضاع الصناعي ويضغط على الأمهات لممارسة هذه العادة عبر وسائل إعلامية ودعائية، وتنشأ الفتاة في هذا السياق الاجتماعي دون أن تكون مهياًة لدور الأمومة، وهو دور يشمل أكثر من مجرد الولادة، بل يتطلب أيضاً الرضاعة والعناية والارتباط العاطفي القوي بين الأم وطفلها، وهو ما يفقر إليه الرضاعة الصناعية. فحليب الزجاجة يمكن أن يُعطى من قبل أي شخص، لا يتطلب سوى معرفة طريقة تحضيره.¹

إضافة إلى ذلك، فإن خدمات التوليد في المدينة تركز أكثر على الجانب الطبي والعلاجي، بخلاف المشرفة على الولادة في المجتمع الريفي التي تقدم دعماً مهنيّاً وعاطفياً أكبر للأم. من جهة أخرى، يتسبب الوضع الاقتصادي في المدينة في تقليص وقت الرضاعة للأمهات العاملات، حيث يسمح القانون

¹، نفس المرجع، ص 96.

بإعطائهن ساعتين فقط في اليوم، والتي تقل بعد 6 أشهر إلى ساعة واحدة فقط، ما يعرقل قدرة الأم على تلبية احتياجات طفلها بشكل طبيعي. نتيجة لذلك، قد يؤدي هذا النقص في الرضاعة الطبيعية إلى الفطام المبكر واستخدام الحليب الصناعي كبديل، وهو ما ينعكس سلباً على صحة الطفل وعلى العلاقة بين الأم وطفلها.

ثانياً: الوعي الصحي و الثقافة الصحية

1. الوعي الصحي

1.1 تعريف الوعي الصحي:

الوعي الصحي يعني معرفة الأفراد بالمعلومات الصحية الأساسية، فضلاً عن شعورهم بالمسؤولية تجاه صحتهم وصحة الآخرين. يمكن أن يُفهم على أنه سلوك مدروس ناتج عن الفهم والإقناع. وبشكل آخر، يُعتبر الوعي الصحي عندما تصبح الممارسات الصحية جزءاً من الحياة اليومية للفرد، بحيث يمارسها دون تفكير أو وعي مسبق، وهو الهدف الذي يسعى إليه المجتمع لتحقيق ثقافة صحية راسخة¹، فالوعي الصحي هو حالة من الفهم العميق والسلوك المسؤول تجاه الصحة، حيث يتحول الالتزام بالممارسات الصحية إلى عادات يومية تلقائية تسهم في ترسيخ ثقافة صحية مستدامة في المجتمع.

2.1 أهمية الوعي الصحي:

الوعي الصحي له دور بالغ في حياة الأفراد والمجتمعات، إذ أن المجتمع القوي والصحي يتكون من أفراد أصحاء. يساهم التقدم الطبي المستمر في تعزيز هذا الوعي، مما يتيح للناس معرفة الخدمات الصحية المتاحة لهم. من خلال الوعي الصحي، يمكن تجنب الأمراض والمشاكل الصحية، مما يعود بالنفع على الصحة الجسدية والعقلية. كما أن الوعي الصحي يقلل من تكاليف العلاج ويعزز من قدرة المجتمع الاقتصادية، حيث أن استثمار الصحة يقلل من الخسائر الاقتصادية الناتجة عن المرض والعجز²

¹ بهاء الدين ابراهيم سلامة. الصحة - والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997، ص 22.

² أميرة - منصور يوسف. المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص 20-21.

2. الثقافة الصحية والتثقيف الصحي

1.2 الثقافة الصحية:

يشير مفهوم الثقافة الصحية إلى الأنماط السلوكية والمعرفية التي يتبناها الأفراد والمجتمع لتحسين الوعي الصحي وتوجيه سلوكياتهم للحفاظ على صحة جيدة. تعد الثقافة الصحية جزءًا من الثقافة العامة في المجتمع، حيث تشمل التعرف على العادات الصحية، وأساليب الوقاية، وأهمية الرعاية الصحية الوقائية¹، وتتمثل أهمية الثقافة الصحية في تعزيز الوعي الصحي لدى الأفراد ليصبحوا أكثر استعدادًا لاتخاذ قرارات صحية مستنيرة تؤدي إلى حياة أفضل². وتركز الثقافة الصحية على تكوين قاعدة معرفية تشمل السلوكيات الصحية السليمة، مثل التغذية الجيدة، والنظافة الشخصية، والوقاية من الأمراض، والتعرف على أخطار بعض السلوكيات الضارة بالصحة³.

تشمل وسائل نشر الثقافة الصحية المدارس، ووسائل الإعلام، والمؤسسات الصحية، وأماكن العمل، والأنشطة المجتمعية المختلفة، والتي تهدف إلى رفع مستوى الوعي الصحي وتطوير السلوك الصحي الجماعي. بحيث يصبح كل فرد مسؤولًا عن صحة نفسه وصحة من حوله⁴.

2.2 التثقيف الصحي:

يُعرف التثقيف الصحي أو التربية الصحية بأنه عملية تهدف إلى نقل المعلومات وتطوير المهارات الضرورية التي تمكن الأفراد من ممارسة حياتهم بطريقة صحية، وتعديل بعض السلوكيات لتحسين نوعية حياتهم، بما ينعكس إيجابيًا على صحة الأفراد والمجتمعات. ويهدف التثقيف الصحي بشكل أساسي إلى

¹ قدري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2007، ص 172.

² نعيم حبيب جغيني، علم اجتماع التربية المعاصر بين النظرية والتطبيق، مرجع سابق، ص 111.

³ نبيلة بوخزة، الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر، 1995، ص 169-170.

⁴ قدري الشيخ علي وآخرون، مرجع سابق، ص 173

إرساء سلوكيات صحية وأنماط حياة تتلاءم مع خصوصيات وعادات كل مجتمع، بغرض تعزيز خدمات الصحة العامة وزيادة استفادة الناس منها¹

3.2 أهداف الثقافة الصحية التثقيف الصحي:

يرمي التثقيف الصحي إلى تحقيق رفاهية المجتمع عن طريق تحفيز الناس للعمل على تحسين ظروفهم الحياتية في مختلف الجوانب، مع تحقيق السلامة والكفاءة البدنية والعقلية والاجتماعية، مما يسهم في تحقيق الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي 2. وتتمثل أهداف التثقيف الصحي في الآتي²:

الهدف الأول: تحسين صحة الأفراد، والأسر، والمجتمعات من النواحي الجسدية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية؛ وذلك من خلال تعزيز الاهتمام بالغذاء، والمسكن، والنشاط البدني، والرفاهية، والعلاقات الإنسانية، وتنظيم الأسرة³

الهدف الثاني: نشر الوعي بوسائل الوقاية من الأمراض والحوادث، من خلال توعية الأفراد بالممارسات والعادات الصحية اللازمة، وتوضيح كيفية تنفيذها وفوائدها.

الهدف الثالث: تشجيع الأفراد على طلب العلاج المناسب عند الحاجة، والاستفادة من الخدمات الصحية المتوفرة بشكل كامل، بما يضمن استمرار العلاج حتى الشفاء ويحقق أقصى استفادة من الموارد الصحية، ويسهم في الحد من الخسائر الاقتصادية الناتجة عن الاستخدام غير الملائم للخدمات الصحية.

الهدف الرابع: توجيه الأفراد نحو الاستفادة الرشيدة من الخدمات الصحية والطبية والغذائية والاجتماعية التي تقدمها الدولة.

ولتحقيق هذه الأهداف الأساسية في التثقيف الصحي، يجب العمل على تحقيق الأهداف الأولية التالية⁴:

- تغيير مفاهيم الناس حول صحتهم واعتبار الصحة العامة هدفاً شخصياً.
- تشجيع المشاركة الفعالة من قِبَل الأفراد في الأنشطة الصحية، بشكل تطوعي.

¹ أميرة - منصور يوسف، مرجع سابق، 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 192-193.

⁴ مصطفى - القمش وآخرون. مرجع سابق، ص 182-183.

- تعزيز فهم الأفراد لدور العاملين والمؤسسات الصحية في تحسين المستوى الصحي والاجتماعي.
- توعية الأفراد حول الدور الحيوي لمراكز الرعاية الصحية، مثل مراكز رعاية الأمومة والطفولة.
- تثمين الصحة كقيمة أساسية، مما يعزز الاعتزاز والالتزام بالحفاظ عليها.
- تحفيز الأفراد على دعم الخدمات الصحية وفهم أهدافها وأدوارها.
- دعم الأنشطة التي تشجع على تعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض

4.2 مجالات الثقافة الصحية و التثقيف الصحي:

أ . التثقيف الصحي العام:

يستهدف هذا النوع من التثقيف الصحي المجتمع بأكمله، ويُعد من أهم مجالات التثقيف نظرًا لأن الوسائل المستخدمة مثل المذياع والتلفاز والوسائل الإعلامية الأخرى يمكنها الوصول إلى جميع فئات المجتمع، ويعتمد نجاح هذا التثقيف على فهم خصائص المجتمع واحتياجاته الصحية، واختيار الرسائل والوسائل المناسبة للفئات المختلفة فيه، حيث تتطلب بعض المجتمعات مثل المجتمعات الريفية أو البدوية أساليب تختلف عن تلك التي تناسب مجتمعات المدن¹. هذا النوع من التثقيف الصحي يهدف إلى توعية المجتمع بأكمله باستخدام وسائل إعلامية متنوعة قادرة على الوصول إلى جميع الفئات. لتحقيق النجاح، يجب مراعاة طبيعة المجتمع واحتياجاته الصحية، مع تصميم رسائل وأساليب ملائمة للبيئات المختلفة.

ب. التثقيف الصحي المدرسي:

تشكل المدارس بيئة مثالية لتقديم التثقيف الصحي، حيث تشكل الفئة العمرية للطلبة نسبة كبيرة من المجتمع، مما يسهل الوصول إليهم وتوعيتهم. يمكن للمدارس أيضًا الاستفادة من الطلاب في نشر الثقافة الصحية وتقديم الرعاية لأقرانهم وعائلاتهم، وذلك من خلال تقديم أنشطة وقائية وعلاجية مبسطة يتم شرحها للأطفال بواسطة المعلمين، ليقوم الأطفال بنقلها لعائلاتهم.

ج. التثقيف الصحي للمرضى والمراجعين:

¹ زهير أحمد السباعي وآخرون. التثقيف الصحي، مبادئه وأسلوبه، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض، 1996، ص

يعد التنقيف الصحي للمرضى والمراجعين أمراً ضرورياً في المؤسسات الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية. ويهدف إلى تقديم التوعية الصحية للمرضى وشرح المعلومات اللازمة لهم. هذه المؤسسات مجهزة بالوسائل المناسبة، كالمواد البصرية والسمعية، لتقديم التنقيف الصحي من خلال ملصقات، نشرات، وعروض توضيحية، مما يساهم في تحسين الاستفادة من الخدمات الصحية.

د. التنقيف الصحي في المنزل:

المنزل يمثل بيئة مثالية للتنقيف الصحي، حيث يشعر الأفراد فيه بالطمأنينة والراحة، مما يجعل عملية التنقيف الصحي في المنزل فرصة لتعزيز الوعي الصحي لدى الأسرة بشكل واقعي، ومراعاة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة في تقديم رسائل التوعية.

هـ. التنقيف والتواصل الصحي:

يُعد التنقيف الصحي جزءاً لا يتجزأ من عملية الاتصال الاجتماعي التي تهدف إلى تعزيز الوعي الصحي وتعزيز التنمية الاجتماعية. لتحقيق صحة أفضل للجميع، ينبغي أن يشارك كافة أفراد المجتمع في عملية التنقيف الصحي من خلال الأنشطة التي تقدمها المراكز الصحية وتلك التي يمكن للعائلات والأفراد القيام بها. ويتضح من ذلك أهمية الدور الكبير الذي يلعبه التواصل في تحقيق هذه الأهداف، حيث يتخذ الأفراد قراراتهم الصحية بأنفسهم، مثل الذهاب للطبيب أو اتباع تعليماته، لذا يجب تزويدهم بالمعرفة اللازمة لتمكينهم من تحمل المسؤولية الفردية تجاه صحتهم، ويتطلب ذلك أمرين أساسيين¹:

- اتخاذ السلطات العمومية القرارات المناسبة لضمان الصحة العامة.

- تزويد الأفراد بالمهارات والمعلومات الصحية الضرورية.

كما أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أهمية التعليم والتنقيف الصحي باعتباره عنصراً أساسياً لدعم التنمية الاقتصادية والاجتماعية لكل بلد. فتعتبر الصحة ركيزة أساسية للدول المتقدمة، ويمكن من خلال التنقيف الصحي ضمان الحفاظ على صحة المجتمع وسلامة الأمة.

ثالثاً: المستوى المعيشي و نمط الحياة

¹ نبيلة - بوخبزة، مرجع سابق، ص 169-170.

1 نبذة عن تطور المستوى الاقتصادي للأسر الجزائرية من 2001-2019

يُعتبر الاقتصاد الجزائري أحد الاقتصادات التي مرّت بمراحل متعددة من الإصلاحات منذ الاستقلال وحتى مطلع الألفية الثالثة. بعد فترة من الاقتصاد الموجّه، توجهت الجزائر نحو سياسات مدعومة من المنظمات الدولية بهدف تحسين الوضع الاقتصادي وتلبية تطلّعات الشعب، التي تشمل رفع مستوى المعيشة، وتحسين فرص التشغيل، وتعزيز الأمن الاقتصادي. ومع ذلك، فإن هذه الإصلاحات كانت ذات تأثير محدود، حيث ركزت بشكل أكبر على الجوانب النقدية والمالية دون أن تحقق نقلة نوعية في الجوانب الاجتماعية أو معالجة التحديات الحقيقية للنمو الاقتصادي.

شهدت الأوضاع المالية الجزائرية في الألفية الثالثة تحسّناً ملحوظاً نتيجة ارتفاع أسعار المحروقات، مما ساعد على تخفيف عبء المديونية وتمويل المشاريع الكبرى، ودخول البلاد في مرحلة جديدة من الإنفاق التنموي. هذه المرحلة، التي امتدت بين عامي 2001 و2019، اتبعت سياسة توسعية هدفها تدارك التدهور الاقتصادي وتحقيق أهداف اقتصادية واجتماعية، من بينها تحسين مستوى معيشة المواطنين من خلال تحسين مؤشرات الرفاهية العامة.

ومع تنفيذ هذه البرامج التنموية، يثار التساؤل حول مدى تحقيق الجزائر لتحسن فعلي في مستوى معيشة مواطنيها خلال هذه الفترة، ومدى تأثير السياسات الاقتصادية المتبعة على مؤشرات الحياة اليومية للمواطن.

2 مفهوم مستوى المعيشة وطرق قياسه

1.2 مفهوم مستوى المعيشة:

يُعدّ مصطلح "مستوى المعيشة" من المصطلحات واسعة الاستخدام من قِبَل العديد من المنظمات والهيئات الدولية والمهتمين بالاقتصاد منذ بداية القرن العشرين. ورغم شيوعه، إلا أن مفهومه الدقيق لم يُحدّد بعد؛ نظراً لاختلافه من بلد لآخر. فقد خضع هذا المفهوم للعديد من المناقشات، من ضمنها تساؤلات حول المقصود به، والعناصر التي يتكون منها، وما إذا كان التحسن في مستوى معيشة السكان يعني تقليل الفقر وتوزيع ثمار الدخل بشكل متساوٍ على جميع فئات المجتمع، إلا أن الإجابة الدقيقة على هذه الأسئلة ليست بالأمر السهل؛ حيث يكمن السبب في تداخل مفهوم "مستوى المعيشة" مع مصطلحات أخرى، مثل

"نوعية الحياة"، "الرفاه الإنساني"، و"الرفاه الاقتصادي". كما يرتبط بمفاهيم مثل الفقر وعدالة توزيع الدخل، حيث يثير التحسن في مؤشرات مستوى المعيشة تساؤلات حول علاقته بمفاهيم أخرى مرتبطة به.

ويهتم مفهوم مستوى المعيشة بالنواحي الاجتماعية، والثقافية، والسياسية، إضافة إلى النواحي الاقتصادية التي تؤثر عليه، مما يجعله يعتمد عليها. لذلك، يختلف هذا المفهوم من بلد لآخر. فعلى سبيل المثال، تستخدم الأمم المتحدة مفهوم "مستوى المعيشة" كقياس إجمالي لحالة المعيشة في دول مختلفة وفي فترات زمنية محددة بناءً على ذلك، لا يوجد مفهوم موحد لمستوى المعيشة بين الاقتصاديين والمهتمين بهذا المجال، ما يؤدي إلى اختلاف تعريفه كذلك. فهو يشير في مضمونه إلى أسلوب أو نمط للعيش، ويمكن تعريفه على أنه "مجموع ما يملكه الفرد أو المجتمع من سلع وخدمات مادية وغير مادية مثل التعليم والصحة وغيرها خلال فترة زمنية معينة، والذي تم الحصول عليه بطريقة مباشرة أو غير مباشرة كأن يتم توفيره مجاناً من قِبَل الحكومة أو أطراف أخرى، حيث يعكس هذا المجموع مستوى الرفاهية لدى الفرد أو المجتمع خلال نفس الفترة"¹.

2.2 طرق قياس مستوى المعيشة

يتم قياس مستوى المعيشة وتحديد مستواه بالاعتماد على عدة مؤشرات تعكس مختلف جوانبه، ومن أهم هذه المؤشرات ما يلي:

أ. مؤشر نصيب الفرد من الدخل الوطني:

يُعبّر هذا المؤشر عن قدرة الأسرة على الحصول على السلع والخدمات الاستهلاكية التي تُعد المحور الأساسي لمستوى معيشتها، ويُستخدم هذا المؤشر للمقارنة بين مستويات المعيشة في البلدان المختلفة، إذ يعكس نصيب الفرد من الدخل الوطني مستوى معيشتة.

¹ الكليدار، قصي قاسم. قياس مستوى المعيشة في العراق ضمن حدود خط الفقر ومستوى الكفاية ومستوى الرفاهية

للسنوات 1991 و2002 و2010. أطروحة دكتوراه غير منشورة، تخصص فلسفة في العلوم الاقتصادية، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العراق، 1992، ص 21

ب. طريقة المؤشرات الإجمالية المتعددة:

ظهرت هذه الطريقة بسبب إدراك أن مستوى المعيشة لا يمكن قياسه باستخدام مؤشر منفرد واحد. وتشمل هذه الطريقة جوانب إضافية إلى جانب الدخل والاستهلاك، مثل الصحة، التعليم، نوعية الغذاء، السكن، توفر المياه، والصرف الصحي وغيرها¹.

ج. مؤشر تكلفة المعيشة الحقيقي:

يُستخدم هذا المؤشر لتحديد القيمة الحقيقية للنقود، وقياس التغيرات في المستوى العام لأسعار السلع والخدمات التي تحصل عليها الأسر، مما يساعد في تقييم مستوى معيشتها.

د. المؤشرات الديمغرافية:

تشمل هذه المؤشرات عدد السكان من حيث العدد الإجمالي، التركيبة العمرية، نسب الإعاقة، ومعدلات الخصوبة الإجمالية، وهي تساعد في تقييم حجم الأعباء التي تتحملها الدولة في بلد معين.

3 تأثير حجم الأسرة على المستوى المعيشي

1.3 الأسرة والنمو الديموغرافي:

تحتل الموضوعات السكانية في الوقت الحالي مكانة هامة على الصعيدين الدولي والمحلي لما لها من تأثير على مستوى معيشة المجتمع والأفراد. فقد انصب اهتمام السلطات الجزائرية بعد الاستقلال مباشرة على تحسين المستوى المعيشي للأسر من خلال وضع سياسات محكمة في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية، خاصة في مجالات الصحة والسكن. ونتيجة لذلك، ارتفع عدد سكان الجزائر من "11,826,000 نسمة في أول إحصاء للسكان والسكن لسنة 1966 ليصل إلى 16,780,000 نسمة في إحصاء 1977"².

منذ القدم، كان المجتمع الجزائري ذو طابع اقتصادي تقليدي حيث كان 70% من السكان يعيشون في الأرياف، ويعتمدون في معيشتهم على الزراعة، والتي تطلبت أيادي عاملة كثيفة خاصة في مواسم

¹ أ. كون فتيحة، دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر للفترة 1980-2008، إشراف: أ. د. خليل عبد القادر، ص

² Chekhi Kamel : Guide des indicateurs économiques et sociaux, Alger, 1997, p.7

الحصاد وجني المحاصيل. لهذا السبب، كانت العائلات الجزائرية تفضل العائلات الكبيرة، إذ كان يُنظر لكل مولود جديد على أنه استثمار للعائلة، خاصة الذكور منهم باعتبارهم وسيلة للحصول على الدخل. ولم يكن حجم الأسرة الكبير يُعتبر عائفاً حتى ولو كانت ذات دخل محدود، مما أدى إلى ارتفاع حجم الأسرة الجزائرية بين إحصائي 1966 و 1977، حيث "بلغ حجم الأسرة الجزائرية في سنة 1966 نحو 5.91 أفراد، وارتفع ليصل في المتوسط إلى 6.65 فرد بمعدل نمو سكاني يقدر ب 3.21%".¹

يفسر هذا النمو السكاني بالسياسة السكانية التي انتهجتها الجزائر بعد الاستقلال لتعويض خسائر الحرب. وقد تجلّى هذا التوجه في الخطاب الذي ألقاه الرئيس الراحل هواري بومدين في يونيو 1969، عندما دشّن مركب الحديد والصلب بالحجار، إذ قال: "لسنا من المناصرين للحلول الخاطئة كتحديد النسل، وإنما نعتقد أنّ الحلّ الحقيقي يكمن في التنمية والتطور حتى ولو استغرق ذلك وقتاً أطول وجهوداً أكثر".²

على الرغم من هذا التوجه، لم يُسفر عن نتائج إيجابية ملحوظة، إذ استمر عدد السكان في النمو ولم تترافق هذه الزيادة مع انتعاش اقتصادي أو انطلاقة قوية للتنمية، وبلغ حجم الأسرة الجزائرية في سنة 1987 نحو 7.09 أفراد.³ لذلك، اضطرت الحكومة الجزائرية للتفكير في حلول عاجلة للتحكم في الوضع السكاني، مما دفعها نحو سياسة تنظيم النسل. وقد انخفض متوسط حجم الأسرة الجزائرية إلى 6.58 في آخر إحصاء للسكان والسكن لسنة 1998، وذلك نتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية وحتى السياسية التي عرفت بها البلاد، بما في ذلك ارتفاع مستوى المديونية الخارجية الذي أثقل كاهل الاقتصاد الجزائري، وأدى إلى إعادة هيكلة عدة مرات وفق شروط صارمة أثرت سلباً على الأسر الجزائرية، مما دفعها إلى تنظيم نسلها.⁴

وبذلك، يظهر تأثير حجم الأسرة على المستوى المعيشي كعامل ذو حدين؛ إذ قد يكون عدد أفراد الأسرة الكبير ميزة إذا كان معظمهم في سن العمل ويشغلون، مما يزيد من دخل الأسرة ويرفع مستوى معيشتها. على الجانب الآخر، قد يشكل هذا العدد الكبير عبئاً إذا كان أغلب أفراد الأسرة غير قادرين على العمل لصغر سنهم، مما يزيد من عدد المستهلكين ويثقل كاهل الأسرة، أو إذا كانوا عاطلين عن العمل حتى وإن كانوا مؤهلين.

¹ Office National de Statistique : Collection statistique, Alger, N°= 80, sans année, p.5

² كواش زهرة، الخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع، الجزائر، 1997، ص 63

³ Office National de Statistique : Collection statistique, op.cit, p.13

⁴ Chekhi Kamel, op.cit, , p.7

2.3 تطور حجم الأسرة الجزائرية

أ. **حجم الأسرة** : يعكس مؤشر متوسط حجم الأسرة التوسع الكمي للأسر، وهو يُظهر العدد المتوسط للأفراد ضمن الأسرة الواحدة في تجمع سكاني معين. ويتم حسابه من خلال قسمة إجمالي عدد الأفراد على عدد الأسر في ذلك التجمع، ما يوفر فهمًا أعمق لحجم الأسرة وتأثيره على التركيبة السكانية والخصوبة¹، وقد مرّ حجم الأسرة الجزائرية بتغيرات ملحوظة منذ الاستقلال حتى اليوم، وقد تأثرت هذه التغيرات بالتحويلات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي عرفت الجزائر. يوضح الجدول التالي تطور متوسط حجم الأسرة الجزائرية حسب التعدادات والمسوحات التي أجريت في البلاد خلال الفترة من 1966 إلى 2012.

ب. **تطور متوسط حجم الأسرة الجزائرية**

الجدول رقم 10 : تطور متوسط حجم الأسرة الجزائرية حسب التعدادات والمسوحات التي أجريت في البلاد خلال الفترة من 1966 إلى 2012.

السنة	حضر	ريف	المجموع
1966	5.96	6.07	5.92
1977	6.65	6.67	6.66
1987	6.83	6.69	7.1
1998	6.33	6.96	6.58
2002	6.18	6.64	6.3
2006	5.67	6.2	5.9
2008	5.7	6.2	5.9
2012	/	/	5.4

المصدر : إعداد الطالب بالاعتماد على: تعداد 1998، المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، MICS 2006، تعداد 2008، MICS 2012، / : معطيات غير متوفرة

¹ عمر طعبة، "البنى الأسرية وتراكيبها العائلية من خلال معطيات مسح 2006: تطورها، خصائصها، وعلاقتها بالخصوبة"، جامعة وهران، 2017، ص 27

شهد حجم الأسرة الجزائرية تطوراً واضحاً على مدى العقود الماضية، حيث يمكن تقسيم هذا التطور إلى ثلاث مراحل رئيسية، بدءاً من الفترة 1966-1987، التي تميزت بزيادة ملحوظة في عدد أفراد الأسرة الجزائرية؛ فقد ارتفع متوسط حجم الأسرة من 5.92 فرد عام 1966 إلى 7.1 فرد في 1987. يُعزى هذا الارتفاع إلى ما يُعرف بـ "الانفجار السكاني" في الجزائر، حيث تزايدت معدلات الولادات والخصوبة بالتزامن مع انخفاض معدلات الوفيات، مما أدى إلى زيادة كبيرة في حجم الأسر. في المرحلة الثانية بين عامي 1987 و1998، انخفض متوسط حجم الأسرة إلى 6.2 فرد، ويعود ذلك إلى مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية، منها تبني سياسة تنظيم الأسرة، وارتفاع مستوى تعليم المرأة وخروجها إلى سوق العمل، بالإضافة إلى الظروف الاقتصادية والسياسية الصعبة التي مرت بها البلاد، مما دفع الأسر الجزائرية إلى تقليل عدد أفرادها. وأخيراً، في الفترة الممتدة بين 1998 و2012، استمر هذا التراجع ليصل متوسط حجم الأسرة إلى 5.4 فرد، وهو أدنى مستوى مسجل للأسرة الجزائرية. يعكس هذا الانخفاض تأثير التحولات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية، والتي أثرت على السلوك الإنجابي للأسرة الجزائرية، مع توجه المجتمع نحو تكوين أسر أصغر حجماً استجابةً للتغيرات الحياتية المتسارعة.

رابعاً: الحالة الصحية للمرأة وعلاقتها بنمط الرضاعة :

1. الأمراض المزمنة عند النساء:

تعرف منظمة الصحة العالمية OMS الأمراض المزمنة بأنها حالات صحية تستمر لفترة طويلة، عادة ما تكون لمدة سنة أو أكثر، وتستدعي التعايش معها لفترات طويلة أو مدى الحياة¹، وتتضمن الأمراض المزمنة مجموعة واسعة من الحالات الصحية التي غالباً ما تكون غير قابلة للشفاء بشكل كامل، ولكن يمكن السيطرة عليها بإدارة صحية مناسبة. من بين هذه الأمراض، تشمل الأمراض القلبية الوعائية، السكري، السرطان، الأمراض التنفسية المزمنة، وأمراض الكلى المزمنة. تساهم هذه الأمراض في تقليل جودة الحياة وتزيد من عبء الرعاية الصحية على الأفراد والمجتمعات.

وكما هو معروف أن فئة النساء تتميز بعدد من الخصوصيات الفسيولوجية والاجتماعية التي تميزهن عن الرجال. على المستوى الفسيولوجي، إذ تلعب التغيرات الهرمونية دوراً كبيراً في تطور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، حيث تزداد المخاطر بعد سن اليأس. كما أن النساء أكثر عرضة لبعض الأمراض مثل هشاشة العظام وأمراض المفاصل نتيجة الاختلافات الجسدية، فمن الناحية النفسية والاجتماعية،

¹<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> , 10/10/2023, 18 :34.

تواجه النساء ضغوطاً إضافية بسبب الأدوار المتعددة والمسؤوليات العائلية، وتزيد من المخاطر الصحية خلال هذه الفترات، كما أن التحديات الاقتصادية والاجتماعية قد تحد من الوصول إلى الرعاية الصحية المناسبة، مما يستدعي تقديم رعاية صحية موجهة خصيصاً لاحتياجاتهن، هذا ما يزيد من احتمالية الإصابة بالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، تؤثر الأمراض المزمنة على صحة الحمل والإنجاب، والقدرة على تغذية الأطفال الرضع.

2. تأثير الأمراض المزمنة على الرضاعة:

إن حليب الأم يعد غذاء كاملاً ويناسب في كافة مراحل نموهم، فهو يحتوي على أجسام مضادة تحمي الرضيع من عدة أمراض، كالإنتانات والحسبة والديفتيريا والكزاز والشلل وغيرها من الأمراض المعدية، ولكن هناك بعض الحالات التي تمنع الأم من إرضاع طفلها هي:

- إصابة الأم بالسل الرئوي: وفي هذه الحالة يبعد الطفل عن والدته لأنه إذا تعرض لأنفاسها المملوءة بجرثومة السل، فلا بد أن يصاب بمرض حاد أو مزمن قد يؤدي بحياته.
- إصابة الأم بأحد الأمراض التي تقلل من إفراز الحليب كحالات فقر الدم وأمراض القلب والسكري.
- إصابة الأم المرضعة بالأمراض الكلوية الخطيرة سواء كانت حادة أو مزمنة.
- إصابة الأم بالسعال الديكي، وهكذا التهاب اللوزتين والحلق والبلعوم، أو بداء الرئة.
- الإصابة بالفيروسات الخطيرة كمرض الإيدز أيضاً قد تصاب الأم بحمى النفاس التي تمنع الطفل من الرضاعة مدة المرض فقط ويجب العودة للرضاعة بعد الشفاء من المرض.
- الى جانب أمراض الأم، هناك حالات أخرى تمنع الأم من إرضاع رضيعها و تتمثل في امراض الثدي، حيث كثيراً ما تتشقق حلمة الثدي و تصاب بالالتهاب و الأكزيما.
- والجدول التالي يوضح آخر احصائيات لمنظمة الصحة العالمية من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2019 حول نسب الأمراض المزمنة لدى النساء

جدول رقم 11: توزيع نسبة النساء المصابات بالأمراض المزمنة سنة 2019

نوع المرض	إناث	المجموع
ضغط الدم الشرياني	50.7	52.7
السكري	47.7	47.9
أمراض القلب و الشرايين	49.1	50.2
أمراض التنفس	30.7	30.8
امراض المفاصل	44.5	43
مرض السرطان كل الأنواع	46.6	48.3
اضطرابات عصبية ونفسية	30	27.3
الفشل الكلوي	39.9	41.9
أمراض وراثية	28.2	28.2
أمراض أخرى	34.9	35.1
العمر المتوسط لتشخيص الإصابة بأول مرض مزمن	45.5	45.6

المصدر: إعداد الباحث اعتمادًا على قاعدة معطيات مسح. MICS 2019

تُظهر الإحصائيات المتعلقة بالأمراض المزمنة لدى الأمهات، مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، والفشل الكلوي، تأثيرًا واضحًا على قدرة الأمهات على الرضاعة الطبيعية. هذه الأمراض قد تؤثر على صحة الأم وتحد من قدرتها على إرضاع أطفالها بشكل كافٍ. على سبيل المثال، قد يعاني الأمهات المصابات بالسكري أو ضغط الدم المرتفع من صعوبة في الحفاظ على مستويات صحية تؤثر على إنتاج الحليب. كما أن الأمراض مثل السرطان والفشل الكلوي قد تمنع الأمهات من إرضاع أطفالهن بسبب العلاجات الطبية المطلوبة. من هنا، تتجلى أهمية توفير الرعاية الصحية المناسبة والدعم الطبي للأمهات المصابات بهذه الأمراض لضمان استمرار الرضاعة الطبيعية خاصة أثناء فترة حمل كونها أقرب فترة لفترة تغذية الطفل الرضيع خاصة في 6 أشهر من حياته بهدف تعزيز صحة الطفل الرضيع، وفيمايلي سنحاول معاينة مدى اهتمام الأمهات بصحتهن خلال فترة وذلك من خلال بيانات مسح 2019

جدول رقم 12: إجمالي عدد الزيارات للنساء أثناء فترة الحمل

إجمالي عدد الزيارات خلال فترة الحمل	التكرار	التكرار النسبي
0	2	0.03
1	92	1.6
2	315	5.7
3	1123	20.8
4 فأكثر	3978	72.1
المجموع	5510	100

المصدر: إعداد الباحث اعتمادًا على قاعدة معطيات مسح MICS 2019.

تشير البيانات إلى أن غالبية الأمهات 72.1% قاموا بأربع زيارات أو أكثر خلال فترة الحمل، مما يعكس تحسناً ملحوظاً في المتابعة الصحية خلال الحمل مقارنة بالفترات السابقة. ومع ذلك، فإن نسبة الأمهات اللاتي لم يقمن بأي زيارة طبية تبقى منخفضة جداً 0.03%، ما يعكس وجود تفاعل إيجابي مع النظام الصحي، وبالرغم من التحسن الكبير في نسبة الزيارات الطبية، إلا أن هذا لا يرقى بعد للمستوى المطلوب من حيث العناية الأمثل لارتباط هذه الزيارات بتلقي الرضاعة الطبيعية إذ لا يزال يمثل تحدياً رئيسياً للوصول إلى مستويات المثلى التي توصي بها منظمة الصحة العالمية، حيث أن النساء اللواتي يتلقين متابعة طبية منتظمة عادة ما يكنّ أكثر حرصاً على ممارسة الرضاعة الطبيعية. ومع ذلك، فإن الوصول إلى الرعاية الصحية الشاملة يتطلب تعزيز الأنظمة الصحية والتوعية بأهمية الرعاية المبكرة للأمهات والرضع.

المبحث الثاني: العوامل المحددة لنمط الرضاعة حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS 06 في الجزائر.

تتأثر ممارسات الرضاعة بعدد من العوامل المتنوعة التي تشمل الجوانب الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية، الدعم الصحي المتاح للأمهات خلال فترة الحمل وبعد الولادة ، وبالنظر إلى هذه العوامل المتنوعة، نسعى من خلال هذا المبحث لتحليل العوامل المختلفة التي تؤثر في ممارسات الرضاعة الطبيعية في الجزائر، بهدف فهم كيفية تحسين هذه الممارسات وتوفير بيئة داعمة للأمهات لضمان صحة الأم والطفل، وذلك بالاعتماد على تطور مؤشرات الرضاعة في الفترة 1992-2019 ، والتركيز على أحدث الإحصائيات لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر سنة 2019 من خلال قراءة تحليلية لكيفية تناول المسح مختلف المتغيرات التي تتوافق مع دراستنا الحالية.

1. تطور أهم مؤشرات الرضاعة الطبيعية في الجزائر في الفترة 1992-2019 :

1.1 انتشار الرضاعة:

يعد انتشار الرضاعة الطبيعية مؤشراً مهماً في دراسة الرضاعة لأنه يعبر عن مدى شيوع ممارسة الرضاعة في المجتمع. هناك عدة مؤشرات تعكس مدى هذا الانتشار، مثل نسبة انتشار الرضاعة ووسيط الرضاعة ومتوسطها، وبحسب بطريقة P/I Proportion/Index ، تعتمد هذه الطريقة على حساب النسبة عدد الأطفال الذين ما زالوا يرضعون في فترة المسح، مقارنةً مع متوسط المواليد في نفس الشهر.

ويتم التعليق على النتائج كمايلي: إذا كانت النسبة مرتفعة وثابتة أو في تزايد بمرور الوقت، فهذا يشير إلى أن الرضاعة الطبيعية قد انتشرت. أما إذا كانت النسبة منخفضة أو متراجعة، فيعني ذلك أن انتشار الرضاعة الطبيعية قد يكون محدوداً أو يحتاج إلى تعزيز.

الجدول رقم 13: تطور نسب انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر من 1992 إلى 2019

السنة	نسبة انتشار الرضاعة	وسيط الرضاعة بالأشهر	متوسط الرضاعة P/I
1992	92.7	9.6	12.5
EASME	92.7	13.3	14.9
2002	92.7	13.3	12.5
2006	93.5	–	11.65
2012	89.5	–	13.3
2019	87.1	12.7	12.6

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، المسوح الوطنية 1992-2019. - : بيانات غير متوفرة

تشير بيانات الجدول إلى الانتشار الكبير للرضاعة الطبيعية في الجزائر خلال الثلاثين سنة الماضية، حيث تتجاوز النسب 85%، إلا أن هذا الانتشار شهد تراجعاً تدريجياً، فقد انخفض من 92.7% في عام 1992 إلى 87.1% في عام 2019. كما ارتفع وسط الرضاعة من 9.6 أشهر في 1992 إلى 13.3 أشهر في 2002، وحافظ تقريباً على هذا المستوى حتى عام 2019 حيث سجل 12.7 أشهر.

2.1 وقت بداية الرضاعة:

توصي منظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بإرضاع المواليد خلال الساعة الأولى بعد الولادة، وذلك لدوره الكبير في حماية الطفل وتحفيز نموه. الرضاعة خلال الساعة الأولى تضمن حصول المولود على "اللقاح الطبيعي الأول" الغني بالعناصر المغذية والأجسام المضادة.

الجدول رقم 14: تطور وقت بدء الرضاعة الطبيعية في الجزائر من 1992 إلى 2019

السنة	نسبة الرضاعة خلال الساعة الأولى	نسبة الرضاعة في اليوم الأول
1992	55.4	80.4
EASME	45.5	–
2002	–	–
2006	49.5	80.4
2012	35.7	70.6
2019	32.9	66.2

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، المسوح الوطنية 1992-2019.

شهدت نسبة الرضاعة خلال الساعة الأولى من الولادة تراجعاً بنسبة 40% بين 2002 و 2019، حيث انخفضت من 55.4% إلى 32.9%. بالمثل، تراجعت نسب الرضاعة خلال اليوم الأول من 80.4% في عام 2006 إلى 66.2% في عام 2019.

تراجع نسب الرضاعة الطبيعية في الساعات الأولى من الولادة واليوم الأول يمكن تفسيره بعوامل متعددة تتعلق بمكان الولادة والحالة الصحية للأم والطفل. الولادة في المستشفيات أو المراكز الطبية قد تتطلب تدخلات طبية إضافية، مثل الولادة القيصرية، مما يؤدي إلى تأخير الرضاعة، كما أن الحالة الصحية للأم، مثل وجود مضاعفات بعد الولادة أو احتياجها لرعاية طبية، قد تعيق بدء الرضاعة الطبيعية في الوقت المناسب. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان الطفل يعاني من مشاكل صحية تتطلب رعاية طبية فورية، فقد يتم تأجيل الرضاعة حتى استقرار حالته، من جهة أخرى يمكن أن يؤثر غياب الدعم الكافي من الطاقم الطبي في تشجيع الرضاعة الطبيعية، مما يزيد من تراجع هذه النسب في المجتمع.

3.1 الرضاعة الحصرية:

تمثل الرضاعة الطبيعية الحصرية أفضل طريقة لتزويد الرضيع بالعناصر الغذائية الأساسية، مما يساهم في نموه وتطوره الصحي، كما تلعب دوراً هاماً في صحة الأم. وتعد الرضاعة الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى هي النهج المثالي لتغذية الرضع بشكل آمن ومناسب.

الجدول رقم 15: تطور نسب الرضاعة الحصرية والغالبة خلال الستة أشهر الأولى في الجزائر من 1992 إلى 2019

السنة	نسبة الرضاعة الحصرية في 6 أشهر	نسبة الرضاعة الغالبة خلال 6 أشهر
1992	5	4.3
EASME	–	3.2
2002	–	–
2006	6.9	–
2012	25.7	–
2019	28.7	–

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، المسوح الوطنية 1992–2019.

تشير بيانات الجدول إلى تزايد ملحوظ في نسبة الرضاعة الحصرية، حيث ارتفعت من 5% عام 2002 إلى 28.7% في عام 2019، أي بمعدل يفوق خمسة أضعاف، مما يبرز أهمية الوعي المتزايد بأهمية الرضاعة الحصرية كوسيلة مثالية لتغذية الأطفال.

التزايد الملحوظ في نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية بين عامي 2002 و 2019 يعكس تغيراً اجتماعياً وثقافياً في مواقف المجتمع تجاه أهمية الرضاعة الطبيعية. هذا التحسن يمكن تفسيره من خلال تطور الوعي الصحي وزيادة التثقيف حول الفوائد الصحية للرضاعة الحصرية، مثل تقوية جهاز المناعة وتقليل الإصابة بالأمراض، كما يشير هذا التزايد إلى تحول في القيم الاجتماعية نحو التمسك بالممارسات التقليدية لتغذية الأطفال، في ظل دعم أكبر من الجهات الصحية والمجتمع المدني. من جهة أخرى، يعكس هذا التوجه تأثير السياسات الصحية والحملات التوعوية التي تحث الأمهات على تبني الرضاعة الطبيعية كخيار أول.

4.1 التغذية التكميلية:

تتضمن التغذية التكميلية الأطعمة والسوائل التي يُعطى للطفل بين عمر 6 إلى 24 شهراً، والتي تدمج بالعناصر الغذائية الأساسية لتلبية احتياجاته المتزايدة. تبدأ هذه التغذية بعد أن يصبح حليب الأم غير كافٍ وحده لتلبية احتياجات الرضيع الغذائية.

الجدول رقم 16: تطور نسب التغذية التكميلية في الجزائر من 1992 إلى 2019

السنة	نسبة التغذية التكميلية بعمر 6-8 أشهر	نسبة التغذية التكميلية بعمر 9-11 أشهر	تكرار التغذية التكميلية بعمر 6-11 أشهر
1992	54.2	52	52
2002	53.5	—	53.4
2006	33.1	19.3	25.8
2012	25.6	—	—
2019	23.8	—	21.7

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، المسوح الوطنية 1992-2019،

يظهر الجدول تراجعاً في نسب التغذية التكميلية مع مرور الوقت، حيث انخفضت نسبة التغذية للأطفال بين 6-8 أشهر من 54.2% في عام 1992 إلى 23.8% في عام 2019. يعكس هذا التغير تحولاً

في أساليب تغذية الرضع تماشيًا مع التوصيات الصحية التي تدعو إلى إدخال الأغذية التكميلية تدريجيًا بما يتوافق مع احتياجات الطفل الغذائية، والتراجع في نسب التغذية التكميلية بين 6-8 أشهر يعكس تحولًا في الوعي الصحي والاجتماعي نحو أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، استجابة للتوصيات الصحية خاصة من طرف منظمة الصحة العالمية والتي تشدد على تأخير إدخال الأطعمة التكميلية. هذا التوجه يعكس تأثير التنقيف الصحي وحملات التوعية التي تشجع الأمهات على اتباع هذه الممارسات الصحية.

5.1 الرضاعة المستمرة:

يعد استمرار الرضاعة الطبيعية بعد السنة الأولى ذا فوائد صحية كبيرة، حيث تمد الطفل بالعناصر الغذائية والمناعة اللازمة، وتساعد في هضم الأطعمة الصلبة، وتدعمه في نموه الحسي والإدراكي، كما تقيه من الأمراض المعدية والمزمنة. توصي منظمة الصحة العالمية بمواصلة الرضاعة الطبيعية حتى أكثر من سنتين.

الجدول رقم 17: تطور نسب استمرار الرضاعة بين 12 و 15 شهرًا، و 20 و 23 شهرًا

في الجزائر

السنة	استمرار الرضاعة بين 12 و 15 شهرًا	استمرار الرضاعة بين 20 و 23 شهرًا
1992	45.1	19.6
EASME	43.4	26.6
2002	43.4	26.6
2006	46.5	22.2
2012	46.7	26.6
2019	48.8	26.4

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، المسوح الوطنية 1992-2019

يظهر الجدول ارتفاعًا طفيفًا في نسب استمرار الرضاعة بين 12 و 15 شهرًا بحدود ثلاث نقاط من 45.1% في عام 1992 إلى 48.8% في عام 2019، على الرغم من بقاء النسب منخفضة، أما استمرار الرضاعة بين 20 و 23 شهرًا فقد ارتفع بحوالي 7 نقاط من 19.6% في عام 1992 إلى 26.4% في عام 2019.

تشير الزيادة في نسب استمرار الرضاعة الطبيعية بعد العام الأول إلى تحسن الوعي الصحي والاجتماعي بفوائد الرضاعة المستمرة. يعكس ذلك تأثير حملات التوعية التي تشجع الأمهات على تقديم الرضاعة الطبيعية لفترات أطول، لما لها من فوائد صحية طويلة الأمد للطفل. ورغم أن النسب ما تزال منخفضة، فإن هذا التحسن يعكس تحولاً في الممارسات الثقافية والاجتماعية التي تدعم التغذية الطبيعية. يساهم في ذلك أيضاً إدراك الأمهات المتزايد لأهمية الرضاعة في تقوية المناعة والنمو السليم للطفل. في هذا السياق، مرفقاً بالتطور التكنولوجي، ساهمت وسائل الإعلام الرقمية ووسائل التواصل الاجتماعي بشكل كبير في نشر الوعي حول فوائد الرضاعة الطبيعية. من خلال الإنترنت، أصبحت الأمهات قادرات على الوصول إلى معلومات صحية دقيقة وموثوقة، وتبادل الخبرات والنصائح عبر التطبيقات الصحية والمننديات الرقمية، مما عزز من تعزيز الممارسات الصحيحة في تغذية الأطفال.

2 . واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال مسح 2019

1.2 انتشار الرضاعة الطبيعية:

بلغت نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية 87.17% سنة 2019، وهي نسبة معقولة لكنها أقل من نسبة المسح السابق عام 2012، حيث كانت النسبة 89.5%. ولم يكن هناك اختلاف كبير بين المناطق الحضرية والريفية؛ إذ بلغت النسبة في الحضر 87.11% وفي الريف 87.25%، والجدول التالي يمثل توزيع النيب حسب أعم العوامل الاجتماعي

الجدول رقم 18: توزيع نسب انتشار الرضاعة حسب اهم الخصائص في مسح 2019

التصنيف	حضر	ريف	المجموع
العمل	عاملة	76.92	84.17
	غير عاملة	88.01	87.54
الرقعة الجغرافية	شمال وسط	85.56	85.09
	شمال شرق	87.29	88.05
	شمال غرب	81.62	81.81
	هضاب وسط	93.30	93.46
	هضاب شرق	91.58	89.59
	هضاب غرب	88.98	87.78
	جنوب	89.78	90.70
	بدون مستوى	91.24	87.77
المستوى التعليمي	ابتدائي	86.17	85.21
	متوسط	87.29	87.19
	ثانوي	87.94	87.87
	جامعي	83.19	87.34
العمر	15-19	93.10	87.27
	20-24	78.86	82.47
	25-29	87.94	87.89
	30-34	90.14	89.81
	35-39	87.58	86.90
	40-44	87.98	84.15
	45-49	84.62	79.59
مؤشر الثروة	الأكثر فقراً	86.76	86.65
	الفقير	87.92	87.83
	المتوسط	87.92	88.13
	الغني	86.01	86.02
	الأكثر غنى	88.46	87.12
المجموع		87.25	87.17

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على قاعدة معطيات مسح. MICS 2019

يظهر توزيع نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية حسب الأقاليم الجغرافية في البلاد أن منطقة الهضاب الوسطى تسجل أعلى نسبة بنسبة 93.46%، تليها منطقة الجنوب بنسبة 90.70%، بينما تسجل منطقة الشمال الغربي أدنى نسبة بنسبة 81.81%. فيما يتعلق بالوضع المهني للأمهات، لوحظ أن نسبة الرضاعة كانت أقل لدى العاملات مقارنة بغير العاملات، حيث بلغت 84.17% مقابل 87.54%.

بالنسبة للمستوى التعليمي، لم تظهر فروقات كبيرة بين مختلف المستويات التعليمية، حيث تراوحت النسبة في حدود 87% في جميع الفئات باستثناء الأمهات ذوات المستوى الأكاديمي، حيث سجلت هذه الفئة نسبة أقل بلغت حوالي 85%، أما بالنسبة للتوزيع حسب العمر، فقد أظهرت النتائج أن أعلى نسبة انتشار للرضاعة الطبيعية كانت في الفئة العمرية 30-34 سنة التي تمثل ذروة سن الأمومة، حيث بلغت النسبة 89.81%. بينما سجلت أدنى نسبة في الفئة العمرية 45-49 سنة، حيث بلغ الفارق بين هذه الفئة والفئة السابقة 10.22%، إذ سجلت هذه الفئة نسبة 79.59%.

تظهر البيانات تفاوتاً في نسب انتشار الرضاعة الطبيعية حسب الأقاليم الجغرافية، حيث تسجل منطقة الهضاب الوسطى أعلى نسبة، مما قد يشير إلى بيئة صحية أو ثقافة محلية داعمة، بينما تسجل منطقة الشمال الغربي أدنى نسبة بسبب عوامل محلية أو اجتماعية، أما بالنسبة للموقف المهني، فإن الأمهات العاملات يسجلن نسبة رضاعة أقل مقارنة بغير العاملات بسبب ضغوط العمل. في المستوى التعليمي، لا توجد فروقات كبيرة بين الأمهات، باستثناء ذوات المستوى الأكاديمي الذين يسجلون نسبة أقل ربما بسبب الانشغال أو استخدام بدائل الحليب، كما تسجل الفئة العمرية 30-34 سنة أعلى نسبة رضاعة طبيعية، بينما تنخفض النسبة بشكل ملحوظ في الفئة العمرية 45-49 سنة، ويمكن أن تتأثر ممارسات الرضاعة الطبيعية في الجزائر بعدد من العوامل، مثل الانشغال باستخدام بدائل الحليب والتغيرات في الفئات العمرية. تسجل الفئة العمرية 30-34 سنة أعلى نسبة رضاعة طبيعية، بينما تنخفض النسبة بشكل ملحوظ في الفئة العمرية 45-49 سنة، ما يعكس التغيرات الطبيعية في ممارسات الرضاعة عبر مراحل الأمومة. بالإضافة إلى ذلك، يُلاحظ أن رتبة المولود تؤثر في اختيارات الرضاعة؛ حيث تزيد النسبة في حالات الولادة الأولى أو الثانية مقارنة بالمولود الثالث أو أكثر. من جهة أخرى، مع تقدم العمر، تبدأ الحالة الصحية للأمهات بالتدهور، ما يؤثر على قدرة بعضهن على الإرضاع بشكل مستمر. هذه العوامل تتداخل لتشكل بيئة معقدة تؤثر في قرار الرضاعة الطبيعية، مما يبرز الحاجة إلى فهم أعمق لهذه المؤثرات لتحسين معدلات الرضاعة الطبيعية في الجزائر.

2.2 وقت بداية الرضاعة:

الجدول رقم 19: توزيع نسب وقت بداية الرضاعة حسب أهم الخصائص في مسح 2019

التصنيف	خلال الساعة الأولى	خلال الساعة الأخرى
المنطقة	حضر	66.32
	الريفية	66.12
الرقعة الجغرافية	شمال وسط	62.37
	شمال شرق	57.09
	شمال غرب	66.09
	هضاب وسط	77.38
	هضاب شرق	68.38
	هضاب غرب	73.14
	جنوب	73.87
	بدون مستوى	71.45
المستوى التعليمي	ابتدائي	67.13
	متوسط	66.45
	ثانوي	66.28
	جامعي	62.33
	15-19	65.72
العمر	20-24	63.29
	25-29	66.04
	30-34	67.21
	35-39	67.38
	40-44	66.53
	45-49	50.69
	عاملة	62.50
العمل	غير عاملة	66.69
	الأكثر فقراً	70.01
مؤشر الثروة	الفقير	66.12
	المتوسط	65.42
	الغني	63.67
	الأكثر غنى	64.77
	المجموع	66.22

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على قاعدة معطيات مسح MICS6 لسنة 2019

تظهر الإحصائيات تفاوتًا واضحًا في معدلات الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى واليوم الأول من الولادة، ومن حيث التوزيع الجغرافي، سجلت أعلى نسبة للرضاعة المبكرة في الهضاب الوسطى بنسبة 39.85%، بينما كانت النسبة الأدنى في الشمال الغربي بنسبة 27.58%. كما أن مستوى التعليم كان له دور مهم، حيث كانت الأمهات الجامعيات الأقل إرضاعًا خلال الساعة الأولى بنسبة 29.36%، في حين بلغت النسبة الأعلى لدى الأمهات دون تعليم بنسبة 37.29%. ويلاحظ أن النساء الأكبر سنًا 45-49 عامًا كن الأقل رضاعة في الساعة الأولى، بينما كانت النسبة الأعلى بين النساء في الفئة العمرية 35-39 عامًا بنسبة 35.97%. ويبدو أن الحالة المهنية والوضع الاقتصادي أثرتا بشكل واضح، حيث كانت النساء غير العاملات والأقل ثراءً هن الأكثر ممارسة للرضاعة المبكرة بنسبة 33.36% و36.26% على التوالي، مقابل 27.94% للعاملات و28.55% للنساء الأغنى.

أما على مستوى الرضاعة خلال اليوم الأول من الولادة، فقد ارتفعت النسبة إلى 66.22%، لكنها ظلت أقل من نسب السنوات الماضية التي سجلت 70.6% في 2012 وأكثر من 80% في 2006. وشهدت المناطق الريفية والحضرية نسبًا متساوية تقريبًا في الرضاعة خلال اليوم الأول حوالي 66%، بينما تباينت النسب جغرافيًا، فسجلت الهضاب الوسطى أعلى نسبة 77.38%، في حين كانت أدنى نسبة في الشمال الشرقي 57.09%. واستمرت النساء دون تعليم في تسجيل نسب رضاعة أعلى 71.45%، مقابل أقل نسبة للجامعيات 62.33%.

تُظهر الإحصائيات تفاوتًا في معدلات الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى واليوم الأول من الولادة حسب عدة عوامل. ففيما يخص التوزيع الجغرافي، سجلت بعض المناطق نسبًا أعلى من غيرها. كما أثر المستوى التعليمي على ممارسة الرضاعة، حيث كانت الأمهات غير المتعلّقات أكثر إقبالًا على الرضاعة في الساعة الأولى مقارنة بالجامعيات. كذلك، تباينت النسب حسب الفئة العمرية، حيث كانت النساء في الفئة العمرية 35-39 عامًا الأكثر رضاعة، أما بالنسبة للوضع المهني والاقتصادي، كانت النساء غير العاملات والأقل دخلًا أكثر إقبالًا على الرضاعة الطبيعية المبكرة، وعلى الرغم من أن نسبة الرضاعة خلال اليوم الأول كانت مرتفعة، إلا أنها شهدت تراجعًا بالمقارنة مع السنوات الماضية، مع تفاوت طفيف بين المناطق الريفية والحضرية. وحسب مؤشر الثروة، يمكن ربطه بنوعية الخدمات الصحية المتفاوتة بين العيادات الخاصة والعامة، حيث تختلف مستويات الاهتمام والرعاية، مثل الازدحام في المستشفيات الحكومية مقارنة بالعيادات الخاصة، مما يؤثر على إمكانية تسليم المولود لأمه بشكل مباشر، وهو ما يساهم أو يقلل من فرص الرضاعة الطبيعية المبكرة.

3.2 الرضاعة الطبيعية الخالصة والغالبة:

محلول الجفاف الفموي، الفيتامينات، المعادن والأدوية هي إضافات يمكن أن تقدم للطفل بجانب الرضاعة الطبيعية، لكن الرضاعة الغالبة هي الحالة التي يكون فيها حليب الأم هو المصدر الرئيسي لغذاء الطفل، مع إضافة بعض السوائل مثل الماء المحلى بالسكر، مشروبات الفواكه، محلول الجفاف الفموي، الفيتامينات والمعادن والأدوية، ووفقاً للجدول رقم 09، تظهر نتائج الرضاعة الطبيعية الخالصة لدى الأطفال دون ستة أشهر في مستويات منخفضة لم تتجاوز الثلث في المجمل، حيث بلغت 28.63%، بزيادة ثلاث نقاط عن النسبة المسجلة في سنة 2012. أما الرضاعة الغالبة، التي تشمل إضافة حليب الأم مع بعض السوائل والمشروبات، فقد بلغت نسبتها 45.86%.

لا يختلف توزيع الرضاعة الخالصة حسب الجنس إلا بفارق نقطة واحدة لصالح الإناث 28.10% مقابل 29.23%. يرتفع هذا الفارق إلى ثلاث نقاط بالنسبة للرضاعة الغالبة، حيث كانت نسبة الذكور 44.53% مقابل 47.36% للإناث، كما لم يظهر اختلاف كبير في نسب الرضاعة الخالصة حسب وسط الإقامة، حيث كان الفارق نحو نقطتين لصالح الحضر 29.24% مقابل 27.71%، لكن الفارق ارتفع إلى أربع نقاط لصالح الحضر بالنسبة للرضاعة الغالبة 47.36% مقابل 43.47%، أما بالنسبة للتوزيع حسب المناطق الجغرافية، فكانت منطقة الشمال الوسطى هي الأعلى في نسبة الرضاعة الخالصة بنسبة 35.71%، بينما سجلت منطقة الجنوب أدنى نسبة عند 20.20%. بالنسبة للرضاعة الغالبة، كانت أعلى نسبة في منطقة الهضاب الوسطى 53.77%، بينما سجلت أدنى نسبة في منطقة الشمال الشرقي 35.10%.

الجدول رقم 20: توزيع نسب الرضاعة الخالصة والغالبة للأطفال دون ستة أشهر حسب أهم الخصائص

المتغير	نسب الرضاعة الخالصة	نسب الرضاعة الغالبة	عدد الأطفال دون 6 شهر
الجنس	ذكور	28.10	44.53
	إناث	29.23	47.36
وسط الإقامة	حضر	29.24	47.36
	ريف	27.71	43.47
المنطقة	شمال وسط	35.71	51.01
	شمال شرق	26.15	35.10
	شمال غرب	24.12	43.83
	هضاب وسط	28.64	53.77
	هضاب شرق	26.82	38.29
	هضاب غرب	31.43	53.52
	جنوب	20.20	47.98
	دون مستوى	31.01	51.03
المستوى التعليمي	ابتدائي	29.40	45.41
	متوسط	25.92	46.34
	ثانوي	30.33	46.63
	جامعي	28.95	42.51
	عاملة	20.00	34.55
العمل	غير عاملة	29.81	47.28
	الأكثر فقرا	28.41	46.43
مؤشر الثروة	فقير	26.83	45.94
	متوسط	28.07	46.97
	غني	30.82	45.86
	الأكثر غنى	29.31	43.72
	المجموع	28.63	45.86

المصدر: إعداد الباحث اعتمادًا على قاعدة معطيات مسح MICS 2019

يظهر التوزيع حسب المستوى التعليمي للنساء أن أعلى نسبة للرضاعة الخالصة كانت لدى أطفال الأمهات اللاتي لم يتجاوزن المستوى التعليمي، حيث بلغت 31,01%، تليها أطفال الأمهات ذوات المستوى الثانوي بنسبة 30,33%. في المقابل، كانت أدنى نسبة للرضاعة الخالصة بين أطفال الأمهات ذوات المستوى المتوسط 25,92%. وبالنسبة للرضاعة الغالبة، سجلت أعلى نسبة لدى أطفال الأمهات دون مستوى تعليمي 51,03%، تلتها الأمهات ذوات المستوى الثانوي بنسبة 46,63%، في حين كانت أدنى النسب لدى الأمهات ذوات المستوى الجامعي 42,51%. أما فيما يتعلق بالوضعية المهنية للأمهات، فهناك فارق واضح في الرضاعة الخالصة لصالح أطفال الأمهات غير العاملات، حيث بلغ الفارق حوالي 10 نقاط 20% مقابل 29,81%. كما ارتفع الفارق إلى 13 نقطة في الرضاعة الغالبة، حيث كانت النسبة 47,28% لدى أطفال الأمهات غير العاملات مقابل 34,55% لدى أطفال الأمهات العاملات، وحسب مؤشر الثروة، كانت أعلى نسب الرضاعة الخالصة لدى أطفال الأمهات الغنيات 30,82%، في حين كانت أدنى النسب لدى أطفال الأمهات الفقيرات 26,83%. بالنسبة للرضاعة الغالبة، كانت أعلى النسب لدى أطفال الأمهات المتوسطات 46,97%، بينما كانت أدنى النسب لدى أطفال الأمهات الأكثر غنى 43,72%.

تُظهر البيانات أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأقل يميلن إلى ممارسة الرضاعة الخالصة أكثر من المتعلّقات، مما قد يرجع إلى ارتباطهن بالقيم التقليدية. أما الأمهات العاملات، فيواجهن صعوبة في مواصلة الرضاعة الطبيعية بسبب ضيق الوقت، بينما الأمهات غير العاملات لديهن فرصة أكبر للرضاعة الطبيعية. من جهة أخرى، الأمهات ذوات الدخل المرتفع قد يفضلن استخدام الحليب الصناعي بسبب توافر الموارد، في حين تظل الرضاعة الطبيعية خيارًا شائعًا بين الأمهات من الطبقات الاقتصادية الأقل. هذه العوامل تؤثر بشكل كبير على ممارسات الرضاعة وتستدعي استراتيجيات موجهة لتشجيع الرضاعة الطبيعية في المجتمع.

4.2 استمرار الرضاعة:

استمرار الرضاعة إلى سنة هو قياس نسبة الأطفال الذين بلغوا من العمر 12 إلى 23 شهرًا وما زالوا مستمرين في الرضاعة الطبيعية، بينما استمرار الرضاعة إلى سنتين يقيس نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 23 شهرًا وما زالوا يرضعون، و وفقًا للجدول رقم ، بلغت نسبة استمرار الرضاعة إلى غاية سنة 48.80%، وهي نسبة مرتفعة بمقدار نقطتين مقارنة بما كانت عليه في السنوات السابقة

2006 و 2012، حيث كانت النسبة حوالي 46.5%. أما بالنسبة لاستمرار الرضاعة إلى غاية سنتين، فقد استقرت النسبة على نفس مستوى سنة 2012 تقريباً، حيث بلغت 26.38%.

الجدول رقم 21: توزيع نسب استمرار الرضاعة حسب أهم المتغيرات في مسح 2019:

المتغير	استمرار الرضاعة حتى سنة	استمرار الرضاعة حتى سنتين	عدد الأطفال بين 12-15 شهر	عدد الأطفال بين 20 شهر -23
الجنس	ذكور	49,39%	488	470
	إناث	48,24%	512	454
وسط الإقامة	حضر	48,80%	543	526
	ريف	49,02%	457	398
المنطقة	شمال وسط	46,33%	313	279
	شمال شرق	35,34%	133	138
	شمال غرب	51,32%	152	131
	هضاب وسط	48,15%	82	88
	هضاب شرق	56,46%	147	124
	هضاب غرب	47,50%	40	45
	جنوب	58,65%	133	119
	دون مستوى	51,89%	106	98
المستوى التعليمي	ابتدائي	54,30%	151	141
	متوسط	46,34%	287	275
	ثانوي	50,41%	244	245
	جامعي	45,28%	212	165
العمل	عاملة	39,66%	116	101
	غير عاملة	50,00%	884	823
مؤشر الثروة	الأكثر فقرا	47,23%	235	228
	فقير	48,67%	226	194
	متوسط	45,63%	206	191
	غني	47,54%	183	179
	الأكثر غنى	57,33%	150	132
المجموع		48,80%	1000	924

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على قاعدة بيانات مح 6 MICS ، 2019

تُظهر نتائج الجدول 11 أن التفاوت في نسب الاستمرار في الرضاعة حتى سن سنة بين الذكور والإناث لم يكن كبيراً، حيث سجل الذكور نسبة 49.39% مقابل 48.24% للإناث، بفارق نقطة واحدة فقط. وبالنسبة لاستمرار الرضاعة حتى سنتين، كان الفارق تقريباً نقطتين لصالح الذكور 27.23% مقابل 25.49%.

كما لم يكن هناك فرق ملحوظ أيضاً في التوزيع حسب وسط الإقامة فيما يخص استمرار الرضاعة حتى سن سنة، حيث سجل الريف 49.02% والحضر 48.80%. ولكن في حالة استمرار الرضاعة حتى سنتين، كان التفاوت أوضح لصالح الريف بنسبة 28.39% مقابل 24.52% في الحضر.

عند النظر إلى توزيع استمرار الرضاعة حسب المناطق الجغرافية، كانت منطقة الجنوب الأعلى في نسبة الاستمرار في الرضاعة حتى سنة 58.65% تليها منطقة الهضاب الشرقية بنسبة 56.46%. أما أدنى نسبة فكانت في منطقة الشمال الشرقي حيث بلغت 35.34%. بالنسبة لاستمرار الرضاعة حتى سنتين، سجلت منطقة الجنوب أيضاً أعلى نسبة 31.93% تليها منطقة الشمال الوسطى بنسبة 31.90%، بينما كانت أدنى نسبة في منطقة الشمال الشرقي 10.87%، وبالنسبة لتوزيع استمرار الرضاعة حسب المستوى التعليمي، كانت أعلى نسبة في مستوى التعليم الابتدائي 54.30% وأدنى نسبة في المستوى الجامعي 45.28% بالنسبة لاستمرار الرضاعة حتى سنة، وهو نفس الوضع بالنسبة لاستمرار الرضاعة حتى سنتين حيث كانت أعلى نسبة عند المستوى الابتدائي 35.46% وأدنى نسبة عند المستوى الجامعي 18.18%، أما بالنسبة لتوزيع استمرار الرضاعة حسب الحالة المهنية للأمهات، فقد كانت نسبة استمرار الرضاعة حتى سنة أقل عند أطفال العاملات 39.66% مقارنة بأطفال غير العاملات 50.00%. واستمر هذا التفاوت في استمرار الرضاعة حتى سنتين، حيث كانت النسبة 16.83% عند أطفال العاملات مقابل 27.58% عند أطفال غير العاملات.

وأخيراً، بالنسبة لتوزيع استمرار الرضاعة حسب مؤشر الثروة، كانت أعلى نسبة في الفئة الأكثر غنى 57.33% بالنسبة لاستمرار الرضاعة حتى سنة، بينما كانت أدنى نسبة في الفئة المتوسطة 45.63%. أما بالنسبة لاستمرار الرضاعة حتى سنتين، كانت أعلى نسبة عند الفئة المتوسطة 30.37% وأدنى نسبة عند أطفال النساء الفقيرات 22.68%.

تُظهر البيانات أن التفاوتات في استمرار الرضاعة بين الذكور والإناث كانت ضئيلة، ما يشير إلى أن الجنس ليس عاملاً مؤثراً كبيراً في هذه النسبة. كما أن التفاوت بين الريف والحضر في استمرار الرضاعة حتى سن سنة كان ضئيلاً، لكن الريف سجل نسباً أعلى في الاستمرار حتى سن سنتين، مما قد يعكس تفاوتاً في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو الوعي الصحي بين المناطق.

التوزيع الجغرافي أظهر أن مناطق الجنوب والهضاب الشرقية كانت الأعلى في استمرار الرضاعة، مما قد يعكس تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على هذه المناطق. أما في ما يخص المستوى التعليمي، فإن الأمهات ذوات التعليم الابتدائي سجلن أعلى نسب لاستمرار الرضاعة، بينما كانت الأمهات الجامعيات

الأقل استمرارية، مما قد يشير إلى ضغوط العمل أو التوجهات الحديثة نحو تغذية الأطفال، بالنسبة للوضع المهني، أظهرت النتائج أن الأمهات غير العاملات كانت لديهن نسب أعلى في استمرار الرضاعة، وهو ما يعود إلى الوقت المتاح لهن لرعاية أطفالهن. أما بالنسبة لمؤشر الثروة، فقد كانت الأمهات الأكثر غنى أكثر استمرارية في الرضاعة، مما قد يرتبط بالقدرة على الحصول على دعم صحي أو خدمات متخصصة.

5.2 العمر المتوسط للرضاعة

يشير الجدول رقم 11 إلى أن متوسط فترة الرضاعة، التي تم حسابها باستخدام طريقة عدد الأطفال الذين ما زالوا يرضعون وقت المسح، بلغ 12.60 شهراً. ولم يظهر التفاوت بشكل ملحوظ بين الحضر والريف، حيث كانت القيمة في كلاهما حوالي 12 شهراً. كما لم يكن هناك فرق كبير بين الذكور والإناث، إذ كان متوسط فترة الرضاعة للذكور 12.96 شهراً مقابل 12.23 شهراً للإناث، مع وجود فارق طفيف لصالح الذكور. هذا يشير إلى أن مدة الرضاعة كانت متشابهة بشكل عام عبر مختلف المتغيرات المدروسة.

الجدول رقم 22: توزيع العمر المتوسط للرضاعة بطريقة P / I

العمر المتوسط للرضاعة بطريقة P / I			المتغير	
المجموع	ريف	حضر		
12.96	12.61	13.23	ذكور	الجنس
12.23	12.10	12.33	إناث	
12.65	11.37	13.86	شمال وسط	المنطقة
10.66	11.51	10.00	شمال شرق	
12.01	12.45	11.68	شمال غرب	
13.53	13.97	13.22	هضاب وسط	
12.46	12.70	12.28	هضاب شرق	
12.92	13.63	12.38	هضاب غرب	
14.70	14.79	14.65	جنوب	
14.19	14.57	13.51	دون مستوى	المستوى التعليمي
12.20	12.76	11.46	ابتدائي	
12.22	11.66	12.68	متوسط	
12.69	12.05	13.05	ثانوي	
12.53	11.37	13.05	جامعي	
10.59	8.75	11.31	عاملة	العمل
12.85	12.64	13.04	غير عاملة	
12.87	12.75	13.26	الأكثر فقرا	مؤشر الثروة
12.08	11.79	12.43	فقير	
12.35	12.65	12.18	متوسط	
13.03	12.73	13.11	غني	
12.81	10.62	13.13	الأكثر غنى	
12.60	12.36	12.79	المجموع	

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على قاعدة معطيات مسح MICS 2019

أظهرت البيانات اختلافاً كبيراً في توزيع العمر المتوسط للرضاعة بناءً على المنطقة الجغرافية. فقد سجلت منطقة الجنوب أعلى متوسط بفترة رضاعة بلغت 14.70 شهراً، تلتها منطقة الهضاب الوسطى بمتوسط

13.53 شهراً. في المقابل، كانت أدنى قيمة في منطقة الشمال الشرقي حيث بلغ متوسط الرضاعة 10.66 شهراً، بينما تراوحت المتوسطات في المناطق الأخرى حول 12 شهراً.

من ناحية أخرى، أظهر التوزيع حسب المستوى التعليمي أن أطفال النساء اللاتي لم يكتمل لديهن التعليم سجلوا أعلى متوسط لعدد شهور الرضاعة، حيث بلغ 14.19 شهراً. أما بالنسبة لبقية الفئات التعليمية، فقد كانت متوسطات الرضاعة متقاربة، حيث تمحورت حول 12 شهراً، كما كان للوضع المهني للأمهات تأثير ملحوظ على متوسط فترة الرضاعة، حيث بيّن الجدول أن الأطفال الذين ترضعهم أمهات عاملات كان متوسط فترة رضاعة أطفالهن 10.59 شهراً، بينما ارتفع هذا المتوسط إلى 12.85 شهراً لدى الأطفال الذين ترضعهم أمهات غير عاملات. كان هذا الفرق أكثر وضوحاً في المناطق الريفية حيث بلغ الفارق بين الفئتين نحو أربع نقاط، وفيما يتعلق بمؤشر الثروة، لم يظهر تأثير كبير على العمر المتوسط للرضاعة، حيث كانت معظم الفئات تسجل متوسطاً حول 12 شهراً. الاستثناء الوحيد كان في فئة النساء الغنيات، حيث سجل أطفالهن أعلى متوسط بفترة رضاعة بلغت 13.03 شهراً، بينما كانت أدنى قيمة لدى أطفال النساء الفقيرات، حيث بلغ متوسط الرضاعة لديهم 12.08 شهراً.

أظهرت البيانات تفاوتاً ملحوظاً في متوسط فترة الرضاعة بين المناطق الجغرافية، حيث سجلت منطقة الجنوب أعلى متوسط، ما قد يشير إلى تأثير العوامل الاجتماعية أو الثقافية التي تشجع على الرضاعة الأطول. في المقابل، سجلت منطقة الشمال الشرقي أدنى متوسط، مما قد يعود إلى اختلافات في الوصول إلى الرعاية الصحية أو ظروف اقتصادية معينة تؤثر على ممارسات الرضاعة، ومن ناحية المستوى التعليمي، كانت الأمهات اللاتي لم يكملن تعليمهن يرضعن لفترات أطول، وهو ما قد يعكس توافر الوقت والرغبة في الرضاعة، مقارنة بالأمهات ذوات التعليم الأعلى اللواتي قد يواجهن ضغوطات مهنية أو اجتماعية تؤثر على قدرتهن على الإرضاع لفترات طويلة، أما الوضع المهني، فقد أظهرت البيانات أن الأمهات غير العاملات يرضعن لفترة أطول مقارنة بالعاملات، وهو ما يرتبط بالوقت المتاح لهن لرعاية أطفالهن. كما كان الفارق في المتوسط أكثر وضوحاً في المناطق الريفية التي توفر بيئة أقل ضغوطاً للنساء العاملات مقارنة بالمناطق الحضرية.

فيما يتعلق بمؤشر الثروة، لم يكن هناك تأثير كبير على متوسط الرضاعة عموماً، باستثناء الفئة الغنية التي سجلت أطول فترة رضاعة، مما يشير إلى أن القدرة على الحصول على خدمات صحية ودعم متقدم قد تؤثر على ممارسات الرضاعة.

3 . الرعاية الصحية للأم و الطفل

1.3 الرعاية الصحية للأم :

تعد الرعاية الصحية خلال فترة الحمل فرصة حيوية لحماية الأم من المضاعفات المحتملة التي قد تحدث أثناء الحمل، كما أنها تساهم في الكشف المبكر عن حالات الحمل عالية الخطورة والأمراض المرتبطة بهذه الفترة. من خلال هذه الرعاية، يمكن تقليل المخاطر والمضاعفات عبر متابعة الأم بشكل دوري تحت إشراف طبي متخصص. يُوصى بأن لا يقل عدد الزيارات للمراكز الصحية أو المستشفيات الخاصة بالأمومة والطفولة عن 4 زيارات على الأقل، ويمكن أن تصل إلى 8 زيارات قبل الولادة¹، وذلك بناءً على مراجعة فعّالة لمختلف نماذج رعاية ما قبل الولادة، والجدول التالي يبين توزيع الأمهات اللواتي استشارن عمال الصحة أثناء فترة الحمل حسب أهم المتغيرات الاجتماعية حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر سنة 2019

¹ خديجة سواكري، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الجنوب من 15-49 سنة ، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه ، قسم علم الاجتماع ، جامعة الحاج لخضر بباتنة ، ص204

جدول رقم 23:

توزيع الأمهات اللواتي استشارن عمال الصحة أثناء فترة الحمل حسب أهم المتغيرات الاجتماعية

المشرف المؤهل على المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل							العوامل الاجتماعية	
طبيب	قابلة	ممرض	قابلة تقليدية	آخر	المجموع	النسبة		
56.7	59.1	51.1	22.2	64.7	3224	56.7	حضر	المنطقة
43.3	40.9	48.5	77.8	35.3	2458	43.3		
30.9	27.9	67.2	0.0	0.0	1754	32.8	شمال وسط	الرقعة الجغرافية
14.1	14.9	0.0	0.0	42.9	799	14.4	شمال شرق	
14.8	11	1.5	0.0	57.1	839	13.4	شمال غرب	
8.4	4.4	1.5	77.8	0.0	475	8.1	هضاب وسط	
14.9	16	3	0.0	0.0	844	15.5	هضاب شرق	
14.8	3	0.0	0.0	0.0	271	4.4	هضاب غرب	
12.3	22.8	26.9	22.2	0.0	701	18.4	جنوب	
1	0.9	0.0	0.0	0.0	55	0.9	15-19	
12	12.1	9.1	0.0	10.5	681	12.1	20-24	
27.3	27.9	25.8	22.2	24.4	1553	27.9	25-29	
28.6	28.4	43.9	55.6	26.7	1623	28.4	30-34	
21.2	21.1	16.7	11.1	19.8	1206	21.1	35-39	
9.1	8.8	4.5	0.0	8.1	515	8.8	40-44	
0.9	0.7	0.0	0.0	10.5	49	0.7	45-49	المستوى التعليمي
10.7	9.5	9.2	33.3	11.6	609	9.5	بدون مستوى	
14.5	14.4	4.6	33.3	8.1	825	14.4	ابتدائي	
31	31.3	40	11.1	28.1	1760	31.3	متوسط	
23	23.3	21.5	11.1	32.6	1329	23.3	ثانوي	
20	21.2	24.6	11.1	25.6	1159	21.2	جامعي	
100	90.4	1.2	0.2	1.5	5682	90.4	المجموع	

المصدر: إعداد الباحث اعتمادًا على قاعدة معطيات مسح MICS 2019

توضح البيانات توزيع المشرفين على المتابعة الصحية للأمهات خلال فترة الحمل وفقًا للعوامل الاجتماعية المختلفة. على مستوى المناطق، تتركز المتابعات الصحية للأمهات في المناطق الحضرية بنسبة 56.7% مع الأطباء و 59.1% مع القابلات، بينما يعتمد الريف بنسبة 77.8% على القابلات التقليديات، مما يعكس الفجوة بين الريف والحضر في نوعية الإشراف الصحي. بالنظر إلى التوزيع

الجغرافي، يسجل الشمال الأوسط أعلى نسبة متابعة مع الأطباء بنسبة 32.8%، بينما تتركز المتابعة مع القابلات التقليديات في الهضاب الوسطى بنسبة 77.8%. من حيث الفئة العمرية، تحصل الفئة 30-34 سنة على أعلى نسبة متابعة، حيث بلغت 28.4% مع الأطباء و28.3% مع القابلات، في حين كانت أقل نسبة في الفئة العمرية 45-49 سنة. بالنسبة للمستوى التعليمي، نجد أن النساء ذوات التعليم المتوسط يحققن أعلى نسبة متابعة إجمالية بواقع 31%، بينما كانت نسب المتابعة الأقل لدى النساء غير المتعلّقات بنسبة 10.7%.

توضح البيانات وجود تفاوت في نوعية الإشراف الصحي للأمهات بين المناطق الحضرية والريفية. ففي المناطق الحضرية، تركزت المتابعة مع الأطباء والقابلات، مما يعكس توافر خدمات صحية أكثر تطوراً مقارنة بالمناطق الريفية التي تعتمد بشكل كبير على القابلات التقليديات، وهو ما قد يشير إلى نقص في الخدمات الصحية الرسمية في تلك المناطق، من ناحية التوزيع الجغرافي، يسجل الشمال الأوسط أعلى نسبة متابعة مع الأطباء، مما قد يعكس توافر أفضل للخدمات الصحية المتخصصة في هذه المنطقة. في المقابل، تتركز المتابعة مع القابلات التقليديات في الهضاب الوسطى، وهو ما يشير إلى استمرار الاعتماد على الطرق التقليدية في رعاية الحوامل في بعض المناطق، أما بالنسبة للفئة العمرية، فإن الفئة 30-34 سنة تظهر أعلى نسب متابعة، وهو ما قد يعكس خبرة الأمهات في التعامل مع الحمل، وبالتالي زيادة اهتمامهن بالمتابعة الصحية. كما أن النساء ذوات التعليم المتوسط يحققن أعلى نسب متابعة صحية، بينما سجلت النساء غير المتعلّقات أقل نسبة، مما يدل على تأثير مستوى التعليم على اتخاذ القرارات الصحية وتحقيق الرعاية المناسبة.

3. الاستفادة العامة من القراءة التحليلية لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2019 في الجزائر حسب ما يتوافق مع متغيرات دراستنا الحالية.

1.3. تأثير التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية على نمط الارضاع حسب مسح 2019 في الجزائر

أ- تأثير الثقافة الصحية على نمط الارضاع حسب مسح 2019 في الجزائر

من خلال القراءة الاحصائية لبيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر سنة 2019 والمتعلقة بالرضاعة وعلاقتها بمختلف المؤشرات تبين أن الثقافة الصحية و التنشئة الاجتماعية تلعب دوراً حاسماً في تشكيل ممارسات الرضاعة الطبيعية، حيث يظهر أن هذه العوامل تتداخل بشكل معقد لتؤثر على خيارات الأمهات وسلوكهن في هذا المجال.

تعد الثقافة الصحية المحلية أحد العوامل الأساسية التي تؤثر على مدة الرضاعة الطبيعية وانتشارها في مختلف المناطق. ففي المناطق الريفية، التي تشهد دعماً ثقافياً وتقليدياً للرضاعة الطبيعية، تميل الأمهات إلى الاستمرار في الرضاعة لفترات أطول. يعود ذلك إلى العادات والتقاليد المحلية التي تشجع على الرضاعة الطبيعية كجزء من الثقافة الصحية الموروثة. في هذه المناطق، قد تكون بدائل الحليب الصناعي أقل توفراً أو مقبولة اجتماعياً، مما يعزز من استمرارية الرضاعة الطبيعية. على العكس، في المناطق الحضرية، حيث تزداد معدلات التوسع في استخدام المنتجات البديلة مثل الحليب الصناعي، يمكن أن يكون تأثير الثقافة الصحية أقل دعماً للرضاعة الطبيعية بسبب توفر الخيارات الحديثة التي تقدم الراحة والمرونة في تلبية احتياجات الأطفال، ومن ناحية أخرى، المستوى التعليمي للأم يرتبط بشكل وثيق بتأثير الثقافة الصحية على ممارسات الرضاعة. الأمهات اللاتي يتمتعن بمستوى تعليمي أعلى، غالباً ما يكن أكثر عرضة للاستعانة بالبدايل مثل الحليب الصناعي أو الأطعمة المكملة. فالتعليم العالي يوفر للأمهات معرفة أكبر بالخيارات البديلة، مما قد يدفعهن إلى تفضيل هذه البدائل على الرضاعة الطبيعية. في المقابل، الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأقل قد يكن أكثر ارتباطاً بالعادات الصحية التقليدية التي تشجع على الرضاعة الطبيعية كخيار أساسي، هذا التباين يعكس تأثير الثقافة الصحية على الرضاعة الطبيعية وفقاً للبيئة التعليمية التي نشأت فيها الأمهات.

ب- تأثير التنشئة الاجتماعية على الرضاعة الطبيعية

تلعب التنشئة الاجتماعية دورًا بارزًا في تحديد توجهات الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية، إذ تختلف سلوكيات الرضاعة بين الأمهات بناءً على البيئة الاجتماعية التي نشأت فيها. في المجتمعات الريفية، حيث تتمتع الأمهات بدعم اجتماعي قوي من العائلة الممتدة، يتم تعزيز ممارسات الرضاعة الطبيعية كجزء من تقاليد الأمومة. عادة ما تكون الأسر الممتدة، سواء من الأمهات أو الأجداد، مصدرًا رئيسيًا للدعم العاطفي والاجتماعي، مما يشجع الأمهات على الاستمرار في الرضاعة لفترات أطول. هذه البيئة الاجتماعية التي تشجع على الرضاعة الطبيعية تساعد في الحفاظ على استمرارية هذه العادة الصحية، خصوصًا في المناطق التي تُعتبر فيها الرضاعة الطبيعية جزءًا من الثقافة الصحية.

على النقيض، في المجتمعات الحضرية أو بين الأمهات ذوات التعليم العالي، قد تكون التنشئة الاجتماعية أكثر ميلًا إلى قبول الخيارات الحديثة مثل الحليب الصناعي. في هذه البيئة، حيث تميل العائلة إلى التركيز على حلول سريعة وعملية، قد يكون الدعم الاجتماعي للرضاعة الطبيعية أقل. كما أن المرأة في هذه الأوساط قد تكون أكثر عرضة للاعتماد على الأنماط الحديثة للتغذية بسبب تأثير التنشئة الاجتماعية التي تركز على العمل والمرونة في تلبية احتياجات الطفل، مما قد يؤدي إلى تقليل مدة الرضاعة الطبيعية أو التحول إلى بدائل التغذية.

وفيما يتعلق بتأثير المستوى التعليمي على التنشئة الاجتماعية، تظهر البيانات أن الأمهات الأقل تعليمًا يميلن إلى الالتزام بالرضاعة الطبيعية لفترات أطول مقارنة بالأمهات ذوات التعليم العالي. هذا يرتبط بالتنشئة الاجتماعية في البيئة التي تشجع على القيم الصحية التقليدية. بينما في الفئات التعليمية العليا، قد تكون التنشئة الاجتماعية أكثر تطورًا، بحيث تُشجع على المرونة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالتغذية، مما يدفع الأمهات إلى تفضيل البدائل الصناعية أو الأطعمة المكملة.

2.3 تأثير المستوى المعيشي للأسرة و نمط الحياة الخاص بالمرأة على نمط الارضاع حسب مسح 2019 في الجزائر

إن تأثير المستوى المعيشي و أنماط الحياة على ممارسات الرضاعة الطبيعية في الجزائر يعد من العوامل الهامة التي تسهم في تشكيل سلوك الأمهات تجاه الرضاعة. في الأسر ذات المستوى المعيشي المرتفع، حيث تتوفر وسائل الراحة والرفاهية، تميل الأمهات إلى اللجوء إلى الحلول الحديثة مثل الحليب الصناعي أو الأطعمة المكملة، وذلك بسبب تنوع الخيارات المتاحة لهن. هذا التوجه قد يكون مدفوعًا بالرغبة في توفير الراحة والمرونة، حيث يمكن أن يساعد الحليب الصناعي على تقليل الوقت والجهد المبذولين في

الرضاعة الطبيعية، ويتيح للأمهات التركيز على متطلبات الحياة اليومية مثل العمل أو الأنشطة الاجتماعية، ومن جهة أخرى، في الأسر ذات المستوى المعيشي الأدنى، حيث تكون الموارد الاقتصادية محدودة، قد تشهد النساء إقبالاً أكبر على الرضاعة الطبيعية. في هذه البيئات، يُنظر إلى الرضاعة الطبيعية كخيار صحي واقتصادي بالدرجة الأولى، حيث تعد البدائل مثل الحليب الصناعي أقل توافراً أو مكلفة. وعادةً ما تلعب العادات والتقاليد الصحية الموروثة دوراً بارزاً في تعزيز الرضاعة الطبيعية، مما يجعل الأمهات أكثر تمسكاً بهذه الممارسة. علاوة على ذلك، قد تشهد هذه الفئات مستوى أكبر من الدعم الاجتماعي من العائلة والمجتمع المحيط، وهو ما يعزز من استمرارية الرضاعة الطبيعية لفترات أطول.

أنماط الحياة المختلفة بين الأمهات العاملات وغير العاملات تلعب أيضاً دوراً محورياً في تأثير المستوى المعيشي على ممارسات الرضاعة. الأمهات العاملات، خاصة في المناطق الحضرية حيث يتسم نمط الحياة بالسرعة والانشغال، قد يواجهن صعوبة أكبر في الاستمرار في الرضاعة الطبيعية لفترات طويلة بسبب الضغط الزمني و الانشغال بالعمل. هذا النمط من الحياة يفرض تحديات إضافية على الأمهات اللواتي يفضلن البدائل مثل الحليب الصناعي، الذي يوفر الراحة ويمنحهن فرصة لتوزيع أوقاتهم بين العمل والرعاية. بالمقابل، الأمهات غير العاملات قد يجدن أن لديهن مزيداً من الوقت للتركيز على الرضاعة الطبيعية، ما يعزز من استمراريتهن. في المناطق الريفية، حيث الحياة أقل سرعة ويعتمد الناس بشكل أكبر على الأساليب التقليدية، قد يكون هناك دعم اجتماعي وثقافي أكبر يعزز من ممارسات الرضاعة الطبيعية، مما يجعل الأمهات في هذه البيئة أكثر إقبالاً على الرضاعة.

الاختلافات بين الريف و المدينة تلعب دوراً أيضاً في توجيه سلوك الأمهات. ففي المناطق الريفية، حيث تتسم الحياة بالبساطة وتكون الأمهات أقل تعرضاً للبدائل المتنوعة، تظل الرضاعة الطبيعية الخيار السائد. كما أن العلاقات الأسرية الممتدة والدعم الاجتماعي القوي من الأجداد والأمهات الأكبر سناً يعزز من استمرار الرضاعة الطبيعية، حيث تُعتبر الرضاعة جزءاً من الهوية الثقافية والصحية. بالمقابل، في المناطق الحضرية، حيث يتزايد التوجه نحو الأنماط الحياتية الحديثة والتركيز على العمل والرفاهية، تصبح الرضاعة الطبيعية أقل شيوعاً، وتزداد فرص استخدام الحليب الصناعي أو الأطعمة المكتملة التي توفر الراحة في ظل ظروف الحياة السريعة.

بالمجمل، يمكن القول أن المستوى المعيشي و أنماط الحياة لهما تأثير كبير على ممارسات الرضاعة الطبيعية في الجزائر، حيث يتداخل الرفاه الاقتصادي مع الدعم الاجتماعي والثقافي لخلق بيئات مختلفة

تؤثر في سلوك الأمهات. في المجتمعات ذات الدخل المنخفض والتقاليد الصحية المتجذرة، تكون الرضاعة الطبيعية أكثر شيوعاً، بينما في الطبقات الاجتماعية الأعلى أو المناطق الحضرية، قد يُفضل اللجوء إلى البدائل الحديثة التي تتماشى مع أنماط الحياة السريعة والمرهقة.

3.3 تأثير العوامل الديموغرافية و الصحية للأم على نمط الارضاع حسب مسح 2019

تلعب العوامل الديموغرافية والصحية دوراً محورياً في تحديد ممارسات الرضاعة الطبيعية في الجزائر، ويظهر تأثيرها من خلال تفاعل معقد بين الخصائص الاجتماعية، الثقافية، والصحية للأمهات وأطفالهن. تعكس البيانات المتعلقة بمسح 2019 عدة ظواهر ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعوامل ديموغرافية مثل العمر، عدد الأطفال، السن عند الزواج، وحجم الأسرة، إضافة إلى العوامل الصحية المتعلقة بصحة الأم وصحة الطفل، وكذلك نوعية الرعاية الصحية أثناء الحمل.

العوامل الديموغرافية: من أبرز العوامل التي تؤثر في ممارسات الرضاعة الطبيعية هو العمر. فالفترة العمرية 30-34 سنة التي تعد ذروة سن الأمومة تسجل أعلى نسب للرضاعة الطبيعية، وذلك نظراً للتمتع بالاستقرار النفسي والصحي الذي يمكن الأم من تحمل متطلبات الرضاعة الطبيعية. أما الأمهات في سن 45-49 عاماً، فإنهن يسجلن أدنى نسب، ويرجع ذلك إلى أن التقدم في العمر قد يصاحبه بعض التحديات الصحية التي تؤثر على إنتاج الحليب أو قدرة الأم على تحمل مشقة الرضاعة الطبيعية. على الرغم من ذلك، تبقى العوامل الصحية مهمة في هذا السياق، حيث قد تساهم المشكلات الصحية للأم أو الطفل في انخفاض معدلات الرضاعة الطبيعية، حيث أن الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل صحية قد يلتجئن إلى الحليب الصناعي كبديل، مما يعكس العلاقة الوطيدة بين الصحة والرضاعة.

عدد الأطفال في الأسرة يُعتبر أيضاً عاملاً مؤثراً، حيث أن الأمهات اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال يميلن إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية بشكل أكبر، وهو ما يرتبط بتراكم الخبرة وزيادة الدعم الأسري من أفراد العائلة مثل الجدات. في الوقت ذاته، قد تجد الأمهات اللاتي يملكن عدداً أقل من الأطفال صعوبة أكبر في الرضاعة الطبيعية، ما قد يدفعهن إلى اللجوء إلى بدائل مثل الحليب الصناعي، خاصة في حال عدم وجود الدعم العائلي الكافي. في هذا السياق، يظهر تأثير حجم الأسرة على الرضاعة، حيث تتسع دائرة الدعم الاجتماعي في الأسر الأكبر، مما يزيد من استمرارية الرضاعة الطبيعية لفترات أطول.

أما السن عند الزواج، فيظهر تأثيره الواضح في الفرق بين المناطق الحضرية والريفية. في المناطق الريفية حيث تتسم الأسر بعادات اجتماعية أكثر تحفظاً، يكون الزواج المبكر أكثر شيوعاً، وهو ما يؤدي إلى

تعزيز العادات التقليدية مثل الرضاعة الطبيعية. هنا، تلعب الأسرة الممتدة، وخاصة الجدات، دورًا كبيرًا في تشجيع الرضاعة الطبيعية وتوفير الدعم النفسي والتربوي للأم. في المقابل، في المناطق الحضرية، حيث قد تتأخر الزيجات بسبب انشغال النساء بالتحصيل العلمي أو التوجهات المهنية، قد تزداد ميل الأمهات في هذه الفئات العمرية المتقدمة لاستخدام الحليب الصناعي أو الرضاعة المختلطة.

العوامل الصحية: تشير الدراسات إلى أن صحة الأم تمثل عاملاً رئيسيًا في ممارسة الرضاعة الطبيعية. الأمهات اللواتي يتمتعن بصحة جيدة، سواء على مستوى الصحة العامة أو صحة الثدي، يكن أكثر قدرة على الإرضاع بشكل طبيعي لفترات أطول. لكن عندما تواجه الأمهات مشاكل صحية مثل ضعف إنتاج الحليب أو المضاعفات الصحية بعد الولادة، قد يكون من الصعب عليهن الاستمرار في الرضاعة الطبيعية، ما يضطرهن في بعض الأحيان للجوء إلى بدائل مثل الحليب الصناعي. من جانب آخر، صحة الطفل تلعب دورًا كبيرًا في هذه المعادلة؛ فالطفل الذي يعاني من مشاكل صحية قد لا يكون قادرًا على الرضاعة الطبيعية، وبالتالي قد تتجه الأم إلى حليب الأطفال الصناعي أو المكملات الغذائية. في حالات خاصة مثل الأطفال الخدج أو الذين يعانون من اضطرابات صحية تؤثر على نموهم، قد تجد الأمهات صعوبة أكبر في الرضاعة الطبيعية.

الرعاية الصحية أثناء الحمل تعد أيضًا من العوامل المهمة التي تؤثر في قرار الأمهات بالرضاعة الطبيعية. الأمهات اللاتي يتلقين رعاية صحية جيدة أثناء فترة الحمل يكون لديهن فرصة أكبر للتعلم حول أهمية الرضاعة الطبيعية، سواء من خلال الندوات التعليمية أو النصائح التي يقدمها الأطباء أو الممرضون. في المناطق الحضرية التي تتمتع بخدمات صحية متطورة، تحصل الأمهات على دعم طبي مباشر، مما يشجعهن على التمسك بالرضاعة الطبيعية. في المقابل، في المناطق الريفية، حيث تزداد نسبة الاعتماد على القابلات التقليديات، قد لا تحظى الأمهات بالمعلومات الكافية حول الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية، وهو ما يمكن أن يؤثر سلبيًا على نسبة ممارستها.

التفاعل بين العوامل يظهر بوضوح في الفوارق الجغرافية بين مناطق الجزائر، حيث تسجل المناطق الريفية مثل الهضاب الوسطى والجنوب نسبة أعلى في ممارسات الرضاعة الطبيعية مقارنة بالمناطق الحضرية أو الشمال الغربي. في هذه المناطق الريفية، غالبًا ما تتسم العادات الاجتماعية والثقافية بالتمسك بالتقاليد التي تشجع على الرضاعة الطبيعية، إذ يعد هذا جزءًا من الروابط الأسرية الوثيقة. في المقابل، في المناطق الحضرية التي تتمتع بمستوى تعليمي أعلى ووجود فرص عمل أكثر للأمهات،

تتراجع نسب الرضاعة الطبيعية بشكل ملحوظ، ما يعكس تأثير نمط الحياة العصري والانشغال بالعمل والراحة الشخصية. إن أسلوب الحياة السريع والمتطلبات المهنية والاجتماعية قد يكونان أحد الأسباب التي تجعل الأمهات في هذه المناطق يفضلن استخدام الحليب الصناعي.

الرضاعة الطبيعية في الجزائر. يظهر تأثير العمر، عدد الأطفال، وحجم الأسرة بشكل واضح في المناطق الريفية حيث تظل العادات التقليدية أكثر تأثيرًا، بينما تتراجع هذه النسب في المناطق الحضرية بسبب العوامل الاجتماعية والثقافية الحديثة. كما أن صحة الأم والطفل تمثل عاملاً حاسماً، حيث قد تتسبب المشكلات الصحية للأم أو الطفل في تقليص ممارسات الرضاعة الطبيعية أو التحول إلى بدائل.

4.3 مدخل الى الجانب التطبيقي لدراستنا الحالية

انطلاقاً من التحليل السابق لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر لعام 2019، تم ملاحظة أن تأثير العوامل المؤثرة على الرضاعة الطبيعية يتداخل في العديد من الحالات، مما يصعب التمييز بشكل واضح في قوة تأثير كل عامل بشكل منفصل. يعود ذلك إلى أن العديد من هذه العوامل تتسم بنوع من التعميم، مما جعل من الضروري التطرق إلى بعض التفاصيل الدقيقة في ما يخص المتغيرات المرتبطة بنوع الغذاء المقدم للأطفال الرضع. ومن هنا، كان من الضروري عزل عامل الوظيفة المهنية تماماً من العينة المدروسة لتحقيق نتائج دقيقة تساعد في تفسير الموضوع بشكل أعمق.

من خلال هذه الدراسة الحالية، نسعى إلى معالجة بعض النقائص التي ظهرت في مسح 2019، حيث تم إغفال بعض العوامل المؤثرة التي تحتاج إلى تمحيص أدق. من بين هذه العوامل، يبرز نمط الحياة الخاص بالنساء غير العاملات، والذي قد يكون له تأثير كبير على خيارات الرضاعة الطبيعية مقارنة بالنساء العاملات. كما يتطلب الأمر دراسة الجوانب الديمغرافية والصحية والاقتصادية للأسرة التي تعيش فيها الأم المرضعة، إذ يمكن أن تلعب هذه العوامل دوراً محورياً في تحديد إمكانية إتمام الرضاعة الطبيعية، خاصة في الأسر ذات الدخل المحدود أو تلك التي تواجه تحديات صحية معينة.

إضافة إلى ذلك، فإن التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية للأمهات تعد من المحددات الهامة التي قد تساهم في تعزيز أو تقليص ممارسات الرضاعة الطبيعية. تعتبر الثقافة المجتمعية والإلمام بالمعلومات الصحية عاملاً رئيسياً في اختيار الأمهات لنمط الرضاعة، وهو ما يستدعي فهم أعمق لهذه العوامل من خلال إجراء تحليل نوعي يساعد في كشف دوافع الأمهات لاختيار أنواع مختلفة من التغذية.

في ضوء ما سبق، تسعى هذه الدراسة إلى التعمق في فهم تأثير هذه العوامل على اختيار نمط الرضاعة لدى النساء غير العاملات، من خلال استكشاف أبعاد أكثر تفصيلية حول تأثير المحددات الاقتصادية، الصحية، الاجتماعية والثقافية. كما تهدف إلى معالجة أوجه القصور التي تم تجاهلها في المسح السابق، والتي تتعلق بعدم الفصل بين التأثيرات المختلفة للعوامل المدروسة بشكل منفصل، مما سيساعد في الوصول إلى نتائج دقيقة ومحددة تساهم في تحسين السياسات الصحية المتعلقة بتغذية الرضع في الجزائر.

خلاصة الفصل

ختامًا، يتبين من خلال تحليل بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر سنة 2019 أن أنماط الرضاعة المتبعة في الجزائر ترتبط بعدة عوامل متشابكة تتداخل بشكل كبير مع السياقات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، أين تلعب التنشئة الاجتماعية دورًا رئيسيًا في تحديد نظرة الأمهات للرضاعة وهي متعلقة نوعًا ما بالقيم والتقاليد المجتمعية، كما يُعد الوعي الصحي والثقافة الصحية أحد أهم هذه العوامل، حيث يرتبط مستوى المعرفة بأهمية الرضاعة الطبيعية بشكل مباشر بالالتزام بها. بالإضافة إلى ذلك، فإن المستوى المعيشي ونمط الحياة يمثلان تحديات ملموسة، إذ تؤدي الظروف الاقتصادية الضاغطة وأنماط الحياة المزدحمة إلى زيادة الاعتماد على الرضاعة الاصطناعية.

أما الخصائص الديموغرافية والصحية، فتشمل عمر الأم، مستواها التعليمي، حالتها الصحية، وعدد أطفالها، وكلها تؤثر على قراراتها فيما يتعلق بالرضاعة، على سبيل المثال، الأمهات الأصغر سنًا أو اللواتي يعانين من ظروف صحية صعبة قد يكن أكثر ميلًا لاختيار الرضاعة الاصطناعية أو المختلطة. تشير هذه العوامل إلى الحاجة إلى تطوير سياسات واستراتيجيات توعوية شاملة تُعزز الرضاعة الطبيعية، مع توفير الدعم اللازم للأمهات لتجاوز التحديات التي يواجهنها لضمان تغذية سليمة وصحية للأطفال.

الباب الثاني : الدراسة الميدانية

الفصل الأول: خصائص عينة البحث

تمهيد

المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية وأنماط الارضاع لعينة البحث

أولاً: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

ثانياً: وأنماط الارضاع لعينة البحث

لمبحث الثاني: الخصائص الصحية،الاقتصادية،الاجتماعية والثقافية لعينة البحث

أولاً: الخصائص الصحية و الاقتصادية لعينة البحث

ثانياً: الخصائص الاجتماعية والثقافية لعينة البحث

تمهيد:

نهدف من خلال هذا الفصل إلى التعرف على المميزات الديمغرافية والثقافية و الصحية والاقتصادية للمبحوثات، والتعرف على خصوصيات الأمهات اللاتي يلجأن إلى إتخاذ أحد أنماط الإرضاع في تغذية الطفل، حيث يتضمن هذا الفصل عرضاً شاملاً لمختلف خصائص عينة بحثنا، والتي بلغ عددها 200 مبحوثة في سن الإنجاب 15-49 سنة لديهن طفل واحد على الأقل لا يتجاوز سنه سنتين بحيث استثنينا في عينتنا النساء اللاتي لديهن مولود جديد أقل من 6 أشهر، حيث تم هذا التحقيق الميداني في ولايتي الجزائر العاصمة و البويرة بحيث تنقلنا الى مراكز حماية الأمومة و الطفولة و كذلك بعض المبحوثات من الأقارب وصديقاتهن لمدة شهرين، حيث قمنا بتوزيع الاستمارات على هؤلاء المبحوثات بهدف استيفاء جميع أسئلة الاستبيان.

وللتوضيح أكثر قمنا بتقسيم هذا الفصل كمايلي :

المبحث الأول: الخصائص الديمغرافية وأنماط الارضاع لعينة البحث

أولاً: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

ثانياً: وأنماط الارضاع لعينة البحث

المبحث الثاني: الخصائص الصحية، الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية لعينة البحث

أولاً: الخصائص الصحية و الاقتصادية لعينة البحث

ثانياً: الخصائص الاجتماعية والثقافية لعينة البحث

المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية وأنماط الارضاع لعينة البحث

أولاً: الخصائص الديمغرافية لأفراد عينة البحث

جدول رقم 24: توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج

السن عند الزواج	التكرار	%
من 15 - 20 سنة	22	11
من 21 - 25 سنة	101	50,5
من 26 - 30 سنة	28	14
من 31 - 35 سنة	39	19,5
من 36 - 40 سنة	10	5
المجموع	200	100

الشكل البياني رقم 02: توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج



يظهر التحليل الإحصائي للسن عند الزواج أن الفئة العمرية الأكثر شيوعاً هي من 21-25 سنة، حيث تمثل 50.5% من إجمالي حالات الزواج، مما يشير إلى أن هذه الفئة هي الأكثر تفضيلاً. تليها الفئة من

35-31 سنة التي تمثل 19.5%، والفئة من 26-30 سنة التي تشكل 14%، مما يدل على استمرار الزواج في هذه الفئات العمرية لكن بنسب أقل. في المقابل، فإن الزواج في الفئة العمرية من 15-20 سنة يمثل 11% فقط، بينما تراجع الزواج بشكل ملحوظ في الفئة من 36-40 سنة، حيث تمثل 5% فقط. هذه النتائج تعكس تفضيلات اجتماعية وثقافية واضحة تجاه الزواج في الأعمار المبكرة إلى المتوسطة، مع تراجع ملحوظ في الفئات الأكبر.

جدول رقم 25: توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية الزوجية

الحالة المدنية الاجتماعية	التكرار	%
متزوجة	172	86
ارملة	4	2
مطلقة	24	12
المجموع	200	100

الشكل البياني رقم 03: توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية الزوجية



تشير البيانات إلى أن الزواج لا يزال يمثل قيمة أساسية عند المبحوثات، حيث تشكل المتزوجات النسبة الأكبر بنسبة 86%، مما يعكس استقرار الأسرة كركيزة اجتماعية. تزايد نسبة المطلقات 12% قد يعكس تغيرات اجتماعية واقتصادية، وتطوراً في تقبل الطلاق كخيار مقبول. أما نسبة الأرملة، التي بلغت 2%، فقد تشير إلى معدلات حياة مستقرة. بشكل عام، تظهر هذه الأرقام تمسكاً بالأسرة مع بعض التحولات في نظرة المجتمع للعلاقات الزوجية.

جدول رقم 26: توزيع أفراد العينة حسب المدة بين آخر مولود و المولود الذي قبله

المدة بين المواليد	التكرار	%
سنتين	64	51,6
اكثر من سنتين	60	48,4
المجموع	124 ¹	100

تشير البيانات إلى أن المدة بين المواليد في عينة بحثنا تميل إلى أن تكون حوالي سنتين، حيث تمثل هذه الفئة 51.6% من العينة المدروسة. بينما تفضل نسبة 48.4% من العائلات فترة زمنية أطول بين الولادات، أي أكثر من سنتين.

تعكس هذه النسب توازناً نسبياً في الخيارات المتعلقة بفترات الإنجاب، حيث يختار البعض تقارب الفترات بين المواليد، ربما لأسباب تتعلق برغبة في تكوين عائلة صغيرة في فترة زمنية قصيرة. في المقابل، يفضل آخرون ترك فترة زمنية أطول، ربما لأسباب صحية أو اقتصادية، أو لمنح الأطفال اهتماماً وتنشئة أفضل.

جدول رقم 27: توزيع أفراد العينة حسب وجود التوأم مع آخر مولود

وجود توأم من بين المواليد	التكرار	%
نعم	34	17
لا	166	83
المجموع	200	100

¹ 66 مولودة لديهن طفل واحد فهن غير معنويات بالإجابة عن هذا السؤال

تشير البيانات إلى أن نسبة ولادة التوائم بين الأسر المدروسة بلغت 17%، حيث يوجد توأم بين المواليد لدى 34 عائلة من أصل 200. في المقابل، لا توجد توائم لدى 83% من الأسر، مما يعكس أن ولادة التوائم هي حدث أقل شيوعاً ضمن العينة، تعكس هذه النسبة وجود نسبة معينة من الأسر التي لديها توائم، وهو ما قد يتأثر بعوامل وراثية أو بيولوجية.

جدول رقم 28: توزيع أفراد العينة حسب جنس الرضيع

جنس الرضيع	التكرار	%
ذكر	116	58
انثى	84	42
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن نسبة الذكور بين المواليد الجدد في العينة المدروسة أعلى من نسبة الإناث، حيث يمثل الذكور 58% من إجمالي المواليد، مقارنة بـ 42% للإناث. يعكس هذا التفاوت البسيط توازناً نسبياً بين الجنسين، لكنه قد يعكس أيضاً ميلاً طبيعياً لارتفاع نسبة الذكور قليلاً، وهو أمر شائع في العديد من المجتمعات.

ثانياً: أنماط الرضاعة لعينة البحث

جدول رقم 29: توزيع أفراد العينة حسب نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة	التكرار	%
رضاعة طبيعية	80	40
رضاعة اصطناعية	38	19
رضاعة مختلطة	82	41
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن نمط الرضاعة بين المشاركين يتنوع بشكل ملحوظ. حيث تُفضل 40% من الأمهات الرضاعة الطبيعية، بينما 19% يعتمدون على الرضاعة الاصطناعية. في المقابل، تُظهر نسبة 41% من الأمهات أنهن يستخدمن نمط الرضاعة المختلطة.

هذا التوزيع يعكس توجهًا نحو الرضاعة الطبيعية كخيار صحي ومفضل، ولكنه أيضًا يظهر أن هناك نسبة كبيرة من الأمهات 41% يتبنين نمط الرضاعة المختلطة. يمكن أن يكون لهذا النمط مزايا متعددة، مثل تلبية احتياجات الرضيع الغذائية مع توفير مرونة للأم، أما الرضاعة الاصطناعية 19%، فتشير إلى وجود فئة من الأمهات اللاتي يفضلن استخدام الحليب الصناعي لأسباب قد تتعلق بالصحة، أو حتى عدم القدرة على الرضاعة الطبيعية.

بشكل عام، تظهر هذه البيانات تنوع الخيارات المتاحة للأمهات وتعكس توجهات مختلفة في ممارسات الرضاعة في عينة بحثنا.

جدول رقم 30: توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم

عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم	التكرار	%
أقل من 6 مرات	10	12,5
بين 6-12 مرة	40	50
أكثر من 12 مرة	30	37,5
المجموع	80 ¹	100

تشير البيانات إلى أن 50% من الأمهات يرضعن أطفالهن طبيعيًا بين 6 إلى 12 مرة في اليوم، بينما 37.5% منهن يقمن بالرضاعة أكثر من 12 مرة يوميًا. في المقابل، هناك 12.5% فقط يرضعن أقل من 6 مرات في اليوم.

تعكس النسب تنوع احتياجات الرضع وأسلوب الرضاعة لدى الأمهات، حيث تعد الرضاعة المتكررة أكثر من 12 مرة يوميًا نمطًا شائعًا لبعض الأمهات، ربما استجابةً لاحتياجات الرضيع أو لدعم إنتاج الحليب. بالمقابل، تعتبر الرضاعة بمعدل 6-12 مرة يوميًا مناسبة لعدد كبير من الأمهات، وهي المعدل المتوسط الذي يوفر توازنًا بين احتياجات الطفل وقدرة الأم على توفير الحليب.

¹ 80 مبحوثة فقط من يرضعن رضاعة طبيعية

جدول رقم 31: توزيع أفراد العينة حسب وقت فطام الرضيع

فطام الرضيع	التكرار	%
أقل من 6 أشهر	12	7,4
من 6-12 شهرا	36	22,2
من 12-18 شهرا	38	23,5
من 18-24 شهرا	76	46,9
المجموع	162 ¹	100

تشير البيانات إلى أن 46.9% من الأمهات يفتمن أطفالهن بين 18 إلى 24 شهراً، مما يجعل هذا النمط الأكثر شيوعاً. في المقابل، تقطع 23.5% من الأمهات أطفالهن بين 12 إلى 18 شهراً، و22.2% بين 6 إلى 12 شهراً، بينما هناك نسبة صغيرة 7.4% تقطع أطفالها قبل 6 أشهر. يعكس هذا التوزيع تفضيلاً للفطام المتأخر، إذ تميل العديد من الأمهات إلى مواصلة الرضاعة حتى عمر السنتين، تماشياً مع توصيات الصحة العالمية التي تدعم الرضاعة لفترة أطول لتعزيز مناعة الطفل وصحته، من جهة أخرى، قد يعكس الفطام في وقت مبكر ظروفًا مختلفة، كانهخفاض إنتاج الحليب، أو لأسباب صحية تجعل استمرار الرضاعة صعباً.

¹ 38 غير معنيت بالإجابة كزهن يرضعن رضاعة اصطناعية

المبحث الثاني: الخصائص الصحية،الاقتصادية،الاجتماعية والثقافية لعينة البحث

أولاً: الخصائص الاقتصادية و الصحية لعينة البحث

1.الخصائص الاقتصادية

جدول رقم 32: توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة

الدخل الشهري للأسرة	التكرار	%
اقل من 30000 دج	77	38,5
من 31000الى60000دج	62	31
من 61000الى90000	35	17,5
اكثر من 100000	26	13
المجموع	200	100

تشير هذه البيانات إلى توزيع متفاوت في مستويات الدخل بين الأسر المدروسة، حيث أن النسبة الأكبر من الأسر 38.5% لديها دخل يقل عن 30,000 دينار جزائري، مما يبرز أن جزءاً كبيراً من المجتمع يواجه تحديات اقتصادية وقد يواجه صعوبة في تلبية احتياجاته الأساسية. تليها فئة الدخل بين 31,000 إلى 60,000 دينار بنسبة 31%، ما قد يشير إلى مستوى معيشي متوسط لهذه الأسر. الأسر التي تقع في فئة الدخل بين 61,000 إلى 90,000 دينار 17.5% تمثل شريحة اقتصادية ميسورة نسبياً، بينما تشكل الأسر ذات الدخل المرتفع أكثر من 100,000 دينار نسبة صغيرة تبلغ 13% فقط من العينة، مما يعكس وجود أقلية تتمتع بقدرة شرائية أفضل ونوعية حياة قد تكون أكثر رفاهية.

جدول رقم 33: توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن

نوع المسكن	التكرار	%
بيت تقليدي	14	7
بيت قصديري	34	17
شقة	115	57,5
فيلا	37	18,5
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 57.5% من الأسر تسكن في شقق، مما يجعل هذا النوع من السكن الأكثر شيوعاً بين المشاركين. يليها السكن في الفلل بنسبة 18.5%، ثم البيوت القصديرية بنسبة 17%، وأخيراً البيوت التقليدية بنسبة 7%، تعكس هذه النسب تفاوتاً في نوعية السكن بين الأسر، حيث تعتبر الشقق الخيار الأكثر انتشاراً ربما بسبب توفرها وتناسبها مع الكثافة السكانية المتزايدة في المناطق الحضرية. أما البيوت القصديرية، التي تشكل 17% من السكن، فتشير إلى وجود تحديات اقتصادية وسكنية لبعض الأسر، حيث يرتبط هذا النوع من السكن بالظروف المعيشية الأقل استقراراً، والسكن في الفلل، والذي يشمل 18.5% من الأسر يعكس مستوى معيشياً أعلى لجزء من العينة، بينما قد يعكس السكن في البيوت التقليدية ارتباط بعض الأسر بالتراث أو العيش في المناطق الريفية.

جدول رقم 34: توزيع أفراد العينة حسب ملكية المسكن

ملكية المسكن	التكرار	%
ذو ملكية خاصة	142	71
مستاجر	58	29
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 71% من الأسر تمتلك مساكنها بشكل خاص، بينما 29% تعيش في مساكن مستأجرة. يعكس ارتفاع نسبة الملكية الخاصة توجهاً قوياً نحو الاستقرار السكاني، حيث تفضل معظم الأسر امتلاك مساكنها لتأمين الاستقرار العائلي وتجنب تكاليف الإيجار المستمرة، في المقابل، تعكس

نسبة الأسر التي تعيش في مساكن مستأجرة 29% وجود جزء من المجتمع قد يواجه صعوبات في تملك العقارات، ربما بسبب التكاليف المرتفعة للعقارات أو لظروف اقتصادية معينة.

جدول رقم 35:

توزيع أفراد العينة حسب مكان الولادة

مكان الولادة	التكرار	%
مستشفى	98	49
عيادة خاصة	98	49
المنزل	4	2
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 98% من حالات الولادة تمت إما في المستشفيات أو العيادات الخاصة، حيث بلغت نسبة الولادات في كل منهما 49% بالتساوي. في المقابل، نسبة قليلة فقط 2% من الولادات حدثت في المنزل، تعكس النسب تفضيلاً قوياً للولادة في المؤسسات الطبية، سواء كانت حكومية أو خاصة، مما قد يشير إلى وعي صحي بأهمية الرعاية الطبية المتخصصة أثناء الولادة. تساوي نسبة الولادات بين المستشفيات والعيادات الخاصة قد يدل على رغبة بعض الأسر في الاستفادة من خدمات العيادات الخاصة، التي قد توفر بيئة أكثر خصوصية وراحة، أما الولادات المنزلية، فتعتبر نادرة، مما يعكس توجهاً عاماً نحو الاعتماد على المرافق الطبية لضمان ولادة آمنة ومتابعة صحية للأم والطفل.

جدول رقم 36: توزيع أفراد العينة حسب امتلاكهن لسيارة خاصة

امتلاك سيارة خاصة	التكرار	%
نعم	85	42,5
لا	115	57,5
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 42.5% من الأسر تمتلك سيارة خاصة، بينما 57.5% لا تمتلكها. يعكس هذا التوزيع أن أكثر من نصف الأسر تفتقر إلى وسيلة نقل خاصة، مما قد يشير إلى تحديات اقتصادية أو تفضيل لاستخدام وسائل النقل العامة، خاصة في المناطق الحضرية. أما الأسر التي تمتلك سيارة، والتي تشكل 42.5%، فقد ترتبط بظروف مادية أفضل أو حاجة ملحة للتنقل بسهولة. من جهة أخرى، قد تعكس هذه النسبة اعتماداً على السيارات في التنقل اليومي، خصوصاً في المناطق التي تفتقر إلى وسائل نقل عامة فعالة.

جدول رقم 37:

توزيع أفراد العينة حسب وجود الخادمة في المنزل

وجود خامة في المنزل	التكرار	%
نعم	27	13,5
لا	173	86,5
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 13.5% فقط من الأسر لديها خامة عاملة منزلية، بينما 86.5% من الأسر لا تمتلك خامة في المنزل. تعكس هذه النسبة الصغيرة أن الاعتماد على العمالة المنزلية ليس شائعاً بين الأسر، مما قد يرتبط بتكاليف توظيف العمالة أو بتفضيل الأسر القيام بالأعمال المنزلية بنفسها. قد تكون الأسر التي تعتمد على خادمة ضمن الفئة ذات الدخل المرتفع نسبياً أو التي تحتاج إلى دعم إضافي بسبب ضغط الدخل أو حجم الأسرة. بالمقابل، فإن النسبة الكبيرة للأسر التي لا تعتمد على

العمالة المنزلية تشير إلى دور مهم للأفراد داخل الأسرة في القيام بالمهام المنزلية، وإلى ثقافة تعتمد على الاعتماد الذاتي في تدبير شؤون المنزل.

جدول رقم 38:

توزيع أفراد العينة حسب قضاء الوقت خارج المنزل

القضاء بعض الوقت خارج المنزل	التكرار	%
نعم	134	67
لا	66	33
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 67% من الأسر تقضي بعض الوقت خارج المنزل، بينما 33% منها لا تخرج بانتظام. يعكس هذا التوزيع تفضيلاً لدى غالبية الأسر لقضاء وقت خارج المنزل، سواءً لأغراض ترفيهية، اجتماعية، أو لقضاء الاحتياجات، وقد يكون قضاء الوقت خارج المنزل مرتبطاً برغبة في تغيير الروتين اليومي، وزيادة النشاط الاجتماعي، أو توفير بيئة جديدة للأطفال، في المقابل نجد الأسر التي لا تقضي وقتاً خارج المنزل 33% قد تواجه قيوداً معينة، سواء اقتصادية، أو بسبب التزامات منزلية، أو ربما تفضل قضاء أوقاتها ضمن محيط الأسرة والمنزل.

الخصائص الصحية لأفراد عينة البحث

جدول رقم 39:

توزيع أفراد العينة حسب إصابة المبحوثة بمرض

الإصابة بمرض	التكرار	%
نعم	34	17
لا	166	83
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 17% من المشاركين أفادوا بإصابتهم بمرض، بينما 83% لم يصابوا بأي مرض. تعكس هذه النسبة العالية للأشخاص الذين لم يصابوا بمرض مستوى جيداً من الصحة العامة بين العينة

المدرسة، ويمكن أن يشير انخفاض نسبة الإصابة 17% إلى وعي صحي جيد أو إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والعلاج، و من جهة أخرى قد تكون النسبة الصغيرة للأشخاص المصابين بأمراض مرتبطة بعوامل متعددة، مثل نمط الحياة، التغذية، والدعم الصحي المتاح في المجتمع.

جدول رقم 40:

توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض في حالة الإصابة

نوع المرض	التكرار	%
الحنجرة والأنف ORL	28	12.73
السكري	23	10.45
غدة درقية	54	24.55
الربو	41	18.64
ضغط الدم	74	33.63
المجموع	¹ 220	100

يظهر الجدول توزيع التكرار والنسب المئوية للأنواع المختلفة من الأمراض في العينة المدروسة. مرض ضغط الدم سجل أعلى نسبة مئوية 33.63%، يليه مرض الغدة الدرقية بنسبة 24.55%، ثم الربو بنسبة 18.64%. مرض الحنجرة والأنف ORL جاء في المركز الرابع بنسبة 12.73%، وأخيراً مرض السكري بنسبة 10.45%. يوضح المجموع الكلي الذي بلغ 220 حالة. تساهم هذه البيانات في فهم توزيع الأمراض ضمن العينة المدروسة.

من خلال تفسير النتائج، يمكن أن نلاحظ أن مرض ضغط الدم هو الأكثر شيوعاً في العينة المدروسة، وهو ما يعكس مشكلة صحية واسعة النطاق في المجتمعات الحديثة التي يعاني فيها الأفراد من الضغوطات النفسية والبدنية المرتبطة بأسلوب الحياة العصري قلة الحركة، التغذية غير الصحية، التوتر. كما أن مرض الغدة الدرقية والربو يعدان من الأمراض التي تزداد شيوعاً بسبب تزايد التلوث البيئي والعوامل الوراثية. أما مرض السكري فهو يتزايد بشكل ملحوظ في المجتمعات التي تعتمد على الأطعمة

¹ العدد الإجمالي 220 بدلا من 200 لأن بعض المبحوثات أصين بأكثر من مرض

المعالجة وقلة النشاط البدني. بخصوص الأمراض المتعلقة بالحنجرة والأنف، فقد تكون مشكلات موسمية أو متعلقة بالحساسية، مما يعكس تأثير التغيرات المناخية والبيئية على صحة الأفراد.

جدول رقم 41:

توزيع أفراد العينة حسب الحالة الصحية بعد الولادة القيصرية

الحالة الصحية بعد الولادة القيصرية	التكرار	%
جيدة	80	71,4
متدهورة	32	28,6
المجموع	112 ¹	100

تشير البيانات إلى أن 71.4% من النساء اللواتي خضعن للولادة القيصرية أفدن بأن حالتهم الصحية جيدة بعد العملية، بينما أفادت 28.6% منهن بتدهور حالتهم الصحية. تعكس هذه الأرقام وجود غالبية من النساء اللاتي يتمتعن بصحة جيدة بعد الولادة القيصرية، مما يشير إلى نجاح العملية والقدرة على التعافي بشكل فعال، ومع ذلك، فإن نسبة 28.6% من النساء اللواتي يعانين من تدهور في حالتهم الصحية قد تشير إلى وجود مضاعفات أو تحديات بعد الولادة، مثل الألم المستمر أو مشكلات في الشفاء. من المهم تقديم الدعم الطبي والنفسي للأمهات في فترة ما بعد الولادة لضمان التعافي الجيد وتحسين جودة الحياة بعد العملية.

جدول رقم 42:

توزيع أفراد العينة حسب التأثر بمشاكل نفسية

التأثر بمشاكل نفسية	التكرار	%
نعم	28	14
لا	172	86
المجموع	200	100

¹ 82 مبحوثة لم تلدن ولادة قيصرية

تشير البيانات إلى أن 14% من المشاركين أفادوا بتأثرهم بمشاكل نفسية، بينما 86% لم يشعروا بأي تأثير نفسي. تعكس هذه النسبة العالية للأشخاص الذين لا يعانون من مشاكل نفسية مستوى جيداً من الصحة النفسية العامة في العينة المدروسة، ومع ذلك، فإن نسبة 14% من الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية تشير إلى وجود حاجة للوعي والدعم النفسي، وقد تكون هذه النسبة مرتبطة بتحديات حياتية معينة، مثل الضغوط اليومية، أو صعوبات في التكيف بعد الولادة، أو غيرها من العوامل.

جدول رقم 43: توزيع أفراد العينة حسب إصابة طفلهم بمرض مزمن

اصابة الطفل بمرض	التكرار	%
نعم	85	42,5
لا	115	57,5
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 42.5% من الأطفال أصيبوا بمرض، بينما 57.5% لم يصابوا بأي مرض. تعكس هذه النسبة أن هناك جزءاً كبيراً من الأطفال 57.5% يتمتعون بصحة جيدة، مما يشير إلى إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض، ومع ذلك، فإن نسبة 42.5% من الأطفال الذين أصيبوا بمرض تشير إلى تحديات صحية قد تواجه بعض الأسر، وقد تكون هذه الأمراض ناتجة عن عوامل متنوعة مثل سوء التغذية، ضعف المناعة، أو التلوث، أو العوامل البيئية. من المهم توفير الدعم الطبي والوقائي للأسر لزيادة الوعي بأهمية الرعاية الصحية، وتعزيز الممارسات الصحية لحماية الأطفال من الأمراض.

جدول رقم 44: توزيع أفراد العينة حسب نوع مرض الطفل الرضيع

نوع المرض	التكرار	%
السكري	1	1,1
الاسهال	20	22,2
يرقان الرضع صفار المواليد	63	70
الحمى	6	6,7
المجموع	90 ¹	100

¹ 90 لم بدلا من 85 لأنه يوجد من الأطفال من أصيب بأكثر من مرض

تشير البيانات إلى أن معظم الحالات المرضية المسجلة بين الأطفال تتعلق بـ يرقان الرضع، حيث تمثل هذه الحالات 70% من إجمالي الحالات. يليه مرض الإسهال بنسبة 22.2%، بينما تظهر حالات الحمى بنسبة 6.7%، وأخيراً مرض السكري بنسبة 1.1%.

هذا التوزيع يعكس أن يرقان الرضع هو الأكثر شيوعاً بين الأمراض التي تصيب الأطفال في العينة المدروسة، مما قد يشير إلى حاجة لمراقبة صحة المواليد الجدد بشكل خاص. من المهم أن يتم التوعية بضرورة الفحص المبكر والعناية الطبية للأطفال الذين يظهر عليهم أعراض يرقان.

أما نسبة الإسهال، فهي تمثل تحدياً شائعاً أيضاً، وغالباً ما يرتبط بالتغذية أو العدوى. ينبغي تعزيز الوعي حول أهمية التغذية الصحية وطرق الوقاية من الأمراض للمساعدة في تقليل هذه الأعراض لدى الأطفال.

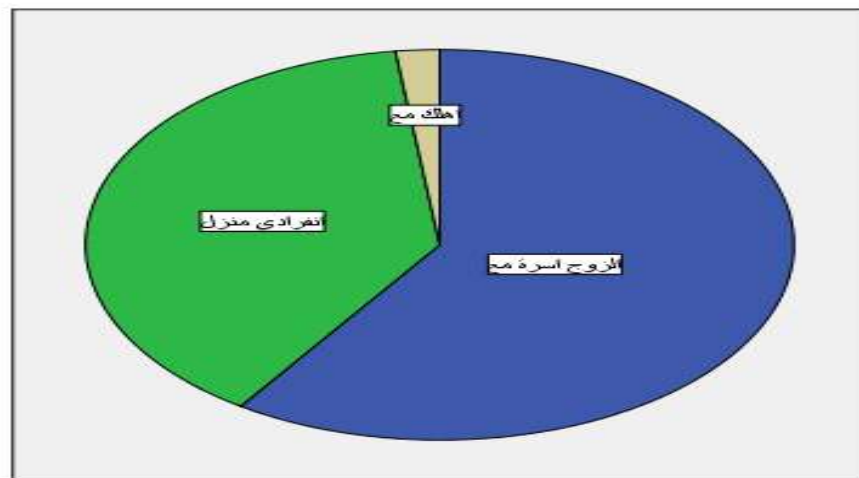
ثانياً: الخصائص الاجتماعية و الثقافية لأفراد عينة البحث

جدول رقم 45:

توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة

نوع الأسرة	التكرار	%
مع اسرة الزوج	119	59,5
منزل انفرادي	77	38,5
مع اهلك	4	2,0
المجموع	200	100

الشكل البياني رقم 04 : توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة



تشير البيانات إلى أن غالبية الأسر الجزائرية في العينة المدروسة تعيش مع أسرة الزوج، حيث تبلغ نسبة هذه الفئة 59.5%. بينما يفضل 38.5% من الأسر السكن في منزل انفرادي، بعيداً عن العائلة الموسعة، وهناك نسبة صغيرة جداً 2% تعيش مع أهل الزوجة. يُظهر هذا النمط أن السكن مع أسرة الزوج هو الخيار الأكثر شيوعاً، ربما لأسباب ثقافية أو اقتصادية، حيث توفر العائلات الممتدة دعماً مادياً ومعنوياً. ومع ذلك، فإن نسبة الأسر التي تسكن بشكل منفصل 38.5% تعكس رغبة متزايدة في الاستقلالية السكنية، مما قد يرتبط بمتغيرات اقتصادية جديدة أو تغيرات في القيم الاجتماعية التي تدعم الحياة الأسرية المستقلة.

جدول رقم 46:

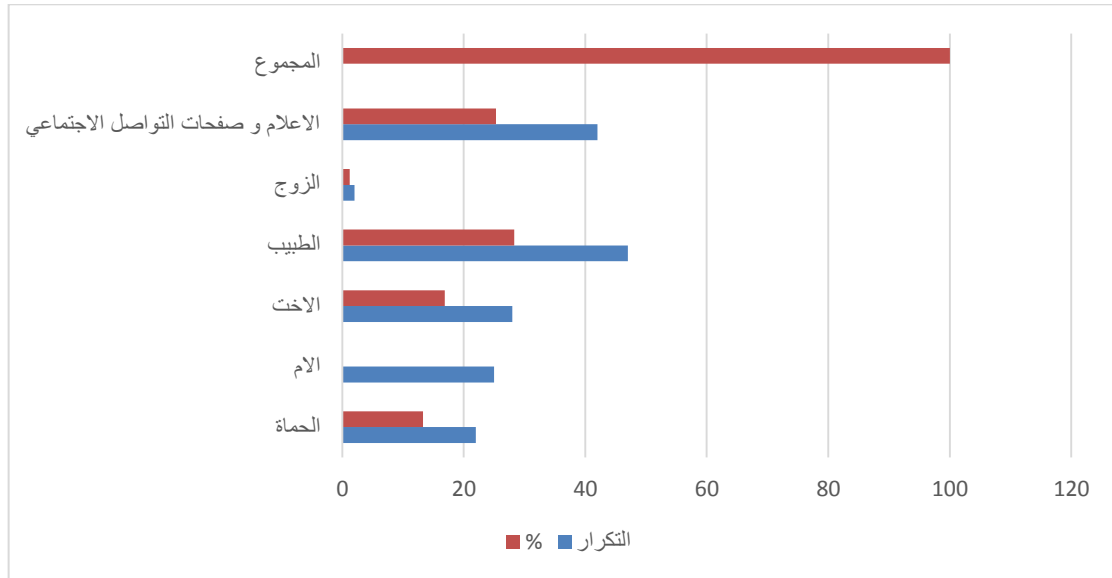
توزيع أفراد العينة حسب مصادر المعلومات حول فوائد الإرضاع

مصادر تلقي المعلومات	التكرار	%
الحماة	22	13,3
الام	25	15.06
الاخت	28	16,9
الطبيب	47	28,3
الزوج	2	1,2
الاعلام و صفحات التواصل الاجتماعي	42	25,3
المجموع	¹ 166	100

¹ 166 من أفراد العينة فقط من أجابو بأنهم تلقو معلومات حول فوائد الإرضاع الطبيعي

الشكل البياني رقم 05:

توزيع أفراد العينة حسب مصادر المعلومات حول فوائد الإرضاع



تشير البيانات إلى أن المصدر الأكثر شيوعاً لتلقي المعلومات بين هذه العينة هو الطبيب، حيث يعتمد عليه 28.3% من المشاركين، يليه الإعلام وصفحات التواصل الاجتماعي بنسبة 25.3%. تأتي الأسرة كأحد المصادر المهمة أيضاً، إذ تلجأ 16.9% من العينة للأخت، و 15.06% للأم، و 13.3% للحماة. بينما يعتمد 1.2% فقط على الزوج كمصدر للمعلومات.

هذا التوزيع يعكس تنوع مصادر المعلومات، حيث يبرز الطبيب كأكثر المصادر موثوقية، خاصة في الأمور الصحية، في حين تعكس النسبة الكبيرة للإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي دور التكنولوجيا في نشر المعلومات على نطاق واسع. الاعتماد على الأسرة، خاصة الأم والأخت، يشير إلى استمرار أهمية الروابط العائلية كمصادر للمشورة والتوجيه.

جدول رقم 47:

توزيع أفراد العينة حسب استعمال وسائل منع الحمل

استعمال وسائل منع الحمل	التكرار	%
نعم	152	76
لا	48	24
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 76% من المشاركين يستخدمون وسائل منع الحمل، بينما 24% لا يستخدمونها. تعكس هذه النسبة المرتفعة للاستخدام رغبة واضحة في تنظيم الأسرة والتحكم في الفترات بين المواليد. يمكن أن يعكس الاعتماد الكبير على وسائل منع الحمل تغييرات إيجابية في الوعي الصحي، واهتمامًا متزايدًا بالتخطيط الأسري. كما قد تشير هذه النسب إلى تحسن في الوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية المتعلقة بتنظيم الأسرة. على الجانب الآخر، قد تعكس نسبة 24% التي لا تستخدم وسائل منع الحمل وجود قيود ثقافية أو اقتصادية أو حتى نقص في الوعي حول الخيارات المتاحة.

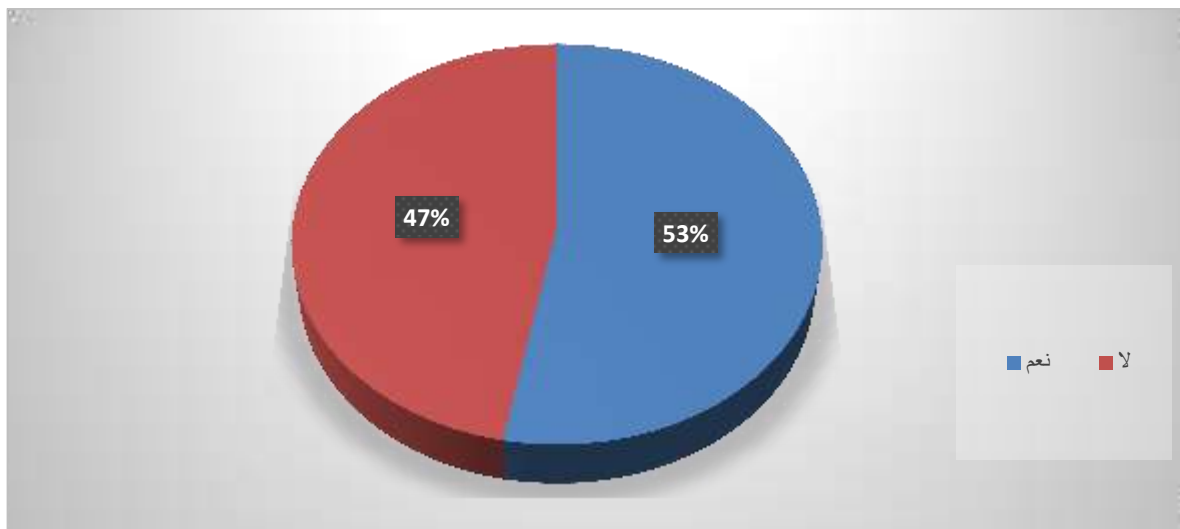
جدول رقم 48:

توزيع أفراد العينة حسب ارضاع الطفل مباشرة بعد الولادة

الترار	%	ارضاع الطفل مباشرة بعد الولادة
106	53	نعم
94	47	لا
200	100	المجموع

الشكل البياني رقم 06:

توزيع أفراد العينة حسب ارضاع الطفل مباشرة بعد الولادة



تشير البيانات إلى أن 53% من الأمهات يرضعن أطفالهن مباشرة بعد الولادة، بينما 47% لا يرضعنهم في تلك الفترة. تعكس هذه الأرقام وجود ميل إيجابي نحو الرضاعة الطبيعية الفورية، والتي تعتبر ممارسة صحية وموصى بها من قبل العديد من المنظمات الصحية.

الرضاعة المباشرة بعد الولادة توفر فوائد كبيرة لكل من الأم والطفل وتزويد الطفل بالعناصر الغذائية الضرورية. ومع ذلك، تشير النسبة الكبيرة من الأمهات 47% اللاتي لا يرضعن مباشرة بعد الولادة إلى وجود عوامل قد تمنع ذلك، مثل المضاعفات الصحية أو نقص المعلومات أو الدعم في المستشفى.

جدول رقم 49:

توزيع أفراد العينة حسب الاهتمام بالرشاقة

الاهتمام بالرشاقة	التكرار	%
نعم	132	66
لا	68	34
المجموع	200	100

تشير البيانات إلى أن 66% من المشاركين يهتمون بالرشاقة، بينما 34% لا يولون اهتمامًا كبيرًا لهذا الجانب. تعكس هذه النسبة المرتفعة للرغبة في المحافظة على الرشاقة وعملية اللياقة البدنية اهتمامًا متزايدًا بالصحة والعافية بين الأفراد.

يمكن أن يرتبط هذا الاهتمام بزيادة الوعي حول أهمية نمط الحياة الصحي وتأثيره على الصحة العامة والرفاهية. كما يعكس أيضاً تغيراً في القيم الاجتماعية نحو الصحة واللياقة البدنية، حيث يسعى الكثيرون لتحقيق مستوى جيد من اللياقة البدنية. من جهة أخرى، تشير النسبة 34% التي لا تهتم بالرشاقة إلى وجود عوامل قد تمنع ذلك، مثل الضغوطات اليومية أو نقص الموارد أو الدعم في اتخاذ قرارات صحية.

جدول رقم 50:

توزيع أفراد العينة حسب وقت ادخال اللهاية

وقت ادخال اللهاية	التكرار	%
منذ الولادة - 6 أشهر	66	47,1
من 6 أشهر - 12 شهر	52	37,1
من 12 شهر - 18 شهر	20	14,3
من 18 شهر - 24 شهر	2	1,4
المجموع	140 ¹	100

تشير البيانات إلى أن 47.1% من الأمهات يُدخلن اللهاية للرضع منذ الولادة حتى عمر 6 أشهر، بينما 37.1% يبدأن في استخدامها بين 6 إلى 12 شهراً. كما يظهر أن 14.3% من الأمهات يُدخلن اللهاية بين 12 إلى 18 شهراً، و 1.4% فقط يبدأن في استخدامها من 18 إلى 24 شهراً.

تعكس هذه النسب رغبة الأمهات في تهدئة الأطفال أو مساعدتهم في النوم. ومع ذلك، قد تُظهر الأرقام أيضاً عدم وجود اتفاق عام حول الوقت المناسب لاستخدام اللهاية، حيث تختلف الآراء بناءً على الممارسات الثقافية أو الصحية، فقد تكون هناك اعتبارات حول تأثير استخدام اللهاية على الرضاعة الطبيعية.

¹ 140 مبحوثة بدلا من 200 لأن 60 مبحوثة لم تستعملن اللهاية

الباب الثاني

الفصل الثاني: تحليل نتائج الفرضية الأولى

تمهيد

المبحث الأول: علاقة التنشئة الاجتماعية للمرأة غير العاملة على اختيار نمط من

أنماط الرضاعة لتغذية أطفالها الرضع

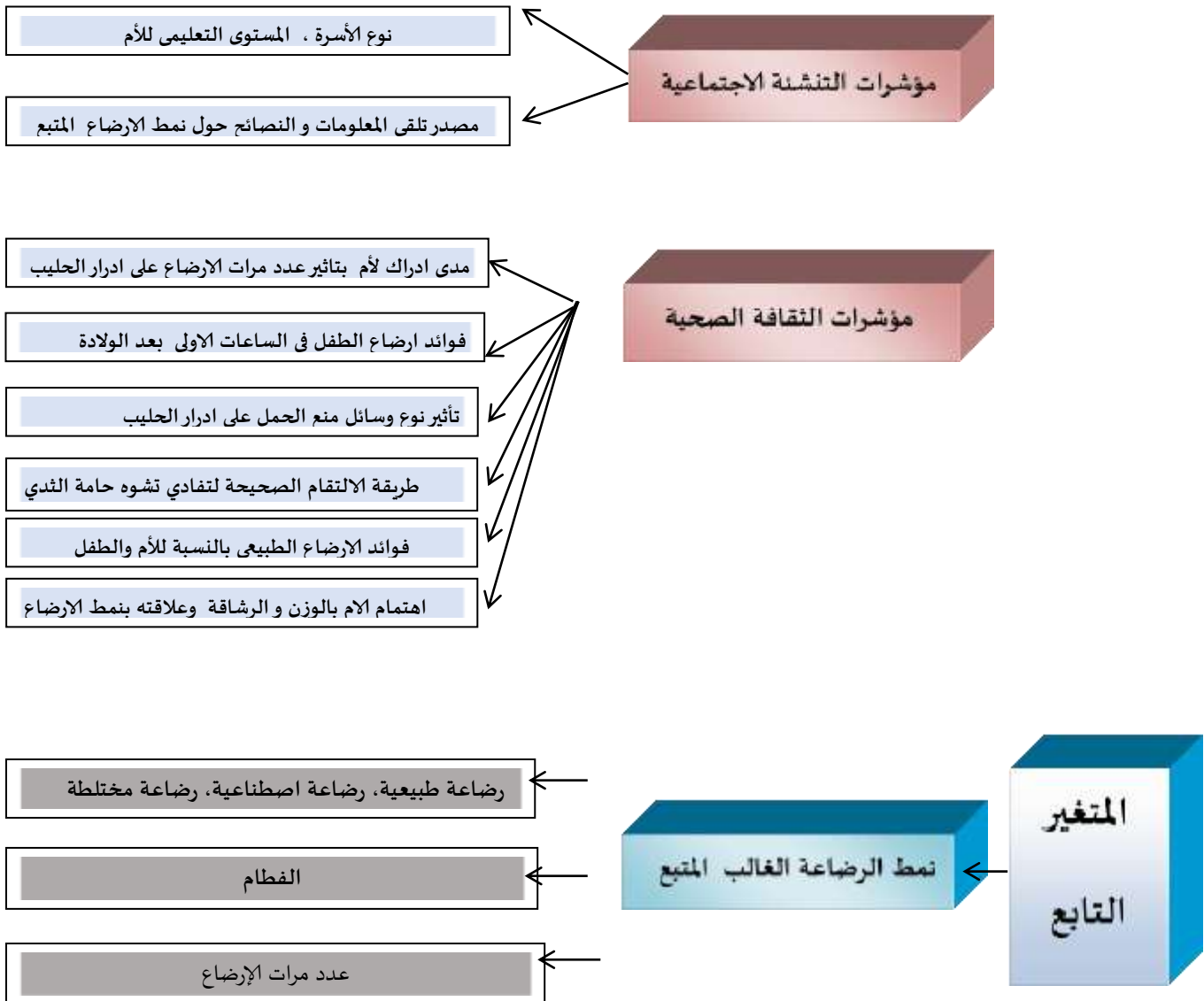
المبحث الثاني: علاقة الثقافة الصحية للمرأة غير العاملة على اختيار نمط من أنماط

الرضاعة لتغذية أطفالها الرضع

استنتاج الفرضية الأولى

تمهيد:

يتم التركيز في هذا الفصل على تحليل الفرضية الأولى والتي مفادها: تؤثر كل من التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية للمرأة غير العاملة على نمط الرضاعة في تغذية أطفالها الرضع. وهذا من خلال اختبار العلاقة بين المتغيرين المستقلين التنشئة الاجتماعية والثقافة الصحية للمرأة غير العاملة وربطها بمؤشرات المتغيرات التابعة نمط الرضاعة المتبع، مدة الرضاعة والقطام، عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم، وذلك بالاستعانة بمجموعة من المؤشرات كما هو موضح :



المبحث الأول :علاقة التنشئة الإجتماعية للمرأة غير العاملة بكيفية تغذية أطفالها الرضع و الممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.

لمعرفة العلاقة بين التنشئة الإجتماعية للمرأة غير العاملة و نمط الرضاعة المتبع عند المبحوثات قمنا بوضع جداول مركبة ارتباطية بين مؤشرات التنشئة الاجتماعية ومؤشرات أنماط الرضاعة المذكورة سابقا والتي رتبناها في جداول مركبة كما يلي :

جدول رقم 51: العلاقة بين نوع الأسرة و نمط_الرضاعة

نمط_الرضاعة		رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نوع الأسرة					
مع اسرة الزوج	التكرار	58	4	57	119
	%	48,7	3,4	47,9	100
منزل انفرادي	التكرار	20	32	25	77
	%	26	41,6	32,5	100
مع اهلك	التكرار	2	2	0	4
	%	50	50	0	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=17.057$ بدرجة حرية 6 واحتمال $0.048 < 0.05$			
معامل التوافق		$R_c = 0.495$			

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة: 41%، 40 % على الترتيب،أي هناك تقارب بين النسبتين، مقابل 19% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية وبإدخالنا للمتغير المستقل الا وهو : نوع الأسرة نلاحظ أن: 48.7% من النساء اللواتي يقمن مع أسرة الزوج

الأسرة الكبيرة يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية و 47.9% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة مقابل 3.4% فقط يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية.

41.6% من النساء اللواتي يقمن في منزل انفرادي يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية مقابل 26% منهن فقط يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 17.057 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 6 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 12.59، أما عن درجة العلاقة فقدر معامل التوافق ب: 0.49 أي توجد علاقة متوسطة بين المتغيرين.

تعكس هذه البيانات تأثير الظروف المحيطة ونوع الأسرة على قرارات الأمهات فيما يتعلق بنمط الرضاعة، حيث تعتبر - الأسرة - "أول مستقبل يحول الإنسان من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية التي تستمر إلى آخر عمره، فهي من تعطيه صفة الإنسانية، وروح المسؤولية وتكوين الشخصية، وتلقنه بعض السلوكيات والعادات والتقاليد"¹، وتقاليد الأسر الجزائرية تعطي أهمية كبيرة للرضاعة الطبيعية، حيث أن المرضعات في الأسر الممتدة اللواتي يقمن مع الأسرة الكبيرة للزوج في الغالب يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية و يمكن أن يُعزى الميل الكبير نحو الرضاعة الطبيعية إلى الدعم العاطفي والاجتماعي الذي تقدمه أسرة الزوج للرضعة، والمعروف عن الأسر الممتدة الجزائرية أنها تحسن العون للمرأة المرضعة هذا ما يجعلها معفية من بعض الواجبات المنزلية كالطهي، التنظيف، الغسيل... الخ من الأشغال اليومية التي تبعتها عن رضيعها خاصة عندما يتعلق الأمر بإرضاعه طبيعياً، ناهيك أن الأم المرضعة تجد نفسها محاطة بمجموعة من القوانين الاجتماعية التي تحدد سلوكياتها مثل تغذية الأطفال، اللباس، والتعليم، إذ يصبح هذا المجتمع الأسري جزءاً لا يتجزأ من حياتها، وتستمر الأسرة في التأثير عليها طوال حياتها، حتى تصبح قادرة على بناء أسرتها الخاصة وتطبيق ما تعلمته منها²، بالإضافة إلى الثقة التي تكنها المرضعات حديثات الزواج للأم و الحماية وللمن يكبرنهن سنا نتيجة الخبرة الطويلة للنساء اللواتي حولهن في الأسرة الكبيرة مما يوفر بيئة مستقرة وآمنة للأم تمكنها من الرضاعة الطبيعية بشكل أفضل ، هذا يتماشى مع التقاليد الجزائرية التي تشجع على الرضاعة الطبيعية لما لها من فوائد صحية للأم والطفل، أما في المنازل التي تعيش فيها المرضعات في أسرة

¹ فاطمة الزهراء سي الطيب وآسيا شريف، "معارف الشباب تجاه قضايا الصحة الإنجابية في المنطقة العربية"، مجلة آفاق وأفكار، المجلد 9، العدد 4، 2021، ص 140.

² فريدريك معتوق، مرجع سابق، ص 153.

نواتية أين تعيش منفردة مع زوجها و أولادها قد تواجهن ضغوطاً اجتماعية واقتصادية كالأشغال اليومية الخاصة بالمنزل و الزوج و التي تتزامن مع وقت الاهتمام بتغذية الرضيع هذه السلوكيات المفروضة عليهن تؤثر على حالتهم الجسمية والنفسية وكذلك نقص الخبرة يؤدي دائماً للتوتر و التردد في المواصله في الارضاع الطبيعي نتيجة البكاء المتواصل للرضيع و الأمراض الدورية المتكررة كالحمى ، القيء ، الاسهال ، الامساك، الغازات ...الخ، والذي يتطلب الصبر و معرفة بعض الممارسات التي من شأنها أن تتجح و تزيد من إدرار الحليب و كل هذه المعوقات تجعل الرضاعة الطبيعية أقل قابلية للتنفيذ و تقلل من قدرة الأم على التفرغ للارضاع من الثدي، مما يفسر الاعتماد الأكبر على الرضاعة الاصطناعية، أما بالنسبة للمرضعات اللواتي تعشن مع أهلهم، يمكن أن يؤدي غياب الاستقرار إلى تقارب النسب بين الرضاعة الطبيعية والاصطناعية، فالأمهات في هذه الظروف قد تجد صعوبة في الحفاظ على الرضاعة الطبيعية بشكل مستمر، لذا يعتمدن على الرضاعة الاصطناعية كبديل متاح، وعدم وجود حالات للرضاعة المختلطة بين المرضعات في هذه الفئة قد يشير إلى عدم القدرة على التكيف مع هذه الظروف المتقلبة، مما يدفع الأمهات إلى اختيار نمط رضاعة واحد يمكنهن الالتزام به.

في الختام، يمكننا تفسير أن قرارات الأمهات الغير عاملات في الجزائر بشأن الرضاعة تتأثر بشكل كبير بالبيئة المحيطة ونوع الأسرة والدعم المقدم من طرف أفرادها، حيث توفر الأسرة الممتدة بيئة دعم مادي وعاطفي للأم المرضعة، مما يساهم في نجاح الرضاعة الطبيعية، بينما في الأسرة النووية، حيث تزداد الضغوط اليومية وتقل فرص الدعم، قد تكون الرضاعة الاصطناعية هي الخيار الأكثر شيوعاً. وبالتالي، تعكس هذه الديناميكيات تأثير البيئة والدعم الأسري، أو غيابه، على اختيارات الأمهات لنمط الرضاعة.

جدول رقم 52: العلاقة بين نوع الأسرة و فطام الرضيع

المجموع	24-18	18-12	12-6	اقل من 6	فطام الرضيع	
	شهرًا	شهرًا	شهرًا	أشهر	نوع الأسرة	
115	63	22	26	4	التكرار	مع اسرة الزوج
100	54,8	19,1	22,6	3,5	%	
45	13	14	10	8	التكرار	منزل انفرادي
100	28,9	31,1	22,2	17,8	%	
2	0	2	0	0	التكرار	مع أهلك
100	0	100	0	0	%	
162 ¹	76	38	36	12	التكرار	المجموع
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	
0.006 < 0.05 احتمال 6 بدرجة حرية $\chi^2=18.143$					اختبار الكاي تربيع	

نلاحظ أن الاتجاه الهام للجدول يظهر أن: 46.9% من المبحوثات يقمن بفطام أطفالهن في سن متأخرة تفوق 18 شهرا، بينما نجد نسبة 7.4% منهن يقمن بفطام أطفالهن في سن مبكرة لا تتجاوز 6 أشهر، وعند ادخالنا للمتغير المستقل الا وهو: نوع الأسرة لاحظنا أن : 54.8% من النساء اللواتي يعشن مع العائلة الكبيرة ويقمن بفطام أطفالهن تقارب العامين 24-18 شهرا مقابل 3.5% فقط منهن يفطن أطفالهن في سن أقل من 6 أشهر، ونسبة 31.1% يقمن بفطام أطفالهن لمدة 12-6، مقابل 28.9% منهن يفطن أطفالهن في الفترة بين 18-12 شهرا .

¹ 162 مبحوثة بدلا من 200 ، لأنهن فقط معنيات بالفطام و يتبعن نمط الارضاع الطبيعي أو المختلط

تظهر نتائج هذا الجدول تأثير بنية الأسرة على فترة الرضاعة الطبيعية الفطام وهذا ما أثبتته قيم اختبار كاي تربيع المحسوبة ب: 18.143 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت ب: 12.59 عند درجة حرية 6 و مستوى الدلالة 5%.

تُظهر الإحصائيات المتعلقة بعلاقة بنية الأسرة بفطام الرضيع تأثيراً اجتماعياً ملحوظاً ينبع من التباينات الثقافية والتنظيمية بين الأسر الكبيرة والنوعية في المجتمع الجزائري، يُعدّ هذا التأثير انعكاساً للعادات والتقاليد الراسخة التي تُشكّل خيارات النساء، لا سيما في سياق الرضاعة الطبيعية وفترة الفطام. فالنساء اللاتي يعشن في أسر كبيرة يتأثرن بنمط الحياة الجماعي الذي يفرض أحياناً قواعد وأعرافاً تتعلق برعاية الأطفال، حيث تُفضّل الأسرة الممتدة الامتثال للتقاليد التي ترى في الرضاعة الطبيعية لفترات طويلة علامة على الصحة الجسدية والنفسية للطفل، وكذلك رمزاً للالتزام بالقيم الدينية والاجتماعية، كما تُعتبر الرضاعة الطبيعية طويلة الأمد جزءاً من الثقافة الجماعية التي تشجعها الأمهات أو الحموات ضمن هذه الأسر، مما يعكس طبيعة الدعم والضغوط الاجتماعية التي تُمارس على النساء، من جهة أخرى، تبدو الأسر النووية أكثر تأثراً بالتغيرات الحديثة التي تتسم بمرونة أكبر في اتخاذ القرارات الفردية في هذا الإطار، إذ تتمتع المرأة بحرية نسبية في تحديد فترة الرضاعة بناءً على ظروفها الخاصة، سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو صحية خاصة في ظل غياب الدعم المباشر من العائلة الممتدة في هذه الأسر يجعل النساء أكثر عرضة للتحديات المرتبطة بالرضاعة، مثل الإرهاق أو الحاجة إلى التوفيق بين رعاية الطفل والمسؤوليات الأخرى، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تقصير فترة الرضاعة.

هذه العلاقة بين نمط الأسرة ومدة الفطام تتشابك مع عوامل أخرى، أبرزها الأعراف الثقافية التي ترتبط بقدرسية الرضاعة الطبيعية في التقاليد الجزائرية، والوضع الاقتصادي والاجتماعي للمرأة، ففي الأسر الكبيرة، غالباً ما تُوفر بيئة اقتصادية أكثر استقراراً نسبياً بفضل التشارك في الموارد والمسؤوليات، مما يُتيح للمرأة إمكانية تمديد فترة الرضاعة. في المقابل، تعاني الأسر النووية من ضغوط نفسية وجسدية قد تدفع النساء إلى الفطام المبكر للتركيز على تلبية احتياجات الأسرة.

على العموم يظهر أن بنية الأسرة ليست مجرد إطار تنظيمي للعلاقات الاجتماعية، بل هي أيضاً عامل حاسم في تشكيل خيارات النساء المرتبطة برعاية أطفالهن، كما أن القيم التقليدية التي تُميز الأسر الكبيرة تُعزز من امتثال النساء للممارسات الثقافية المرتبطة بالرضاعة الطبيعية طويلة الأمد، بينما تُشير مرونة الأسر النووية إلى تحول تدريجي نحو الفردية في اتخاذ القرارات، وهو ما يعكس التأثير المتزايد للعوامل الحداثية على السلوكيات الاجتماعية التي تساهم في تحديد فترة الفطام.

جدول رقم 53: العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثة و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة المتبع المستوى التعليمي للمبحوثة				
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
تقرأ و تكتب	التكرار	0	0	4
	%	100	0	100
متوسط	التكرار	2	2	28
	%	85,7	7,1	100
ثانوي	التكرار	6	8	40
	%	65	20	100
جامعي	التكرار	30	72	128
	%	20,3	56,3	100
المجموع	التكرار	80	38	200
	%	40	19	100
اختبار الكاي تربيع				$\chi^2=14.598$ بدرجة حرية 3 واحتمال $0.018 < 0.05$
معامل التوافق				$R_C = 0.591$

قمنا بوضع هذا الجدول لمعرفة كيف يؤثر المستوى التعليمي على نمط الرضاعة، وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثة نلاحظ كل النساء اللواتي يحسنن القراءة و الكتابة فقط يتبعن نمط الارضاع الطبيعي، في حين نجد 85.7% من المبحوثات ذات المستوى التعليمي المتوسط يتبعن نمط رضاعة طبيعي مقابل 7.1% اتبعن نمط ارضاع اصطناعي، ونسبة 65% من المبحوثات ذات المستوى التعليمي الثانوي يتبعن نمط رضاعة طبيعي مقابل 15% اتبعن نمط ارضاع اصطناعي. أما 56.3% من المبحوثات ذات المستوى التعليمي المرتفع جامعي يتبعن نمط رضاعة مختلط مقابل 20.3% اتبعن نمط ارضاع طبيعي، ويتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من

خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 14.598 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 7.81 وهذا ما يفسر وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المتغيرين، أما معامل التوافق فقد قدرت قيمته ب: 0.591 مما يدل على وجود علاقة متوسطة بين المتغيرين.

يظهر من خلال البيانات السابقة أنه يمكن أن يؤدي ارتفاع المستوى التعليمي لدى المرأة غير العاملة إلى تعزيز استقلاليتها في اتخاذ الخيارات المتعلقة بنمط تغذية أطفالها الرضع، بما في ذلك القرارات المتعلقة بصحة الطفل، فكلما ارتفع مستوى تعليم المرأة، زادت قدرتها على الخيارات الصحية والمدرسة استناداً إلى معرفتها وفهمها نتيجة للتكوين التي خضعت له خلال مسارها الدراسي ونتيجة احتكاكها بأساتذة ومختصين في عدة مجالات بما في ذلك قدرتها على المطالعة والبحث العلمي، إذ يعتبر علماء الاجتماع مؤسسات التربية والتعليم العالي من بين أبرز دور التنشئة الاجتماعية التي تهدف إلى تكيف الجيل الحالي ليتناسب مع الحياة الجماعية نحو سلوك تربوي وصحي سليم.¹ هذا الارتفاع في المستوى التعليمي قد يجعل الأمهات أكثر قدرة على تقييم الخيارات المختلفة المتاحة أمامها بشأن تغذية أطفالهن، مثل اختيار الرضاعة الطبيعية أو البدائل الأخرى، فمن بين المعارف التي يمكن معرفتها عن الرضاعة الطبيعية أنها تقدم العديد من الفوائد الصحية للأم والطفل، مثل تعزيز المناعة لدى الطفل، ودعمه في نموه العقلي، والوقاية من بعض الأمراض. كما أنها تساعد الأم في التقليل من خطر الإصابة بأمراض مثل سرطان الثدي وأمراض القلب، وتساهم في فقدان الوزن بعد الولادة، من جهة أخرى، نجد أن القرارات المتعلقة بالرضاعة تتأثر بعدة عوامل، من بينها توجيهات الأطباء، المحيط الاجتماعي جماعة الرفاق، حيث قد تؤثر النصائح التي تتلقاها المرأة من صديقاتها أو أفراد أسرتها الذين يشتركون معها في خصائص اجتماعية أو ثقافية، في بعض الأحيان، قد تتبع هذه التأثيرات من الإيديولوجيات التي اكتسبتها المرأة خلال مسارها الدراسي، وهو ما يجعلها تميل إلى بعض الحلول البديلة كالحليب الصناعي أو الرضاعة المختلطة، التي قد تبدو أكثر توافقاً مع قناعاتها الشخصية، حيث أن "المعرفة غير الصحيحة هي سبب رئيسي لظهور سوء التغذية عند الأطفال الصغار والتي على رأسها الرضاعة"²

ضف إلى ذلك فإن المرأة غير العاملة ذات المستوى التعليمي المرتفع تتمتع بمرونة ثقافية أكبر، تجعلها أكثر استعداداً لقبول الوسائل البديلة لتغذية طفلها، والذي قد يدفعها للجمع بين الرضاعة الطبيعية والبديلة

¹ نعيم حبيب الجعيني، مرجع سابق، ص 24.

² 3_LucenAfrose and others, OP.CIT ; p249

الرضاعة المختلطة. هذا التوجه قد يكون ناتجاً عن فهمها العلمي لما تحتويه البدائل من فوائد مثل الفيتامينات والمعادن الضرورية، مما يجعلها أكثر تقبلاً لها.

أما النساء ذوات المستوى التعليمي المنخفض، فإنهن غالباً ما يميلن إلى المحافظة على الأنماط التقليدية في تغذية الطفل، حيث يعتقدن أن الرضاعة الطبيعية هي الخيار الأكثر أماناً وموثوقية، فالنمط التقليدي، بالنسبة لهؤلاء النساء، يمثل الخيار الأفضل خاصة في السنة الأولى من حياة الطفل، وهذا يعود جزئياً إلى قلة الوعي بالمزايا التي قد توفرها البدائل.

في الختام، نجد أن ارتفاع المستوى التعليمي لدى المرأة غير العاملة يمكن أن يعزز من قدرتها على اتخاذ قرارات صحية لها ولطفلها، حيث تكون أكثر استعداداً لتقييم واختيار الحلول البديلة للرضاعة الطبيعية إن تحتم عليها الأمر، ومع ذلك، تبقى الرضاعة الطبيعية الخيار الأمثل لها من الناحية الصحية سواء للطفل أو الأم، وذلك لما لها من فوائد صحية مثبتة، بينما تظل النساء الأقل تعليمياً أكثر تمسكاً بالأساليب التقليدية خوفاً من المخاطر المرتبطة بالتغيير، ما يعكس التفاوت في الوعي والمعرفة بين المستويات التعليمية المختلفة.

جدول رقم 54: العلاقة بين التردد على المراكز الاستشفائية و نمط_الرضاعة

نمط_الرضاعة التردد على المراكز الاستشفائية	نعم	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
		56	38	54	148
التكرار					
%		37,8	25,7	36,5	100
التكرار		24	0	28	52
%		46,2	0	53,8	100
التكرار		80	38	82	200
%		40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع					$\chi^2=19.734$ بدرجة حرية 7 واحتمال $0.0309 < 0.05$
معامل التوافق					$R_c = 0.612$

أظفنا هذا الجدول لمعرفة تأثير تردد المبحوثات على المراكز الاستشفائية على نمط الرضاعة المتبع عندهن فقمنا بإدخال المتغير المستقل ألا وهو : **التردد على المراكز الاستشفائية** وسجلنا مايلي:

37.8% من النساء اللواتي يترددن على المراكز الاستشفائية بكثرة يعتمدن على حليب الأم كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 25.7% فقط يرضعن رضاعة اصطناعية، ونسبة 53.58 % من المبحوثات اللواتي لم يترددن على المراكز الاستشفائية بكثرة يتبعن نمط رضاعة مختلطة و 46,2% يرضعن رضاعة طبيعية مقابل انعدام تام للمبحوثات من هذه الفئة تبعن نمط ارضاع اصطناعي.

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 19.734 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 7 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 14.07، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.612 أي أن هناك علاقة جيدة نوعا ما بين المتغيرين.

دورًا مهمًا في تشكيل سلوك الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية، حيث تساهم بشكل جزئي في تكوين اتجاه إيجابي نحو الرضاعة تلعب المراكز الصحية الطبيعية، مما يعزز من عملية إدراج الحليب بعد الولادة الدراسات تشير إلى أن الأمهات اللواتي يمتلكن اتجاهًا إيجابيًا نحو الرضاعة الطبيعية تتكون لديهن كميات كافية من اللبن بشكل أسرع مقارنة بالأمهات المتشككات، هذا يعني أن تقديم الدعم والإرشاد الصحيح من المراكز الصحية يمكن أن يكون له تأثير كبير على نجاح الرضاعة الطبيعية ، لهذا أطلقت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مبادرة "المستشفيات الصديقة للطفل" عام 1991، لتشجيع الممارسات التي تحمي وتدعم الرضاعة الطبيعية، وتعتمد المبادرة على عشر خطوات أساسية لضمان نجاح الرضاعة، تشمل تدريب العاملين الصحيين، مساعدة الأمهات على بدء الرضاعة خلال نصف ساعة من الولادة، وتشجيع الرضاعة الطبيعية عند الطلب، كما تعمل المبادرة على دعم المساكنة بين الأمهات والمواليد طوال 24 ساعة يوميًا ومنع تقديم أي حلمات صناعية أو أطعمة غير لبن الأم إلا لأسباب طبية¹، وعلى الرغم من أن المستشفيات و المراكز الصحية تساهم في توجيه الأمهات، إلا أنها لا تزال مقصرة في توفير النصائح المتخصصة حول الرضاعة الطبيعية، حيث تتلقى غالبية النساء نصائح عامة حول الحمل مثل عدم رفع الأثقال والمشي والتغذية، بينما تحصل نسبة صغيرة فقط على نصائح متخصصة حول فوائد الرضاعة الطبيعية، هذا التقصير يمكن أن يؤثر سلبيًا على قرارات الأمهات

¹ Ministère de la santé, OP.CIT, 2009, P3.

وقد رتھن على الاستمرار في الرضاعة الطبيعية، فالأمهات اللواتي لا يتلقين إرشادات متخصصة يعتمدن بشكل كبير على المعلومات المتاحة في وسطهن الاجتماعي، اذ يمكن أن تكون هذه المعلومات محدودة أو غير دقيقة، خاصة في الأوساط الأمية، فتجدهن يعتمدن على النصائح من النساء الأكبر سناً في الأسرة، والتي قد تكون مبنية على خبرات تقليدية غير مدعومة بالعلم الحديث، هذا يمكن أن يؤدي إلى استمرار بعض الممارسات غير المثلى أو حتى الضارة، و الدليل هو الفطام المبكر أو عدد رضعات غير كاف لنساء ماكنات بالبيت، كم يجب ان نذكر أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأمهات تلعب دوراً كبيراً في تحديد نمط الرضاعة، فالأمهات من الطبقات الفقيرة قد لا يمكن الوصول الكافي إلى الخدمات الصحية المتخصصة، مما يزيد من اعتمادهن على المعلومات المتاحة في الوسط الاجتماعي، هذا يعزز الحاجة إلى تعزيز برامج التوعية الصحية في المراكز الصحية لتقديم الدعم اللازم لجميع الأمهات بغض النظر عن وضعهن الاقتصادي أو الاجتماعي، ولتعزيز الرضاعة الطبيعية بشكل فعال، يجب على المراكز الصحية أن تركز بشكل أكبر على تقديم نصائح وإرشادات متخصصة حول الرضاعة الطبيعية، كما يجب أن تشمل هذه البرامج جميع الفئات الاجتماعية والاقتصادية، مع توفير الدعم الخاص للأمهات المبتدئات في الرضاعة هذا مع نشر التوعية الشاملة والمستمرة التي يمكن أن تساهم في تغيير نظرة الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية وزيادة معدل نجاحها واستمراريتها، وقد وصل عدد المستشفيات الصديقة للطفل إلى 20,000 مستشفى في 156 دولة نامية، مما يعكس التزاماً عالمياً بتحسين ممارسات الرضاعة الطبيعية. ومع تعزيز دور هذه المستشفيات، يمكن الحد من الاعتماد على مصادر تقليدية غير موثوقة، مما يعزز تجربة الرضاعة الطبيعية ويساهم في تحسين صحة الأمهات والأطفال.

على العموم تلعب المراكز الصحية دوراً حيوياً في تكوين اتجاهات الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية، لكن يجب تعزيز هذا الدور من خلال تقديم نصائح وإرشادات متخصصة خاصة انه يمكن لهذه الممارسات أن تسهم بشكل كبير في تغيير نظرة الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية وتحسين صحتها وصحة أطفالها.

جدول رقم 55: العلاقة بين تلقي الأم لنصائح حول فوائد الرضاعة الطبيعية ونمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة المتبع تلقي الأم لنصائح حول فوائد الرضاعة الطبيعية				
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نعم	التكرار	76	18	56
	%	50,7	12	37,3
لا	التكرار	4	20	26
	%	8	40	52
المجموع	التكرار	80	38	82
	%	40	19	41
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=17.254$ بدرجة حرية 2 واحتمال $0.013 < 0.05$		
معامل التوافق		$R_c = 0.478$		

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة: 41%، 40 % على الترتيب، أي هناك تقارب بين النسبتين، مقابل 19% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية. وعند ادخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في: تلقي الأم لمعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية نلاحظ أن 50.7 % من النساء اللواتي تلقين نصائح حول فوائد الرضاعة الطبيعية يعتمدن على حليب الأم كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 12% منهن فقط يرضعن رضاعة اصطناعية ، في حين 52 % من المبحوثات اللواتي لم يتلقين النصائح يتبعن نمط رضاعة مختلطة مقابل 8% منهن فقط يتبعن نمط ارضاع طبيعي، و يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 17.254 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 2 ونسبة الدلالة 0.05 المقدر ب 5.99 ، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.478 أي تبين أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

من خلال ما سبق تبين أن تلقي الأمهات لنصائح حول فوائد الرضاعة الطبيعية دور حاسم في تحديد نمط تغذية أطفالهن، اذ يبرز أن الأمهات اللاتي يستفدن من النصائح حول فوائد الرضاعة الطبيعية يملن إلى اختيار نمط الارضاع الطبيعي كوسيلة مثلى لتغذية أطفالهن، أو يبقين على لبن الأم رغم قلته مضيفين لأطفالهن الحليب الاصطناعي لغرض اشباعهم مع التركيز على لبن الأم أي أن بعضهن يتبعن نمط الإرضاع المختلط ، وهذا يعكس مدى تلقي الأم لهذه المعلومات على الممارسة الإيجابية في اختيار نوع الغذاء المقدم لأطفالهن، حيث يصبح أكثر ادراكا لأهمية الرضاعة الطبيعية وفوائدها، سواءً بالنسبة للطفل أو للأم. وهذا نتيجة للتوعية بالفوائد المتعددة للحليب الطبيعي، حتى يتجنبن تحديات ومشاكل قد تنجم عن تخليهن عنه أو استبداله بأنواع أخرى من الحليب، مما يزيد من الرعاية الصحية والتنمية الصحية لهن ولأطفالهن مستقبلا، ي المقابل، نجد أن الأمهات اللواتي لم يتلقين نصائح أو معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية غالبًا ما يميلن إلى الرضاعة الاصطناعية، وقد يعود ذلك إلى غياب المعرفة اللازمة حول فوائد الرضاعة الطبيعية أو عدم توجيههن من مصادر موثوقة، سواء من الأطباء أو من أفراد الأسرة. في هذه الحالة تلعب التنشئة الاجتماعية لهن دورًا مهمًا، حيث تقتصر هذه الأمهات على المعلومات المتاحة لهن أو التي نشأن عليها، وقد تتأثر خياراتهن بنقص الوعي الذي يحد من قدرتهن على اتخاذ قرار مدروس، هذا يشير إلى أن الأمهات الأقل خبرة في هذا المجال، أو اللواتي لم يتلقين التوجيه الكافي، قد يفضلن خيارات أكثر سهولة مثل الرضاعة الاصطناعية، والتي قد لا تكون الخيار الأمثل في الكثير من الحالات الصحية.

وللتحري أكثر من مدى تلقي الأم للنصائح والمعلومات حول فوائد الإرضاع انتابنا الفضول لمعرفة مصادر هذه النصائح والتي تعكس الثقافة الصحية فقمنا بوضع الجدول التالي الذي يوضح العلاقة بين مصدر تلقي المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و فطام الرضيع .

جدول رقم 56: العلاقة بين مصدر تلقي المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية و فطام

الرضيع

المجموع	من 18-24 شهر	من 12-18 شهر	من 6-12 شهر	اقل من 6 أشهر	فطام الرضيع مصدر تلقي معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية	
					التكرار	الحماة
22	6	12	2	2	التكرار	الحماة
100	27,3	54,5	9,1	9,1	%	
19	9	8	2	0	التكرار	الام
100	47.4	42.1	10.5	0	%	
28	20	4	0	4	التكرار	الاخت
100	71,4	14,3	0	14,3	%	
25	22	2	1	0	التكرار	الطبيب
100	88	8	4	0	%	
2	0	2	0	0	التكرار	الزوج
100	0	100	0	0	%	
40	13	8	15	4	التكرار	الاعلام و صفحات التواصل الاجتماعي
100	32.5	20	37.5	10	%	
¹ 136	70	36	20	10	التكرار	المجموع
100	51,5	26,5	14,7	7,4	%	
0.02 < 0.05 احتمال 15 بدرجة حرية $\chi^2=27.73$					اختبار الكاي تربيع	

قمنا أيضا بوضع هذا الجدول من أجل فهم العلاقة بين مصدر المعلومات ووقت فطام الرضيع، حيث يتبين أن اتجاهه العام نحو 51.5 % من المبحوثات يفضن أطفالهن لأكثر من 18 شهرا مقابل 7.4 منهن لا يتجاوزن 6 أشهر لفطام رضيعن.

¹ 136 مبحوثة فقط ممن هن معنيات بالفطام وتيقن نصائح حول فوائد الارضاع الطبيعي

وعند ادخالنا للمتغير المستقل: مصدر المعلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية لاحظنا أن: 88% ممن تلقين معلومات من الطبيب أرضعن رضاعة طبيعية تفوق 18 شهرا مقابل 4% فقط يفطم الرضيع في فترة بين 6-12 شهر.

71.4% مارسن نفس النمط عند اللواتي تلقين تلك المعلومات من طرف الأخت مقابل 14.3% منهن قاموا بفطم طفلهن لمدة لا تفوق 6 أشهر.

47.4% عند اللواتي تلقين تلك المعلومات من طرف الأم أرضعن رضاعة طبيعية لفترة تفوق 18 شهرا مقابل 10.5% فقط يفطم الرضيع في فترة بين 6-12 شهر.

54.5% عند اللواتي تلقين تلك المعلومات من طرف الأم أرضعن رضاعة طبيعية لفترة بين 12-18 شهرا مقابل 9.1% فقط يفطم الرضيع لفترة لا تتجاوز 6 شهر.

37.5% ممن تلقين معلوماتهن طريق وسائل الاعلام قمن بفطم رضيعهن في فترة 6-12 شهرا مقابل 32.5% ممن مارسن رضاعة طبيعي حصرية لمدة تفوق 18 شهرا.

والملاحظ في الجدول السابق أنه يوجد تباين في النسب الأمر الذي يوحي بأن هناك علاقة بين التغيرين، وهو ما تأكد عند الاستعانة باختبار كا 2 تبين أن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الفعلية والنظرية للجدول حيث عند حساب كا 2 قدرت قيمته ب : 27.73 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 15 المقدرة ب 27.49

لا شك أن التنشئة الاجتماعية للأم المرضعة، بما تتضمنه من قيم ومعارف مكتسبة قبل الزواج وبعده، تلعب دوراً جوهرياً في تشكيل اختياراتها وسلوكياتها المتعلقة بتغذية طفلها، إذ تعتمد الأم على مصادر متنوعة للنصح والتوجيه، تمتد من تجارب الأسرة والقربيات إلى الخبرات المهنية للأطباء والمرضين، وحتى ما يتوفر عبر وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي.

تتداخل هذه المصادر مع نمط التنشئة الاجتماعية الذي تعرضت له الأم، مما يؤثر بشكل كبير على خياراتها بخصوص الرضاعة، إذ يتضح من خلال الدراسة أن فئة الأمهات غير العاملات اللواتي يخترن الرضاعة الطبيعية لفترات أطول غالباً ما يستندن إلى المعلومات التي يتلقينها من متخصصين في المجال الصحي، مثل الأطباء والمرضين، يظهر ذلك جلياً أثناء مراجعة الأمهات للمراكز الصحية خلال فترة الحمل أو عند الولادة، حيث توفر هذه المؤسسات بيئة داعمة للتوعية الصحية، ويرجع هذا لدور العاملين في القطاع الصحي إلى التدريب العلمي الذي يتلقونه والذي يمكنهم من تقديم معلومات دقيقة وشاملة حول فوائد الرضاعة الطبيعية، مثل تعزيز مناعة الطفل، تقليل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة، وتحسين

صحة الأم. يُعد هذا التوجيه امتدادًا لدور التنشئة الاجتماعية الرسمية، حيث يساهم الطبيب كممثل للمؤسسات الصحية في تشكيل خيارات الأمهات بناءً على المعرفة العلمية والخبرة المهنية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تعتمد نسبة كبيرة من الأمهات على خبرات قريباتهن مثل الأم، الحماة، أو الأخوات كمصادر رئيسية للمعلومات، وتُعد هذه العلاقات الأسرية جزءًا أساسيًا من عملية التنشئة الاجتماعية، حيث تساهم في نقل القيم والمعارف التقليدية من جيل إلى آخر ومن بين هذه القيم تغذية الرضيع رضاعة طبيعية، حيث يتميز هذا النوع من التنشئة بخصوصيته أين يمكن للأمهات التكلم بحرية عن مخاوفهن وتجاربهن مع أفراد الأسرة المقربين خاصة عندما يتعلق الأمر بمشاكل حلمة الثدي إذ ينصح بعدم تدليك الثدي بمرهم أو بزيوت لها رائحة ينفر منها الرضيع، عدم ارتداء الملابس الضيقة على الصدر، الوضعية الصحيحة للإلتقام أثناء الرضاعة، عدم التذمر من بكاء الطفل المتكرر... الخ، مما يعزز الثقة والتعلم من الخبرات المتراكمة لدى هؤلاء القريبات، إلى جانب القرب العاطفي والذي يجعل نصائحهن أكثر تأثيرًا مقارنة بالمصادر الرسمية كالطبيب، وهذا ما يصب في صالحهن إذ يساهم كل من الدعم المعنوي و النصائح في اختيار نمط الإرضاع الطبيعي و تجنب الفطام المبكر للرضيع.

في المقابل، تسجل وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي حضورًا ضعيفًا كمصادر موثوقة للمعلومات حول مدة الرضاعة الطبيعية. يعزى ذلك إلى عدة أسباب، منها ضعف الرقابة على المعلومات المنشورة عبر هذه الوسائل، مما يؤدي إلى انتشار محتوى غير موثوق أو مضلل، وعلى سبيل المثال، تسهم الحملات الإعلانية المكثفة التي تروج لمنتجات مثل الحليب الاصطناعي في تشكيل تصورات سلبية لدى بعض الأمهات حول الرضاعة الطبيعية كاحتواء الحليب الإصناعي على البروتينات والمواد المغذية بنسب مرتفعة مع إرفاقها بصور أو فيديوهات لأطفال رضع ذات بنية جيدة من حيث النمو، مما يدفعهن إلى تفضيل الخيارات البديلة مبكرًا والإلتجاء إلى الفطام المبكر دون دراية كافية بفوائد الرضاعة الطبيعية، ويمثل ذلك إحدى سلبيات التنشئة الاجتماعية التي تتم عبر وسائل الإعلام، حيث قد تعزز هذه الوسائل قيمًا وسلوكيات غير صحية نتيجة للتركيز على الربح التجاري بدلًا من الصحة العامة.

يتضح مما سبق أن التنشئة الاجتماعية، سواء الرسمية عبر المؤسسات الصحية أو غير الرسمية من خلال الأسرة، تلعب دورًا كبيرًا في توجيه الأمهات نحو ممارسة الرضاعة الطبيعية افتترات أطول،

و بالمقابل، فإن الاعتماد على مصادر غير موثوقة مثل وسائل التواصل الاجتماعي قد يؤدي إلى اختيارات أقل صحة، مما يستدعي أهمية تعزيز برامج التوعية الصحية عبر مصادر موثوقة ودعم الأمهات بالمعلومات الصحيحة في جميع مراحل الأمومة.

ولعل من بين أشهر الأسباب التي تدفع المرأة لقطاع طفلها هي نقص الحليب، والذي له علاقة مباشرة بعدد مرات الإرضاع كما يوصي به الأطباء و المختصين، لهذا قمنا بوضع الجدول التالي لتوضيح العلاقة بين مصادر النصح و التوجيه المختلفة للمبحوثات بعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

جدول رقم 57: العلاقة بين مصدر تلقي معلومات فوائد حليب الام وعدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم

عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم مصدر تلقي معلومات فوائد حليب الام		أقل من 6 مرات	بين 6-12مرة	أكثر من 12مرة	المجموع
الحماة	التكرار	4	12	2	18
	%	22,2	66,7	11,1	100
الام	التكرار	2	8	6	16
	%	12,5	50	37,5	100
الاخت	التكرار	0	4	16	20
	%	0	20	80	100
الطبيب	التكرار	0	6	0	6
	%	0	100	0	100
الزوج	التكرار	2	0	0	2
	%	100	0	0	100
الاعلام و صفحات التواصل الاجتماعي	التكرار	2	6	4	12
	%	16,7	50	33,3	100
المجموع	التكرار	10	36	28	74 ¹
	%	13,5	48,6	37,8	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=18.164$ بدرجة حرية 4 واحتمال $0.05 < 0.03$			

¹ 74 بدلا من 80 مبحوثة تتبعن نمط الارضاع الطبيعي لأن (6 منهن لم تتلقي معلومات لفوائد الارضاع الطبيعي)

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم بنسبة 48.6 % ، مقابل 13.5% منهن يرضعن اقل من 6 مرات في اليوم، وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مصدر تلقي المعلومات لاحظنا أن التفاوت في النسب بدا واضحا حيث أن كل النساء اللواتي يستشرن الطبيب كمصدر للمعلومات 100% يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم، 80% يتخذن الأخت كمصدر للمعلومات الأمهات يرضعن أطفالهن لأكثر من 12 مرة في اليوم مقابل 20 % منهن يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم، 66.7% من المبحوثات يتلقون معلومات من الحماة يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم مقابل 11.1% منهن يرضعن أكثر من 12 مرة في اليوم، 50% لمن كانت الأم مصدر لمعلوماتهن يرضعن بين 6-12 مرة في اليوم مقابل 12.5% منهن يرضعن لأقل من 6 مرات في اليوم، 50% من المبحوثات يتقين معلومات عن طريق الإعلام وصفحات التواصل الاجتماعي الحماة يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم ، مقابل 16.7% منهن لا يتجاوزن 6 رضعات في اليوم، وهذا التغير في النسب يدل على وجود علاقة، بين المتغيرين وهو ما تأكد عند حساب اختبار كا2 قدرت قيمته ب : 18.164 وهي أكبر من كا2 الجدولية عند درجة الحرية 4 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 9.49.

تعكس النصائح التي تتلقاها المرضعة تأثيراً مركزياً في تشكيل قرارات الأمهات المرضعات بشأن عدد مرات الرضاعة الطبيعية. فالمرأة، ضمن محيطها الثقافي والاجتماعي، تعتمد على مصادر متنوعة للمعلومات التي تُوجه قراراتها، بدءاً من النصائح العلمية للأطباء، وصولاً إلى الخبرات الشخصية التي تتلقها الأم أو الحماة أو الأخوات، حيث أن التوجيهات الصحية من الأطباء والمرضى تساهم في زيادة الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية وعدد مرات القيام بها، أين يقدم هؤلاء المتخصصون نصائح تستند إلى المعرفة العلمية تُبرز أهمية زيادة عدد مرات الرضاعة يومياً لتحفيز إنتاج الحليب لدى الأم، إذ إن الطلب المتكرر من الرضيع يُعزز إدرار الحليب بشكل طبيعي، وقلة عدد مرات الرضاعة قد تؤدي إلى تراجع إدرار الحليب، ما يضعف قدرة الأم على الاستمرار في الرضاعة الطبيعية ويدفعها بشكل غير مباشر نحو الفطام أو الاعتماد على البدائل الصناعية، كما تلعب العائلة دوراً داعماً وقوياً من حيث النصائح المقدمة من الأم، الحماة، أو الأخوات والتي عادة ما تُبنى على خبرات شخصية وتُعزز من التزام الأم بعدد كافٍ من مرات الرضاعة اليومية، مما يساهم في استمرار إدرار الحليب وتلبية احتياجات الطفل الغذائية. هذا الدعم الاجتماعي يُشكل عنصراً أساسياً في نجاح الرضاعة الطبيعية، خاصة في المجتمعات التي تُقدّر الخبرات المنقولة بين الأجيال، كما يظهر جلياً تأثير وسائل التواصل الاجتماعي السلبي في بعض

الأحيان، بسبب الترويج المكثف للحليب الصناعي والمنتجات البديلة عبر هذه الوسائل¹ بنشر مختلف الايديولوجيات التي تؤثر على معارف الأمهات ، ويدفع بعضهن إلى تقليل عدد مرات الرضاعة الطبيعية، إما بسبب الشكوك حول كفاية الحليب الطبيعي أو الاعتقاد الخاطئ بأن البدائل الصناعية تُغني عن الرضاعة الطبيعية، هذا التراجع في مرات الرضاعة يؤدي إلى ضعف إدرار الحليب، مما يُسرّع من قرار الفطام ويؤثر سلباً على صحة الطفل والأم.

يمكننا أن نستخلص أن عدد مرات الرضاعة الطبيعية اليومي ليس مجرد قرار فردي، بل هو نتاج تفاعل معقد بين التنشئة الاجتماعية، والمصادر المختلفة للمعلومات، والضغوط الثقافية والاجتماعية. في حين تدعم المصادر الرسمية وغير الرسمية زيادة مرات الرضاعة، فإن المعلومات المضللة من المصادر غير الموثوقة قد تُعيق هذا المسار.

¹ أنظر الملحق رقم 2

المبحث الثاني: علاقة الثقافة الصحية للمرأة غير العاملة على اختيار نمط من أنماط الرضاعة لتغذية أطفالها الرضع

لمعرفة العلاقة بين علاقة الثقافة الصحية للمرأة غير العاملة و نمط الرضاعة المتبع عند المبحوثات قمنا بوضع جداول مركبة ارتباطية بين مؤشرات التنشئة الاجتماعية ومؤشرات أنماط الرضاعة المذكورة سابقا والتي رتبناها في جداول مركبة كما يلي:

جدول رقم 58: العلاقة بين رضاعة الطفل مباشرة بعد الولادة و نمط الرضاعة المتبع

المجموع	رضاعة مختلطة	رضاعة اصطناعية	رضاعة طبيعية	نمط الرضاعة المتبع	
				رضاعة الطفل مباشرة بعد الولادة	
168	60	32	76	التكرار	نعم
100	35,7	19	45,2	%	
32	22	6	4	التكرار	لا
100	68,8	18,8	12,5	%	
200	82	38	80	التكرار	المجموع
100	41	19	40	%	
0.047 < 0.05				اختبار الكاي تربيع	
احتمال 11 بدرجة حرية $\chi^2=29.451$				معامل التوافق	
$R_C = 0.701$					

أظفنا هذا الجدول لمعرفة تأثير تلقي الطفل لحليب الأم في الساعات الأولى من عمره فعند ادخالنا للمتغير المستقل: ارضاع الطفل مباشرة بعد الولادة نلاحظ أن:

45.2% من النساء اللواتي أرضعن أطفالهن مباشرة بعد الولادة يعتمدن على حليب الأم كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 19% يرضعن رضاعة اصطناعية. 68.8% من المبحوثات اللواتي لم يتلقين معلومات يتبعن نمط رضاعة مختلطة مقابل 12.5% اتبعن نمط ارضاع طبيعي.

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 29.451 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 11 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 19.68، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.701 أي أن هناك علاقة كبيرة نوعاً ما بين المتغيرين.

تُعد رضاعة الطفل مباشرة بعد الولادة ذات تأثير كبير على نمط الرضاعة المتبع في تغذيته، خاصة في الأشهر الأولى من عمره. فرضاعة الطفل في الساعات الأولى بعد الولادة، وهو الأمر الذي تُلح عليه كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة من خلال تقاريرهما السنوية، تُوفر للطفل اللبن الأولي المعروف بـ"اللبن" أو "الكولوستروم". هذا السائل الأصفر، الذي يسبق نزول حليب الأم في الأيام الأولى بعد الولادة، يحتوي على مضادات حيوية طبيعية ومغذيات أساسية تُعزز مناعة الطفل وتحميه من العدوى والتلوث. كما أن حليب الأم يتميز بنظافته وتعقيمه الدائم، مما يجعله خياراً آمناً وصحياً للرضيع¹، و من ناحية أخرى، فإن الرضاعة المبكرة تحفز جسم الأم على إنتاج الحليب بكميات أكبر، مما يدعم استمرارية الرضاعة الطبيعية. لذلك، فإن الأمهات اللواتي يتمتعن بوعي صحي وثقافة صحية سليمة حول فوائد الإرضاع المبكر يلتزم غالباً بهذا النمط، سواء عبر الرضاعة الطبيعية الحصرية أو الرضاعة المختلطة. في المقابل، تفتقر بعض الأمهات إلى هذا الوعي الصحي نتيجة ضعف التنقيف أو غياب التوعية من قِبل المختصين، مما يؤدي إلى تأجيل الرضاعة الأولى أو الاعتماد على البدائل الصناعية بشكل مبكر، هذا السلوك قد يؤثر سلباً على قدرة الأم على إدرار الحليب ويُضعف فرصها في الاستمرار بالرضاعة الطبيعية، مما يزيد احتمالية الفطام المبكر واللجوء إلى نمط الإرضاع الإصطناعي، وعلى صعيد آخر، تسهم اللحظات الأولى من الرضاعة بعد الولادة في تعزيز الارتباط العاطفي بين الأم والطفل عبر التلامس الجلدي وإطلاق هرمون الأوكسيتوسين، الذي يمنح الطفل شعوراً بالأمان والراحة، ويدعم تنظيم نمط الرضاعة بشكل أفضل في المستقبل. ولكن، في ظل ضعف الثقافة الصحية لدى بعض الأمهات، تفقد هذه الفئة فرصة استغلال تلك اللحظات المهمة، ما يؤدي إلى تفويت فوائد اللبن والمنافع العاطفية والجسدية المرتبطة بالرضاعة المبكرة.

بالتالي، فإن تعزيز التوعية الصحية حول فوائد الإرضاع المبكر يُعد خطوة ضرورية لتصحيح هذه السلوكيات اتجاه الرضاعة بصفة خاصة ودعم صحة الأم والطفل بصفة عامة، وحتى لا ننكر أن الكثير من المستشفيات المراكز الصحية تقوم بدور التوعية لفوائد الرضاعة الطبيعية، إلا أن ثقافة بعض النساء

¹ محمد رفعت، قاموس الطفل الطبي، مرجع سابق ص 23.

الجزائريات الغير عاملات قد تكون سببا في عدم تلقيهن لمثل هذه المعارف والتي ذكرنا منها فوائد سائل الكولستروم وأيضا زيادة عدد مرات الارضاع...الخ، وهذا بسبب عدم الاستفسار في الموضوع عند العاملين في القطاع الصحي ولاختبار هذه الممارسات قمنا بوضع الجدول التالي والذي يوضح علاقة تردد المبحوثات على المراكز الإستشفائية وعدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم.

جدول رقم 59: العلاقة بين التردد على المراكز الاستشفائية و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

عدد مرات الإرضاع الطبيعي اليومي					
أقل من 6 مرات		بين 6-12 مرة		أكثر من 12 مرة	
التردد على المراكز الاستشفائية					
نعم		التكرار		2	
لا		%		3,7	
المجموع		التكرار		8	
		%		30,8	
		التكرار		10	
		%		12,5	
اختبار الكاي تربيع				$\chi^2=23.419$ بدرجة حرية 12 واحتمال $0.0049 < 0.05$	

أظفنا هذا الجدول لمعرفة تأثير تردد المبحوثات على المراكز الاستشفائية على عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم فقمنا بإدخال المتغير المستقل: التردد على المراكز الاستشفائية وسجلنا مايلي:

51.9% من النساء اللواتي يترددن على المراكز الاستشفائية بكثرة يرضعن أطفالهن طبيعيا أكثر من 12 مرة في اليوم مقابل 3.7% فقط منهن يرضعن أطفالهن طبيعيا أقل من 6 مرات في اليوم.

61.5% من المبحوثات اللواتي لم يترددن على المراكز الاستشفائية بكثرة يرضعن أطفالهن طبيعيا بين 6 الى 12 مرة في اليوم مقابل 7.7% فقط يرضعن أطفالهن طبيعيا أكثر من 12 مرة في اليوم .

¹ 80 مبحوثة فقط تتبعن نمط الإرضاع الطبيعي

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، وقدرت قيمته ب: 23.419 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 12 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 21.03. تظهر البيانات وجود علاقة واضحة بين التردد على المراكز الاستشفائية وعدد مرات الرضاعة الطبيعية. الدعم الطبي المستمر يلعب دوراً حاسماً في تعزيز ممارسات الرضاعة الطبيعية، فالتردد المتكرر على المراكز يعني أن النساء يحصلن على توجيه ودعم مستمرين من الكوادر الطبية، هذا الدعم يمكن أن يتضمن فوائد عديدة للمرضعات كتنقيهن نصائح حول تقنيات الرضاعة، فوائد الرضاعة الطبيعية، فوائد الإرضاع المباشر بعد الولادة، وكيفية التعامل مع التحديات التي قد تواجهها الأمهات بالإضافة الى الدعم المستمر الذي من شأنه أن يعزز ثقة الأمهات بقدراتهن على الرضاعة الطبيعية ويشجعهن على الالتزام بها و زيادة عدد مرات الإرضاع لتحفيز ادرار الحليب، والملاحظ ان المراكز الاستشفائية تلعب دوراً حيوياً في تقديم التوعية الصحية للأمهات، مما يشير إلى أهمية تعزيز برامج التوعية والدعم في المراكز الصحية كالحملات التوعوية والمحاضرات والنصائح الطبية المستمرة تسهم في زيادة وعي الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية لضمان حصول جميع الأمهات على المعلومات والإرشادات اللازمة لتحقيق أفضل نتائج صحية لأطفالهن. وهذا ينعكس إيجاباً على ممارسات الرضاعة وعدد مرات الإرضاع، خاصة و أنه في بلدنا الجزائر الرضاعة الطبيعية مدعومة ثقافياً، لكن التوجيه الطبي يعزز هذه الممارسات بشكل أكبر، لان المراكز الاستشفائية يمكن أن تكون وسيلة للأمهات للحصول على دعم إضافي يتجاوز الدعم الأسري والتقاليد الاجتماعية، هذا الجمع بين الدعم الطبي والثقافي يمكن أن يخلق بيئة داعمة جداً للرضاعة الطبيعية، فبالرغم من كل هذه الامتيازات في المجتمع الجزائري غير أن هناك فجوة واضحة في ممارسات الرضاعة وتفتشي ظاهرة الأرضاع الأصطناعي، الأمر الذي يستدعي تشجيع الرضاعة الطبيعية بشكل أوسع، كما يجب أن تركز السياسات الصحية على تسهيلات للنساء للتردد على المراكز الصحية وتوفير الدعم اللازم لهن، بغية توفير خدمات توعية والدعم طبي يتناسب مع عددهن الكبير للوصول إلى جميع الأمهات.

ومن بين أهم المعارف التي تستحق التوعية والتي لها تأثير على ادرار الحليب هي الاستعمال الراشد لوسائل منع الحمل الهرمونية، ولمعرفة العلاقة بينها وبين اختيار المبحوثات لنمط من أنماط الرضاعة قمنا بوضع الجدول الموالي

جدول رقم 60: العلاقة بين نوع وسيلة منع الحمل الهرمونية المستعملة ونمط الرضاعة المتبع

نوع الحبوب أو الابز	نمط الرضاعة المتبع			المجموع
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	
الخاصة بالمرضعة	التكرار	30	0	29
	%	50,8	0	49,2
عادية	التكرار	4	30	27
	%	6,6	49,2	44,3
المجموع	التكرار	34	30	56 ¹
	%	28,3	25	46,7
اختبار الكاي تربيع				$\chi^2=16.333$ بدرجة حرية 5 واحتمال $0.038 < 0.05$
معامل التوافق				$R_c = 0.542$

يوضح هذا الجدول العلاقة بين مصدر وسيلة منع الحمل الهرمونية و نمط الرضاعة المتبع فعند ادخالنا للمتغير المستقل: نوع وسائل منع الحمل الهرمونية لاحظنا أن:

50.8% من النساء اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل الخاصة بالمرضعة يعتمدن على الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 49.2% يرضعن رضاعة مختلطة، ونسبة 49.2 % من المبحوثات اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل العادية يتبعن نمط رضاعة اصطناعي مقابل 6.6% اتبعن نمط ارضاع طبيعي، ويتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 16.333 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 5

¹ 120 مبحوثة فقط هن من صرحن باستعمالهن لوسائل منع الحمل الهرمونية

ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 11.07، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.542 أي أن هناك علاقة متوسطة نوعا ما بين المتغيرين.

بالنسبة للرضاعة، فلا تعد الوسائل الهرمونية هي الوسائل المثلى إذا كانت هناك رضاعة طبيعية، ومع ذلك، فإن الوسائل المحتوية على البروجستين فقط لا يبدو أنها تؤثر على الرضاعة بشكل كبير، غير أنه يمكن أن تؤدي إلى وجود البروجستين النشط في لبن الأم، وهو ما يمكن امتصاصه من قبل الطفل الرضيع. ولذلك، لا يجب استخدام أي وسيلة تحتوي على بروجستين قبل نهاية الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة إذا كانت الأم مرضعة، ولم تكن هناك اختيارات أخرى متوفرة أو مقبولة.¹

بناءً على هذا يمكن تفسير البيانات السابقة بالمستويات الثقافية والاجتماعية ، حيث أن أغلب المبحوثات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل الخاصة بالمرضعة من حبوب أو إبر ذات التركيب الأحادي يدركن أن لها تأثير أقل على إنتاج وجودة حليب الأم مقارنة بوسائل منع الحمل بالعادية ذات التركيب الثنائي، أي أن رغبة النساء في اتخاذ هذا الخيار هو سلوك للحفاظ على قدرة الرضاعة الطبيع، وفي المقابل يظهر استخدام وسائل منع الحمل العادية الحبوب أو الإبر ذات التركيب الثنائي، البروجستين + الاستروجين الذان يوثران سلبا على إدرار الحليب بسبب الاضطرابات الهرمونية الناتجة عنهما، مما يؤدي إلى تقليل قدرة الأم على ممارسة الرضاعة الطبيعية والذي يعتبر عاملا وراء انخراط عدد كبير من النساء في تبني بدائل غذائية للأطفال الرضع وذلك باتباع نمط الارضاع الاصطناعي أو المختلط، وقد يكون هذا نتيجة عدم وعي وإدراك بعض النساء بتأثير مركبات هذه الوسائل من جهة ، وإلى كونهن يخترن وسائل تكون أكثر شدة وذات فعالية أكثر لمنع الحمل وهذا توافقا مع احتياجاتهن وتوجهاتهن في فترة الارضاع، مما يشير إلى أن التحولات في مفهوم الرعاية الأمومية تلتزم بمعايير فردية، اجتماعية وثقافية معينة ينتج عنها تحولات في سلوكيات الأمهات وقراراتهن اتجاه نوع الحليب المقدم لأطفالهن الرضع، وبالتالي يكون اختيارهن لنمط رضاعة أبنائهن كتحصيل حاصل للممارسات قبل وأثناء وبعد فترة الحمل. ولمعرفة مدى ان كانت مصادر قرارات النساء لاستعمال وسائل الحمل فردية أم بناءا على استشارات طبيب مختص قمنا بوضع الجدول الموالي:

¹ فتحة تركي وأوشا مالهوترا. "مرجع سابق ، ص 76.

جدول رقم 61: العلاقة بين استشارة الطبيب حول وسيلة منع الحمل المناسبة و فطام الرضيع

المجموع	24-18 شهر	18-12 شهر	12-6 شهر	اقل من 6 أشهر	فطام الرضيع استشارة الطبيب	
					التكرار	نعم
80	48	12	12	8	%	
100	60	15	15	10	%	
40	14	2	20	4	التكرار	لا
100	35	5	50	10	%	
120	62	14	32	12	التكرار	المجموع
100	51,7	11,7	26,7	10	%	
$\chi^2=15.666$ بدرجة حرية 5 واحتمال $0.0470 < 0.05$					اختبار الكاي تربيع	
$R_C = 0.582$					معامل التوافق	

من خلال النتائج في الجدول أعلاه نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه الى أن 51.7 % من المبحوثات يتأخرن في فطام أطفالهن لمدة تفوق 18 شهر مقابل 10 % منهن يفطمن أطفالهن في سن مبكرة تقل عن 6 أشهر، وبإدخالنا للمتغير المستقل: استشارة الطبيب حول وسيلة منع الحمل المناسبة نلاحظ أن:

60% من النساء اللواتي استشرن الطبيب حول الوسيلة المناسبة يفطمن أطفالهن بعد 18 شهر مقابل 10% منهن يفطمن أطفالهن لمدة تقل عن 6 أشهر، ونسبة 50% من النساء اللواتي لم يستشرن الطبيب حول الوسيلة المناسبة يفطمن أطفالهن في المدة بين 6 - إلى 12 شهر مقابل 10% منهن يفطمن أطفالهن لمدة تقل عن 6 أشهر.

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 15.666 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 5 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 11.07، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.582 أي أن هناك علاقة جيدة نوعا ما بين المتغيرين.

كما قد رأينا سابقا تأثير الهرمونات على كمية انتاج حليب الأم، ويمكن من خلال بيانات هذا الجدول تفسير العلاقة بين مصدر قرارات النساء المرضعات في اقتنائهن لوسائل منع الحمل المناسبة لهن وفترة الرضاعة الطبيعية قبل الفطام، حيث يظهر جليا دور التوعية الصحية من طرف المختصين في مجال الصحة من أطباء وغيرهم في مدى استمرار الأم بتقديم حليب الثدي لأطول مدة ممكنة، إذ تجدهم دائما ما يشجعون على استخدام وسائل منع الحمل ذات التركيب الأحادي التي قد تحتوي على استروجين فقط، كونهم أكثر إدراكا بمدى أهمية الرضاعة الطبيعية، فالآراء الصحية والاستشارات والتوجيهات الطبية لها تعمل على تشجيع الأمهات لممارسة نمط الارضاع الطبيعي لمدة 24 شهرا وهي المدة التي أوصى بها ديننا الاسلامي الحنيف أولا، وكذلك منظمة الصحة العالمية OMS، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF. بالمقابل يظهر تأثير استخدام الوسائل منع الحمل بدون وصفة طبية على عدم استمرار الأمهات في ارضاع أطفالهن من ثديهن للمدة الموصى بها، فاللجوء المباشر إلى الصيدلية يمكن أن يكون نتيجة لعدم توفر الرعاية الطبية الدقيقة و المتابعة المستمرة لصحة كل من الأم والطفل أو قد يعكس اختيارًا شخصيا ناتجا عن تقليد استعمال نوع من وسائل منع الحمل قوية الشدة من طرف إحدى القريبات من الأسرة أو الصديقات أو حتى ما ينتشر في مواقع التواصل و تجنب الإجراءات الطبية اللازمة دليل على نقص الوعي الصحي بالتأثير الهرموني على إدرار الحليب.

ومن بين الأفكار المغلوطة المنتشرة لدى بعض النساء اللواتي تولين اهتمام كبير للرشاقة والمظهر الخارجي لأجسامهن هي كون الرضاعة من الثدي تفقدن قوامهن الرشيق الذي كنن يتمتعن به قبل الزواج، ولمعرفة مدى انتشار هذه الأفكار عند المبحوثات قمنا بوضع الجدول التالي الذي يبين العلاقة بين اهتمام المبحوثات بوزنهن وممارستهن لنمط من أنماط الرضاعة.

جدول رقم 62: العلاقة بين اهتمام المبحوثة بوزنها و نمط الرضاعة

نمط الرضاعة الاهتمام بالوزن					المجموع
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة		
نعم	التكرار	44	16	72	132
	%	33,3	12,1	54,5	100
لا	التكرار	36	22	10	68
	%	52,9	32,4	14,7	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=32.141$ بدرجة حرية 16 واحتمال $0.0349 < 0.05$					
معامل التوافق $R_C = 0.6431$					

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة: 41%، 40 % على الترتيب، أي هناك تقارب بين النسبتين، مقابل 19% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية فقمنا بإدخال المتغير المستقل ألا وهو: اهتمام المبحوثة بوزنها ورشاقتها فلاحظنا النتائج تغيرت كمايلي:

54.5% من النساء اللواتي يهتمن بوزنهن يعتمدن على حليب الأم كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 12.1 % فقط منهن يرضعن رضاعة اصطناعية.

52.9% من المبحوثات اللواتي لا يولبن اهتماما كبيرا بوزنهن يرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة مقابل 14.7% فقط للمبحوثات من هذه الفئة تبين نمط ارضاع اصطناعي.

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 32.141 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 16 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 26.30، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.6431 أي أن هناك علاقة جيدة بين المتغيرين.

يمكن تفسير هذه النتائج أن أغلبية النساء اللواتي يهتمن بوزنهن و لياقتهن يعتقدن أن الرضاعة الطبيعية غير جيدة لرشاقتهن بعد الولادة، و تفسد من مظهرهن خاصة وزنهن و قوامهن مما يجعل النساء المهتمات بلياقتهن البدنية يملن إلى اختيار نمط الارضاع المختلط أو حتى الرضاعة الاصطناعية، هذه الفئة من النساء غالباً ما تجهل بفوائد الرضاعة الطبيعية الصحية والجمالية بل تعتقدن أنها شيء من الماضي التقليدي كما صرحت به بعض المبحوثات بأنه سلوك قديم وغير متحضر *démodé*، حيث يرين أن الرضاعة من الثدي هي من صفات المرأة القديمة التي لا تهتم بنفسها و جمالها هذا ما يعلل عدم التزامهن بها. بالمقابل نجد النساء اللواتي لا يهتمن بوزنهن و رشاقتهن قد لا يملكن نفس الاهتمام و الدافع، ويميلن إلى الرضاعة الطبيعية كخيار بيولوجي لا يخضع الى التأثيرات والمعتقدات الحديثة التي تعطي صورة سيئة للرضاعة الطبيعية بل يخضعن للسلوكيات الثقافية والاجتماعية وكذا التوجيهات التقليدية والعادات الاجتماعية التي تحدد قرارات الأمهات بشأن الرضاعة.

من خلال ما سبق تبين أن الاهتمام بالوزن والرشاقة عامل مؤثر على نمط الرضاعة في المجتمع الجزائري لهذه الأسباب أصبح من الضروري تعزيز حملات التوعية التي تركز على فوائد الرضاعة الطبيعية وتوفير الدعم اللازم للأمهات على اختلاف توجهاتهن واهتماماتهن الجسدية، لضمان صحة أفضل للأمهات والأطفال على حد سواء، وهنا يأتي دور الدعم الطبي والتوجيه المناسب من المراكز الصحية و كذلك وسائل الاعلام ذات المصادر الموثوقة ذات المصادقية و التي يشرف عليها أهل الاختصاص حيث يمكن أن توضح الفهم الصحيح لفوائد الرضاعة الطبيعية وتشجع على ممارستها بشكل أكبر، وإظهار الفوائد التي تعود بها الرضاعة الطبيعية على صحة المرضعة ، "فعندما تقوم الأم بالرضاعة الطبيعية، يتم إفراز هرمون الأكسيتوسين الهرمون المسؤول عن المشاعر الإيجابية في الجسم من الغدة النخامية. هذا الهرمون يحفز انقباضات الرحم، والتي تُعرف باسم "تقلصات بعد الولادة". هذه الانقباضات تساعد في: تنظيف الرحم من بقايا المشيمة، تقليل النزيف ما بعد الولادة، وهو أمر مهم يقلل من وفيات الأمهات، رجوع الرحم لحجمه الطبيعي بشكل أسرع، حرق الدهون المتراكمة بسبب الحمل، وأن الرضاعة الطبيعية تتطلب طاقة كبيرة، مما يساعد الأم على حرق الدهون المتراكمة خلال الحمل. الأم المرضعة تستهلك حوالي 500-700 سعرة حرارية إضافية يومياً من هذه الدهون كي يتم إنتاج الحليب، مما يساعد في فقدان الوزن بشكل طبيعي وصحي"¹، كما يجب مراقبة بعض المواقع والصفحات المضللة

¹ وزارة الصحة ، موقع انترنت،

<https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/wh/Pages/Breastfeeding.aspx>

تاريخ الإطلاع 12 أوت 2023، الساعة 20:15 .

لهذه الفوائد خاصة في منصات التواصل الاجتماعي والتي تقلل من ميول المرضعات لرضاعة أطفالهن من ثدييهن، خاصة اعتقاد أن عدد مرات الارضاع الطبيعي في يشوه من القوام والجسم المثالي للرضعة ، ولمعرفة مدى تأثير هذا الاعتقاد قمنا بوضع الجدول التالي والذي مفده تبين العلاقة بين اهتمام المبحوثات بوزنهن و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم.

جدول رقم 63: العلاقة بين اهتمام المبحوثة بوزنها و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في

اليوم

عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم الاهتمام بالوزن	أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
نعم	التكرار	6	26	12
	%	13,6	59,1	27,3
لا	التكرار	4	14	18
	%	11,1	38,9	50
المجموع	التكرار	10	40	30
	%	12,5	50	37,5
اختبار الكاي تربيع				
$\chi^2=29.149$ بدرجة حرية 13 واحتمال $0.03 < 0.05$				

أظفنا هذا الجدول لمعرفة تأثير اهتمام المبحوثات بوزنهن على عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم، فكان الاتجاه العام للجدول كمايلي: 50% من النساء اللواتي يتبعن نمط ارضاع طبيعي يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم مقابل 12.5 % منهن فقط يرضعن لأقل من 6 مرات في اليوم، فقمنا بإدخال المتغير المستقل ألا وهو: الاهتمام بالوزن ولاحظنا ان النتائج تغيرت كمايلي:

59.1% من النساء اللواتي يهتمن بوزنهن يرضعن على أطفالهن طبيعيا بين 6 الى 12 مرة في اليوم مقابل 13.6 % فقط منهن يرضعن أقل من 6 مرات في اليوم، ونسبة 50 % من المبحوثات اللواتي لا يولبن اهتماما كبيرا بوزنهن يرضعن أطفالهن طبيعيا لأكثر من 12مرة في اليوم مقابل 11.1% فقط للمبحوثات من هذه الفئة يرضعن أطفالهن طبيعيا لأقل من 6 مرات في اليوم.

يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدر ب: 29.149 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 13 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 22.36.

تشير البيانات السابقة إلى أن هناك تأثيراً واضحاً للاهتمام بالوزن على عدد مرات الرضاعة الطبيعية في اليوم بين الأمهات ، فالنساء اللواتي يهتمن بوزنهن يرضعن أطفالهن عادة بين 6 إلى 12 مرة في اليوم، مما يعكس أنهن يعتقدن أن الرضاعة الطبيعية تفقدهن الجمال الجسدي فيلجؤون الى الرضاعة المختلطة للمحافظة على الرشاقة والاهتمام بالمظهر ويسعين إلى تنظيم مواعيد الرضاعة بما يتناسب مع نمط حياتهن الصحي والرياضي لكنهن للأسف يجهلن دور الرضاعة الطبيعية للمحافظة على الوزن و لانقباض الرحم و غيرها من الفوائد الكبيرة على صحة الأم و الطفل كما ذكرنا في الجدول السابق.

بالمقابل، النساء اللواتي لا يولين اهتماماً كبيراً بوزنهن يميلن إلى الرضاعة الطبيعية لأكثر من 12 مرة في اليوم، مما يشير إلى معرفتهن أن الرضاعة الطبيعية تعطي تأثيراً إيجابياً على الوزن والرشاقة، لهذا يكن أكثر تفرغاً أو أقل اهتماماً بتلك الجوانب، مما يسمح لهن بالرضاعة الطبيعية بشكل أكثر تواتراً دون قيود، هذه الفروقات تعكس تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على سلوكيات الأمهات وقراراتهن بشأن الرضاعة الطبيعية، مما يبرز الحاجة إلى تقديم دعم ومعلومات مخصصة للأمهات لتلبية احتياجاتهن الفردية وتحقيق أفضل النتائج الصحية لهن ولأطفالهن.

جدول رقم 64: العلاقة بين استعمال اللهاية و نمط_الرضاعة

المجموع	رضاعة مختلطة	رضاعة اصطناعية	رضاعة طبيعية	نمط_الرضاعة استعمال اللهاية	
				التكرار	نعم
140	74	36	30	%	
100	52,9	25,7	21,4	%	
60	8	2	50	التكرار	لا
100	13,3	3,3	83,3	%	
200	82	38	80	التكرار	المجموع
100	41	19	40	%	
$\chi^2=35.61$ بدرجة حرية 18 واحتمال $0.0278 < 0.05$				اختبار الكاي تربيع	
$R_c = 0.609$				معامل التوافق	

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كم تم توضيحه في الجداول السابقة، وبإدخال المتغير المستقل ألا وهو: استعمال اللهاية ولاحظنا النتائج تغيرت كمايلي:

52.9% من النساء اللواتي يستعملن اللهاية يرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة مقابل 21.4% فقط منهن يرضعن رضاعة طبيعية، ونسبة 83.3% من المبحوثات اللواتي لا يستعملن اللهاية يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية مقابل 3.3% فقط للمبحوثات من هذه الفئة تبعن نمط ارضاع اصطناعي. يتضح مما سبق وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 35.61 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 18 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 28.87، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.609 أي أن هناك علاقة جيدة بين المتغيرين.

يمكن تفسير هذه النتائج بأن استخدام اللهاية قد يؤثر على الرضاعة الطبيعية بسبب تأثيرها على نمط تغذية الطفل فالأطفال الذين يعتمدون على اللهاية قد يتعرضون لارتباك في التعود على الشكل المثالي لحلمة الثدي و مرونتها، ضف الى ذلك الآثار السلبية التي تنتج اثناء استعمال اللهاية هي أن الطفل المتعود على اللهاية قد يسبب تشوهات في حلمة ثدي الأم الناتجة عن المص القوي ، ناهيك عن التعب التي تسببه للطفل في غالب الأحيان مما يذله غير قادر على الرضاعة ، كما أن البكاء المتكرر للطفل الذي يدفع الأم للتذمر، فكونها أمه لا تستطيع رؤيته يبكي كثيرا فتجدها تستلم بسرعة في تقديمها له للكف عن البكاء، هذا ما يقلل من فاعلية الرضاعة الطبيعية ويؤدي بالأمهات إلى اللجوء إلى الرضاعة المختلطة كحل وسط. ،هذا قد يعكس أيضاً الضغوط والتوجهات الحديثة في المجتمع الجزائري التي قد تدفع الأمهات لاستخدام اللهاية لتسهيل إدارة الوقت والجهد، خصوصاً في ظل التحديات و الانشغالات اليومية، ومن جهة أخرى، النساء اللواتي لا يستعملن اللهاية يتمكنّ غالباً من الالتزام بشكل أكبر بالرضاعة الطبيعية، ربما بسبب عدم وجود بديل يشتت انتباه الطفل أو يؤثر على رغبته في الرضاعة من الثدي، هذا يعزز من قدرة الأمهات على تلبية احتياجات أطفالهن من خلال الرضاعة الطبيعية فقط

لهذا من الواجب التتوير بالممارسات السليمة في مجال تغذية و رضاعة الأطفال وذلك بتقديم المعلومات حول التأثيرات المحتملة لاستخدام اللهاية على تفاعل الطفل اتجاه ثدي الأم و الذي بدوره يمكن أن يكون سببا لممارسة أحد أنماط تغذية الرضع غير المرغوب فيها.

استنتاج الفرضية الأولى :

بعد تحليلنا لنتائج الدراسة الميدانية نلاحظ أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر في مجتمعنا منخفضة حيث أشارت نتائج هذه الدراسة أن 40% من المبحوثات يمارسن رضاعة طبيعية، 41% يمارسن نمط مختلط، و 19% يتبعن رضاعة اصطناعية.

ومن خلال تحليلنا للفرضية لاحظنا أن للتنشئة الاجتماعية و الثقافة الصحية للأم الماكثة بالبيت الأم دور كبير في ممارسة أحد أنماط الرضاعة الطبيعية، مختلطة، اصطناعية، وهو ما لمسناه عند مبحوثات عينة الدراسة، فعندما تعلق الأمر **بنوع الأسرة** لاحظنا أن: 48.7% من النساء اللواتي يقمن مع أسرة الزوج الأسرة الكبيرة يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية و 47.9% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة مقابل 3.4% فقط يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية، ليس هذا فقط بل أثر ذلك على مدة ممارستهن للرضاعة الطبيعية حيث بينت النتائج نسبة 54.8 % من النساء اللواتي يعيشن مع العائلة الكبيرة ويقمن بطفام أطفالهن تقارب العامين 18-24 شهرا مقابل 3.5% فقط منهن يفطمن أطفالهن في سن أقل من 6 أشهر، وفيما يخص مدى تأثير تفاوت المستوى التعليمي عند المبحوثات

على النمط اللاتي تتبعنهن، نجد 85.7% من المبحوثات ذات المستوى التعليمي المتوسط يتبعن نمط رضاعة طبيعي مقابل 7.1% اتبعن نمط ارضاع اصطناعي، ونسبة 65% من المبحوثات ذات المستوى التعليمي الثانوي يتبعن نمط رضاعة طبيعي مقابل 15% اتبعن نمط ارضاع اصطناعي.

أما 56.3% من المبحوثات ذات المستوى التعليمي المرتفع جامعي يتبعن نمط رضاعة مختلط مقابل 20.3% اتبعن نمط ارضاع طبيعي، كما ارتفعت نسبة ممارسة الرضاعة الطبيعية 50.7% عند الأمهات اللواتي تلقين معلومات عن الفوائد الصحية للإرضاع الطبيعي، عكس الأمهات اللواتي تقل عندهن هذه المعلومات فلقد لاحظنا انخفاض محسوس في ممارسة ومدة الرضاعة الطبيعية، ويتجهن غالبا الى الخلط بين الرضاعة الطبيعية أو الاصطناعية بحجة عدم توفر الحليب أو يتخلين عنها نهائيا وذلك باعتمادهن على الحليب الاصطناعي.

أثبتت نتائج الدراسة أن الأمر لا يتوقف عند تلقي الأم للمعلومات، كما هو متعلق ب مصدر المعلومات حول فوائد الارضاع ، حيث ارتفعت نسبة ممارسة الرضاعة الطبيعية لمدة أكثر من 18 شهر عند الأمهات اللواتي تلقين معلومات من طرف الطبيب 88% ، الأم 47.4%، الأخت 71%، عكس الأمهات اللواتي تلقينها من مصادر أخرى كصفحات التواصل الاجتماعي والزوج لاحظنا أنهن لا يطلن فترة

الرضاعة الطبيعية حيث لا تصل إلى 12 شهر بنسبة 37.5% ، والفئة المتبقية منهن يملن أكثر إلى نمط الرضاعة المختلطة أو يمارسن الرضاعة الاصطناعية

كما استنتجنا فارق في النسب بين من استعملن الحبوب أو الإبر كوسيلة لمنع الحمل بصفة عامة حيث تباينت النسب بين من استعملن الحبوب أحادية التركيب الخاصة بالمرضعة التي تستعمل للحفاظ على حليب الأم، حيث قدرت نسبة ممارستهن للرضاعة الطبيعية ب 50.8 %، بينما المبحوثات اللواتي استعملن الحبوب ثنائية التركيب العادية يتجهن غالبا إلى ممارسة الرضاعة الاصطناعية 49.2% وإلى نمط الارضاع المختلط بنسبة 44.3 %، وبالنسبة لاهتمام المبحوثة بوزنها ورشاققتها لاحظنا أنه له أثر حيث أظهرت النتائج أن 54.5% من النساء اللواتي يهتمن بوزنهن يعتمدن على حليب الأم كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 12.1% فقط منهن يرضعن رضاعة اصطناعية.

52.9% من النساء اللواتي يستعملن اللهاية يرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة مقابل 21.4% فقط منهن يرضعن رضاعة طبيعية.

من خلال ما سبق نستنتج أن التنشئة الاجتماعية السليمة في الأسر الممتدة و التي تعكس نصائح الأم و الحماية وغيرهن من ذوات الخبرة تؤثر إيجابا على المرأة المرضعة غير العاملة في إرضاع طفلها رضاعة طبيعية، كما نجد أن تدني مستوى الثقافة الصحية للأم في مجال تغذية الرضع وانخفاض درجة الوعي بفوائد حليب الثدي والممارسات التي تساهم في إدرار الحليب، له دور فعال في التقليل من فرص تلقي الطفل الرضاعة الطبيعية و الذي يفسر اللجوء إلى البدائل الإصطناعية ، أو الجمع بين حليب الأم و الحليب الاصطناعي .

الباب الثاني : الدراسة الميدانية

الفصل الثالث: تحليل نتائج الفرضية الثانية

تمهيد

المبحث الأول : علاقة المستوى المعيشي للأسرة التي تعيش بها المرأة غير العاملة بكيفية

تغذية أطفالها الرضع و الممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.

المبحث الثاني: تأثير نمط المعيشة للنساء غير العاملات على نمط الرضاعة و على

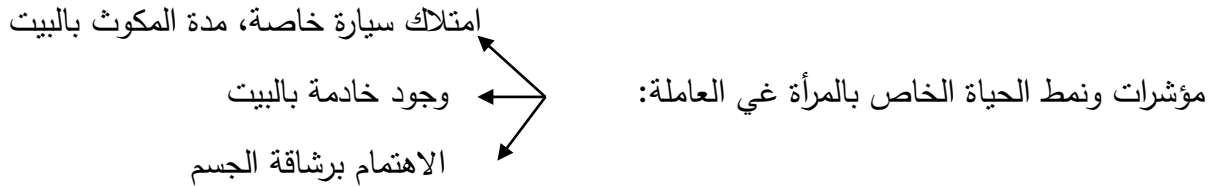
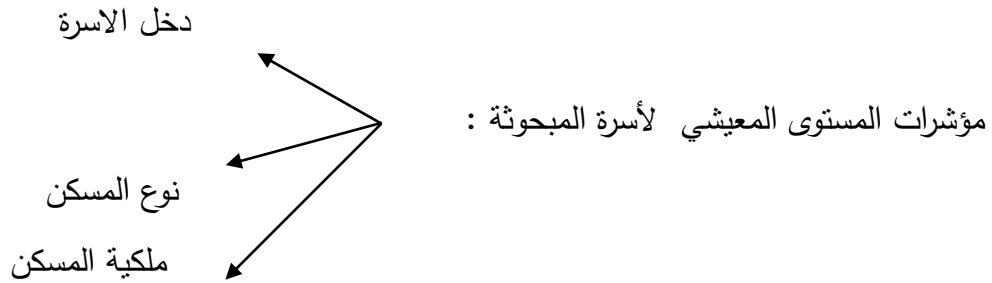
السلوكيات و الممارسات اتجاه كل نمط

استنتاج الفرضية الثانية

تمهيد:

يتم التركيز في هذا الفصل على تحليل الفرضية الثانية والتي مفادها :
يؤثر ارتفاع المستوى المعيشي الخاص بالمرأة غير العاملة المصاحب لنمط حياة الرفاهية إلى تراجع اختيارها نمط الارضاع الطبيعي.

وهذا من خلال اختبار العلاقة بين مؤشرات المتغيرين المستقلين المستوى المعيشي لأسرة المبحوثة و نمط الحياة الخاص بالمرأة غير العاملة ونظرا لصعوبة تحديد هذين البعدين استعنا بمجموعة من المؤشرات كما هو موضح في المخطط التالي:



نمط الرضاعة المتبع

والتي تم ربطها بمؤشرات المتغير التابع : ← نمط الرضاعة المتبع

المبحث الأول: علاقة المستوى المعيشي للأسرة التي تعيش بها المرأة غير العاملة بكيفية تغذية أطفالها الرضع و مدى ممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.

لمعرفة العلاقة بين دخل الأسرة و نمط الرضاعة المتبع عند المبحوثات قمنا بتحديد مجالات للمتغير المستقل الدخل الأسرة نظرا لتفاوت الرواتب و العائدات والتي تتغير حسب مهنة الزوج أو القطاع الذي ينتمي اليه فقمنا بتبويب السؤال على شكل مجالات للدخل الشهري حتى يتسنى للمبحوثات الاجابة.

جدول رقم 65: العلاقة بين دخل الأسرة و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة	دخل الأسرة	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
اقل من 30000	التكرار	55	2	17	74
دج	%	74,3	2,7	23	100
من 31000 الى	التكرار	16	6	38	60
60000	%	26,7	10	63,3	100
من 61000 الى	التكرار	9	6	25	40
90000	%	22,5	15	62,5	100
اكثر من 10000	التكرار	0	24	2	26
دج	%	0	92,3	7,7	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع					$\chi^2=22.09$ بدرجة حرية 10 واحتمال $0.0351 < 0.05$

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة: 41%، 40 % على الترتيب، أي هناك تقارب بين النسبتين، مقابل 19% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في: دخل الأسرة نلاحظ أن 74,3% من النساء اللواتي تعشن في أسر ذات دخل أقل من 30000 دج يعتمدن على نمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن مقابل 2.7% منهن فقط يرضعن رضاعة اصطناعية، في حين 63.3% من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن يتراوح من 31000 إلى 60000 دج يتبعن نمط رضاعة مختلطة مقابل 10% منهن فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي، كما بيّمت النتائج أن: 62.5% من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن يتراوح من 61000 إلى 90000 دج يرضعن رضاعة مختلطة مقابل 22.5% فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي. 92.3% من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن أكثر من 100000 دج يتبعن نمط رضاعة اصطناعي مقابل 7.7% فقط يرضعن رضاعة مختلطة، مع انعدام مبحوثات من هذه الفئة يرضعن رضاعة طبيعية. يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 22.09 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 10 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 18.31

تعتبر مسألة اختيار نمط الرضاعة من القضايا الهامة التي تعكس تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على حياة الأسرة، بحيث يظهر بوضوح تأثير مستوى الدخل على نمط الرضاعة المتبع، مما يعكس التفاعل بين الأبعاد الاقتصادية والثقافية في اتخاذ هذا القرار، والمستوى المعيشي هو "مجموع ما يملكه الفرد أو المجتمع معطيات مادية وغير مادية خلال فترة زمنية معينة، والذي تم الحصول عليه بطريقة مباشرة أو غير مباشرة والتي على رأسها الدخل الشهري للأسرة، والطبي مستوى الرفاهية لدى الفرد أو المجتمع خلال نفس الفترة"¹. واستنادا على نتائج الجدول السابق يمكننا فهم كيف يؤثر دخل الأسرة على نمط الرضاعة، ففي الأسر ذات الدخل المنخفض، تُعتبر الرضاعة الطبيعية الخيار المفضل أو الإجباري، هذا التوجه يمكن تفسيره من خلال عدة عوامل اقتصادية واجتماعية، فمن الناحية الاقتصادية توفر الرضاعة الطبيعية بديلاً منخفض التكلفة مقارنة بالرضاعة الاصطناعية التي تتطلب شراء الحليب الصناعي والزجاجات والأدوات الأخرى. لذا، تلجأ الأسر ذات الدخل المحدود إلى الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتقليل النفقات وتبحث عن خيارات تتناسب مع إمكانياتها المالية، هذا الاختيار لا يعكس فقط الاعتبارات المالية، بل يرتبط أيضاً بالقيم الثقافية التي تدعم الرضاعة الطبيعية كجزء من العناية الصحية التقليدية، ومن ناحية أخرى الأسر ذات الدخل المتوسط إلى المرتفع يظهر فيها نمط الرضاعة المختلطة بشكل أكثر شيوعاً، هذا النمط يجمع بين الرضاعة الطبيعية والاصطناعية، مما يعكس القدرة المالية للأسر على تحمل تكاليف الرضاعة الاصطناعية بالإضافة إلى مرونة الرضاعة الطبيعية، حيث تكون

¹ الكليدار، مرجع سابق، ص 21

أكثر قدرة على التوفيق بين متطلبات الحياة الأسرية، مما يسمح للنساء بدمج كل من الرضاعة الطبيعية والاصطناعية حسب راحتهم واحتياجاتهم الشخصية، أما في الأسر ذات الدخل المرتفع، تصبح الرضاعة الاصطناعية أكثر شيوعاً ويمكن تفسير هذا الاتجاه من خلال القدرة المالية على تغطية تكاليف الرضاعة الاصطناعية بشكل مريح. بالإضافة إلى ذلك، قد تعكس الرضاعة الاصطناعية التوجه نحو أساليب الحياة الحديثة التي تسعى إلى تحقيق أقصى درجات الراحة والمرونة، حيث أن النساء في هذه الفئة الاقتصادية ترى أن الرضاعة الطبيعية متعبة، وأنها تقليد المرأة القديمة و مثال للعرف التقليدي البعيد عن التحضر و نظراً لوجود البدائل التي تجعل من الرضاعة الاصطناعية خياراً أكثر ملاءمة، حيث يوفر هذا النمط مرونة أكبر في إدارة الوقت وتلبية احتياجات بكل سهولة، وذلك يعكس التغيير في أساليب الحياة وتأثير التقدم التكنولوجي على خيارات الأسرة.

و لمتابعة تأثير الدخل على سلوك المرضعات من حيث مدة الرضاعة الطبيعية المقدمة للرضيع سواءا من يرضعن أطفالهن من الثدي فقط أو من يتبعن نمط رضاعة مختلط فقمنا بوضع الجدول الموالي الذي يبين العلاقة بين دخل الأسرة و الفطام.

جدول رقم 66: العلاقة بين دخل الأسرة و الفطام

المجموع	من 18-24 شهر	من 12-18 شهر	من 6-12 شهر	اقل من 6 اشهر	الفطام	
					دخل الأسرة	
72	49	20	3	0	التكرار	اقل من 30000 دج
100	68,1	27,8	4,2	0	%	
54	19	9	25	1	التكرار	من 31000 الى 60000 دج
100	35,2	16,7	46,3	1,9	%	
34	8	9	6	11	التكرار	من 61000 الى 90000 دج
100	23,5	26,5	17,6	32,4	%	
2	0	0	2	0	التكرار	اكثر من 100000 دج
100	0	0	100	0	%	
¹ 162	76	38	36	12	التكرار	المجموع
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	
0.0.007 < 0.05 احتمال 4 بدرجة حرية $\chi^2=13.84$					اختبار الكاي تربيع	

نلاحظ أن الاتجاه الهام للجدول يظهر أن: 46.9% من المبحوثات يقمن بفطام أطفالهن في سن متأخرة تفوق 18 شهرا، بينما نجد نسبة 7.4% منهن يقمن بفطام أطفالهن في سن مبكرة لا تتجاوز 6 أشهر، وعند ادخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في: دخل الأسرة نلاحظ أن 68.1% من النساء اللواتي تعشن في أسر ذات دخل أقل من 30000 دج يفطمن أطفالهن الرضع في سن من 18-24 شهر مقابل 4.2% منهن فقط يفطمن أطفالهن في سن من 6-12 شهر، مع انعدام مبحوثات من هذه الفئة يفطمن أطفالهن في أقل من 6 أشهر، في حين 46.3% من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن يتراوح من 31000 الى 60000 دج يفطمن أطفالهن الرضع في سن من 6 - 12 شهر مقابل 1.9% منهن يفطمن أطفالهن الرضع في سن أقل من 6 أشهر.

¹ 162 مبحوثة بدلا من 200 ، لأن 38 مبحوثة غير أرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية من .

32.4 % من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن يتراوح من 61000 إلى 90000 دج يفطم أطفالهن الرضع في سن أقل من 6 أشهر مقابل 17.6% فقط يفطم أطفالهن الرضع في سن من 6-12 شهر. 100 % كل المبحوثات اللواتي دخل أسرهن أكثر من 100000 دج يفطم أطفالهن بين 6-12 شهر. يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 13.84 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 4 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 9.94، ومنه نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين. يلعب الدخل الأسري دوراً حاسماً في تحديد توقيت فطام الأطفال، ويعكس تأثير ذلك اختلافات جذرية في خيارات الرضاعة بين الأمهات من فئات دخل متباينة.

أولاً بالنسبة للنساء في الأسر ذات الدخل المنخفض، تجدهن يفضلن تأخير فطام أطفالهن، ويرجع ذلك إلى عدة أسباب متعلقة بالموارد المالية والممارسات الاجتماعية إذ تكون الرضاعة الطبيعية وسيلة فعالة لضمان غذاء الرضيع من حيث التكاليف، حيث يتمتع حليب الأم بميزة اقتصادية كبيرة مقارنة بالحليب الصناعي الذي يتطلب نفقات إضافية. لذا تلجأ الأمهات في هذه الأسر إلى استمرار الرضاعة الطبيعية لأطول فترة ممكنة لتخفيف الأعباء المالية، يُضاف إلى ذلك أن الأمهات غير العاملات في هذه الفئات يمكنهن الوقت الكافي لرعاية أطفالهن وتلبية احتياجاتهم من الرضاعة الطبيعية، مما يجعلهن يفضلن تأخير الفطام حتى يتمكن من تحقيق التوازن بين توفير التغذية اللازمة وتخفيف الضغوط الاقتصادية.

ثانياً في الأسر ذات الدخل المرتفع، تتوفر الأمهات على موارد مالية كافية، مما يجعل شراء الحليب الصناعي أمراً ميسوراً حيث أن الأمهات في هذه الأسر، حتى وإن كن غير عاملات، يفضلن فطام أطفالهن في وقت مبكر بسبب وجود خيارات تغذية بديلة وموارد مالية تدعم هذه الاختيارات، وبملاين ممارسة الرضاعة الطبيعية افتلرة طويلة كما أن هذه الأمهات قد يواجهن ضغوطات اجتماعية تتطلب التكيف مع أنماط التغذية المتنوعة والمتقدمة للأطفال، مما يدفعهن إلى اتباع نمط فطام مبكر يتماشى مع معايير معينة قد تكون ذات طابع اجتماعي أو ثقافي.

ومن خلال ما تم الإطلاع عليه في المراجع و الدراسات السابقة، تشير الدلائل إلى أنه في البلدان ذات الدخل المرتفع، تكون الأمهات من الأسر الفقيرة أقل عرضة للإرضاع من الثدي، هذا على عكس البلدان

منخفضة ومتوسطة الدخل حيث تأتي النسبة الصغيرة من الأمهات اللواتي لا يرضعن أو لا تستملر

الرضاعة الطبيعية لمدة أطول ، ومعظمهن من الأسر الأكثر ثراء¹

أخيراً، تُعكس هذه الاختلافات في توقيت الفطام التباين في الظروف الاقتصادية والاجتماعية، حيث تلعب الموارد المالية، والضغوط الاقتصادية، وتوافر الخيارات الغذائية دوراً مهماً في تشكيل ممارسات الرضاعة والفطام. لذا تعكس استراتيجيات الفطام في الأسر ذات الدخل المرتفع والمنخفض تبايناً واضحاً في كيفية تلبية احتياجات الأطفال، والذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقدرة الاقتصادية والضغوط الاجتماعية المحيطة.

و للوصول الى معرفة علاقة الجانب المادي لأسرة على ممارسات و سلوكيات النساء اللواتي يرضعن أطفالهن من الثدي، أظفنا الجدول الموالي لمعرفة تأثير دخل أسر المبحوثات على عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم.

جدول رقم 67: العلاقة بين دخل الأسرة و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

عدد الرضعات الطبيعية في اليوم دخل الأسرة	أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع		
					أقل من	التكرار
30000 دج	9,1	43,6	47,3	100	%	
من 31000 الى	0	13	3	16	التكرار	
60000 دج	0	81,3	18,8	100	%	
من 61000 الى	5	3	1	9	التكرار	
90000 دج	55,6	33,3	11,1	100	%	
المجموع	10	40	30	80 ²	التكرار	
	12,5	50	37,5	100	%	
$\chi^2=17.254$ بدرجة حرية 2 واحتمال $0.013 < 0.05$					اختبار الكاي تربيع	

¹ unicef,op.cit ; p03

² 80 مبحوثة فقط هن المعنيات بهذا السؤال لأنهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

الملاحظ من خلال القراءة الاحصائية للجدول أن الاتجاه العام للجدول: 50% من النساء اللواتي يتبعن نمط ارضاع طبيعي يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم مقابل 12.5% منهن فقط يرضعن لأقل من 6 مرات في اليوم، وعند ادخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في: دخل الأسرة نلاحظ أن 50% من النساء اللواتي تعشن في أسر ذات دخل أقل من 30000 دج يعتمدن على نمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 2.7% منهن فقط يرضعن رضاعة اصطناعية ، في حين 63.3 % من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن يتراوح من 31000 إلى 60000 دج يتبعن نمط رضاعة مختلطة مقابل 10% منهن فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي.

62.5 % من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن يتراوح من 61000 إلى 90000 دج يتبعن نمط رضاعة مختلطة مقابل 22.5% منهن فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي.

92.3 % من المبحوثات اللواتي دخل أسرهن أكثر من 100000 دج يتبعن نمط رضاعة اصطناعي مقابل 7.7% منهن يرضعن رضاعة مختلطة، و انعدام مبحوثات من هذه الفئة يرضعن رضاعة طبيعية. يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 22.09 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة حرية 10 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 18.31

كما رأينا سابقا أن نمط الرضاعة الذي تتبعه الأمهات يتأثر بشكل كبير بالدخل الأسري، كما ينعكس أيضا على عدد مرات الرضاعة اليومية فالنساء اللاتي ينتمين إلى أسر ذات دخل منخفض وخصوصاً أولئك اللاتي لا يعملن خارج المنزل، يفضلن اتباع نمط الرضاعة الطبيعية، حيث يرضعن أطفالهن بشكل أكثر تكراراً خلال اليوم، هذا التفضيل يتجلى في حقيقة أن الرضاعة الطبيعية تعتبر وسيلة فعالة من حيث التكلفة وتساعد في تخفيف الأعباء المالية التي قد تواجهها الأسر ذات الدخل المنخفض فبالنسبة لهن الرضاعة الطبيعية تتماشى مع الأساليب والاستراتيجيات الأكثر اقتصادا و التي تقلل من النفقات في الأسرة و يعتبرنها بديلاً مناسباً ومجانياً مقارنة بالحليب الصناعي الذي يتطلب تكاليف إضافية.

من جهة أخرى، في الأسر ذات الدخل الأعلى، تظهر توجهات مختلفة في نمط الرضاعة. الأمهات في هذه الأسر يفضلن استخدام الحليب الصناعي بشكل أكبر، مما يعكس توافر موارد مالية كافية لديهن لشراء البدائل الغذائية حيث أن التوجه نحو الرضاعة الاصطناعية يكون مرتبطاً بالقدرة على تخصيص ميزانية لشراء الحليب الصناعي، مما يسمح بتخفيف التزامات الرضاعة الطبيعية اليومية فنجد أن الأمهات

قد يتبع نمط رضاعة مختلط أو رضاعة اصطناعية بالكامل، مما يقلل من تكرار الرضاعة اليومية، وهو ما يعكس تغييراً في أنماط التفضيل والاحتياجات الغذائية بناءً على الظروف المالية والاجتماعية.

وبما أن عدد أفراد الأسرة يؤثر على مدى تغطية الدخل لتكاليف الأسرة، قمنا بوضع الجدول التالي الذي يبين العلاقة بين عدد أطفال المبحوثة و نمط الرضاعة المتبع

جدول رقم 68: العلاقة بين نوع المسكن ونمط الرضاعة المتبع

نوع المسكن	نمط الرضاعة				المجموع
	التردد	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	
بيت تقليدي	التردد	12	2	0	14
	%	85,7	14,3	0	100
بيت قصديري	التردد	25	1	8	34
	%	73,5	2,9	23,5	100
شقة	التردد	41	9	65	115
	%	35,7	7,8	56,5	100
فيلا	التردد	2	26	9	37
	%	5,4	70,3	24,3	100
المجموع	التردد	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=25.66$ بدرجة حرية 9 واحتمال $0.027 < 0.05$					
معامل التوافق $R_C = 0.578$					

من خلال القراءة الاحصائية للجدول يتضح أن اتجاهه العام يتجه الى أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بنسبة: 41%، 40 % على الترتيب، أي هناك تقارب بين النسبتين، مقابل 19% منهن يرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في: نوع المسكن نلاحظ أن 85.7% من النساء اللواتي يقمن في بيوت تقليدية يعتمدن على حليب الثدي كمصدر غذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 14.3% منهن فقط

يرضعن رضاعة اصطناعية، ولا وجود للنساء من هذه الفئة يرضعن رضاعة مختلطة، في حين 73.5% من المبحوثات اللواتي يقمن في بيوت قصديرية يتبعن نمط رضاعة طبيعي مقابل 2.9% منهن فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي، كم نجد أن 56.5% من المبحوثات اللواتي يقمن في شقق يتبعن نمط رضاعة مختلط مقابل 7.8% منهن فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي، بالاضافة الى أن 70.3% ممن يقمن في فيلات واسعة يتبعن نمط رضاعة مختلط مقابل 5.4% فقط يتبعن نمط ارضاع طبيعي. يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 25.66 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 9 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 16.92، أما عن درجة العلاقة فقدر معامل التوافق قدر ب: 0.578 أي تبين أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

من خلال تحليل كيفية تأثير نوع المسكن على قرارات الأمهات بشأن الرضاعة ، يمكننا أن نفهم بشكل أعمق كيف تشكل الظروف الاقتصادية والاجتماعية خيارات الرضاعة لدى النساء، حيث يعد كل من "المسكن ، توفر المياه، والصرف الصحي وغيرها من بين الجوانب الإضافية للمستوى المعيشي إلى جانب الدخل"¹. حيث أنه في البيوت التقليدية التي غالباً ما تتميز بالتماسك الاجتماعي والتقاليد العميقة التي تعزز من الرضاعة الطبيعية كخيار مفضل، أين يُنظر إليها كرمز للمسؤولية و للأُمومة الصحية والتقاليد الثقافية، حيث تخصص الأمهات وقت كافٍ لطفلها لتعزيز الروابط الأسرية وذلك بالتخفيف من مهام الزوج خاصة فيما يتعلق الأمر بتغذية الطفل الرضيع، كما هو الحال بالنسبة للبيوت القصدية التي تمثل البيئات ذات الموارد المحدودة، تعكس تحديات اقتصادية واجتماعية تؤثر على خيارات الرضاعة حيث تُعد الرضاعة الطبيعية من الخيارات الأكثر عملياً واقتصادياً، و يمكن أن تكون تكلفة حليب الأطفال الاصطناعي عالية، مما يفسر أن الرضاعة الطبيعية أكثر ملاءمة للأمهات من حيث التكاليف، بالإضافة إلى ذلك يمكن أن تكون المعرفة والمصادر المتعلقة بالرضاعة الاصطناعية محدودة، مما يعزز من تفضيل الرضاعة الطبيعية، بالإضافة الى ذلك التحديات الاقتصادية والضغطات الاجتماعية في هذه البيئات تدفع الأمهات إلى الاعتماد بشكل أكبر على الرضاعة الطبيعية، مما يعكس التأثير المباشر للوضع الاقتصادي على خيارات الرضاعة، أما بخصوص النساء اللواتي يعشن في الشقق، والتي قد تعكس طبقة اجتماعية متوسطة، يظهر تنوعاً أكبر في أنماط الرضاعة. هنا، قد يكون الوصول إلى الموارد والخدمات الصحية أكثر سهولة، مما يسمح للأمهات باختيار نمط الرضاعة المختلطة، حيث توفر الشقق بيئة قد تجمع بين الاستقرار والقدرة على الوصول إلى منتجات الرضاعة الاصطناعية، مما يمنح

¹ أ. كون فتيحة، مرجع سابق، ص 283

الأمهات مرونة في اختيار مزيج من الرضاعة الطبيعية والاصطناعية، وقد يكون هذا النمط من الرضاعة نتيجة الحاجة إلى توازن بين الحياة اليومية والأسرية لان المكانة الاقتصادية المتوسطة تتيح للأمهات الاستفادة من التسهيلات الحديثة والموارد المتاحة، مما يعكس تحولاً نحو خيارات تغذية أكثر تنوعاً.

والأمر مختلف تماماً للنساء اللواتي تعشن في الفيلات الواسعة، التي تمثل بيئات ذات مستوى اقتصادي عالٍ، نظراً لما توفره الفيلات من بيئة داعمة ومن الخدمات الاستشارية تمكن الأمهات من اتخاذ قرارات مختلفة حول نمط الرضاعة، حيث تظهر الأمهات اللواتي تتمتعن بأريحية مالية ميلاً أكبر نحو استخدام نمط الرضاعة المختلط و الاعتماد أكثر على الحليب الاصطناعي الذي في نظرهن يعكس مستوى أعلى من الرفاهية، وهو ما يفسر وجود نسبة أقل من النساء اللواتي يفضلن الرضاعة الطبيعية في هذه الفئة، حيث يكون استخدام الرضاعة الاصطناعية جزءاً من استراتيجيات إدارة الوقت والموارد.

و في الأخير يمكن أن نستنتج أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية كنوع المسكن الذي تقيم فيه المرأة المرضعة تؤثر بشكل مباشر على اختيارات الأمهات بشأن طرق تغذية أطفالهن، مما يوفر رؤى أعمق حول تأثير البيئة المحيطة على القرارات الأسرية.

جدول رقم 69: العلاقة بين نوع المسكن والفظام

					الفطام	
المجموع	من 18-2 شهرا	من 12-18 شهرا	من 6-12 شهرا	اقل من 6 اشهر	نوع المسكن	
12	9	3	0	0	التكرار	بيت تقليدي
100	75	25	0	0	%	
33	17	14	2	0	التكرار	بيت قصديري
100	51,5	42,4	6,1	0	%	
106	50	20	31	5	التكرار	شقة
100	47,2	18,9	29,2	4,7	%	
11	0	1	3	7	التكرار	فيلا
100	0	9,1	27,3	63,6	%	
162 ¹	76	38	36	12	التكرار	المجموع
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	
0.008 < 0.05 احتمال 3 بدرجة حرية $\chi^2=15.2$					اختبار الكاي تربيع	

من خلال قراءتنا الاحصائية لهذا الجدول وذلك لمعرفة تأثير المتغير المستقل و المتمثل في : نوع المسكن على الاتجاه العام للجدول الذي يظهر أن أغلبية المبحوثات يقمن بفظام أطفالهن في سن متأخرة كما ذكر في الجداول السابقة، نلاحظ أن 75 % من النساء اللواتي يقمن في بيوت تقليدية يتأخرن في فطام أطفالهن حتى مرور سنتين من عمرهم مقابل 25% منهن فقط يقمن بفظام أطفالهن لما يتراوح سنهم من 12-18 شهر، ولا وجود للنساء من هذه الفئة يفظمن أطفالهن قبل مرور سنة من عمرهم، في حين 51.5 % من النساء اللواتي يقمن في بيوت قصديرية يتأخرن في فطام أطفالهن أكثر من 24 شهر مقابل 6.1 % منهن فقط يقمن بفظام أطفالهن لما يتراوح سنهم من 6-12 شهر، ولا وجزد لنساء من هذا الصنف من يفظمن أطفالهن مبكرا أقل من 6 أشهر، كما نجد أن 47.2 % من المبحوثات اللواتي يقمن في شقق يفظمن أطفالهن لما يصل سنهم من 12-18 شهر مقابل 4.7 % منهن فقط يفظمن الرضع مبكرا قبل بلوغهم 6 أشهر من عمرهم، بالاطافة الى أن 63.6 % من المبحوثات اللواتي يقمن في فيلات واسعة

¹ 38 مبحوثة يرضعن رضاعة اصطناعية فهن غير معنيات بالفظام

يفطم الرضع مبكراً قبل بلوغهم 6 أشهر من عمرهم مقابل 9.1% منهم فقط يفطم أطفالهن لما يصل سنهم من 12-18 شهر، وللأسف لم توفق أي مجموعة منهم في مواصلة الارضاع الطبيعي حتى 24 شهر أو أكثر وهي المدة الموصى بها في ديننا وكذلك منظمة الصحة العالمية. يتضح جلياً وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 25.66 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 3 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 7.81

تظهر النتائج أن هناك علاقة واضحة بين نوع المسكن وتوقيت فطام الأطفال، حيث أن الأمهات في البيوت التقليدية والبيوت القصديرية تشترك في نمط مشابه من تأخير فطام أطفالهن، رغم اختلاف الأسباب التي تدفع لهذا التأخير، إذ تعزز القيم الثقافية والتقاليد من ممارسة الرضاعة الطبيعية الممتدة، مما يجعل الفطام المبكر غير مفضل ويعتبر مخالفاً للتقاليد المتبعة، كما أن نوع نوع المسكن هما يعكس الموارد الاقتصادية المحدودة لهذا تقدم الرضاعة الطبيعية لهذه الأسر حلاً اقتصادياً وفعالاً مقارنةً بالحليب الاصطناعي، مما يدفع الأمهات إلى تأخير الفطام لتحقيق توفير اقتصادي، حيث تعكس هذه السلوكيات والاختيارات المشتركة تأثيرات ثقافية واقتصادية على تحديد وقت الفطام سواء من خلال الالتزام بالتقاليد أو تلبية احتياجات اقتصادية ملحة، أما المرضعات اللواتي ينتمين إلى طبقة اجتماعية متوسطة كالواتي يعن في الشقق يظهر التباين في توقيت فطام الأطفال، إذ تتبع الأمهات نمطاً يتراوح فيه توقيت الفطام لمستوى فوق المتوسط غالباً ما يكون بين 12 و 18 شهراً، وهو ما يعكس توفير أقصى حد لاحتياجات الأطفال، و يمكن أن تكون هذه الفئة أكثر اطلاعاً على الممارسات الصحية من خلال الانتماء إلى الطبقة المتوسطة اقتصادياً مما يسمح لهم باتخاذ قرارات مدروسة حول توقيت الفطام بناءً على ما يتماشى مع احتياجات الأطفال وأسلوب حياتهم.

والأمر يختلف تماماً عند النساء ذات المستوى المعيشي المرتفع حيث يقطن أغلبهن في الفيلات الواسعة التي تعكس مستويات اقتصادية أفضل، تؤثر على اتجاهاتهن حول تغذية الرضع حيث تُفضل الأمهات فطام أطفالهن مبكراً، نتيجة للانشغالات المرتبطة بالجدول الزمني المزدحم أو التفضيل لتبني أساليب تغذية مختلفة تتناسب مع نمط الحياة الفاخر في هذه الطبقة الاجتماعية، والسبب يظهر جلياً أن الأمهات قادرات على الاستفادة من خيارات تغذية بديلة بأريحية مادية، مما يجعل الفطام المبكر أكثر شيوعاً، وعدم وجود نساء يواصلن الرضاعة الطبيعية حتى 24 شهراً أو أكثر يمكن أن يعكس تفضيلات شخصية

تتماشى مع سمعة الرفاه الذي يظهر الرضاعة من الثدي كممارسة تقليدية ومتبعة لا يناسب نمط حياة مليئة بالانشغال.

وللتحري أكثر حول ظاهرة الفطام أظفنا هذا الجدول الموالي لمعرفة تأثير نوع المسكن التي تقيم به المبحوثة بعدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم

جدول رقم 70: العلاقة بين نوع المسكن و سبب الفطام

نوع المسكن	سبب الفطام			المجموع
	التكرار	للحفاظ على الرشاقة	عدم توفر الحليب	اتمام المدة عامين
بيت تقليدي	0	4	8	12
	%	33,3	66,7	100
بيت قصديري	1	11	21	33
	%	33,3	63,6	100
شقة	22	67	17	106
	%	20,8	63,2	100
فيلا	3	4	4	11
	%	27,3	36,4	100
المجموع	26	86	50	¹ 162
	%	16	53,1	30,9
اختبار الكاي تربيع				$\chi^2=34.07$ بدرجة حرية 14 واحتمال $0.024 < 0.05$
معامل التوافق				$R_C = 0.483$

تظهر النتائج أن الاتجاه العام للجدول يتجه الى أن أغلب المبحوثات يرضعن طبيعيا من 6-12 مرة في اليوم، مقابل 16% منهن يرضعن أطفالهن أقل من 6 مرات في اليوم، وعند اخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في : نوع المسكن لاحظنا أن 66.7% من النساء اللواتي يقمن في بيوت تقليدية يفسرن سبب

¹ 38 مبحوثة غير معنية بالفطام لأنهن أرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية.

فطام أطفالهن ب الإصرار على اكمال السنتين من عمرهم مقابل 33.3% منهم فقط يقمن بتفسير فطام أطفالهن بعدم توفر حليب و توقف ادراهم ، ولا وجود للنساء من هذه الفئة يرجعن سبب فطام أطفالهن للحفاظ على رشاقتهن ، في حين أن 63.6% من النساء اللواتي يقمن في بيوت قصديرية يفسرن سبب فطام أطفالهن بأنهن ينتظرن الى غاية اتمام الرضيع سنتين من عمره مقابل 33.3% منهم فقط يقمن بتفسير فطام أطفالهن بعدم توفر حليب وتوقف ادراهم ، كما نجد أن 63.2% من المبحوثات من النساء اللواتي يقمن في شقق يفسرن سبب فطام أطفالهن بعدم توفر حليب و توقف ادراهم مقابل 16% منهم فقط يعتقدن أنه من الأحسن اتمام 24 شهر من عمر الرضيع كسبب للفطام ، بالاضافة الى أن نسبة النساء اللواتي يقمن في فيلا واسعة واللواتي صرحن بأن السبب في فطام هو اتمام 24 شهر و كذا النساء اللواتي فطمن أطفالهن بسبب توقف الحليب كانت متساوية 36.4% مقابل 27.3% منهم فقط يرجعن سبب فطام أطفالهن للحفاظ على رشاقة الجسم.

يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 34.07 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 14 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 23.68 أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.483 أي تبين أن هناك علاقة قريبة من المتوسطة بين المتغيرين.

تُظهر النتائج علاقة واضحة بين نوع المسكن وتفاصيل ممارسات الرضاعة الطبيعية وأسباب الفطام. في البيوت التقليدية والبيوت القصديرية، تُفضل غالبية النساء تأخير فطام أطفالهن حتى إتمام السنتين من العمر. يعكس هذا التأخير تأثير القيم الثقافية والتقاليد التي تدعم الرضاعة الطبيعية الممتدة، بالإضافة إلى القيود الاقتصادية التي تجعل من الرضاعة الطبيعية الخيار الأكثر توفيراً مقارنة بالحليب الاصطناعي، ومن ناحية أخرى، في البيئات ذات المستوى المعيشي المتوسط، مثل الأسر التي تعيش في الشقق، يُفسر فطام الأطفال غالباً بنقص الحليب، مما يعكس تفضيلات عملية تتماشى مع القضايا اليومية المتعلقة بالتغذية و التحديات الأخرى، في هذه الحالات يكون نقص الحليب عاملاً رئيسياً في اتخاذ قرار الفطام، مما يعكس التركيز على الحلول العملية والتعامل مع المشكل بحل أسرع وهو فطام الطفل اذ يعتبر هذا الحل ممكنا مقارنة بأحباب الدخل الضعيف

أما بالنسبة للنساء اللواتي يعشن في الفيلات الواسعة حيث يكون المستوى الاقتصادي أعلى، تتساوى أسباب الفطام بين الرغبة في إتمام السنتين ونقص الحليب. بالإضافة إلى ذلك، يظهر ميل واضح للحفاظ على رشاقة الجسم كسبب للفطام المبكر، بالاضافة الى الى تأثير الموضة والعوامل الاجتماعية والرفاهية

على قرارات الفطام حيث يوجد من يعتبر أن الحليب الاصطناعي هو المناسب لصحة الطفل من خلال الاشهارات التي يوهم أفراد هذه الطبقات أنه مليء بالفيتامينات و يرجعون ذلك لثمنه المرتفع

جدول رقم 71: العلاقة بين ملكية المسكن و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم		أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
ملكية المسكن					
ذو ملكية خاصة	التكرار	8	38	22	68
	%	11,8	55,9	32,4	100
مستأجر	التكرار	2	2	8	12
	%	16,7	16,7	66,7	100
المجموع	التكرار	10	40	30	¹ 80
	%	12,5	50	37,5	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=16.66$ بدرجة حرية 8 واحتمال $0.002 < 0.05$			

أظفنا هذا الجدول لمعرفة ان كانت ملكية أو ايجار المسكن الذي تقيم به المبحوثات تؤثر على عدد مرات الارضاع الطبيعي في اليوم، فكان الاتجاه العام للجدول يشير أن أغلب النساء اللواتي يتبعن نمط ارضاع طبيعي يرضعن أطفالهن بين 6-12 مرة في اليوم كما تم شرح ذلك في الجدول رقم ..، وعند ادخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في: ملكية المسكن نلاحظ أن 55.9% من النساء اللواتي يمتلكن مسكن خاص بالأسرة يرضعن أطفالهن طبيعياً من 6-12 مرة في اليوم مقابل 11.8 % منهم فقط يرضعن أطفالهن من الثدي لأقل من 6مرات في اليوم، في حين 66.7 % من المبحوثات اللواتي يقمن في مسكن مستأجر يقدمن رضاعة طبيعية لأطفالهن أكثر من 12 مرة في اليوم مقابل 16.4% منهم فقط يرضعن أطفالهن من الثدي لأقل من 6مرات في اليوم و بنسبة متساوية مع هذه الأخيرة نجد مبحوثات يرضعن أطفالهن من الثدي لأقل من 6-12 مرة في اليوم.

يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب:

22.09 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 8 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 15.51

¹ 80 مبحوثة فقط هن المعنيات بهذا السؤال لأنهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

تُظهر النتائج تأثيرات اقتصادية واجتماعية واضحة على ممارسات الرضاعة، حيث تشير إلى تباين في أنماط الرضاعة الطبيعية بين النساء اللواتي يمتلكن مساكن خاصة وتلك اللواتي يقمن في مساكن مستأجرة، فعندما ندرس تأثير ملكية المسكن على عدد مرات الرضاعة الطبيعية، نجد أن النساء اللواتي يمتلكن مساكن خاصة، يعكسن نمطاً أكثر توازناً في الرضاعة، حيث يتبعن نمط رضاعة معتدل إلى حد ما، هذا التوازن قد يكون نتيجة الاستقرار الاقتصادي النسبي الذي يوفره امتلاك مسكن، مما يقلل من الضغوط المالية و يتيح للأمهات الوقت والموارد اللازمة لرعاية أطفالهن بشكل مريح حيث أن الاستقرار السكني يتيح للأمهات فرصة تنظيم حياتهن بشكل منتظم.

في المقابل، النساء اللواتي يقمن في مساكن مستأجرة، غالباً ما يواجهن ضغوطاً اقتصادية أكبر، مما قد يؤدي إلى نمط رضاعة أكثر كثافة، هذه الصعوبات المعيشية قد تدفع الأمهات إلى زيادة عدد مرات الرضاعة كوسيلة للتعامل مع التحديات الاقتصادية، فأغلبهن يواجهن صعوبات في تأمين الموارد المالية الكافية لتوفير الحليب الاصطناعي حتى ولو استعصى عليها ذلك لأنه من المعروف على النساء الجزائريات مساعدة الزوج قدر الامكان ويقدرن جهده و تعبهُ المتواصل في توفير تكاليف العيش و بالتالي تجد النساء ذوات المستوى المعيشي المنخفض يبقين تغذية الرضع على عاتقهن وذلك بزيادة عدد مرات الارضاع الطبيعي اذ يعتبر هذا الأخير الحل الاقتصادي الوحيد الذي يوفر التغذية اللازمة لأطفالهن.

تُظهر هذه الفروقات كيف أن الوضع الاقتصادي يؤثر بشكل مباشر على قرارات الرضاعة، خاصة بين النساء غير العاملات اللواتي يعتمدن بشكل كبير على موارد الأسرة لتلبية احتياجاتهن واحتياجات أطفالهن، فالضغوط المالية الناتجة عن تأجير المسكن قد تجعل الرضاعة الطبيعية الخيار الأكثر ملاءمة، حيث توفر هذه الطريقة حلاً اقتصادياً يناسب الوضع المالي للأسر التي تعاني من قيود مالية هذا من جهة، ومن جهة أخرى من الواضح أن الاستقرار الاقتصادي الناجم عن ملكية المسكن قد يسمح للأمهات بمرونة أكبر في تحديد عدد مرات الرضاعة، مما يساهم في نمط رضاعة أكثر توازناً.

المبحث الثاني: تأثير نمط المعيشة الخاص بالنساء غير العاملات على نمط الرضاعة

و على السلوكيات و الممارسات اتجاه كل نمط

في هذا الجانب أردنا أن نسلط الضوء على نمط الحياة الخاص بالنساء غير العاملات و الممارسات التي تتماشى مباشرة مع الجانب الاقتصادي الذي يسمح بالقدرة على تحقيقها، فقمنا بالتركيز على بعض الممارسات اليومية المختلفة التي تظهر اختلاف نمط المعيشة بين المبحوثات، ومؤشرات تتماشى مع أنماط حياة الرفاه والحياة العادية كما تم ذكره بالتفصيل في المخطط السابق ، وهذا للبحث عن مدى تأثير نمط المعيشة على قرار اختيار ممارسة نوع من أنواع الرضاعة.

جدول رقم 72: العلاقة بين امتلاك المبحوثات لسيارة خاصة و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة امتلاك المبحوثات لسيارة خاصة	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نعم	التكرار	17	30	38
	%	20	35,3	44,7
لا	التكرار	63	8	44
	%	54,8	7	38,3
المجموع	التكرار	80	38	82
	%	40	19	41
اختبار الكاي تربيع				
معامل التوافق				
$\chi^2=17.167$ بدرجة حرية 2 واحتمال $0.013 < 0.05$				
$R_c = 0.419$				

جدول رقم 73: العلاقة بين مكوث المبحوثة لمعظم الوقت في البيت في اليوم و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة المكوث في البيت لمدة طويلة					
المجموع	رضاعة مختلطة	رضاعة اصطناعية	رضاعة طبيعية		
134	52	28	54	التكرار	نعم
100	38,8	20,9	40,3	%	
66	30	10	26	التكرار	لا
100	45,5	15,2	39,4	%	
200	82	38	80	التكرار	المجموع
100	41	19	40	%	
0.0219 < 0.05 احتمال حرية 11 $\chi^2=29.41$ بدرجة				اختبار الكاي تربيع	
$R_C = 0.419$				معامل التوافق	

يمثل الجدولين أعلاه علاقة كل من المتغيرين المستقلين امتلاك الأم لسيارة خاصة و مدة مكوث الأم المرضعة في بيتها بنوع الغذاء المقدم لأطفالهن الرضع، ولتبيان تأثير نسب الاتجاه العام للجدولين قمنا بتنظيم القراءة الاحصائية كالتالي:

أولاً: تأثير امتلاك المبحوثة لسيارة خاصة بها على نمط الرضاعة الذي تتبعه المبحوثات فلاحظنا أن: 44.7% من النساء اللواتي تتمتكن سيارة خاصة بهن يعتمدن على نمط الرضاعة المختلطة كغذاء لأطفالهن مقابل 20% منهن فقط يرضعن رضاعة طبيعية ، في حين 54.8 % من المبحوثات اللواتي لا تتمتكن سيارة خاصة يتبعن نمط رضاعة طبيعية مقابل 7% فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي. يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث عند حسابه قدرت قيمته ب: 17.167 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 2 ونسبة الدلالة 0.05 المقدر ب 5.99 ، أما عن درجة العلاقة فعند حسابنا معامل التوافق قدر ب : 0.419 أي تبين أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

ثانياً: تأثير مدة مكوث المبحوثة في البيت على النمط الرضاعة

40.3% من النساء اللواتي تقضين معظم أوقاتهن في البيت يعتمدن على نمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن مقابل 20.9% منهن فقط يرضعن رضاعة اصطناعية ، في حين 45.5% من المبحوثات اللواتي لا تقضين معظم أوقاتهن في البيت يتبعن نمط رضاعة مختلط مقابل 15.2% منهن فقط يرضعن أطفالهن بحليب اصطناعي.

يتضح جلياً وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 29.41 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 11 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 19.67، أما عن درجة العلاقة بين معامل التوافق الذي قدر ب: 0.4 أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

تشير البيانات إلى أن امتلاك المرضعة لسيارة خاصة يؤثر نسبياً على نمط الرضاعة المقدم لطفلها الرضيع، حيث تميل الأمهات اللواتي يمتلكن سيارة إلى اختيار نمط الرضاعة المختلطة أكثر من اعتمادهن على الرضاعة الطبيعية فقط، يعود ذلك إلى أن النساء غير العاملات اللواتي يمتلكن سيارات خاصة بهن بنمط حياة مغاير نوعاً ما يمنحن حرية التنقل والقدرة على التوفيق بين متطلبات الحياة اليومية والتزاماتهن نتيجة الارتباطات المتركمة جراء خروجها من المنزل أو تكبدها لمسؤوليات أخرى كمرافقة الأبناء إلى المدرسة و شراء المستلزمات اليومية بسبب غياب الزوج لبعد مكان عمله عن المنزل مثلاً، والابتعاد عن الطفل قد يفقدها قدرة ممارسة الرضاعة الطبيعية باستقرار وثبات مما يدفعهن لاستخدام الحليب الاصطناعي بجانب الرضاعة الطبيعية، غير أنه هناك فئة قليلة منهن فقط يمكنهن التوفيق بين هذه الإنشغالات وممارسة الرضاعة الطبيعية وذلك بتخزين بعض من حليب الثدي عن طريق شفط الحليب اليدوي أو الكهربائي¹ وذلك بوضع برنامج لشفط الحليب أثناء نوم الطفل، حتى تتمكن من تلبية احتياجات الأطفال الغذائية بطريقة أكثر مرونة.

من جهة أخرى، نجد الأمهات اللواتي لا يمتلكن سيارة يواجهن تحديات أكبر في التنقل، مما يجعلهن يعتمدن بشكل أكبر على الرضاعة الطبيعية كخيار أكثر عملية، هذه القيود في التنقل تدفع الأمهات إلى استخدام الرضاعة الطبيعية بانتظام كحل ميسر وسهل، فضلاً عن ذلك فإن عدم وجود سيارة قد يترافق مع قضاء وقت أطول في المنزل، مما يعزز من إمكانية الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بشكل أكثر انتظاماً إذ يوفر التواجد المستمر في المنزل بيئة مناسبة ومريحة لإرضاع الطفل بشكل منتظم، هذا

¹ أنظر الملحق رقم 04

التواجد المستمر يسهم في تعزيز الرضاعة الطبيعية بفضل القدرة على تخصيص الوقت والاهتمام الكامل للطفل دون انشغال أو قيود، أما الأمهات اللواتي لا يقضين معظم أوقاتهم في المنزل، سواء بسبب عدم امتلاك سيارة أو بسبب نمط حياة متحرك، فإنهن يميلن إلى اتباع نمط الرضاعة المختلطة، الذي يتطلب نمط حياة متحرك ومتذبذب تقديم التغذية الصحية للطفل ألا وهي حليب الأم، هذا يجعل الرضاعة المختلطة خيارًا عمليًا يلائم التزاماتهن المتعددة وأوقات تنقلهن.

نستنتج من خلال ما سبق وجود رؤية مختلفة حول كيفية تأثير الظروف الاقتصادية التي بدورها توفر نمط معيشة للأمهات تنعكس على ممارسات الرضاعة بأنماطها المتنوعة.

و للفهم العميق لممارسات وسلوكيات الأمهات المرضعات من الشدي أردنا استثناء النساء اللواتي يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية قصد الوصول الى توضيح أكثر حول تأثير نمط المعيشة للمبحوثات على عدد مرات الرضاع الطبيعي في اليوم أظفنا هذين الجدولين الذان يعبران عن علاقة كل من المتغيرين المستقلين مدة مكوث المرضعة في بيتها و امتلاك الأم لسيارة خاصة بعدد الرضعات الطبيعية في اليوم

جدول رقم 74: العلاقة بين امتلاك المبحوثة لسيارة خاصة وعدد مرات الإرضاع الطبيعي

في اليوم

نمط الرضاعة امتلاك المبحوثة لسيارة		أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
نعم	التكرار	10	4	3	17
	%	58,8	23,5	17,6	100
لا	التكرار	0	36	27	63
	%	0	57,1	42,9	100
المجموع	التكرار	10	40	30	80 ¹
	%	12,5	50	37,5	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=25.47$ بدرجة حرية 2 واحتمال $0.001 < 0.05$			

¹ 80 مبحوثة فقط هن المعنيات بهذا السؤال لأنهن أَرْضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

جدول رقم 75: العلاقة بين مدة مكوث المبحوثة في البيت و عدد مرات الإرضاع الطبيعي اليومي

عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم		أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
المكوث في البيت لمدة طويلة					
نعم	التكرار	6	22	26	54
	%	11,1	40,7	48,1	100
لا	التكرار	4	18	4	26
	%	15,4	69,2	15,4	100
المجموع	التكرار	10	40	30	80 ¹
	%	12,5	50	37,5	100
اختبار الكاي تربيع		χ ² =14.95 بدرجة حرية 2 واحتمال 0.05 < 0.003			

يمثل الجدولين أعلاه علاقة كل من المتغيرين المستقلين مدة مكوث اللأم المرضعة في بيتها و اعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم بنوع الغذاء المقدم لأطفالهن الرضع، ولتبيان تأثير نسب الاتجاه العام للجدولين قمنا بتنظيم القراءة الاحصائية كالتالي:

أولاً: تأثير امتلاك المبحوثة لسيارة خاصة بها على عدد الرضعات الطبيعية للطفل في اليوم

لاحظنا أن: 58.8% من النساء اللواتي تتمتكن سيارة خاصة بهن يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية أقل من 6 مرات في اليوم مقابل 17.6% منهن فقط يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية من 6 - 12 مرة في اليوم، في حين 57.1% من المبحوثات اللواتي لا تتمتكن سيارة خاصة يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية لأكثر من 12 مرة في اليوم مقابل 42.9% منهن فقط يعتمدن عدد الرضعات من الثدي لأكثر من 12 مرة في اليوم، و لا وجود لمبحوثات من هذه الفئة يرضعن أطفالهن لأقل من 6 مرة في اليوم. يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 25.47 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 2 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 5.99

¹ 80 مبحوثة فقط هن المعنيات بهذا السؤال لأنهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

ثانياً: تأثير مدة مكوث الأمهات اللواتي يرضعن طبيعياً في البيت على عدد الرضعات في اليوم

48.1% من النساء اللواتي تقضين معظم أوقاتهن في البيت يعتمدن على نمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن بمعدل أكثر من 12 مرات في اليوم مقابل 11.1% منهن فقط يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية أقل من 6 مرات في اليوم ، في حين 69.2% من المبحوثات اللواتي لا تقضين معظم أوقاتهن في البيت يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية بمعدل من 6-12 مرة في اليوم مقابل 15.4% منهن فقط يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية أقل من 6 مرات في اليوم.

يتضح جلياً وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 14.95 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 2 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 5.99

تُظهر النتائج المتعلقة بتأثير امتلاك السيارة ومدة قضاء الأمهات في المنزل على عدد الرضعات الطبيعية للطفل في اليوم تأثيرات واضحة على نمط الرضاعة، حيث يمثل امتلاك السيارة الخاصة للمرضعات أحد العوامل الاقتصادية التي تؤثر بشكل ملحوظ على نمط الرضاعة الطبيعية، فأغلب الأمهات هنا يملن إلى إرضاع أطفالهن طبيعياً أقل من 6 مرات في اليوم، يعكس هذا النمط قدراً من الاستقلالية والمرونة في التنقل الذي قد يؤدي إلى تقليل عدد الرضعات الطبيعية وعلى قدرتهن على ممارسة الرضاعة الطبيعية بشكل مكثف، بسبب التزامات خارج المنزل أو رغبتهم في اتباع نمط حياة أكثر تنوعاً و رفاهاً.

في المقابل النساء اللواتي لا يمتلكن سيارة خاصة يرضعن أطفالهن طبيعياً لأكثر من 12 مرة في اليوم، مما قد يشير إلى أنهن يقضين وقتاً أطول في المنزل، وبالتالي يكون لديهن إمكانية أكبر لممارسة الرضاعة الطبيعية بشكل منتظم، فوجود الأمهات في المنزل يعزز إمكانية الرضاعة الطبيعية المتكررة نتيجة للوقت متاح والالتزام بالمسؤوليات المنزلية.

نستنتج من خلال ما سبق وجود تأثيرات متبادلة بين الوضع الاقتصادي ونمط الحياة لخاص بأمهات كالمحافظة على الصحة والرفاهية الأسرية والذي يفسر اختلافات في أسلوب الرضاعة الطبيعي عندهن.

جدول رقم 76: العلاقة بين وجود الخادمة في المنزل و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة وجود الخادمة في المنزل				
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نعم	التكرار	6	13	8
	%	22,2	48,2	29,6
لا	التكرار	74	25	74
	%	42,8	14,4	42,8
المجموع	التكرار	80	38	82
	%	40	19	41
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=32.05$ بدرجة حرية 12 واحتمال $0.008 < 0.05$				
معامل التوافق $R_C = 0.561$				

يشير الجدول أن أغلب المبحوثات يتبعن كلا من نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن مع فئة قليلة منهن يرضعن أطفالهن بالحليب الاصطناعي.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في: وجود الخادمة في البيت نلاحظ أن 48.2 % من النساء اللواتي لديهن خادمة في البيت يعتمدن على الحليب الاصطناعي كغذاء لأطفالهن بنسبة مقابل 22.2 % منهن فقط يرضعن رضاعة طبيعية، في حين 42.8 % من المبحوثات اللواتي ليس لديهن خادمة في البيت يتبعن نمط رضاعة طبيعي، ونفس النسبة من النساء من هذه الفئة يرضعن أطفالهن رضاعة مختلطة مقابل 14.4 % منهن فقط يتبعن نمط ارضاع اصطناعي.

يتضح جليا وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 32.05 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 12 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 21.03 أما عن درجة العلاقة فقدر معامل التوافق ب: 0.56 أي تبين أن هناك علاقة متوسطة بين المتغيرين.

عند تحليل العلاقة بين وجود الخادمة في المنزل ونمط الرضاعة نجد أن هذا الارتباط يعكس جوانب متعددة من نمط الحياة والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على قرارات الأمهات حول كيفية تغذية أطفالهن، وكما إشارة الإختصاصية الإجتماعية مشاعل الشمري أن " أهم أسباب اعتماد الأم على الخادمة في إدارة

شؤون البيت يعود إلى إنتشار عدوى التقليد¹، فوجود الخادمة في المنزل يعكس مستوى معيناً من الرفاهية الاقتصادية قد يشعرون بالاستقلالية الأكبر وبتقليل الضغط المرتبط برعاية الطفل بشكل كامل، هذا الشعور بالتححرر من الأعباء المنزلية قد يدفعهم نحو تفضيل الحليب الاصطناعي كحل مريح كما يجعلهم يستقصدن من توفر وقت إضافي يمكنهن استغلاله في أنشطة أخرى سواء كانت اجتماعية أو شخصية، هذا التوفر في الوقت يوفر فرصة ملائمة للجدول الزمني المزدحم، فالنساء اللواتي تفضلن وجود خادمة غالباً ما يبحثن عن الراحة والرفاهية وكبرن في نمط عيش ميسور بعيداً عن التعب و الارهاق والقيام بأشغال المنزل شيء يسيء الى سمعتهن و مكانتهن الاجتماعية التي لطالما كانت مرتبطة بنوع اللباس والمسكن و المظهر الجميل، وذلك لأن استخدام الحليب الاصطناعي يعتبر كرمز للحدثاة أو التقدم ويساعد على مسايرة الموضة والتطور، في المقابل الأمهات اللواتي لا تتوفر لهن نفس مستوى من الرفاهية ولا يملكن خادمة في المنزل يكرسن جهدهن للاهتمام بالمنزل و الأطفال من خلال السهر على تلبية احتياجاتهم الأساسية و التي على رأسها التغذية و هذا ما يفسر اختيارهن لنمط الرضاعة الطبيعية أو المختلطة التزاماً بالأساليب التقليدية التي توفر تكاليف أقل و تتماشى وأسلوب العيش الخاص بهن و الذي يعطي اهتمام بأفراد الأسرة والبقاء دوماً بالقرب منهم أكثر من الاهتمام بأنفسهن و تجهن مقتنعات بذلك حتى يوجد من يسعدهن هذا الالتزام.

¹ مشاعل الشمري، هل تصبح الخادمة هي الأم البديلة، جريدة المدينة، الكويت، 2012/10/19، ص7.

جدول رقم 77: العلاقة بين الاهتمام برشاقة الجسم وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

اهتمام المبحوثة برشاقة جسمها في اليوم	عدد مرات الإرضاع الطبيعي				المجموع
	أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع	
نعم	6	26	12	44	التكرار %
	13,6	59,1	27,3	100	
لا	4	14	18	36	التكرار %
	11,1	38,9	50	100	
المجموع	10	40	30	80 ¹	التكرار %
	12,5	50	37,5	100	
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=17.254$ بدرجة حرية 2 واحتمال $0.013 < 0.05$					

لتبيان مدى تأثير اهتمام المبحوثات اللواتي يتبعن نمط رضاعة طبيعي على ممارسة للرضاعة الطبيعية في اليوم الواحد، قمنا بوضع هذا الجدول فلاحظنا أن: 58.8% من النساء اللواتي تهتمن برشاقة جسمهن يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية من 6 - 12 مرة في اليوم مقابل 17.6% منهن فقط يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية أقل من 6 مرات في اليوم، في حين 50% من المبحوثات اللواتي لا تهتمن برشاقة جسمهن يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية لأكثر من 12 مرة في اليوم مقابل 11.1% منهن فقط يعتمدن عدد الرضعات من الثدي أقل من 6 مرة في اليوم.

يتضح جلياً وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب:

25.47 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 2 ونسبة الدلالة 0.05 المقدرة ب 5.99

عند تحليل العلاقة بين اهتمام النساء برشاقتهن ونمط الرضاعة الطبيعية، نجد أن هذا الاهتمام يعكس تأثيرات عميقة على كيفية تنظيم أوقات الرضاعة وتواترها، فالأمهات اللواتي يركزن على الحفاظ على رشاقتهن غالباً ما يكنّ أكثر حذراً في عدد مرات الرضاعة، حيث قد يسعين لتقليل عدد الرضعات لتجنب

¹ 80 مبحوثة فقط هن المعنيات بهذا السؤال لأنهن أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

تأثيرات محتملة على وزنهن أو مظهرهن الخارجي، هذا الانشغال بالرشاقة قد يترافق مع نمط حياة أكثر تركيزاً على مركزن الاجتماعي والتأثر بتعليقات الأقارب مثلاً أو الأصدقاء من نفس المستوى حتى لا ينتابهن شعور لا يرغبن فيه، بالمقابل نجد الأمهات اللواتي لا ينشغلن كثيراً بقضايا الرشاقة قد يكن أكثر استعداداً لتخصيص وقت أطول للرضاعة الطبيعية، حيث يمكنهن التركيز بشكل أكبر على احتياجات الطفل دون القلق بشأن تأثيرات الرضاعة على مظهرهن، هذا التباين يعكس التوازن بين الضغوط الاجتماعية والعصرية المتعلقة بالجمال والصحة، وبين التزام الأمهات بتقديم الرعاية الكافية لأطفالهن. في الأخير يمكننا استنتاج أن الاهتمام بالرشاقة يعتبر من العوامل الشخصية والاجتماعية الذي له دخل في تحديد اختيارات الأمهات المتعلقة بصحة أطفالهن من خلال ارضاعهن من الثدي من جهة وبحالتهم النفسية التي تتماشى ونمط العيش الخاص بهن من جهة أخرى.

استنتاج الفرضية الثانية:

تُظهر نتائج الدراسة علاقة واضحة بين الدخل الأسري، نوع الرضاعة، وفترات الفطام. حيث تبين أن النساء في الأسر ذات الدخل المنخفض أقل من 30,000 دج يتبعن غالباً نمط الرضاعة المختلطة بنسبة 63.3%، بينما يرضعن رضاعة اصطناعية بنسبة 10%. في المقابل، في الأسر ذات الدخل المتوسط من 31,000 إلى 90,000 دج، تتزايد نسبة الرضاعة الطبيعية، حيث تتراوح النسب بين 62.5% إلى 92.3% حسب مستوى الدخل، بينما تفضل الأسر ذات الدخل المرتفع أكثر من 100,000 دج الرضاعة الاصطناعية بنسبة 92.3%. هذا يشير إلى أن الدخل له تأثير مباشر على اختيار نمط الرضاعة، حيث يتجه أصحاب الدخل المنخفض إلى الرضاعة الطبيعية أو المختلطة، بينما يفضل أصحاب الدخل المرتفع الرضاعة الاصطناعية. فيما يتعلق بفترة الفطام، نجد أن النساء في الأسر ذات الدخل المنخفض يتأخرن في فطام أطفالهن حتى سن 18-24 شهراً بنسبة 68.1%، بينما في الأسر ذات الدخل المتوسط، يُفطم الأطفال في وقت مبكر، خاصة بين 6-12 شهراً 46.3% في الفئة من 31,000 إلى 60,000 دج. أما في الأسر ذات الدخل المرتفع، فإن الفطام المبكر قبل 6 أشهر يكون أكثر شيوعاً. كما أن البيئة المعيشية تلعب دوراً بارزاً في اختيارات الرضاعة، حيث أن النساء في البيوت التقليدية أو القصديرية يتبعن نمط الرضاعة الطبيعية بشكل أكبر 85.7% و 73.5% على التوالي، مع ميل أكبر للتأخر في الفطام، بينما في الشقق و الفيلات يميلن إلى الرضاعة المختلطة أو الاصطناعية، مما يعكس اختلافات سوسيو-اقتصادية تؤثر في هذه القرارات. علاوة على ذلك، يُظهر امتلاك سيارة خاصة أو وجود خادمة في المنزل تأثيراً كبيراً على اختيار نمط الرضاعة، حيث تميل النساء اللواتي يملكن سيارة خاصة إلى الرضاعة المختلطة، بينما تزداد نسبة الرضاعة الاصطناعية لدى النساء اللواتي لديهن خادمة. أيضاً، النساء المهتمات برشاقة أجسامهن يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية بمعدل أكبر من 6-12 مرة في اليوم بنسبة 58.8%، مقارنة بمن لا يهتمن بهذا الجانب.

من خلال هذه النتائج، يمكن تفسير أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية تلعب دوراً محورياً في تحديد نمط الرضاعة وفترة الفطام، حيث تميل الأسر ذات الدخل المرتفع إلى الرضاعة الاصطناعية أوالتوجه نحو الفطام المبكر فضلاً عن تميزهن بنمط حياة يقلل من فرص ممارستهن للرضاعة الطبيعية بانتظام وأريحية، بينما تفضل الأسر ذات الدخل المنخفض الرضاعة الطبيعية أو المختلطة وتؤجل الفطام، والسبب الغالب هو ترشيد نفقات الزوج، المكوث في المنزل وعدم وجود التزامات خارج المنزل تبعد المرضعة عن رضيعها لفترات طويلة .

الباب الثاني: الدراسة الميدانية

الفصل الرابع: تحليل نتائج الفرضية الثالثة

تمهيد

المبحث الأول : علاقة الخصائص الديمغرافية للمرأة غير العاملة بكيفية تغذية أطفالها

الرضع و مدى ممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.

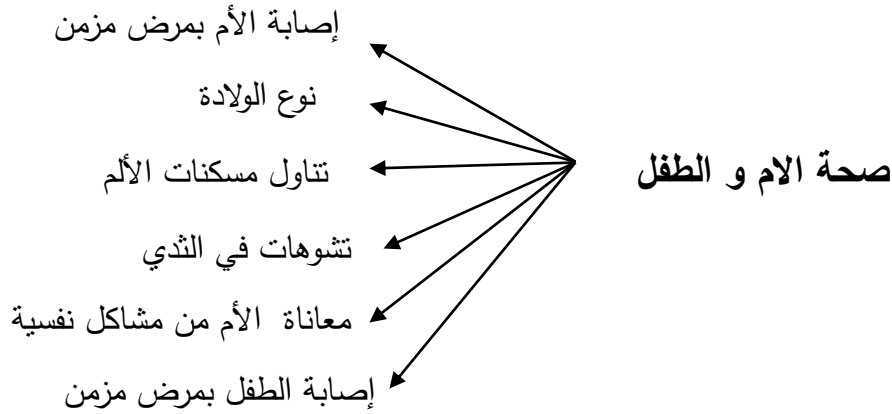
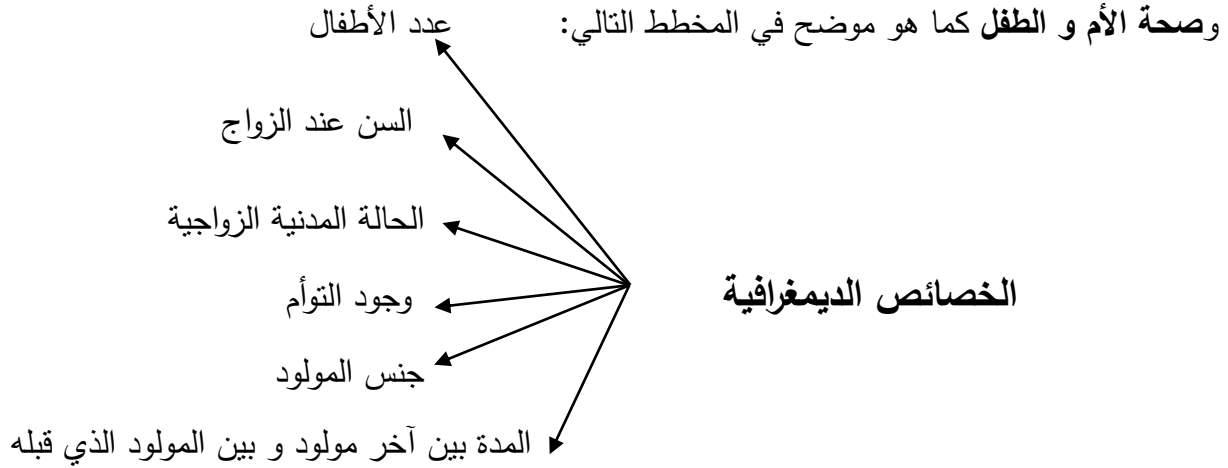
المبحث الثاني : تأثير صحة الأم غير العاملة وصحة أطفالها على نوع الحليب الذي

يتغذى عليه الطفل والممارسات اتجاه كل نمط من أنماط الرضاعة.

استنتاج الفرضية الثالثة

تمهيد:

يتم التركيز في هذا الفصل على تحليل نتائج الفرضية الثالثة والتي مفادها :
تؤثر كل من الخصائص الديمغرافية والظروف الصحية للأم والطفل على نمط الرضاعة للمرأة الماكثة بالبيت و على سلوكياتها اتجاه تغذية أطفالها الرضع.
وهذا من خلال اختبار العلاقة بين مؤشرات المتغيرين المستقلين **الخصائص الديمغرافية**



نمط الرضاعة المتبع

حيث تم ربطها بمؤشرات المتغير التابع :

المبحث الأول: علاقة الخصائص الديمغرافية للمرأة غير العاملة بكيفية تغذية أطفالها الرضعها مدى ممارسات التي ترافق كل نمط من أنماط الرضاعة.

نحاول اثبات التفاعل بين الخصائص الديمغرافية للمرأة غير العاملة وكيفية تأثيرها على اختيار نمط الرضاعة و سبل التغذية التي تتبعها لتغذية رضيعها، من خلال تحليل البيانات المتعلقة بالخصائص الديمغرافية والأثر المحتمل لهذه الخصائص على أنماط الرضاعة والفظام وعدد الرضعات اليومية، حيث يتم استخدام البيانات الإحصائية والنوعية لدراسة العلاقة بين هذه المتغيرات، مع الأخذ في الاعتبار كيفية تأثير الخصائص الشخصية على اختيارات الرضاعة، سيسهم هذا التحليل في فهم أفضل لاحتياجات الأمهات غير العاملات وتقديم توصيات عملية لتحسين دعمهن في مجال تغذية الرض، كما يمكن تقديم رؤى قيمة حول كيفية تحسين استراتيجيات التغذية وتوجيه الدعم للأمهات غير العاملات.

جدول رقم 78: العلاقة بين عدد أطفال المبحوثة و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة المتبع عدد الأطفال					المجموع
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة		
1	التكرار	26	5	45	76
	%	37,5	8	54,5	100
2	التكرار	5	4	9	18
	%	27,8	22,2	50	100
3	التكرار	14	3	11	28
	%	50	10,7	39,3	100
4	التكرار	20	18	14	52
	%	38,5	34,6	26,9	100
5	التكرار	4	1	0	5
	%	80	20	0	100
6	التكرار	2	3	0	5
	%	40	60	0	100
7	التكرار	2	2	0	4
	%	50	50	0	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
تربيع الكاي اختبار $0.031 < 0.05$ واحتمال 12 حرية $\chi^2=40.62$ بدرجة					

يعكس الجدول العلاقة بين عدد الأطفال لدى المبحوثات ونمط الرضاعة المتبع، حيث أن الاتجاه الجدول

يشير إلى أن نمط الرضاعة المتبع يتغير بناءً على عدد الأطفال، حيث تلاحظ أن الرضاعة الطبيعية

تتفاوت بشكل كبير مع زيادة عدد الأطفال، بينما تظل الرضاعة الاصطناعية والمختلطة بنسب أقل نسبياً

54.5% من الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد يتبعن الرضاعة المختلطة، مقابل 8% منهن فقط يتبعن

الرضاعة الاصطناعية، ونسبة 50% من الأمهات اللواتي لديهن طفلين يتبعن الرضاعة المختلطة،

مقابل 22.2% منهن فقط يتبعن الرضاعة الاصطناعية.

50% من الأمهات اللواتي لديهن ثلاثة أطفال يتبعن الرضاعة الطبيعية، مقابل 10.7% منهن فقط يتبعن الرضاعة الاصطناعية، ونسبة 38.5% من الأمهات اللواتي لديهن أربعة أطفال يتبعن الرضاعة الطبيعية، مقابل 26.9% منهن فقط يتبعن الرضاعة المختلطة.

80% من الأمهات اللواتي لديهن خمسة أطفال يتبعن الرضاعة الطبيعية، مقابل 20% منهن فقط يتبعن الرضاعة الاصطناعية، ولا توجد أي أم تتبع الرضاعة المختلطة، ونسبة 60% من الأمهات اللواتي لديهن ستة أطفال يتبعن الرضاعة الاصطناعية، مقابل 40% منهن فقط يتبعن الرضاعة الطبيعية ولا توجد أي أم تتبع الرضاعة المختلطة، كما بينت النتائج أن 50% من الأمهات اللواتي لديهن سبعة أطفال يرضعن رضاعة طبيعية واصطناعية بنسبة متساوية، بينما لا توجد أي أم تتبع الرضاعة المختلطة.

يتضح جلياً وجود علاقة بين المتغيرين وهو ما تبين من خلال اختبار كا 2، حيث قدرت قيمته ب: 40.52 وهي أكبر من كا 2 الجدولية عند درجة الحرية 12 ونسبة الدلالة 0.05 المقدر ب 21.03 . يتضح أن هناك تبايناً ملحوظاً في أنماط الرضاعة بناءً على عدد الأطفال في الأسرة، هذا التباين يمكن تفسيره من خلال الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسر، حيث تشير البيانات إلى أن نمط الرضاعة يتغير بشكل واضح مع زيادة عدد الأطفال في الأسرة، عند النظر إلى الأمهات اللواتي لديهن عدد أقل من الأطفال، نجد أن النمط السائد هو الرضاعة المختلطة، وذلك يعود إلى أن الأمهات في هذه الحالة قد يتمتعن بموارد مالية وعائلية كافية تدعم هذا الاختيار. مع زيادة عدد الأطفال، تزداد الضغوط الاقتصادية وتقل الموارد المتاحة، مما يفرض تغييرات في أنماط الرضاعة، فالنساء اللاتي لديهن عدد أكبر من الأطفال غالباً ما يواجهن تحديات مالية وتنظيمية أكثر، مما يؤثر على خياراتهن في الرضاعة، أما في الأسر التي لديها خمسة أطفال أو أكثر، تتجه الأمهات بشكل متزايد نحو الرضاعة الطبيعية، حيث يكون ذلك أقل تكلفة وأقل استهلاكاً للوقت مقارنة بالرضاعة المختلطة. في هذا السياق، يكون اتباع الرضاعة الطبيعية أكثر عملية بالنسبة للأمهات اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال، نظراً للضغوط الاقتصادية ومحدودية الوقت، في المقابل بالنسبة للأمهات اللواتي لديهن عدد أقل من الأطفال، يمكنهن الاستفادة من الخيارات المتاحة بشكل أفضل، بما في ذلك الرضاعة المختلطة، التي توفر توازناً بين الرضاعة الطبيعية والتغذية الاصطناعية. هذا التوازن قد يكون أكثر ملاءمة للأمهات اللاتي يمتلكن وقتاً كافياً وموارد مالية تدعم هذا النمط، من ناحية أخرى، مع تزايد عدد الأطفال، تصبح الرضاعة الاصطناعية أقل شيوعاً بسبب ارتفاع تكاليفها والضغط الزمني الذي تواجهه الأمهات. وهذا ما يظهر بشكل واضح في الأسر ذات العدد الكبير من الأطفال حيث تفضل الأمهات الرضاعة الطبيعية كخيار أكثر اقتصادية وملاءمة، كما

توضح هذه الفروقات كيف أن الحالة الاقتصادية والعدد الإجمالي للأطفال في الأسرة تؤثران على اختيار نمط الرضاعة. يرتبط ذلك بشكل وثيق بالموارد المتاحة للأم وقدرتها على إدارة الرضاعة وتكاليفها. لتحليل العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج ونمط الرضاعة المتبع، قمنا بتحديد مجالات للمتغير المستقل سن المبحوثة عند الزواج نظراً لاختلاف الأعمار. لذلك، قمنا بتصنيف سن المبحوثة إلى فئات عمرية محددة لتسهيل عملية الإجابة و حتى يتسنى لنا قراءة وتحليل أفضل للبيانات المتحصل عليها.

جدول رقم 79: العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج ونمط الرضاعة المتبع

المجموع	رضاعة مختلطة	رضاعة اصطناعية	رضاعة طبيعية	نمط الرضاعة السن عند الزواج	
				التكرار	من 15-20 سنة
22	5	4	13		
100	22,7	18,2	59,1	%	
101	62	28	11	التكرار	من 2-25 سنة
100	61,4	27,7	10,9	%	
28	5	2	21	التكرار	من 26-30 سنة
100	17,9	7,1	75	%	
39	6	0	33	التكرار	من 31-35 سنة
100	15,4	0	84,6	%	
10	4	4	2	التكرار	من 36-40 سنة
100	40	40	20	%	
200	82	38	80	التكرار	المجموع
100	41	19	40	%	
$\chi^2=42.53$ بدرجة حرية 20 واحتمال $0.0001 < 0.05$				اختبار الكاي تربيع	

من خلال التحليل الإحصائي للجدول، يظهر أن الاتجاه العام يشير إلى أن غالبية المبحوثات يتبعن نمط الرضاعة المختلطة ونمط الرضاعة الطبيعية كغذاء لأطفالهن، بنسبة 41% و 40% على التوالي، مما يعكس تقارباً بين النسبتين. بينما 19% فقط منهن يفضلن الرضاعة الاصطناعية. وعند إدخال المتغير المستقل المتمثل في دخل الأسرة، نلاحظ أنه في فئة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 20 سنة نجد أن 59.1% يفضلن الرضاعة الطبيعية، بينما 18.2% فقط يستخدمن الرضاعة الاصطناعية.

في المقابل، في فئة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 21 و 25 سنة، تهيمن الرضاعة المختلطة بنسبة 61.4%، في حين أن 10.9% فقط يستخدمن الرضاعة الطبيعية.

وعندما ننتقل إلى فئة النساء بين 26 و 30 سنة، نجد أن 75% يفضلن الرضاعة الطبيعية، بينما تقتصر النسبة القليلة على 7.1% ممن يستخدمن الرضاعة الاصطناعية، كذلك، في فئة النساء بين 31 و 35 سنة، 84.6% يفضلن الرضاعة الطبيعية، بينما لا توجد أي حالات للرضاعة الاصطناعية.

أما في فئة النساء بين 36 و 40 سنة، تتساوى النسب بين الرضاعة المختلطة والرضاعة الاصطناعية، حيث تبلغ نسبة كل منهما 40%، بينما تصل نسبة الرضاعة الطبيعية إلى 20%.

يتضح وجود علاقة مهمة بين سن المرأة عند الزواج ونمط الرضاعة المتبع، كما يتضح من تحليل نتائج اختبار كا 2، الذي أظهر قيمة قدرها 42.53. هذه القيمة تفوق القيمة الجدولية عند درجة حرية 20 ونسبة دلالة 0.05، والتي تقدر بـ 31.41. وبناءً على ذلك، نرفض فرضية العدم التي تفترض استقلال المتغيرين، مما يؤكد وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن المرأة عند الزواج ونمط الرضاعة.

عند النظر في النساء اللواتي تزوجن في سن مبكرة، نجد أن معظمهن يفضلن الرضاعة الطبيعية، وهو نمط يظل سائداً رغم نقص الخبرة المتوقعة في هذه المرحلة العمرية، هذا التوجه قد يعزى إلى التأثيرات الثقافية والاجتماعية التي تعزز من الرضاعة الطبيعية كخيار تقليدي ومقبول، فهن منشوقات لخوض التجارب الأولى للرضاعة الطبيعية كمرحلة استكشافية نتيجة الفضول المتراكم في مرحلة قبل الزواج و التي غالباً ما يكون مصدره الأم و النساء المتزوجات، في المقابل، النساء اللواتي يتزوجن في مرحلة متوسطة العمر تظهرن ميلاً واضحاً نحو الرضاعة المختلطة، مع تقليص استخدام الرضاعة الطبيعية، هذا التحول يعكس زيادة الوعي والتجربة في مجال تغذية الرضع، مما يمكنهن من توازن بين الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية ومتطلبات الحياة الزوجية، فالمرحلة العمرية هنا قد تكون مصحوبة بالتوتر الفيزيولوجي والعاطفي ، مما يتيح خيارات مرنة أكثر في نمط الرضاعة.

أما النساء اللواتي تزوجن في مراحل لاحقة قبل 35 سنة من العمر، فغالباً ما يفضلن الرضاعة الطبيعية بشكل كبير. النضج والخبرة المكتسبة على مر السنوات تسهم في تفضيل هذا النمط كخيار صحي ومفضل، كما أن الاستقرار الشخصي الناتج عن انتهاء فترات التعليم والتكوين هذه المرحلة يمكن أن يعزز الالتزام بالرضاعة الطبيعية، أما تأخر الزواج عند النساء ينعكس سلباً على عدة جوانب مرتبطة بالأمومة والرضاعة الطبيعية، إذ يؤدي إلى تحديات صحية واقتصادية ونفسية تؤثر على قدرة الأم على أداء دورها بشكل جيد، فتأخر الإنجاب المصاحب لتقدم العمر يجعل الأم أكثر عرضة للآلام والمضاعفات الصحية التي تعيقها عن ممارسة الرضاعة الطبيعية بكفاءة، كما يؤدي إلى قلق نفسي وخوف من فقدان شعور الأمومة، ما يزيد من الفجوة بين الأم وطفلها نتيجة صعوبة أداء أدوارها كما ينبغي¹، بالإضافة إلى ذلك، يرتبط تأخر الزواج بزيادة خطر الإجهاض، مما يُضعف شعور الأمومة ويقلل من فرص الإنجاب، وهو ما يزيد من الضغط النفسي ويؤثر على القرارات المتعلقة برعاية الطفل.

في الأخير نرى أن النضج والخبرة والاستقرار المالي والنفسي يلعبون دوراً مهماً في تحديد خيارات الرضاعة. لهذا يجب على دور التنشئة كالأُسرة، الجهات المعنية كالمستشفيات والمراكز الاستشفائية وحتى وسائل الإعلام بشتى أنواعها التوعية أهمية تقديم الدعم والتثقيف المناسب للنساء في مختلف مراحل حياتهن لضمان ممارسات رضاعة صحية وفعالة.

جدول رقم 80: العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج والقطام

¹ يخلف فهد محي الدين، مرجع سابق، ص 105.

المجموع	من 18-24 شهرا	من 12-18 شهرا	من 6-12 شهرا	اقل من 6 اشهر	الفطام السن عند الزواج	
					التكرار	من 15-20 سنة
18	2	10	2	4	%	
100	11,1	55,6	11,1	22,2	%	
73	31	7	32	3	التكرار	من 2-25 سنة
100	42,5	9,6	43,8	4,1	%	
26	13	9	2	2	التكرار	من 26-30 سنة
100	50	34,6	7,7	7,7	%	
39	24	12	0	3	التكرار	من 31-35 سنة
100	61,5	30,8	0	7,7	%	
6	6	0	0	0	التكرار	من 36-40 سنة
100	100	0	0	0	%	
¹ 162	76	38	36	12	التكرار	المجموع
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	
$\chi^2=14.001$ بدرجة حرية 6 واحتمال $0.007 < 0.05$					اختبار الكاي تربيع	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن مجمل المبحوثات كانت الفترة الأكثر شيوعاً للفطام لديهن هي من 18 إلى 24 شهراً بنسبة 46,9%. في حين كانت الفترة الأقل شيوعاً هي أقل من 6 أشهر بنسبة 7,4% ، وعند ادخالنا للمتغير المستقل و الذي هو: سن المبحوثة عند الزواج لاحظنا تفاوت في النسب فكانت النتائج كالتالي:

¹ 38 مبحوثة غير معنيات بالفطام كونهن ترضعن لرضاعة اصطناعية

في الفئة العمرية من 15 إلى 20 سنة، كانت الفترة الأكثر شيوعاً للقطام هي من 12 إلى 18 شهراً، حيث سجلت 55,6%. بينما كانت الفترة الأقل شيوعاً هي أقل من 6 أشهر ومن 18 إلى 24 شهراً، حيث بلغت 11,1% لكل منهما. أما النساء اللواتي يتراوح سنهن من 21 إلى 25 سنة كانت الفترة الأكثر تكراراً للقطام هي من 6 إلى 12 شهراً بنسبة 43,8%، مقابل 4,1% منهن فقط يقطمن أطفالهن لمدة تقل عن 6 أشهر، أمل المبحوثات في الفئة العمرية من 26 إلى 30 سنة، كانت الفترة الأكثر تكراراً للقطام هي من 18 إلى 24 شهراً بنسبة 50%، في المقابل كانت فترات القطام أقل من 6 أشهر ومن 6 إلى 12 شهراً، بنسبة 7,7% لكل منهما. بينما النساء ذوات السن من 31 إلى 35 سنة كانت الفترة الأكثر شيوعاً للقطام هي من 18 إلى 24 شهراً بنسبة 61,5%. بينما لم تُسجل أي حالات للقطام من 6 إلى 12 شهراً، أما فيما يخص النساء اللواتي سنهن من 36 إلى 40 سنة، كانت فترة القطام الوحيدة المسجلة هي من 18 إلى 24 شهراً، بنسبة 100%. ولم تُسجل أي حالات أخرى للقطام.

يتضح بجلاء وجود علاقة مهمة بين سن المرأة عند الزواج وفترة القطام، كما يتضح من تحليل نتائج اختبار كا 2، الذي أظهر قيمة قدرها 14.001. هذه القيمة تتجاوز القيمة الجدولية لكا 2 عند درجة حرية 6 ونسبة دلالة 0.05، والتي تقدر بـ 12.59. بناءً على ذلك، نرفض فرضية العدم التي تفترض استقلال المتغيرين، مما يعزز وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن المرأة عند الزواج وفترة القطام.

يمكننا فهم التفاوت في قرارات القطام من خلال النظر في السلوكيات والممارسات الاجتماعية المرتبطة بكل فئة عمرية، حيث أن النساء اللواتي تزوجن في سن مبكرة غالباً ما يتأثرن بشكل كبير بالبيئة الأسرية والمجتمع المحلي، في هذه الفئة العمرية يفتقر الكثير من النساء إلى الخبرة في تربية الأطفال، وبالتالي يعتمدن على نصائح الأمهات والجديات والأقارب الأكبر سناً، هذه النصائح قد تكون مرتبطة بتقاليد معينة حول فترة القطام، مما يدفع هذه النساء إلى اختيار فترات قطام تقليدية، مثل القطام بين 12 و18 شهراً. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون للضغط الاجتماعي دور في اتخاذ قرارات قطام مبكرة أو تقليدية، حيث قد ترى الأسرة الكبيرة أن اتباع الأعراف المتبعة هو الخيار الأمثل.

أما النساء اللواتي تزوجن في مرحلة متوسطة من العمر وبتغير الوضع الاجتماعي والنفسي لديهن الذي غالباً ما يكن في مراحل بعد الدراسة، مما يجعلهن أكثر وعياً بالتحديات المرتبطة بتربية الأطفال وتنسيقها مع الالتزامات الأخرى. هذا الوعي قد يدفعهن لاختيار فترات قطام أقصر أو مختلفة عن تلك التي تتبعها الفئات الأصغر سناً، حيث يسعين إلى إيجاد توازن بين انشغالتهن اليومية سواء داخل البيت أو خارجه

واحتياجات أطفالهن، في هذه الفئة العمرية، يكون قرار الفطام أكثر ارتباطاً بالظروف الاجتماعية والاقتصادية، وفيما يخص فئة النساء اللواتي تزوجن في سن متأخر، غالباً ما يكنّ أكثر استقراراً من الناحية الاجتماعية والاقتصادية، هؤلاء النساء قد يكنّ أكثر قدرة على توفير الرعاية اللازمة لأطفالهن لفترات أطول، مما يفسر ميلهن لتمديد فترة الرضاعة الطبيعية حتى 24 شهراً. في هذه الفئة العمرية، يظهر توجه نحو تبني الممارسات التي تعزز الصحة العامة والرفاهية للطفل، وذلك استناداً إلى وعي متزايد بأهمية الرضاعة الطبيعية لصحة الطفل ونموه. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هذه الفئة العمرية أقل تأثراً بالضغوط الاجتماعية التقليدية، وأكثر ميلاً لاتخاذ قرارات تعتمد على المعرفة والبحث العلمي المتاح.

بشكل عام، يعكس التفاوت في فترات الفطام بين الفئات العمرية المختلفة تبايناً في السلوكيات والممارسات الاجتماعية والنفسية، نجد النساء الأصغر سناً يعتمدن أكثر على التقاليد والضغوط الاجتماعية، بينما تركز النساء الأكبر سناً على الاستقرار والرفاهية العامة، مما يؤثر بشكل مباشر على قراراتهن بشأن فترة الفطام.

جدول رقم 81: العلاقة بين سن المبحوثة عند الزواج و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

عدد الرضعات في اليوم السن عند الزواج		أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
من 15-20 سنة	التكرار	4	6	3	13
	%	30,8	46,2	23,1	100
من 2-25 سنة	التكرار	0	6	5	11
	%	0	54,5	45,5	100
من 26-30 سنة	التكرار	4	12	5	21
	%	19	57,1	23,8	100
من 31-35 سنة	التكرار	2	15	16	33
	%	6,1	45,5	48,5	100
من 36-40 سنة	التكرار	0	1	1	2
	%	0	50	50	100
المجموع	التكرار	10	40	30	¹ 80
	%	12,5	50	37,5	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=49.08$ بدرجة حرية 22 واحتمال $0.037 < 0.05$			

كما هو ملاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو النساء اللواتي يرضعن بين 6-12 مرة في اليوم بنسبة 50%، بينما فقط 12,5% يرضعن أقل من 6 مرات، وبمجرد ادخالنا للمتغير المستقل و الذي هو: سن المبحوثة عند الزواج لاحظنا تغير في النسب كالتالي:

¹ 80 فقط يرضعن رضاعة طبيعية

في الفئة العمرية من 15 إلى 20 سنة، نجد: 46,2% من النساء يرضعن بين 6-12 مرة في اليوم، بينما 30,8% منهن فقط يرضعن أقل من 6 مرات. أما في الفئة العمرية من 21 إلى 25 سنة، 54,5% من النساء يرضعن بين 6-12 مرة في اليوم، في حين لم تُسجل أي حالات للإرضاع أقل من 6 مرات. كذلك نجد أنه في الفئة العمرية من 26 إلى 30 سنة، 57,1% من النساء يرضعن بين 6-12 مرة في اليوم، بينما 19% منهن فقط يرضعن أقل من 6 مرات. أما بالنسبة للنساء اللواتي كان يتراوح سنهن عند الزواج من 31 إلى 35 سنة، 48,5% يرضعن أكثر من 12 مرة في اليوم، بينما 6,1% فقط يرضعن أقل من 6 مرات. أما النساء اللواتي تأخرن في الزواج حتى سن 36 إلى 40 سنة نجد أن 50% يرضعن أكثر من 12 مرة في اليوم، في حين لم تُسجل أي حالات للإرضاع أقل يتضح بوضوح وجود علاقة هامة بين سن المرأة عند الزواج وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم، كما يتجلى من نتائج اختبار كا 2 الذي سجل قيمة قدرها 49.08. هذه القيمة تتجاوز بكثير القيمة الجدولية لكا 2 عند درجة حرية 22 ونسبة دلالة 0.05، والتي تقدر ب: 33.92، بناءً على ذلك فإننا نرفض فرضية العدم التي تقترض استقلال المتغيرين.

من خلال ما سبق يظهر أن عدد مرات الإرضاع الطبيعي يتأثر بشكل واضح بالعمر الذي تزوجت فيه المرأة. النساء اللاتي تزوجن في سن مبكرة 15-20 سنة قد يفتقرن إلى الخبرة والمعرفة الكافية حول فوائد الإرضاع المتكرر، مما يؤدي إلى تقليل عدد مرات الإرضاع. وبالرغم من أن النساء في هذه الفئة العمرية تميل إلى الاعتماد على نصائح الأجيال السابقة والتقاليد الأسرية، لكن تجد أغلبهن يكثرن الاهتمام برشاقتهم معتقدات أن زيادة عدد الرضعات يؤثر على رشاقتهم بالإضافة إلى الخوف من وقوع تشوهات في حلمة الثدي مما يجعل عدد مرات الإرضاع لديهن أقل. أما النساء في الفئة العمرية الوسطى 21-30 سنة، فهن أكثر وعياً بأهمية الرضاعة الطبيعية المتكررة، مستفيدات من المعلومات المتاحة والخبرات الحياتية المتزايدة، مما ينعكس في ارتفاع عدد مرات الإرضاع. في المقابل، النساء اللاتي تزوجن في سن متأخر 31 سنة فأكثر يبدن اهتماماً أكبر بالإرضاع المتكرر، وغالباً ما يتجاوزن 12 مرة في اليوم، حيث يسعين لتقديم أفضل رعاية ممكنة لأطفالهن، متأثرات بالاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والوعي المتزايد بأهمية الرضاعة الطبيعية المكثفة. هذه الديناميكية تعكس العلاقة الوثيقة بين العمر عند الزواج وعدد مرات الإرضاع اليومي، حيث تلعب الخبرة، المعرفة، والظروف الحياتية دوراً حاسماً في تحديد هذه القرارات.

جدول رقم 82: العلاقة بين الحالة المدنية أو الزوجية للمبحوثة و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة الحالة المدنية	نمط الرضاعة				المجموع
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة		
متزوجة	التكرار	72	29	71	172
	%	41,9	16,9	41,3	100
ارملة	التكرار	2	1	1	4
	%	50	25	25	100
مطلقة	التكرار	6	8	10	24
	%	25	33,3	41,7	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=34.66$ بدرجة حرية 10 واحتمال $0.0003 < 0.05$					
معامل التوافق $R_C = 0.686$					

من خلال الاتجاه العام للجدول الواضح أن نمط الرضاعة الغالب الرضاعة المختلطة والرضاعة الطبيعية بنسب متقاربة 41%، 40% على الترتيب، مقابل 19% فقط من النساء اللواتي يستخدمن الرضاعة الاصطناعية وعند ادخالنا للمتغير المستقل و الذي هو: الحالة المدنية الزوجية للأم لاحظنا التغير في النسب فكانت النتائج كالتالي: بالنسبة للمتزوجات، يتضح أن نمط الإرضاع الأكثر شيوعاً هو الرضاعة الطبيعية بنسبة 41,9%. بينما 16,9%. منهن فقط يفضلن الرضاعة الاصطناعية، و الأمر كذلك بالنسبة للأرامل حيث كان النمط الأكثر استخداماً هو الرضاعة الطبيعية بنسبة 50%، بينما كانت الرضاعة الاصطناعية والمختلطة الأقل ممارسة بنسبة 25% لكل منهما، أما بالنسبة للمطلقات، 41,7% من المبحوثات اخترن الرضاعة المختلطة مقابل 25%. منهن فقط يرضع رضاعة طبيعية.

كما توضح نتائج اختبار كا 2 وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة المدنية الزوجية للمرأة ونمط الرضاعة المتبع. فقد سجل الاختبار قيمة بلغت 34.66، وهي قيمة تتجاوز بشكل كبير القيمة الجدولية لكا 2 عند درجة حرية 10 ونسبة دلالة 0.05، والتي تقدر بـ 18.31. وهذا ينفي فرضية العدم التي تفترض استقلال المتغيرين، وعند فحص قوة العلاقة بين الحالة المدنية ونمط الرضاعة فقد بلغ معامل التوافق 0.686، مما يشير إلى وجود علاقة قوية ومؤثرة بين الحالة المدنية ونمط الرضاعة المتبع.

عند تحليل الحالة المدنية للأم، تظهر اختلافات واضحة في الأنماط المتبعة. فبالنسبة للنساء المتزوجات، يُلاحظ أن الرضاعة الطبيعية هي الأكثر شيوعاً، مما يعكس دور الاستقرار الأسري في تعزيز الاعتماد على الرضاعة الطبيعية، كذلك نجد فئة الأرمال من المرضعات يُفضلن أيضاً الرضاعة الطبيعية، ربما بسبب القرب العاطفي والرغبة في الحفاظ على الروابط مع الطفل في ظل غياب الزوج، أما المطلقات فيميلن إلى الرضاعة المختلطة، مما قد يعكس تأثير التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجههن، والتي قد تدفعهن إلى البحث عن توازن بين الرضاعة الطبيعية والاصطناعية لتلبية احتياجات الطفل في ظل ظروف معيشية مختلفة، مما يعزز من فهمنا لدور الظروف الشخصية والاجتماعية في تحديد اختيارات الرضاعة. وبشكل عام فإن الاختلاف في الحالة المدنية الزوجية تؤثر بشكل واضح على القرارات المتعلقة برعاية وتغذية الأطفال.

جدول رقم 83: العلاقة بين الحالة المدنية الزوجية للمبحوثة و الفطام

نمط الرضاعة الحالة المدنية	أقل من 6 اشهر	من 6-12 شهرا	من 12-18 شهرا	من 18-24 شهرا	المجموع
	المتزوجة	المتزوجة	المتزوجة	المتزوجة	المتزوجة
المتزوجة	10	28	34	71	143
%	7	19,6	23,8	49,7	100
الارملة	0	0	0	3	3
%	0	0	0	100	100
المطلقة	2	8	4	2	16
%	12,5	50	25	12,5	100
المجموع	12	36	38	76	¹ 162
%	7,4	22,2	23,5	46,9	100
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=70.004$ بدرجة حرية 30 واحتمال $0.013 < 0.05$					

يمثل الجدول العلاقة بين الحالة المدنية الزوجية للمبحوثات وفترة الفطام، حيث أن الاتجاه العام للجدول يشير إلى أن النساء المتزوجات لديهن فترات فطام أطول مقارنة بالنساء الأرامل والمطلقات، حيث أن أغلب النساء يفضلن الفطام بعد 18 شهراً بنسبة 46,9%، بينما 7,4% فقط تقتصر فترات الفطام لديهن لأقل من 6 أشهر. وعند ادخالنا للمتغير المستقل و الذي هو: الحالة المدنية الزوجية للأم لاحظنا تباين في النسب كالآتي:

49,7% من النساء المتزوجات يفطمن أطفالهن بعد 18-24 شهراً، مقابل 7% فقط منهن يفطمن خلال أقل من 6 أشهر. بينما كل الأرامل يفطمن أطفالهن بعد 18-24 شهراً.

50% من المطلقات يفطمن أطفالهن من 6-12 شهراً، مقابل 12,5% فقط يفطمن خلال أقل من 6 أشهر و نفس النسبة لمن يفطمن أطفالهن لفترة تتراوح من 18-24 شهراً.

¹ 38 مبحوثة غير معنيات بالفطام كونهن ترضعن لرضاعة اصطناعية

توضح نتائج اختبار كا 2 وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة المدنية الزوجية للمرأة غير العاملة وفترة الفطام. حيث أظهرت النتائج قيمة قدرها 70.004، وهي تفوق بكثير القيمة الجدولية لكا 2 عند درجة حرية 30 ونسبة دلالة 0.05، التي تبلغ 46.98. وبالتالي نفي الفرضية العدم تفترض استقلال المتغيرين، ويمكن تفسير تأثير الظروف الاجتماعية والشخصية على هذه قرارات الفطام كالتالي:

فيما يخص النساء المتزوجات، يظهر التوجه نحو الرضاعة الطبيعية أو المختلطة وفترات الفطام الأطول، مما يعكس طبيعة الاستقرار الأسري والدعم المتاح من الزوج والأسرة، حيث أن الزواج يوفر بيئة أكثر استقراراً وأماناً، مما يسمح للمرأة بإطالة فترة الرضاعة والفطام دون القلق الكبير من الضغوط المالية أو الاجتماعية، فالاستقرار الذي يمنحه الزواج يمكن أن يشجع على ممارسة الرضاعة الطبيعية لفترات أطول، حيث تعزز هذه البيئة مشاعر الأمان لدى الأم، مما يمكنها من تكوين علاقة أقوى وأعمق مع طفلها من خلال الرضاعة الطبيعية.

نفس السلوك نجده عند النساء الأرامل، فإن التوجه نحو الرضاعة الطبيعية والفطام المتأخر يمكن تفسيره بالحاجة إلى تعويض غياب الشريك. الأرامل قد يشعرون بالمسؤولية المتزايدة تجاه أطفالهن، حيث يمثل المصدر الوحيد للرعاية والدعم العاطفي. هذا يدفعهن إلى الاستثمار بشكل أكبر في الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتعزيز العلاقة العاطفية مع الطفل، ومحاولة تعويض الغياب الأبوي.

أما المطلقات، فإن التوجه نحو الرضاعة المختلطة والفطام المبكر يمكن فهمه في سياق الضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي قد تواجهها المرأة بعد الطلاق. الانفصال عن الزوج غالباً ما يضع المرأة في مواجهة تحديات مالية ونفسية، حيث أن العلاقة بين الطلاق والرضاعة الطبيعية تُعدّ من القضايا السوسولوجية المهمة التي تعكس تأثير التغيرات الأسرية على سلوكيات الأمهات في رعاية الأطفال، وتشير الدراسات إلى أن الطلاق غالباً ما يرتبط بزيادة مستويات التوتر والقلق لدى الأمهات، مما قد يؤدي إلى انخفاض إنتاج الحليب الطبيعي بسبب تأثير الإجهاد على إفراز هرمون الأوكسيتوسين المسؤول عن عملية الرضاعة¹، كما قد يؤثر الطلاق بشكل سلبي على قدرة الأم على الالتزام بالرضاعة الطبيعية

¹ Woolhouse, H., Gartland, D., Hegarty, K., Donath, S., & Brown, S. ,Maternal depression from pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 121(Suppl 1),2014.P : 47-57.

نتيجة لتغير الظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية، مما يدفعها للبحث عن طرق لتقليل الأعباء المرتبطة بالرضاعة الطبيعية، على عكس الرضاعة المختلطة أو الفطام المبكر الذان قد يُنظر إليهما كخيار لتسهيل التكيف مع الحياة الفردية، حيث قد تحتاج المطلقة إلى توفير الوقت والموارد، بالإضافة الى تحمل أعباء كانت على عاتق الزوج ، فهي تسعى جاهدة لمحاولة التكيف مع وضعها الاجتماعي الجديد.

في الأخير، الاختلافات في الحالة المدنية تولد ضغوطاً اجتماعية، اقتصادية و نفسية مختلفة تؤثر على سلوكيات النساء في مجال الرضاعة والفطام، مما يعكس الدور الكبير الذي تلعبه البنية الاجتماعية في تشكيل خيارات الرعاية والتربية.

جدول رقم 84: العلاقة بين المدة بين آخر مولود لدى المبحوثة و المولود الذي قبله

و مدة الفطام

المدة بين المواليد	الفطام	أقل من 6 اشهر	من 6-12 شهرا	من 12-18 شهرا	من 18-24 شهرا	المجموع
		7	1	17	13	38
أقل من سنتين	التكرار	7	1	17	13	38
	%	18.4	2.6	44.7	34.2	100
اكثر من سنتين	التكرار	1	3	9	43	56
	%	1.8	5.6	16.1	76.8	100
المجموع	التكرار	8	4	26	56	94 ¹
	%	8,5	4,3	27,7	59,6	100
$\chi^2=16.22$ بدرجة حرية 3 واحتمال $0.000 < 0.05$						اختبار الكاي تربيع

يمثل الجدول العلاقة بين المدة بين المواليد للمبحوثات وفترة الفطام، حيث أن الاتجاه العام للجدول يشير إلى أن 59,6% من النساء لديهن فترات فطام أطول تمتد حتى بعد 18 شهراً، بينما 4.3 % فقط

¹ 106 مبحوثة لديهن طفل واحد فقط فهن غير معنيات بالإجابة على سؤال "المدة بين المواليد"

تقتصر فترات الفطام لديهن من 6 - 12 شهر، وعند ادخالنا للمتغير المستقل و الذي هو: المدة بين المواليد لاحظنا التأثير على النسب كالآتي:

44.7 % من للمبحوثات اللواتي كانت المدة بين المواليد لديهن أقل من سنتين يطفمن أطفالهن من 12-18 شهراً، مقابل 18.4% فقط يطفمن لفترة أقل من 6 أشهر.

76.8 % من النساء اللواتي كانت المدة بين المواليد لديهن أكثر من سنتين يطفمن أطفالهن بعد 18-24 شهراً، مقابل 1.8% فقط يطفمن لفترة أقل من 6 أشهر، كما تشير نتائج اختبار كا 2 إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المدة بين المواليد وفترة الفطام، حيث تجاوزت القيمة المحسوبة 16.22 القيمة الجدولية 7.81 عند درجة حرية 3 ونسبة دلالة 0.05. هذا يشير إلى أننا نرفض فرضية العدم التي تقترض عدم وجود علاقة بين المتغيرين.

الملحوظ أنه في فئة النساء التي تعتبر فيها الفترات الزمنية بين المواليد قصيرة، عادة ما تواجهن ضغوطاً اجتماعية تتطلب منها التكيف مع أعباء الأمومة المتزايدة بسرعة نتيجة إهمال أو عدم الاكتراث لتنظيم النسل، لأنه عندما تكون الفترة الزمنية بين الولادات قصيرة تجد الأم نفسها مضطرة للفطام المبكر للطفل الأول لتهيئة جسدها ونفسها للحمل التالي، وهو ما يعكس استراتيجية بقاء تتكيف مع الظروف الصعبة، من جهة أخرى، النساء اللاتي يتمتعن بفترات زمنية أطول بين الولادات غالباً ما يكون لديهن مساحة أكبر لتطوير روابط عاطفية قوية مع أطفالهن، في هذه الحالة، تُعتبر الرضاعة الطبيعية الممتدة وسيلة لتعزيز هذه الروابط، كما أنها تُعد جزءاً من دور الأمومة المتكامل الذي يُنظر إليه كجزء من هوية المرأة في العديد من الثقافات، علاوة على ذلك "المباعدة بين الولادات نافعة لصحة الأم ولصحة طفلها، حيث تسمح للأم بالتعافي بدنياً وعاطفياً قبل أن تحمل مرة أخرى وتواجه متطلبات الحمل الجديد، والولادة، والإرضاع من ثديها، والعناية بطفلها"¹، وتجعلها تستعيد نشاطها، وتستمتع بوقتها مع طفلها الأول، وتتعود على حياتها معه، كما تُتيح لها الفرصة لتعلم كيفية تربية الأطفال قبل أن تتجب الثاني، وقد اكتسبت الخبرة في التعامل مع الأطفال، وفي المجتمعات التي تُقدّر فيها الأمومة الطويلة الأمد، يكون للنساء فرصة أكبر للاعتناء بأنفسهن وبأطفالهن بطريقة تعكس استقراراً اجتماعياً واقتصادياً نسبياً، هذا الاستقرار يتيح للأمهات أن يركزن على الرضاعة الطبيعية كجزء من رعاية شاملة وطويلة المدى للطفل، مما يعزز

¹ منظمة الصحة العالمية ، المباعدة بين الولادات دليل مندوبي الأحياء والمتطوعين الصحيين ، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، القاهرة، 2009 ، ص04

من فكرة أن فترة الفطام ليست مجرد قرار بيولوجي، بل هو قرار يرتبط بعمق بالبنية الاجتماعية للأسرة والوضع الاقتصادي، بالإضافة إلى ذلك، يظهر التأثير الاجتماعي للمجتمع المحيط بالأم في تفضيل أو تقليل فترة الفطام، فالمجتمعات التي تدعم الرضاعة الطبيعية لفترات طويلة تعتبر هذه الممارسة كجزء من تقاليدھا الثقافية، وبالتالي تشجع الأمهات على اتباعها، في حين أن المجتمعات التي تميل إلى تفضيل الفطام المبكر قد تعكس ضغوطاً خارجية كالحاجة إلى التركيز على جوانب أخرى من الحياة، مما يفرض على الأم التخلي عن الرضاعة الطبيعية قبل الوقت.

جدول رقم 85: العلاقة بين وجود توأم عند المبحوثة و نمط الرضاعة

نمط الرضاعة وجود توأم					المجموع
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة		
نعم	التكرار	6	24	4	34
	%	17,6	70,6	11,8	100
لا	التكرار	74	14	78	166
	%	44,6	8,4	47	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
$\chi^2=36.71$ بدرجة حرية 5 واحتمال $0.029 < 0.05$					اختبار الكاي تربيع
$R_C = 0.472$					معامل التوافق

يمثل الجدول العلاقة بين وجود توأم عند المبحوثة ونمط الرضاعة، حيث يشير الاتجاه العام إلى أن 41% من المبحوثات يتبعن نمط الرضاعة المختلطة، و40% يتبعن نمط الرضاعة الطبيعية، مما يعكس تقارباً بين النسبتين، بينما 19% فقط يفضلن الرضاعة الاصطناعية، وعند إدخال المتغير المستقل المتمثل في وجود توأم بين أطفال المبحوثات، نلاحظ التأثير على النسب كالتالي:

الأمهات اللواتي لديهن توأم يفضلن الرضاعة الاصطناعية بنسبة 70.6%، مقابل 11.8% فقط يفضلن الرضاعة المختلطة، أما الأمهات اللواتي ليس لديهن توأم فهن يفضلن الرضاعة المختلطة بنسبة 47%، بينما 8.4% فقط يفضلن الرضاعة الاصطناعية.

تشير نتائج اختبار كا 2 إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود التوأم ونمط الرضاعة المتبع، حيث تجاوزت القيمة المحسوبة 36.71 القيمة الجدولية 11.07 عند درجة حرية 5 ونسبة دلالة 0.05. هذا يشير إلى أننا نرفض فرضية العدم التي تفترض عدم وجود علاقة بين المتغيرين. وعند تحليل قوة العلاقة بين المتغيرين، كما يُظهر معامل التوافق الذي بلغ 0.472 وجود علاقة قوية وملحوظة بين المتغيرين، مما يعني أن وجود توأم له تأثير كبير على نمط الرضاعة المتبع، فهي علاقة ليست فقط ذات دلالة إحصائية ولكنها أيضاً قوية من حيث التأثير.

جدول رقم 86: العلاقة بين وجود توأم عند المبحوثة و الفطام

وجود توأم	الفطام	أقل من 6 اشهر	من 6-12 شهرا	من 12-18 شهرا	من 18-24 شهرا	المجموع
		التكرار				
نعم	التكرار	2	0	6	2	10
	%	20	0	60	20	100
لا	التكرار	10	36	32	74	152
	%	6,6	23,7	21,1	48,7	100
المجموع	التكرار	12	36	38	76	¹ 162
	%	7,4	22,2	23,5	46,9	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=16.25$ بدرجة حرية 2 واحتمال $0.001 < 0.05$				

¹ 38 مبحوثة غير معنيات بالفطام كونهن ترضعن لرضاعة اصطناعية

من خلال التحليل الإحصائي للجدول، يظهر أن الاتجاه العام يشير إلى أن غالبية المبحوثات يطمعن أطفالهن بعد 18-24 شهراً بنسبة 46.9%، بينما تفضل 7.4% فقط الفطام خلال أقل من 6 أشهر، وعند إدخال المتغير المستقل المتمثل في وجود توأم بين أطفال المبحوثات نلاحظ أن:

الأمهات اللواتي لديهن توأم يفضلن الفطام من 12-18 شهراً بنسبة 60%، مقابل 20%. منهن فقط يواصلن الارضاع الى الفترة من 18-24 شهر، و نفس النسبة 20% للواتي يطمعن أطفالهن مبكراً قبل 6 أشهر من عمر الرضيع ، مع عدم وجود مبحوثات يفضلن الفطام في الفترة من 6-12 شهر، أما بالنسبة للأمهات اللواتي ليس لديهن توأم فنجد أن 48.7% يطمعن أطفالهن بعد 18-24 شهراً مقابل 6.6% منهن فقط تكون النسبة بين الأمهات اللاتي قررن الفطام قبل 6 أشهر من عمر الرضيع.

تشير نتائج اختبار كا 2 إلى وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين وجود التوأم وفترة الفطام، حيث كانت القيمة المحسوبة 16.25 أعلى من القيمة الجدولية 5.99 عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 0.05. هذا يعني أننا نرفض فرضية العدم التي تفترض عدم وجود ارتباط بين المتغيرين. كما يُظهر معامل التوافق، الذي بلغ 0.6، أن وجود التوأم يؤثر بشكل كبير على فترة الفطام، مما يعكس قوة واضحة لهذه العلاقة. تشير نتائج اختبار كا 2 إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود التوأم وفترة الفطام، حيث تجاوزت القيمة المحسوبة 16.25 القيمة الجدولية 5.99 عند درجة حرية 2 ونسبة دلالة 0.05. هذا يشير إلى أننا نرفض فرضية العدم التي تفترض عدم وجود علاقة بين المتغيرين.

تحليل الجدولين رقم 85 و رقم 86 الذان يبرزان تأثير العوامل الاجتماعية والصحية للأم على سلوكياتهن تجاه نمط الرضاعة وفترة الفطام، مع التركيز على وجود توأم كعامل مؤثر.

أغلب الأمهات اللواتي لديهن توأم يملن إلى تفضيل الرضاعة الاصطناعية بشكل واضح، وهذا التوجه يمكن تفسيره من خلال عدة عوامل مترابطة، فمن الناحية الصحية، تتطلب رعاية توأم مجهوداً جسدياً ونفسياً مضاعفاً، حيث تجد الأم صعوبة في تلبية الاحتياجات الغذائية لطفلين في الوقت نفسه عبر الرضاعة الطبيعية فقط، هذا الضغط يؤدي إلى إرهاق جسدي وتوتر نفسي، مما يجعل الرضاعة الاصطناعية خياراً جذاباً يوفر لها الراحة ويقلل من الأعباء، أما من الجانب الاجتماعي، نجد أن الضغوط العائلية والمجتمعية تلعب دوراً مهماً في تشكيل هذا الاختيار، ففي دراسة أجرتها "La Leche League International" أشارت إلى أن الرضاعة الطبيعية لتوأم ممكنة ولكنها تتطلب دعماً نفسياً

واجتماعياً مكثفًا ، فلنساء اللواتي يحصلن على دعم من الأسرة أو المجتمع لديهن فرصة أكبر للاستمرار في الرضاعة الطبيعية لتوأمهن مقارنة بمن يفتقرن لهذا الدعم¹ ، ويمكن أن تكون الرضاعة الاصطناعية حلاً عملياً يمكن أفراد الأسرة الآخرين من المشاركة في تخفيف العبء على الأم، هذا التوجه يعكس أيضاً التحولات الثقافية التي تميل نحو رؤية الرضاعة الاصطناعية كجزء من نمط حياة حديث يعزز الراحة والكفاءة، وعلى الرغم من أن الرضاعة الطبيعية مجانية، إلا أن القدرة على تحمل تكاليف الحليب الصناعي قد تكون مبرراً للأمهات بغية توفير الوقت والجهد، واللذان يمكن توجيههما نحو مهام أخرى.

بالإضافة إلى ذلك، الأمهات اللواتي لديهن توأم يملن إلى فطام أطفالهن في فترة مبكرة، ما بين 12-18 شهراً، هذا يعكس رغبة في تقليل الاعتماد على الرضاعة كوسيلة رئيسية للتغذية بمجرد أن يبدأ الأطفال في تناول الطعام الصلب، والفطام المبكر يمكن أن يكون مرتبطاً أيضاً بالحاجة إلى تقليل الضغط المستمر المرتبط بالرضاعة المزدوجة، خاصة في ظل الظروف الاجتماعية التي قد تجعل من الصعب الاستمرار لفترة أطول، في المقابل، الأمهات اللواتي ليس لديهن توأم يملن إلى اختيار الرضاعة المختلطة، حيث يجمعن بين الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية والمرونة التي توفرها الرضاعة الاصطناعية، من الناحية الصحية، تكون هذه الفئة أقل عرضة للضغوط الجسدية والنفسية مقارنة بالأمهات اللواتي لديهن توأم، مما يجعل الرضاعة الطبيعية خياراً أكثر قابلية للتنفيذ والاستدامة. كما قد يعكس هذا التوجه توازناً بين الرغبة في الاستفادة من فوائد الرضاعة الطبيعية واستجابة للمتغيرات اليومية التي تتطلب إدخال الرضاعة الاصطناعية، مثل الحاجة لتخفيف الضغط على الأم، وفيما يخص الفطام، فإن الأمهات اللواتي ليس لديهن توأم يملن إلى فطام أطفالهن في فترة لاحقة، ما بين 18-24 شهراً، هذا التوجه يعكس التزاماً أقوى بالرضاعة لفترات أطول، مما يتماشى مع الاعتبارات الصحية والثقافية التي تدعم الرضاعة الطبيعية كأفضل خيار لتغذية الطفل. الفطام المتأخر قد يكون مدفوعاً بالرغبة في تحقيق أقصى استفادة من الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية، إضافة إلى التمسك بالتقاليد التي تدعم هذه الممارسة.

بالتالي، تعكس هذه التوجهات تأثيراً متشابكاً لعوامل اجتماعية و صحية من بينها وجود توأم لدى المبحوثة من شأنها أن تتحكم في قراراتها في اختيار نمط الرضاعة وفترة الفطام.

¹ La Leche League International . Breastfeeding Twins: Challenges and Solutions. . 2020.

جدول رقم 87: العلاقة بين جنس المولود و الفطام

المجموع	من 18-24 شهرا	من 12-18 شهرا	من 6-12 شهرا	اقل من 6 اشهر	الفطام جنس المولود	
					الذكور	الانثى
86	51	23	7	5	التكرار	
100	59,3	26,7	8,1	5,8	%	
76	25	15	29	7	التكرار	
100	32,9	19,7	38,2	9,2	%	
¹ 162	76	38	36	12	التكرار	
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	
اختبار الكاي تربيع					$\chi^2=26.62$ بدرجة حرية 11 واحتمال $0.000 < 0.05$	

من خلال التحليل الإحصائي للجدول، يظهر أن الاتجاه العام يشير إلى أن غالبية الأطفال يُفطمون بعد 18-24 شهراً بنسبة 46.9%، بينما تفضل نسبة 7.4% فقط الفطام خلال أقل من 6 أشهر، وعند تحليل البيانات وفقاً لجدول المتغير المستقل ألا وهو جنس المولود، نلاحظ أن:

المبحوثات يميلن إلى فطام الذكور بعد 18-24 شهراً بنسبة 59.3%، بينما تكون نسبة الفطام في الفترة من 6 أشهر وبين 6-12 شهراً أقل بكثير، حيث تمثل 5.8% و 8.1% على التوالي. في حين أنهم يفطمون الإناث في الفترة من 6-12 شهراً بنسبة 38.2%، وهي النسبة الأكبر بين جميع الفئات، مقابل 9.2% منهم فقط يفطمون الإناث قبل 6 أشهر، و تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط ملحوظ بين جنس المولود وفترة الفطام، حيث فاقت القيمة المحسوبة 26.62 القيمة الجدولية 19.68، مع الأخذ بعين الاعتبار درجة حرية 11 ومستوى دلالة 0.05. هذه النتيجة تدل على أننا نستبعد فرضية العدم التي تفترض عدم وجود ارتباط بين المتغيرين.

¹ 38 مبحوثة غير معنيات بالفطام كونهن ترضعن لرضاعة اصطناعية

جدول رقم 88: العلاقة بين جنس المولود و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

المجموع	أكثر من 12 مرة	بين 6-12 مرة	أقل من 6 مرات	عدد الرضعات اليومي جنس المولود	
				التكرار	ذكر
50	24	19	7	%	
100	48	38	14	%	
30	6	21	3	التكرار	انثى
100	20	70	10	%	
¹ 80	30	40	10	التكرار	المجموع
100	37,5	50	12,5	%	
$\chi^2=45.27$ بدرجة حرية 18 واحتمال $0.05 < 0.034$				اختبار الكاي تربيع	

من خلال التحليل الإحصائي للجدول، يظهر أن الاتجاه العام يشير إلى أن النسبة الأكبر من الأطفال يتلقون بين 6-12 رضعة يومياً بنسبة 50%، بينما نسبة 12.5% فقط يتلقون أقل من 6 رضعات يومياً وعند تحليل البيانات وفقاً لادخال المتغير المستقل " جنس المولود"، نلاحظ أن:

الأطفال الذكور يتلقون أكثر من 12 رضعة يومياً بنسبة أكبر وهي 48%، بينما 14% منهم فقط يتلقون أقل من 6 رضعات يومياً، أما الأطفال الإناث يتلقون بين 6-12 رضعة يومياً بنسبة أكبر وهي 70%، بينما تكون نسبة الأطفال الإناث الذين يتلقون أقل من 6 رضعات يومياً أقل وهي 10%.

تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط ملحوظ بين جنس المولود وفترة الفطام، حيث تجاوزت القيمة المحسوبة 45.27 القيمة الجدولية 28.87 عند درجة حرية 18 ومستوى دلالة 0.05. هذا يشير إلى رفض فرضية العدم التي تفترض عدم وجود ارتباط بين المتغيرين.

تحليل الجدولين رقم 87 و رقم 88 يكشف عن تأثير ملحوظ لجنس المولود على كل من عدد الرضعات اليومية وفترة الفطام، مما يعكس تفاوتاً في التعامل مع الأطفال الذكور والإناث من قبل الأمهات الجزائريات غير العاملات. يبدو أن الأطفال الذكور يتلقون عدداً أكبر من الرضعات اليومية

¹ 80مبحوثة فقط يرضعن رضاعة طبيعية

مقارنة بالإناث، حيث يميل الأهل إلى إعطاء الذكور أكثر من 12 رضعة يومياً، يمكن تفسير هذا التوجه بالاعتبارات الثقافية والاجتماعية التي تميل إلى إعطاء الذكور اهتماماً ورعاية أكبر، ربما بسبب الرغبة في تعزيز صحة ونمو الطفل الذكر بشكل مثالي، نظراً للمكانة الخاصة التي قد يحملها في بعض الثقافات. هذا الاهتمام الزائد يظهر أيضاً في ميل الأمهات إلى تأخير الفطام للذكور حتى يبلغوا 18-24 شهراً، مما يعكس رغبة في تقديم رعاية مكثفة لفترة أطول، ليس هذا فقط بل هناك من لديهن أو لأزواجهن توجه ديني في هذا الخصوص مستندين على تفسير قوله تعالى: {لِلذَّكَرِ مِثْلُ حَظِّ الْأُنثِيَيْنِ}¹ فالقيم الاجتماعية والدينية يمكن أن تؤثر على قرارات الرضاعة في بعض الثقافات، ولكن من المهم ملاحظة أن هذا التأثير ليس قاعدة مطلقة، بل يعتمد على السياق الأسري والاجتماعي، في المقابل تميل الأمهات إلى فطام الإناث في وقت مبكر، وغالباً في الفترة بين 6-12 شهراً، مما يعكس توجهاً أقل نحو إطالة فترة الرضاعة، هذا قد يعكس تصورات اجتماعية تقلل من أهمية الرضاعة الطويلة للإناث، أو قد يكون مرتبطاً باعتقادات وتقاليد تفرض على الأمهات عدم الاكتراث لفترة فترة الرضاعة الطبيعية للإناث. ومع ذلك، يظل عدد الرضعات اليومية للإناث ضمن المتوسط، حيث تحرص الأمهات على إعطائهن بين 6-12 رضعة يومياً، وهو ما يعكس توجهاً نحو توفير تغذية متوازنة، وإن كان التركيز أقل من حيث عدد الرضعات مقارنة بالذكور.

نستنتج أن التباين بين عدد الرضعات اليومية وفترة الفطام وفقاً لجنس المولود يمكن تفسيره عبر عدة عوامل اجتماعية وثقافية، حيث قد ترتبط هذه التوجهات بالتوقعات المجتمعية التقليدية والمعتقدات السائدة، التي تؤثر بشكل مباشر على قرارات الأمهات بشأن الرضاعة والفطام التي تميل إلى تقديم دعم أكبر للذكور، سواء من حيث التغذية أو الرعاية لفترة أطول.

¹ القرآن الكريم، سورة النساء، الآية 11.

المبحث الثاني: تأثير صحة الأم غير العاملة وصحة أطفالها على انمط الرضاعة المتبع وعلى الممارسات والسلوكيات اتجاه كل نمط .

سنحاول من خلال هذا المبحث إثبات العلاقة بين الحالة الصحية لكل من الأم والطفل ونمط الرضاعة، فترة الفطام، وعدد الرضعات الطبيعية اليومية. من خلال تحليل البيانات المتعلقة بالخصائص الصحية للأمهات والأطفال، سنستكشف كيف يمكن لهذه العوامل الصحية أن تؤثر على قرارات الأمهات بشأن تغذية أطفالهن. كما سننظر في كيفية تأثير هذه الحالة الصحية على تبني أنماط رضاعة مختلفة، سواء كانت طبيعية، مختلطة، أو اصطناعية، وأيضاً على توقيت الفطام وعدد مرات الإرضاع اليومي، بهدف تقديم فهم أعمق للتفاعل بين الحالة الصحية وخيارات التغذية المتاحة للأمهات غير العاملات.

جدول رقم 89: العلاقة بين إصابة المبحوثة بمرض مزمن و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة		رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
اصابة المبحوثة بمرض مزمن					
نعم	التكرار	6	8	20	34
	%	17,6	23,5	58,8	100
لا	التكرار	74	30	62	166
	%	44,6	18,1	37,3	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع		0.0012 < 0.05 $\chi^2=24.85$ بدرجة حرية 8 واحتمال			
معامل التوافق		$R_C = 0.492$			

يظهر أن الاتجاه العام يشير إلى أن النسبة الأكبر من المبحوثات يتبعن نمط الرضاعة المختلطة والرضاعة الطبيعية كما تم الإشارة إليه سابقاً، وعند تحليل البيانات وفقاً لربط المعيات مع المتغير المستقل ألا وهو "إصابة المبحوثة بمرض مزمن"، نلاحظ أن: المبحوثات المصابات بمرض مزمن يتبعن الرضاعة المختلطة بنسبة أكبر وهي 58.8%، مقابل 17.6% منهن فقط يتبعن الرضاعة الطبيعية، أما

بالنسبة للمبحوثات غير المصابات بمرض مزمن فأغلبهن يتبعن الرضاعة الطبيعية بنسبة 44.6%، مقابل 37.3% منهن فقط يتبعن الرضاعة المختلطة، كما تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط ملحوظ بين إصابة المبحوثة بمرض ونمط الرضاعة المتبع، حيث تجاوزت القيمة المحسوبة 24.85 القيمة الجدولية 15.51 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة 0.05. هذا يشير إلى رفض فرضية العدم التي تفترض عدم وجود ارتباط بين المتغيرين. إضافة إلى ذلك، يُظهر معامل التوافق البالغ 0.492 تأثيراً قوياً لإصابة المبحوثة بمرض على نمط الرضاعة المتبع، مما يعكس قوة العلاقة بين هذين المتغيرين.

جدول رقم 90: العلاقة بين إصابة المبحوثة بمرض مزمن و عدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

عدد الرضعات اليومي		أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
الإصابة بمرض مزمن					
نعم	التكرار	4	2	0	6
	%	66,7	33,3	0	100
لا	التكرار	6	38	30	74
	%	8,1	51,4	40,5	100
المجموع	التكرار	10	40	30	¹ 80
	%	12,5	50	37,5	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=29.6$ بدرجة حرية 4 واحتمال $0.013 < 0.05$			

يظهر أن الاتجاه العام يشير إلى أن النسبة الأكبر من المبحوثات يرضعن بين 6 و 12 مرة في اليوم. عند تحليل البيانات مع الأخذ في الاعتبار المتغير المستقل "إصابة المبحوثة بمرض مزمن"، نجد أن 66.7% من النساء المصابات بمرض مزمن يرضعن أقل من 6 مرات في اليوم، بينما 33.3% يرضعن بين 6 و 12 مرة في اليوم، في ضل غياب مبحوثات يرضعن أكثر من 12 مرة في اليوم. بالمقابل، 51.4% من النساء غير المصابات بمرض يرضعن بين 6 و 12 مرة في اليوم، بينما 8.1% منهن فقط يرضعن أقل من 6 مرات في اليوم، كما تشير النتائج إلى وجود ارتباط قوي وملحوظ بين

¹ 80 مبحوثة فقط ترضعن رضاعة طبيعية

إصابة المبحوثة بمرض وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم. إذ تجاوزت قيمة كا 2 المحسوبة 29.6 للقيمة الجدولية 9.49 عند درجة حرية 4 ومستوى دلالة 0.05 مما يؤدي إلى رفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود ارتباط بين المتغيرين.

بناءً على الجدول رقم 89 الذي يوضح العلاقة بين إصابة المبحوثة بمرض مزمن ونمط الرضاعة المتبع و الجدول رقم 90 الذي يوضح العلاقة بين إصابة المبحوثة بمرض مزمن وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم، يتضح أن الإصابة بمرض مزمن تؤثر بشكل كبير على كل من نمط الرضاعة وعدد مرات الإرضاع اليومي، فهناك العديد من الأمراض والحالات الصحية التي تمنع الأم من الرضاعة الطبيعية، حيث قد تشكل خطرًا على صحة الطفل أو تؤثر على قدرة الأم على تقديم الحليب. من أبرز هذه الأمراض الإصابة بالسل الرئوي، حيث يتطلب فصل الطفل عن الأم لتجنب تعرضه لأنفاسها المحملة بجرثومة السل التي قد تؤدي إلى مرض خطير. كذلك، الأمراض التي تقلل من إفراز الحليب مثل فقر الدم، أمراض القلب، والسكري، والأمراض الكلوية الخطيرة سواء الحادة أو المزمنة، تؤثر بشكل مباشر على قدرة الأم على الإرضاع. كما تشمل القائمة الأمراض التنفسية المعدية مثل السعال الديكي، التهاب اللوزتين، التهاب الحلق والبلعوم، وداء الرئة، بالإضافة إلى الإصابة بفيروسات خطيرة مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز وحمى النفاس التي تمنع الأم من الرضاعة خلال فترة المرض. وتُضاف إلى ذلك مشاكل الثدي مثل تشقق الحلمات، التهابات، والإكزيما، التي تجعل الرضاعة الطبيعية مؤلمة أو غير ممكنة في بعض الحالات، ونستنتج أنه النسبة لنمط الرضاعة، نجد أن الأمهات المصابات بأمراض مزمنة يميلن بشكل كبير إلى الرضاعة المختلطة، يرجع ذلك إلى التحديات الجسدية والنفسية التي تواجهها هذه الفئة من الأمهات، حيث تصبح الرضاعة الطبيعية الحصرية صعبة التنفيذ بسبب الاحتياجات الإضافية المرتبطة بالمرض، غير أن الرضاعة المختلطة تقدم حلاً وسطاً يتيح للأمهات تقديم الرضاعة الطبيعية قدر الإمكان، مع الاعتماد على الحليب الصناعي لتخفيف العبء الجسدي، أما بالنسبة لعدد مرات الإرضاع اليومي، فإن البيانات تُظهر بوضوح أن الأمهات المصابات بأمراض مزمنة يرضعن أطفالهن عددًا أقل من المرات مقارنةً بالأمهات غير المصابات، هذا يشير إلى وجود ضغوط جسدية تحد من قدرة الأم على الرضاعة المتكررة، هذا لأن المرض المزمن يفرض تحديات تتعلق بالطاقة والتحمل، مما يؤدي إلى تقليل عدد مرات الإرضاع اليومي لتتوافق مع قدرة الأم المحدودة، كما نجد أن الأسرة غالباً

ما تتعاطف مع الأمهات السقيمت و اقناعهن بضرورة ادخال الرضاعة الاصطناعية، قصد التخفيف عنهن، ضف الى ذلك التخوف من اصابة الرضيع في حالة حدة المرض.

من ناحية أخرى، الأمهات غير المصابات بأمراض مزمنة يملن إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية بشكل أكبر، حيث تتيح لهن صحتهم الجيدة القدرة على الالتزام بهذا النمط من الرضاعة وتقديم عدد كافٍ من الرضعات اليومية، هذا النمط السلوكي يعكس ارتباطاً قوياً بين الصحة العامة للأم وقدرتها على تنفيذ الرضاعة الطبيعية بشكل متكرر ودائم، ضف الى ذلك الضغوط العائلية والتقاليد التي تعطي للرضاعة الطبيعية الاهتمام الأكبر خاصة في الحالات التي تكون فيها المرضعات بصحة جيدة.

على العموم، العوامل الصحية وخاصة الإصابة بمرض مزمن و التي تتشابه مع الجوانب الاجتماعية لتشكل قرارات الأمهات والتي تلعب دوراً حاسماً في تحديد نمط الرضاعة وعدد مرات الإرضاع اليومي.

جدول رقم 91: العلاقة بين نوع ولادة الطفل الأخير و نمط الرضاعة المتبع

نوع الولادة	نمط الرضاعة			المجموع
	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	
ولادة طبيعية	التكرار	68	4	16
	%	77,3	4,5	18,2
ولادة قيصرية	التكرار	12	34	66
	%	10,7	30,4	58,9
المجموع	التكرار	80	38	82
	%	40	19	41
اختبار الكاي تربيع				$\chi^2=35.62$ بدرجة حرية 7 واحتمال $0.000 < 0.05$
معامل التوافق				$R_C = 0.735$

يتضح أن النسبة الأكبر من المبحوثات يفضلن نمط الرضاعة المختلطة، و عند تحليل البيانات وفقاً لربط المعطيات مع المتغير المستقل "كيفية ولادة الطفل الأخير"، نلاحظ أن 77.3% من النساء اللواتي أنجب

عن طريق الولادة الطبيعية يتبعن نمط الرضاعة الطبيعية، مقابل 4.5% منهن فقط يرضعن بصيغة اصطناعية. في حين نجد أن 58.9% من النساء اللواتي أنجبن عن طريق الولادة القيصرية يتبعن نمط الرضاعة المختلطة، مقابل 10.7% منهن فقط يرضعن طبيعياً.

تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط كبير بين كيفية ولادة الرضيع ونمط الرضاعة المتبع، حيث بلغت القيمة المحسوبة 35.72 متجاوزة القيمة الجدولية 14.07 عند درجة حرية 7 ومستوى دلالة 0.05، هذا يعني رفض فرضية العدم، مؤكداً على وجود علاقة بين المتغيرين، كما يعكس معامل التوافق البالغ 0.735 تأثيراً واضحاً لكيفية ولادة الرضيع على نمط الرضاعة.

جدول رقم 92: العلاقة بين نوع ولادة الطفل الأخير وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم

عدد الرضعات اليومي نوع الولادة		أقل من 6 مرات	بين 6-12 مرة	أكثر من 12 مرة	المجموع
ولادة طبيعية	التكرار	8	34	26	68
	%	11,8	50	38,2	100
ولادة قيصرية	التكرار	2	6	4	12
	%	16,7	50	33,3	100
المجموع	التكرار	10	40	30	¹ 80
	%	12,5	50	37,5	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=28.45$ بدرجة حرية 6 واحتمال $0.007 < 0.05$			

يتضح أن الاتجاه العام يشير أن المبحوثات يرضعن بين 6 و12 مرة في اليوم، وعند تحليل البيانات وفقاً لربط المعطيات مع المتغير المستقل "كيفية ولادة الطفل الأخير"، نجد أن 50% من النساء اللواتي أنجبن عن طريق الولادة الطبيعية يرضعن بين 6 و12 مرة في اليوم، مقابل 11.8% منهن فقط يرضعن أقل من 6 مرات في اليوم. بينما 50% من النساء اللواتي أنجبن عن طريق الولادة القيصرية يرضعن بين 6 و12 مرة في اليوم، مقابل 16.7% منهن فقط يرضعن أقل من 6 مرات في اليوم.

¹ 80 مبحوثة فقط ترضعن رضاعة طبيعية

تشير نتائج تحليل كا 2 إلى ارتباط واضح بين كفاءة ولادة الرضيع وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم، حيث كانت القيمة المحسوبة 28.45، متجاوزة القيمة الجدولية 12.59 عند درجة حرية 6 ومستوى دلالة 0.05. هذا يؤدي إلى رفض فرضية العدم، مما يؤكد وجود علاقة بين المتغيرين.

بناءً على الجدول رقم 91 الذي يعرض العلاقة بين كفاءة ولادة الطفل الأخير ونمط الرضاعة المتبع و الجدول رقم 92 الذي يعرض العلاقة بين كفاءة ولادة الطفل الأخير وعدد مرات الإرضاع الطبيعي في اليوم، نرى أن النساء اللواتي يلدن بشكل طبيعي يميلن إلى الرضاعة الطبيعية بشكل أكبر، وهذا يمكن تفسيره بأن الولادة الطبيعية غالباً ما ترتبط بتوقعات ثقافية ومجتمعية تدعم الرضاعة الطبيعية باعتبارها الخيار الأمثل والأكثر "طبيعية"، هذه التوقعات قد تكون مدعومة أيضاً بتجارب أسرية أو مجتمعية تشجع على الحفاظ على تقاليد الرضاعة الطبيعية، والتي يُنظر إليها على أنها ترتبط بالحالة الصحية للأم والطفل، و التي تمكنها من ممارسة الرضاعة من الثدي من الساعات الأولى بعد الولادة والتي تعتبر من أبرو العوامل التي من شأنها أن تمكن الأم من مواصلة الرضاعة لأن لها علاقة مباشرة بتحفيز الغدد وكذلك بكمية إدرار الحليب، الأمر الذي تتصح به منظمة الصحة العالمية خاصة من بعد المسح العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2019 mics6.

من ناحية أخرى، النساء اللواتي يلدن بعملية قيصرية قد يواجهن تحديات جسدية ونفسية تجعل الرضاعة الطبيعية الحصرية أكثر صعوبة. الجوانب الصحية المتعلقة بالتعافي من الجراحة، مثل الألم والقيود الجسدية، بالإضافة إلى تناول مسكنات الألم والشعور بالتعب والارهاق الذي يرافقهما توتر و قلق مستمرين مما يؤثر على قدرة الأم على الالتزام بالرضاعة الطبيعية كما سنشير إليه في الجدول رقم...، علاوة على ذلك، قد تكون هناك تقبل لتوقعات اجتماعية مختلفة تحيط بالولادة القيصرية، حيث يمكن أن ينظر المجتمع إلى الرضاعة المختلطة أو الاصطناعية على أنها خيار معقول وعملي في ظل الظروف الجراحية، كما أن التحول في الممارسات الطبية الحديثة له شأن في الموضوع، حيث أصبح من الشائع توصية الأمهات بالجمع بين الرضاعة الطبيعية والاصطناعية لضمان تغذية الطفل بشكل كامل في حالة عدم تمكن الأم من الرضاعة الطبيعية الحصرية.

بالتالي، نستنتج أن نوع الولادة لا يؤثر فقط على صحة للأم بل يمتد ليؤثر على قراراتها السلوكية المتعلقة بالرضاعة، مما يعكس تفاعلاً معقداً بين الصحة الجسدية، الدعم المجتمعي، تأثير وسائل الإعلام والتوقعات الثقافية.

جدول رقم 93: العلاقة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة تناول مسكنات الألم		رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نعم	التكرار	40	32	52	124
	%	32,3	25,8	41,9	100
لا	التكرار	40	6	30	76
	م	52,6	7,9	39,5	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع		0.019 < 0.05 احتمال 12 بدرجة حرية $\chi^2=27.84$			
معامل التوافق		$R_C = 0682$			

يتضح أن النسبة الأكبر من المبحوثات يفضلن نمط الرضاعة المختلطة. عند ربط المتغير المستقل "تناول مسكنات الألم" بالمتغير التابع "نمط الرضاعة"، نلاحظ ما يلي:

41.9% من النساء اللواتي يتناولن مسكنات الألم يفضلن الرضاعة المختلطة، بينما **25.8%** يفضلن الرضاعة الاصطناعية. في المقابل، **52.6%** من النساء اللواتي لا يتناولن مسكنات الألم يفضلن الرضاعة الطبيعية، بينما **7.9%** يفضلن الرضاعة الاصطناعية.

تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط كبير بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم ونمط الرضاعة المتبع، حيث بلغت القيمة المحسوبة 27.84، متجاوزة القيمة الجدولية 18.55 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 0.05. هذا يشير إلى رفض فرضية العدم، مما يؤكد وجود علاقة بين المتغيرين. كما يعكس معامل التوافق البالغ 0.682 تأثيراً ملحوظاً لتناول المبحوثة لمسكنات الألم على نمط الرضاعة.

جدول رقم 94: العلاقة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم والפטام

المجموع	من 18-24 شهرا	من 12-18 شهرا	من 6-12 شهرا	اقل من 6 اشهر	الفتام تناول مسكنات الألم	
					التكرار	نعم
92	25	28	30	9	%	
100	27,2	30,4	32,6	9,8	%	
70	51	10	6	3	التكرار	لا
100	72,9	14,3	8,6	4,3	%	
¹ 162	76	38	36	12	التكرار	المجموع
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	ع
$\chi^2=32.56$ بدرجة حرية 11 واحتمال $0.031 < 0.05$					اختبار الكاي تربيع	

يتضح أن النسبة الأكبر من المبحوثات يفضلن الفطام خلال الفترة من 18 إلى 24 شهراً. لكن عند تحليل البيانات وفقاً لربط المعطيات مع المتغير المستقل "تناول مسكنات الألم"، نجد أن : **32.6%** من النساء اللواتي يتناولن مسكنات الألم يفضلن الفطام بين 6 و12 شهراً، بينما **9.8%** يفضلن الفطام قبل 6 أشهر، من جهة أخرى هناك نسبة **72.9%** من النساء اللواتي لا يتناولن مسكنات الألم يفضلن الفطام خلال الفترة من 18 إلى 24 شهراً، في حين أن **4.3%** يفضلن الفطام قبل 6 أشهر.

تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود علاقة واضحة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم وفترة الفطام، حيث كانت القيمة المحسوبة 32.56، متجاوزة القيمة الجدولية 19.68 عند درجة حرية 11 ومستوى دلالة 0.05. هذا يقود إلى رفض فرضية العدم، مما يثبت وجود ارتباط بين المتغيرين. بالإضافة إلى ذلك، يُظهر معامل التوافق البالغ 0.719 تأثيراً ملموساً لتناول مسكنات الألم على فترة فطام الرضيع.

¹ 38 مبحوثة غير معنيات بالفتام كونهن ترضعن لرضاعة اصطناعية

بناءً على الجدول رقم 93 الذي يعرض العلاقة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم ونمط الرضاعة المتبع و الجدول رقم 94 الذي يعرض العلاقة بين تناول المبحوثة لمسكنات الألم وفترة الفطام، يمكننا تفسير أن تأثير تناول مسكنات الألم على نمط الرضاعة وفترة الفطام يتجلى في عدة أبعاد علمية وسوسيوثقافية، فمن الناحية العلمية، تحتوي بعض مسكنات الألم، وخاصة الأدوية المحتوية على الأفيونات، على مواد قد تنتقل إلى حليب الأم. هذه المواد قد تؤدي إلى تأثيرات سلبية محتملة على الرضيع، مثل التسمم أو مشكلات في النمو¹، كذلك القلق الصحي الناتج عن هذه التأثيرات يساهم في تفضيل الأمهات اللاتي يتناولن هذه المسكنات للرضاعة المختلطة أو الاصطناعية، لتقليل تعرض الرضيع لهذه المخاطر.

على الجانب الآخر، الأمهات اللواتي يتناولن مسكنات الألم غالباً ما يعانين من آثار جانبية جسدية ونفسية مثل التعب والألم المستمر، مما يجعل الرضاعة الطبيعية أكثر تحدياً. هذه الأعراض قد تدفع الأمهات إلى اتخاذ قرار الفطام المبكر، مما يساهم في تقليص فترة الرضاعة الطبيعية لتخفيف الضغوط الجسدية والنفسية²، في المقابل، الأمهات اللواتي لا يتناولن مسكنات الألم يستفدن من بيئة صحية خالية من التأثيرات الجانبية المحتملة على الرضاعة الطبيعية. هذا الاستقرار يعزز القدرة على الاستمرار في الرضاعة الطبيعية لفترة أطول، مما يعكس تفضيلاً واضحاً للرضاعة الطبيعية كخيار أساسي ولفترة أطول. بالتالي، يظهر التباين بين الأمهات اللاتي يتناولن مسكنات الألم وأولئك اللاتي لا يتناولنها في نمط الرضاعة وفترة الفطام، مما يعكس تأثيراً مباشراً لتناول مسكنات الألم على قرارات الرضاعة والفطام³

¹ الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال.. الأدوية والرضاعة الطبيعية: دليل للأمهات. مجلة طب الأطفال، 145 (2)،

2020، ص ص 123-135.

² جونز، ك و سميث، ب.. تأثير مسكنات الألم على جودة الرضاعة الطبيعية: مراجعة تحليلية. مجلة الأبحاث الطبية

النسائية، 15 (3)، 2021، ص ص 45-58.

³ الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، (مرجع سابق)، ص 123.

جدول رقم 95: العلاقة بين وجود مشاكل تشوهية في الثدي المبحوثة و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة وجود تشوهات في الثدي		رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نعم	التكرار	22	26	48	96
	%	22,9	27,1	50	100
لا	التكرار	58	12	34	104
	%	55,8	11,5	32,7	100
المجموع	التكرار	80	38	82	200
	%	40	19	41	100
اختبار الكاي تربيع $\chi^2=31.92$ بدرجة حرية 12 واحتمال $0.007 < 0.05$					
معامل التوافق $R_C = 0.621$					

بناءً على جدول عرض العلاقة بين وجود مشاكل تشوهية في الثدي المبحوثة ونمط الرضاعة المتبع، يظهر أن: 50% من النساء اللواتي يعانين من تشوهات في الثدي يتبعن نمط الرضاعة المختلطة، في حين أن 2.9% يفضلن الرضاعة الطبيعية، في المقابل، 55.8% من النساء اللواتي لا يعانين من تشوهات في الثدي يفضلن الرضاعة الطبيعية، بينما 11.5% يتبعن نمط الرضاعة الاصطناعية.

و يشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود علاقة كبيرة بين تشوهات الثدي المرضعة ونمط الرضاعة المتبع، حيث بلغت القيمة المحسوبة 31.92، متجاوزة القيمة الجدولية 21.03 عند درجة حرية 12 ومستوى دلالة 0.05. هذا يؤدي إلى رفض فرضية العدم، مما يؤكد وجود ارتباط بين المتغيرين. كما يظهر معامل التوافق البالغ 0.621 تأثيراً ملموساً لتشوهات الثدي على نمط الرضاعة.

النساء اللواتي يعانين من تشوهات في الثدي يواجهن تحديات تعوق قدرتهن على ممارسة الرضاعة الطبيعية بشكل فعال. هذه المشاكل قد تتسبب في صعوبة في إنتاج كميات كافية من الحليب، مما يجعل

الرضاعة الطبيعية خياراً صعباً أو غير ممكن في بعض الحالات، مما يدفع الأمهات إلى تفضيل الرضاعة المختلطة أو الاصطناعية لتلبية احتياجات الرضيع بفعالية أكبر، إضافة إلى ذلك، الأمهات اللواتي يعانين من هذه التشنجات قد يواجهن ظغوطاً جسدية من حيث النقام الطفل لحلمة الثدي مما يجعل الرضاعة الطبيعية أكثر صعوبة، هذا ما قد يؤدي إلى اتخاذ قرار الفطام في وقت مبكر لتخفيف هذه الضغوط.¹، ومن ناحية أخرى، الأمهات اللواتي لا يعانين من تشنجات في الثدي يتمتعن بقدرة أفضل على الاستمرار في الرضاعة الطبيعية لفترة أطول، مما يعكس تفضيلاً واضحاً للرضاعة الطبيعية كخيار أساسي. الاستقرار البدني والصحي الناتج عن عدم وجود تشنجات يمكن أن يعزز من قدرة الأم على الاستمرار في الرضاعة الطبيعية دون مواجهة العقبات المرتبطة بالتشنجات² وبالتالي، تبرز الفروقات بين الأمهات اللواتي يعانين من تشنجات في الثدي وأولئك اللواتي لا يعانين منها في كل من نمط الرضاعة وفترة الفطام.

¹ براون، إ. التأثيرات السوسيوثقافية للتشنجات الثديية على الفطام. مجلة الأبحاث الصحية النسائية، 17(3)، 2019، ص 210-225.

² جمعية الرضاعة الطبيعية، مرجع سابق، ص 56-64.

جدول رقم 96: العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل نفسية و الفطام

المجموع	من 18-24 شهرا	من 12-18 شهرا	من 6-12 شهرا	اقل من 6 اشهر	الفتام معاناة الأم من مشاكل نفسية	
					التكرار	نعم
20	2	10	4	4	%	
100	10	50	20	20	%	
142	74	28	32	8	التكرار	لا
100	52,1	19,7	22,5	5,6	%	
¹ 162	76	38	36	12	التكرار	المجموع
100	46,9	23,5	22,2	7,4	%	
$\chi^2=48.40$ بدرجة حرية 15 واحتمال $0.000 < 0.05$					اختبار الكاي تربيع	
$R_C = 0.569$					معامل التوافق	

بناءً على الجدول الذي يعرض العلاقة بين المشاكل النفسية مثل الاكتئاب، الصدمة، القلق، وغيرها للأم وفترة الفطام، يظهر أن النسبة الأكبر من المبحوثات يفضلن الفطام خلال الفترة من 18 إلى 24 شهراً كما تم الإشارة إليه سابقاً لكن وع ربط المتغير المستقل والذي هو: "المشاكل النفسية للمبحوثة" و المتغير التابع "الفتام" لاحظنا مايلي: 50% من النساء اللواتي يعانين من مشاكل نفسية يفضلن الفطام بين 12 و18 شهراً، بينما 10% يفضلن الفطام بين 18 و24 شهراً، في المقابل، 52.1% من النساء اللواتي لا يعانين من مشاكل نفسية يفضلن الفطام خلال الفترة من 18 إلى 24 شهراً، في حين أن 5.6% يفضلن الفطام قبل 6 أشهر، كما تشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط قوي بين وجود تشوهات ثدي المرضعة ونمط الرضاعة المتبع، حيث بلغت القيمة المحسوبة 48.40، متجاوزة القيمة الجدولية

¹ 38 مبحوثة غير معنيات بالفتام كونهن ترضعن لرضاعة اصطناعية

25.00 عند درجة حرية 15 ومستوى دلالة 0.05. هذا يؤدي إلى رفض فرضية العدم، مما يثبت وجود علاقة بين المتغيرين.

تلعب العوامل النفسية دوراً محورياً في تحديد فترة الفطام، حيث تُظهر الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل نفسية مثل الاكتئاب، القلق، أو الصدمات، ميلاً أكبر نحو الفطام المبكر. على سبيل المثال، الاكتئاب بعد الولادة يعد من أكثر الحالات شيوعاً التي تؤثر على الأمهات، حيث يسبب شعوراً مستمراً بالإرهاق العاطفي والجسدي، مما يجعل التعامل مع متطلبات الإرضاع المتكرر أمراً مرهقاً للغاية. كذلك، يمكن أن يؤدي التوتر الناتج عن كره الأصوات المزجة كالنبكاء المستمر إلى زيادة الضغط النفسي، مما يدفع الأم إلى الفطام المبكر للتخفيف من هذه الأعباء، وفي هذا السياق، تشير الدراسات الميدانية لـ Murphy & Wall, 2000¹ و Lupton & Schmied, 2001² إلى وجود مشاكل مصاحبة للرضاعة، مثل الإحساس بالتعب والإجهاد والألم، بالإضافة إلى الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، حيث وصلت بعض الحالات إلى حد شعور الأمهات بفقدان الهوية وتوهم الانغلاق ضمن هذا السلوك الحصري المتمثل في إرضاع الطفل، ومع ذلك، نادراً ما يتم التطرق إلى هذه الزاوية الخفية في البحوث، إذ يتركز غالبها على تشجيع الأمهات على القيام بالإرضاع، والحديث عن هذه المشاكل قد يثني عزم الأمهات، ومن ناحية أخرى، فإن اتخاذ الأم لقرار عدم الإرضاع يجعلها ضحية للإحساس بالذنب والفشل في أداء دورها الكامل كأم، في المقابل، الأمهات اللواتي يتمتعن باستقرار نفسي يظهرن استعداداً أكبر لتحمل تحديات الرضاعة الطبيعية لفترات أطول، إذ يجدن في هذه الفترة فرصة لتعزيز الروابط العاطفية مع أطفالهن، مما يشجعهن على الاستمرار في الإرضاع حتى عمر 18-24 شهراً. يدعم الاستقرار النفسي الأمهات في التعامل مع الأعباء اليومية المرتبطة بالإرضاع الطبيعي، حيث يخفف من الشعور بالإجهاد ويعزز من قدرة الأم على تقديم رعاية أفضل لطفلها.

بالتالي، يظهر تأثير قوي للسلامة النفسية على قرارات الأمهات بشأن فترة الفطام، حيث تتداخل العوامل النفسية والاجتماعية لتشكيل هذه الخيارات بناءً على الظروف الشخصية والبيئية المحيطة بالأم.

¹ Murphy, & Wall, G.), Managing motherhood, managing risk: Health and risk in childcare and parenting, Health, Risk & Society, 2(3), 2000, P: 295-303.

² Lupton, & Schmied, 'Being there for the baby': Attitudes towards infant feeding in an Australian community. Journal of Sociology, 37(3), 2001, P: 297-313.

جدول رقم 97: العلاقة بين مرض الطفل و نمط الرضاعة المتبع

نمط الرضاعة مرض الطفل		رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مختلطة	المجموع
نعم	التكرار	28	29	28	85
	%	33,3	34,5	32,1	100
لا	التكرار	52	8	55	115
	%	45,2	7	47,8	100
المجموع	التكرار	80	37	82	200
	%	40,2	18,6	41,2	100
اختبار الكاي تربيع		$\chi^2=42.15$ بدرجة حرية 10 واحتمال $0.013 < 0.05$			
معامل التوافق		$R_c = 0.682$			

بناءً على الجدول الذي يعرض العلاقة بين مرض الطفل ونمط الرضاعة المتبع، يظهر أن النسبة الأكبر من المبحوثات يفضلن نمط الرضاعة المختلطة كما تم الإشارة إليه سابقاً. عند ربط المتغير المستقل "مرض الطفل" بالمتغير التابع "نمط الرضاعة"، نلاحظ ما يلي: 34.5% من النساء اللواتي يعانين أطفالهن من مرض يفضلن الرضاعة الاصطناعية، في حين أن 33.3% يفضلن الرضاعة الطبيعية، في المقابل، 47.8% من النساء اللواتي لا يعانين أطفالهن من مرض يفضلن الرضاعة المختلطة، بينما 7% يفضلن الرضاعة الاصطناعية، وتشير نتائج تحليل كا 2 إلى وجود ارتباط قوي بين تشوهات ثدي المرضعة ونمط الرضاعة المتبع، حيث بلغت القيمة المحسوبة 42.15، متجاوزة القيمة الجدولية 18.31 عند درجة حرية 10 ومستوى دلالة 0.05. هذا يشير إلى رفض فرضية العدم، مما يثبت وجود علاقة بين المتغيرين. كما يكشف معامل التوافق البالغ 0.682 عن تأثير ملحوظ لتشوهات الثدي على نمط الرضاعة لدى المرضعات اللاتي يلازم المنزل.

عندما يعانين الطفل من مرض معين، يمكن أن يؤثر ذلك على الأمهات بشأن الرضاعة، حيث تميل بعض الأمهات إلى استخدام الرضاعة الاصطناعية كخيار يتيح لهن مزيداً من المرونة والقدرة على

التحكم في تغذية الطفل، خاصة إذا كانت تحتاج إلى إعطائه أدوية معينة أو إذا كان المرض يؤثر على قدرة الطفل على الرضاعة بشكل طبيعي، وقد يكون اتخاذ هذا القرار مرتبطاً بالحاجة إلى تقليل الجهد البدني والعاطفي المبذول من قبل الأم، الذي يمكن أن يكون مرهقاً في حالة المرض المزمن أو الشديد لدى الطفل، ومن جهة أخرى، نجد أن بعض الأمهات اللاتي لا يعانين أطفالهن من أمراض يملن إلى اختيار الرضاعة المختلطة، وهذا قد يكون ناتجاً عن الرغبة في تحقيق توازن بين فوائد الرضاعة الطبيعية والراحة التي تقدمها الرضاعة الاصطناعية، والأمهات في هذه الفئة قد يشعرن بثقة أكبر في قدرتهن على تلبية احتياجات أطفالهن الغذائية والنفسية عبر هذا النمط المتوازن، حيث يجمع بين فوائد الحليب الطبيعي ومرونة الحليب الاصطناعي.

في ضوء هذه النتائج، يمكن القول إن قرار الرضاعة يتجاوز مجرد اختيار غذائي ليصبح جزءاً من استراتيجيات التأقلم مع المرض وتحديات العناية بالطفل، مما يعكس التفاعل بين الظروف الصحية للطفل وخيارات الأمهات حول كيفية تغذية أطفالها الرضع.

استنتاج الفرضية الثالثة:

تُظهر نتائج الدراسة العلاقة الواضحة بين العمر و نمط الرضاعة وفترة الفطام، حيث تختلف اختيارات النساء حسب فئات العمر. في الفئة العمرية بين 15 و 20 سنة، يُفضل 59.1% من النساء الرضاعة الطبيعية، بينما تقتصر نسبة من يستخدمن الرضاعة الاصطناعية على 18.2%. في المقابل، في الفئة العمرية بين 21 و 25 سنة، تهيمن الرضاعة المختلطة بنسبة 61.4%، في حين أن 10.9% فقط يستخدمن الرضاعة الطبيعية. وعند الانتقال إلى الفئة العمرية بين 26 و 30 سنة، نجد أن 75% من النساء يفضلن الرضاعة الطبيعية، بينما تقتصر نسبة من يستخدمن الرضاعة الاصطناعية على 7.1%. أما في الفئة العمرية بين 31 و 35 سنة، فهناك تفضيل كبير للرضاعة الطبيعية بنسبة 84.6%، ولا توجد أي حالات للرضاعة الاصطناعية. وفي الفئة العمرية بين 36 و 40 سنة، تتساوى نسب الرضاعة المختلطة و الاصطناعية بنسبة 40% لكل منهما، بينما تصل نسبة الرضاعة الطبيعية إلى 20%.

من خلال تحليل نتائج اختبار كا 2، الذي أظهر قيمة 42.53، وهي أكبر من القيمة الجدولية 31.41 عند درجة حرية 20، يمكننا استنتاج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن المرأة عند الزواج ونمط الرضاعة المتبع، مما يشير إلى أن سن المرأة عند الزواج يؤثر بشكل كبير على اختيارات الرضاعة وفترة الفطام. في الفئة العمرية من 15 إلى 20 سنة، كانت الفترة الأكثر شيوعًا للفطام هي من 12 إلى 18 شهرًا 55.6%، بينما كانت الفترة الأقل شيوعًا هي أقل من 6 أشهر أو بين 18 و 24 شهرًا 11.1% لكل منهما. أما في الفئة العمرية من 21 إلى 25 سنة، كانت الفترة الأكثر شيوعًا للفطام هي من 6 إلى 12 شهرًا بنسبة 43.8%. في الفئة بين 26 و 30 سنة، كانت الفترة الأكثر تكرارًا هي من 18 إلى 24 شهرًا 50%. في الفئة من 31 إلى 35 سنة، كانت الفترة الأكثر شيوعًا هي من 18 إلى 24 شهرًا بنسبة 61.5%، في حين أن النساء بين 36 و 40 سنة يفضحن أطفالهن بنسبة 100% بعد 18 إلى 24 شهرًا، كما تتباين عدد الرضعات اليومية حسب الفئة العمرية: في فئة 15 إلى 20 سنة، يرضع 46.2% من النساء بين 6 و 12 مرة في اليوم، بينما 30.8% يرضعن أقل من 6 مرات. في الفئة العمرية من 21 إلى 25 سنة، يرضع 54.5% بين 6 و 12 مرة في اليوم، وفي الفئة بين 26 و 30 سنة، 57.1% يرضعن نفس عدد المرات، أما الفئة من 31 إلى 35 سنة، 48.5% يرضعن أكثر من 12 مرة في اليوم.

بالإضافة إلى ذلك، تتضح بعض الاختلافات بين الحالة الاجتماعية للمرأة، حيث أن النساء المتزوجات يفضلن الرضاعة الطبيعية بنسبة 41.9%، بينما الأرامل يفضلن الرضاعة الطبيعية بنسبة 50%. أما المطلقات فيفضلن الفطام بين 6 و 12 شهراً بنسبة 50%.

وتتفاوت فترات الفطام أيضاً بناءً على الفترة بين المواليد، حيث أن النساء اللاتي كان بين مواليدهن أقل من سنتين، يفضن أطفالهن من 12 إلى 18 شهراً بنسبة 44.7%. أما النساء اللاتي مر أكثر من سنتين بين مواليدهن، فيفضن أطفالهن بعد 18 إلى 24 شهراً بنسبة 76.8%.

بالنسبة للأمهات اللاتي لديهن توأم، فإن 70.6% منهن يفضلن الرضاعة الاصطناعية، بينما 47% من الأمهات اللاتي ليس لديهن توأم يفضلن الرضاعة المختلطة.

كما تشير النتائج إلى أن الأمهات المصابات بأمراض مزمنة يتبعن الرضاعة المختلطة بنسبة أكبر 58.8% مقارنة بالأمهات غير المصابات 37.3%، وكذلك الأمهات اللواتي يتناولن مسكنات الألم يميلن إلى الرضاعة المختلطة 41.9% مقارنة بالأمهات اللاتي لا يتناولن المسكنات 52.6%، مما يعكس تأثير الحالات الصحية على اختيار نمط الرضاعة.

الاهتمام بالصحة الجسدية أيضاً له تأثير، حيث أن الأمهات اللاتي يعانين من تشوهات في الثدي يتبعن نمط الرضاعة المختلطة بنسبة 50%، في حين أن النساء اللواتي لا يعانين من هذه التشوهات يفضلن الرضاعة الطبيعية بنسبة 55.8%.

تُظهر النتائج على العموم أن لكل من: السن عند الزواج و الحالة الاجتماعية و الحالة الصحية دوراً مهماً في تحديد نمط الرضاعة وفترة الفطام، مما يعكس العلاقة المعقدة بين العوامل الاجتماعية والصحية في اتخاذ قرارات الرضاعة.

خاتمة

خاتمة

خاتمة

إن الرضاعة الطبيعية لا تزال أقل من المستوى المطلوب في الجزائر، وأن هذا التراجع يمكن أن يُعزى إلى انتشار البدائل الحديثة لحليب الأم، مثل الرضاعة الاصطناعية، التي أصبحت شائعة في العديد من الأوساط الاجتماعية، ويُرجع الكثير من الأمهات هذا الاختيار إلى عدم توفر الحليب، في حين أن الحقيقة تشير إلى أن الحليب الطبيعي موجود عادةً ولكن يمكن أن تكون بعض الممارسات أو العوامل هي التي تؤثر في قدرة الأم على إنتاج الحليب.

ولا يمكن التعرف على خصوصيات هذا الموضوع إلا وجب عليك التطرق إلى قراءة تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على الأم المرضعة على اختيارها لنمط من أنماط الرضاعة، إذ تلعب البيئة المحيطة بها مثل التربية في أسرتها وتجارب النساء المحيطات بها، دورًا كبيرًا في تشكيل مواقفهن تجاه الرضاعة الطبيعية. بالإضافة إلى ذلك، يظهر دور العمالة الصحية في التأثير على هذه الاختيارات، سواء من خلال التوجيه والإرشاد حول فوائد الرضاعة الطبيعية أو من خلال الحملات التوعوية التي تشجع على الرضاعة الطبيعية وتحت على استخدامها كخيار رئيسي.

تشير نتائج الدراسة أيضًا إلى أن الدخل الأسري له تأثير مباشر على اختيار نمط الرضاعة، حيث تفضل النساء في الأسر ذات الدخل المنخفض الرضاعة الطبيعية أو المختلطة، بينما تميل الأسر ذات الدخل المرتفع إلى الرضاعة الاصطناعية. كما أن المستوى التعليمي و الحالة الاجتماعية للأم لهما دور في تحديد فترات الفطام، حيث يفضل العديد من الأمهات في الأسرة ذات الدخل المنخفض تأخير الفطام إلى ما بعد 18 شهرًا.

من جهة أخرى، تلعب البيئة المعيشية دورًا هامًا في اختيارات الأمهات؛ حيث يميل النساء في البيوت التقليدية إلى تفضيل الرضاعة الطبيعية أكثر من النساء في المنازل الحديثة مثل الشقق والفيلات، مما يعكس تأثير الظروف المعيشية على هذه القرارات، كما أن وجود خادمة في المنزل أو امتلاك سيارة خاصة يؤثر على نوع الرضاعة، حيث أن النساء اللواتي يمتلكن سيارة خاصة يميلن أكثر إلى الرضاعة المختلطة، بينما تزداد نسبة الرضاعة الاصطناعية عند وجود خادمة.

أما فيما يتعلق بالعوامل الصحية، فقد أظهرت الدراسة أن الأمهات المصابات بأمراض مزمنة، مثل تشوهات الثدي، يتبعن نمط الرضاعة المختلطة بنسبة أكبر من الأمهات غير المصابات، مما يشير

خاتمة

إلى أن الحالة الصحية للأم تلعب دورًا كبيرًا في اختيارات الرضاعة. كما أن الاهتمام بالمظهر العام له تأثير، حيث تميل المهتمات بالحفاظ على رشاقتهم إلى الرضاعة الطبيعية بمعدل أعلى.

في النهاية، يمكننا القول إن الرضاعة الطبيعية في الجزائر تأثرت بشكل ملحوظ بعوامل اجتماعية، اقتصادية، صحية وثقافية، وأنه من المهم تعزيز التوعية وتوفير الدعم اللازم للأمهات من خلال مختلف الهيئات الصحية والتعليمية لضمان تبني الرضاعة الطبيعية كخيار أساسي ومناسب، ويتطلب ذلك جهدًا مشتركًا من المؤسسات الصحية، الاجتماعية والثقافية من أجل تغيير التصورات والممارسات السائدة حول الرضاعة وتحقيق تحسينات في معدلات الرضاعة الطبيعية في المجتمع الجزائري.

ولا يسعنا في الختام أيضًا إلا التنوير ببعض التوصيات و لخصناها فيمايلي:

- تشجيع الرضاعة الطبيعية عبر سن قوانين وتشريعات صارمة تُقلل من انتشار الحليب الصناعي، مع الالتزام الكامل ببنود المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم، حيث تُظهر الجزائر التزامًا جزئيًا فقط ببعض أحكامها.
- تدريب العاملين الصحيين والاجتماعيين، خاصة المسؤولين عن رعاية الأمهات، وتزويدهم بمعرفة شاملة حول الرضاعة الطبيعية، فوائدها، تأثيراتها النفسية والاجتماعية، والصعوبات المرتبطة بها وكيفية معالجتها.
- تعزيز برامج التثقيف الصحي والغذائي من خلال إعداد الأمهات للرضاعة الطبيعية أثناء الحمل وبعد الولادة، مع تصحيح المفاهيم الخاطئة التي قد تؤثر سلبًا على استمراريتها.
- إدراج معلومات حول الرضاعة الطبيعية في المناهج الدراسية، بهدف تعزيز وعي الطلاب، ذكورًا وإناثًا، بأهمية الرضاعة الطبيعية وتأثيرها على صحة الأم والطفل.
- تشجيع تباعد الولادات باستخدام الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتنظيم الأسرة، ودعمها بوسائل إضافية لتجنب الحمل خلال هذه الفترة.
- توعية الأمهات حول وسائل منع الحمل الهرمونية، مع التركيز على استخدام التركيبات الأحادية التي لا تؤثر على إدرار الحليب، وتجنب التركيبات الثنائية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

١. القرآن الكريم برواية ورش عن نافع

٢. القواميس والمعاجم

١. رفعت محمد ، قاموس الطفل الطبي، دار مكتبة الهلال، لبنان، دون تاريخ.

٢. عاطف غيث محمد ، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر 1997.

٣. بدوي أحمد زكي ، معجم مطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 2000.

٤. فريدريك معتوق، معجم العلوم الاجتماعية الأكاديمية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1993.

٣. الكتب

٥. ابن كثير عماد الدين ، تفسير القرآن العظيم، دار ومكتبة الهلال، الطبعة، المجلد، لبنان، 1990.

٦. أحمد السيد سميرة ، علم اجتماع التربية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1993.

٧. أنجريس موريس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية، ترجمة سعيد

سبعون وآخرون، دار القصة للنشر، ط 2، الجزائر، 2004 ،

٨. بختي العربي ، التربية العائلية في الإسلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1992.

٩. بدارن شبل ، أسس التربية، دار المعرفة الجامعية، مر، 2005،

١٠. بدح احمد محمد ، ايمن سليمان مزاهرة ، زين حسن بدران ، الثقافة الحية، دار المسيرة للنشر

والتوزيع، دون سنة.

١١. بن عياص عبد الله سالم التيتي، علم الاجتماع التربوي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،

مصر، 2002.

12. بني جابر جودة ، علم النفس الاجتماعي، ط1، دار الثقافة، الأردن، 2017.
13. بوحوش عمار ، محمد محمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007
14. بومخوف محمد ، نمط الأسرة الجزائرية ومحدداتها، دراسة إحصائية وتحليل نظري، العدد 01، ج 01، 2005-2006.
15. تركي فتيحة وأوشا مالهوترا. "الدليل الطبي لتقديم خدمات الحة الإنجابية والجنسية"، الطبعة 3، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لندن، 2004.
16. التيجاني ثريا ، دروس في منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والبيداغوجيا، نماذج ميدانية في تطبيق. المنهجية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2015 ،
17. جعيني نعيم حبيب ، علم اجتماع التربية المعار بين النظرية والتطبيق، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2007.
18. الجعيني نعيم حبيب ، علم اجتماع التربية أساسيات التنشئة الاجتماعية، دار وائل للنشر والتوزيع، 2009.
19. جلبي علي عبد الرازق ، المناهج الكمية والكيفية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2012.
20. جندلي عبد النار ، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005
21. الجوهري محمد وآخرون ، علم الاجتماع الإعلام والاتصال، دار المعرفة الجامعية، إسكندرية، 1992،

22. حسن الساعاتي سامية ، الثقافة والشخية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان،

2001

23. حلمي منيرة أحمد، التفاعل الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2000،

24. الحمداني موفق وآخرون، مناهج البحث العلمي -الكتاب الأول- أساسيات البحث العلمي، ط1،

جامعة الدراسات العليا، عمان 2006،

25. خوجة عبد العزيز ، مبادئ في التنشئة الاجتماعية، دار الغرب للنشر، الجزائر، 2005.

26. الخولي سناء ، الأسرة والحياة العائلية، دار النهضة العربية، لبنان، 2016.

27. درويش زين العابدين ، علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته، دار الفكر العربي، القاهرة،

مصر.

28. درويش كمال السيد ، التربية السياسية للشباب، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1973.

29. دليو فضيل ، علي غربي وآخرون: الأسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، منشورات جامعة

منتوري، دار البعث، قسنطينة، 1999.

30. رحي مصطفى عليان، البحث العلمي، أساليب مناهجه وأساليب إجراءاته، بيت الأفكار الدولية،

الأردن، دون سنة.

31. رفعت محمد ، قاموس الطفل الطبي، دار مكتبة الهلال، لبنان، دون تاريخ.

32. رفعت محمد، الطفل، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992.

33. زريطة شريف ، تأثير جماعة الرفاق على التنشئة الاجتماعية للأبناء، مذكرة ماجستير، جامعة

بسكرة، الجزائر، 2008،

34. زعيمي مراد ، مؤسسات التنشئة الاجتماعية، منشورات جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر.

35. الزيتي محمد فتحي فرج ، أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية ودافع الإنجاز الدراسي، مجلس الثقافة العام الليبي، 2008.
36. زيتوني العياشي ، محاضرات في علم الاجتماع المؤسسات، كلية العلوم الإنسانية، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2019-2020.
37. السباعي زهير أحمد وآخرون. التثقيف الحي، مبادئه وأسلوبه، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياض، 1996.
38. السبيعي عدنان ، الحة النفسية للمولود والرضيع، دار الفكر المعار، لبنان، 1997.
39. سلاطنية بلقاسم ، حسان جيلالي، منهجية العلوم الاجتماعية ، الطبعة ، الدار الجزائرية للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017،
40. سلامة بهاء الدين ابراهيم. الصحة - والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997.
41. السيد عبد القادر شريف، التنشئة الاجتماعية للطفل العربي، ط، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 2004.
42. سيد منور عبد المجيد ، الشربيني زكريا أحمد ، علم النفس الطفولة الأسس النفسية والاجتماعية والهدي الإسلامية، دار الفكر العربي، القاهرة، مر، 1998
43. شريف عبد القادر ، التربية الاجتماعية البدنية في رياض الأطفال، ط 7، دار المسيرة، 2020.
44. شويل حسين الأمومة الرسالة السامية، دار الرفاعي، ط 2، السعودية، 2001.
45. صوالحة محمد أحمد ، مصطفى محمود صوالحة، أساسيات التنشئة الاجتماعية، دار الكندي، الأردن، 1994.
46. الصوفي عبد الله ، موسوعة العناية بالطفل، دار العودة، بيروت، 1998.

47. عزابيه رؤوف ، المرأة والعمل السياسي، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، الولايات المتحدة الأمريكية، الطبعة الأولى، 1995.
48. عفيفي عبد الخالق محمد ، الأسرة والطفولة: أسس نظرية ومجالات تطبيقية، مكتبة عين الشمس، القاهرة، مصر، 1998.
49. علي بهادر سعدية ، علم النفس النمو، دار البحوث العلمية، بيروت، ط 2، 1981.
50. عماشة محمد، تصميم الاستبانة الالكترونية ، كلية العلوم والآداب. عمان الأردن، 2012.
51. العناني جنان عبد الحميد، الطفل والأسرة والمجتمع، دار فاء ط، عمان، 2000.
52. غالب إدوار، الموسوعة في علوم الطبيعة (متخصصة في الزراعة والنبات والحيوان والجيولوجيا) (بالعربية واللاتينية والألمانية والفرنسية والإنجليزية) (ط. 2). بيروت، دار المشرق، 1988.
53. الغيتي مصطفى محمد ، سوسيولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المستقبل، بيروت، لبنان، 2009.
54. فتحي محمد، على عتبة الأمومة، دار الأندلس، لبنان، دون سنة نشر.
55. فرحات أحمد، التنشئة الاجتماعية ودورها في تنمية مستوى الطموح عند الإنسان، قسم علم الاجتماع، جامعة الوادي، الجزائر، 2014.
56. فقاني يوسف ، أسس السلوك الإنساني، دار المعرف، القاهرة، مصر، 2008،
57. الفهد لطيفة ، الرضاعة الطبيعية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت،، ط 2 سحر الحجار، الرضاعة الطبيعية في الإسلام، مركز التقنيات التربوية والمعلوماتية، المدينة المنورة، - 2009
58. فهمي مصطفى محمود، إعجاز القرآن في مدة الرضاعة ونوعيتها، بحث مقدم للمؤتمر العالمي للإعجاز العلمي في القرآن والسنة، الكويت، المؤتمر الثامن 2006،

59. قدري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2007.
60. قطامي نايفة وعالية الرفاعي: نمو الطفل ورعايته، دار الشروق، ط، الأردن، 1997.
61. قنطار فايز ، الامومة: نمو العلاقة بين الطفل والام، عالم المعرفة، الكويت، 1992.
62. كامل سهير أحمد، شحاتة سليمان محمد، تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 2002.
63. مخلوف إقبال - إبراهيم. العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات نظرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.
64. مروان عبد المجيد مروان ابراهيم، أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الورق، ط2. 2002.
65. مزاهرة ايمن سليمان ، ليلي حجازين نشيوات، ليلي عبد الرؤوف أبو الحسن، مبادئ صحة الطفل وتغذيته، جامعة البلقان التطبيقية، الأردن، دار الخليج للنشر، 2000.
66. مصباح عامر، التنشئة الاجتماعية والانحراف الاجتماعي، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2011.
67. القمش مصطفى وآخرون. مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000.
68. منور يوسف أميرة. المدخل الاجتماعي للمجالات الحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.

١٧. رسائل الدكتوراه و الماجستير

69. بهتون نصر الدين ، الوضع الاقتصادي للأسرة وأثره في التنشئة الاجتماعية للطفل المتخلف ذهنياً، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة العقيد الحاج لخضر، الجزائر، 2008.
70. بوخبرة نبيلة ، الاتصال الاجتماعي الحي في الجزائر، رسالة ماجستير، معهد علوم الإعلام والاتال، جامعة الجزائر، 1995.
71. عميرة جويذة. "المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي، دراسة ميدانية على عينة من النساء مضى على زواجهن 5-10 سنوات"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر، 2004 - 2005.
72. سواكري خديجة ، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الجنوب من 5-49 سنة ، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه ، قسم علم الاجتماع ، جامعة الحاج لخضر بباتنة ، 2014
73. طلبة عمر ، "البنى الأسرية وتراكيبها العائلية من خلال معطيات مسح 2006، خصائصها، وعلاقتها بالخوبة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران، 2017.
74. الكلدار، قصي قاسم. قياس مستوى المعيشة في العراق ضمن حدود خط الفقر ومستوى الكفاية ومستوى الرفاهية للسنوات 1991 و 2002 و 2010. أطروحة دكتوراه غير منشورة، تخ فلسفة في العلوم الاقتصادية، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العراق، 2013.
75. كواش زهرة، الخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع، الجزائر، 1997.
76. كون فتيحة، دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر للفترة 1980 - 2008، رسالة ماجستير، إشراف: أ. د. خليل عبد القادر

77. يخلف فهد محي الدين، المحددات السوسيو-ديموغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال قاعدة البيانات للمسح العنقودي MICS 2019 ، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع ، تخصص ديمغرافيا إقتصادية واجتماعية ، 2022.

v. التقارير و الوثائق الرسمية الحكومية

78. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2012، العدد 49،61.
79. منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع الأطفال في العالم 1991، الأردن، 1991
80. منظمة الصحة العالمية ، المبادئ بين الولادات دليل مندوبي الأحياء والمتطوعين الحيين ،المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، القاهرة، 2009 .
81. منظمة الصحة العالمية ، الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الأشهر الستة الأولى ، جنيف، 2011.
82. منظمة الصحة العالمية، الرضاعة الطبيعية: بلد واحد فقط من أل 5 بلدان ينفذ بالكامل مدونة منظمة الصحة العالمية بشأن بدائل لبن الأم، جنيف، 2013
83. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1992.
84. وزارة الصحة والسكان، رسالة الوقاية، العدد6، الجزائر، 1997.
85. يونيسيف، التغذية لكل طفل : استراتيجية اليونيسف للتغذية للفترة 2020-2030، نيويورك، 2020.

٧١. الدوريات و المجلات العلمية

86. الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال.. الأدوية والرضاعة الطبيعية: دليل للأمهات. مجلة طب الأطفال، 45(2)، 23، 2020-135.
87. براون، إ. التأثيرات السوسيوثقافية للتشوهات الثديية على الفطام، . مجلة الأبحاث الحية النسائية، 7(3)، 210، 2019-225.
88. جونز، ك و سميث، ب.. تأثير مسكنات الألم على جودة الرضاعة الطبيعية: مراجعة تحليلية. مجلة الأبحاث الطبية النسائية، 5(3)، 2021، 45-58.
89. حجازي، نظيمة، ملامح تنشئة الطفل في الاسرة الفلسطينية في ظل العولمة. مجلة جرش للبحوث والدراسات، 2012،
90. سي الطيب فاطمة الزهراء وآسيا شريف، معارف الشباب تجاه قضايا الصحة الإنجابية في المنطقة العربية، مجلة آفاق وأفكار، المجلد 9، العدد 4، 2021.
91. طبعة عمر بعنوان: المحددات السوسيوديموغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 4 MICS المنجز في 2012/2013، (مقال)، مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية، ع 14، مج1، 2022.
92. عادل مرابطي وعائشة نحوي، العينة، مجلة الواحات للبحوث و الدراسات، العدد 4، سنة 2009، قسم علم النفس جامعة محمد خيضر بسكرة
93. عميرة جوييدة، الرضاعة الطبيعية بين القران الكريم والعلم، مجلة - مخبر المجتمع ومشاكل التنمية المحلية في الجزائر، جامعة الشلف، العدد الثاني، جوان 2015،

94. لطيفة عريق وسفيان إدريس، العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة في المجتمع السوفي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية- جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي العدد 1 ، جوان 2015.
95. محمد إبراهيم عايش وآخرون، أنماط المشاهدة لبرامج الأطفال في محطات التلفزة المحلية العربية، مجلة الشؤون الاجتماعية، جمعية الاجتماعيين، الشارقة، 2002.
96. محمد كمال السيد يوسف، مزايا وفوائد الرضاعة الطبيعية، مجلة اسقوط للدراسات البيئية، العدد 30، 2006،

VII. مواقع الأنترنت

97. <https://www.aljazeera.net/lifestyle/2023/12/22/%D9%85%D9%83%D9%85%D9%84%D8%A7%D8%AA%D8%A7%D9%84%D9%84%D8%A8%D8%A3-%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%82%D8%B1%D9%8A>
98. <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/first-year-of-life/whats-in-breastmilk>
99. http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014/world_breastfeeding_week/ar/
100. <https://www.alarabiya.net/articles/2011%2F09%2F05%2F165526> .
101. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

102. <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/wh/Pages/Breastfeeding.aspx#>
103. <https://www.healthline.com/health/parenting/baby-feeding-schedule#baby-still-hungry>
104. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6096620/#CR22>

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

Les livres

105. Agence nationale de la famille et de la population. **Famille et population**, série n°56 ,Tunisia ,1987.
106. Chekhi, Kamel. **Guide des indicateurs économiques et sociaux** ,Algeria , 1997.
107. Morely, David. **Pédiatrie dans les pays en voie de développement, problème prioritaire** ,Flammarion médecine science ,Paris ,1981.
108. International Baby Food Action Network. **Understanding the International Code** ,5 August 2011.
109. La Leche League **International. Breastfeeding Twins: Challenges and Solutions** ,2020.
110. Pierre Marie, Lane. **Langue (Sein Biberon): Parents** ,N°=233 ,Paris , 1996.

111. Murphy, G. & Wall, G. **Managing motherhood, managing risk: Health and risk in childcare and parenting** ,Health, Risk & Society ,2(3) ,2000.
112. Office National de Statistique. **Collection statistique** ,Algeria ,N°= 80 , sans année.
113. R. Hadjam. **Je soigne mon enfant** ,E.D.C ,OMEGA ,Algeria ,sans année.
114. Stuart, Patricia & Dettwyler, Katherine. **Breastfeeding, Biocultural Perspectives** ,Aldine De Gruyter ,New York ,1995.
115. UNICEF Ukraine. **Compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes** ,Kyiv ,2004.
116. WHO. **International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes** , Geneva ,2011

Les Articles

117. Baby Milk Action. **"World Health Assembly: New UN Resolution tackles intrinsic contamination."** Baby Milk Action Update ,Issue 41 ,November 2008.
118. Lupton, D. & Schmied, V. **'Being there for the baby':** Attitudes towards infant feeding in an Australian community. *Journal of Sociology* ,37(3) , 2001.

Les Thèses

119. KROL, KATHLEEN M. & GROSSMANN, TOBIAS. **Psychological effects of breastfeeding on children and mothers** :
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6096620/#CR22> ,6/2018.
120. Woolhouse, H., Gartland, D., Hegarty, K., Donath, S., & Brown, S. **Maternal depression from pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care.**

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology ،21(Suppl) ، 2014.

Les Rapports

- 121.Ministère de la Santé et autres. **Enquête Nationale à Indicateurs Multiples MICS4**. Rapport principal ،2013.
- 122.Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. **Programme national de périnatalité** ،Algerie ،2009.
- 123.WHO. **The Global Breastfeeding Scorecard** ،Geneva ،2017.

الملاحق

الملاحق

الملحق رقم 1: قيم اختبار - كاي تربيع - الجدولية

k	γ										
	0.995	0.990	0.975	0.950	0.900	0.500	0.100	0.050	0.025	0.010	0.005
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.45	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88
2	0.01	0.02	0.05	0.10	0.21	1.39	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60
3	0.07	0.11	0.22	0.35	0.58	2.37	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84
4	0.21	0.30	0.48	0.71	1.06	3.36	7.78	9.94	11.14	13.28	14.86
5	0.41	0.55	0.83	1.15	1.61	4.35	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75
6	0.68	0.87	1.24	1.64	2.20	5.35	10.65	12.59	14.45	16.81	18.55
7	0.99	1.24	1.69	2.17	2.83	6.35	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28
8	1.34	1.65	2.18	2.73	3.49	7.34	13.36	15.51	17.53	20.09	21.96
9	1.73	2.09	2.70	3.33	4.17	8.34	14.68	16.92	19.02	21.67	23.59
10	2.16	2.56	3.25	3.94	4.87	9.34	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	10.34	17.28	19.68	21.92	24.72	26.76
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	11.34	18.55	21.03	23.34	26.22	28.30
13	3.57	4.11	5.01	5.89	7.04	12.34	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	13.34	21.06	23.68	26.12	29.14	31.32
15	4.60	5.23	6.27	7.26	8.55	14.34	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	15.34	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.09	16.34	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.87	17.34	25.99	28.87	31.53	34.81	37.16
19	6.84	7.63	8.81	10.12	11.65	18.34	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58
20	7.43	8.26	9.59	10.85	12.44	19.34	28.41	31.41	34.17	37.57	40.00
21	8.03	8.90	10.28	11.59	13.24	20.34	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40
22	8.64	9.54	10.98	12.34	14.04	21.34	30.81	33.92	36.78	40.29	42.80
23	9.26	10.20	11.69	13.09	14.85	22.34	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18
24	9.89	10.86	12.40	13.85	15.66	23.34	33.20	36.42	39.36	42.98	45.56
25	10.52	11.52	13.12	14.61	16.47	24.34	34.28	37.65	40.65	44.31	46.93
26	11.16	12.20	13.84	15.38	17.29	25.34	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29
27	11.81	12.88	14.57	16.15	18.11	26.34	36.74	40.11	43.19	46.96	49.65
28	12.46	13.57	15.31	16.93	18.94	27.34	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99
29	13.12	14.26	16.05	17.71	19.77	28.34	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34
30	13.79	14.95	16.79	18.49	20.60	29.34	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67
40	20.71	22.16	24.43	26.51	29.05	39.34	51.81	55.76	59.34	63.69	66.77
50	27.99	29.71	32.36	34.76	37.69	49.33	63.17	67.50	71.42	76.15	79.49
60	35.53	37.48	40.48	43.19	46.46	59.33	74.40	79.08	83.30	88.38	91.95
70	43.28	45.44	48.76	51.74	55.33	69.33	85.53	90.53	95.02	100.42	104.22
80	51.17	53.54	57.15	60.39	64.28	79.33	96.58	101.88	106.63	112.33	116.32
90	59.20	61.75	65.65	69.13	73.29	89.33	107.57	113.14	118.14	124.12	128.30
100	67.33	70.06	74.22	77.93	82.36	99.33	118.50	124.34	129.56	135.81	140.17

الملاحق

الملحق رقم 2 : الترويج لبدائل حليب الأم



أفضل حليب للرضع ينصح به الأطباء لا يسبب غازات ويزيد الوزن | 10 أنواع

< >

Facebook



Sanomil - سانوميل - حليب #سانوميل خني بالفيتامينات التي تعزز نمو طفلك. مكونات طبيعية وآمنة 100% لنمو صحي. نظام متكامل من العناية...

< >

Facebook



حليب اطفال جولاك الاختيار الافضل لصحة طفلك



الملحق رقم 3: أهمية وفوائد الرضاعة الطبيعية حسب في تقرير UNICEF بعنوان

استراتيجية 2020-2030

النظم الغذائية للأطفال سينة بشكل غير مقبول طوال دورة الحياة

إن الاحتياجات الغذائية للطفل تتطور وتتغير عبر كل مرحلة من مراحل نموه - سواء داخل الرحم أو طوال فترة الطفولة وحتى نهاية المراهقة. وعلى الرغم من أهمية التغذية الجيدة طوال دورة الحياة، تشير إحدى التحليلات لأحدث البيانات إلى أن ملايين الأطفال والبالغين والنساء على مستوى العالم ومن مختلف الفئات العمرية لا يستفيدون من الأنظمة الغذائية التي تدعم النمو والتطور الصحيين.

الطفولة المبكرة

تعتبر فترة الرضاعة والطفولة المبكرة (السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل) فترة تشتمل بالنمو السريع والضعف الغذائي حيث يمر الأطفال الصغار عبر تغيرات فسيولوجية كبيرة، وبعد عامين الأولين من الحياة مهمان بشكل خاص، حيث قد يؤدي غياب الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى، ونقص الأطعمة التكميلية المتنوعة والمغذية بعد ذلك، إلى التقزم والهزال ونقص المغذيات الدقيقة، وقد يعرض الأطفال لزيادة الوزن والسمنة والأمراض غير المعدية المرتبطة بالنظام الغذائي.

إن لبن الأم ليس له بديل، لذا توصي اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بأن يبدأ الطفل الرضاعة الطبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة، وأن يتم إرضاعه من ثدي الأم حصرياً خلال الأشهر الستة الأولى، وكذلك مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى عمر عامين أو أكثر. لكن على الصعيد العالمي، يتم إرضاع نصف الأطفال حديثي الولادة فقط (٤٩ في المائة) في الساعة الأولى من ولادتهم، في حين أن أقل من نصف الأطفال دون سن الستة أشهر (٤٤ في المائة) يرضعون رضاعة طبيعية حصرية. هذا وقد حققت كافة المناطق تقريباً ارتفاعات في مجال الرضاعة الطبيعية الحصرية، حيث زادت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية

حصرية بنسبة ٢٠ في المائة بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٨، ومع ذلك لا يتلقى ملايين الأطفال هذه الميزة بسبب نقص الدعم للرضاعة الطبيعية كإلوية للصحة العامة، وسوء الاستشارة والدعم المقدمين للأم التي تختار الرضاعة الطبيعية، والترويج القوي لبندال لبن الأم، حيث نفت مبيعات الحليب الصناعي بين عامي ٢٠٠٨ و٢٠١٣ بنسبة ٤١ في المائة على الصعيد العالمي وبنسبة ٧٢ في المائة في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى.

عندما يبلغ الطفل سن ٦ أشهر، يصبح لبن الأم وحده غير كافٍ لتلبية احتياجاته من الطاقة والمغذيات، حيث تكون الاحتياجات الغذائية للطفل بين سن ٦ و٢٣ شهراً لكل كيلوغرام من وزن الجسم أكبر من أي وقت آخر في الحياة، مما يجعله عرضة بشكل خاص لنقص التغذية وتعثر النمو. وبالتالي فإن اعتماد مجموعة متنوعة من الأطعمة التكميلية إلى جانب الرضاعة الطبيعية يحمي الطفل من المرض والوفاة، ويضمن نموه وتطوره على نحو صحي، ويمنع الإصابة بالتقزم والهزال ونقص المغذيات الدقيقة في مرحلة الطفولة المبكرة، إلى جانب حمايته من زيادة الوزن والسمنة في وقت لاحق من حياته.

هذا وتشير أحدث البيانات والمعطيات حول جودة الأطعمة التكميلية وممارسات التغذية إلى أن طفلياً من كل ثلاثة أطفال بين سن ٦ و٢٣ شهراً (٧٢ في المائة) لا يتناولون حتى الحد الأدنى من النظام الغذائي المتنوع اللازم لنموهم الصحي. وفي حين أن معظم الأطفال (أكثر من ٧٥ في المائة) في هذه الفئة العمرية يتناولون لبن الأم والحليب (القمح أو الأرز أو الذرة أو غير ذلك)، فإن ٤٦ في المائة لا يتناولون أي فواكه أو خضروات وأن ٦٠ في المائة لا يتناولون أطعمة غنية بالعناصر الغذائية كالبيض أو الأسماك أو اللحوم، على الرغم من أن التوصيات العالمية تشير إلى ضرورة تناول الأطفال الصغار لمثل هذه الأطعمة يومياً (أو كلما أمكن ذلك).

الملحق رقم 04



الملحق رقم 5: الإستمارة

جامعة الجزائر 02

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

الاستمارة رقم :

تاريخ إجراء الاستمارة: / ... /

الموضوع :

العوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند المرأة غير العاملة في الجزائر

دراسة ميدانية لولايتي الجزائر و البويرة

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في تخصص : الديمغرافيا و الصحة

تحت إشراف: د. كواش زهرة

الطالب : خالدي عبد الرحمان

الهدف من هذا الاستبيان هو إجراء دراسة ميدانية بعنوان "العوامل المحددة لنمط الرضاعة المتبع عند المرأة غير العاملة في الجزائر"، وذلك لمناقشة أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في تخصص الديمغرافيا و الصحة ، ولذلك نرجو منكم التعاون معنا لإنجاح هذه الدراسة وهذا من خلال إجاباتكم على أسئلة الاستمارة بوضع علامة X في الخانة المناسبة والإجابة على السؤال في حالة وجود نقاط (.....) والذي سيساعدنا كثيراً في الحصول على المعلومات الخاصة بدراستنا. علماً بأن هذه المعلومات الواردة في هذا الاستبيان سرية للغاية وتستعمل لأغراض البحث العلمي فقط ولا يطلع عليها أحد.

أ. بيانات عامة حول الأم و الطفل

(1) ما هو سنك ؟

1- من 20-15 سنة 2- من 25 -20 سنة 3- من 30-25 سنة

4- من 35-30 سنة 5- من 40 -35 سنة 6- من 45-40 سنة

7- من 50 -45 سنة

(2) كم كان سنك عند الزواج؟.....(سنة).

(3) ما هو مستواك التعليمي؟

1-أمية 2- ابتدائي 3- متوسط 4- ثانوي 5- جامعي

(4) ما هو المستوى التعليمي لزوجك؟

1-أمي 2- ابتدائي 3- متوسط 4- ثانوي 5- جامعي

(5) ماهي حالتك المدنية (الزواجية)؟

1-متزوجة 2 - أرملة 3- مطلقة

(6) مع من تقيمين ؟

1-منزل انفرادي 2- مع أسرة الزوج

(7) هل هناك مراكز صحية قريبة من مكان إقامتك؟

1-نعم 2-لا

(8) ما هو عدد مواليدك الأطفال

(9) ما هو سنهم ؟

الملاحق

المولود الأول المولود الثاني المولود الثالث المولود الرابع المولود الخامس

(10) هل يوجد من بين مواليدك التوائم ؟

1-نعم 2-لا

(11) ما هو جنس مولودك الأخير؟

1-ذكر 2- أنثى

(12) ماهي رتبة

(13) كم كانت المدة بين مواليدك؟

1-المولود الأول والثاني 2-الثاني و الثالث 3-الثالث و الرابع 4-الرابع والخامس

II. بيانات حول نمط إرضاع الطفل

(14) ما هو نوع الغذاء الذي تلقاه طفلك الرضيع في الأشهر الأولى من عمره؟

1-رضاعة طبيعية 2-رضاعة اصطناعية 3-رضاعة مختلطة

(15) هل اختيارك لهذا النمط راجع إلى:

1-عدم تزفر الحليب 2-أسباب صحية 3-نقص معارفك حول الموضوع

4-أسباب أخرى (حددي)

.....

(16) إذا كان نمط الإرضاع طبيعياً ، هل كان ذلك من :

1- ثدي الأم 2- بواسطة مضخة لاستخراج الحليب

3-رضاعة طبيعية من غير ثديك (مرضعة أخرى)

(17) هل كنت ترضعين (طبيعياً) طفلاً آخر غير طفلك الرضيع؟

الملاحق

1- نعم 2- لا

18) إذا كان نمط الإرضاع مختلط، ماهو الوقت الذي يتم فيه إرضاع طفلك اصطناعيا :

1- الصباح 2-منتصف النهار 3- في الليل

19) كم كان عدد مرات الإرضاع في اليوم ؟

1. رضاعة طبيعية مرة..... 2. رضاعة اصطناعية مرة.....

3. رضاعة مختلطة مرة طبيعيا مرة.....

20) هل كان عدد مرات الإرضاع تبعا ل:

1-برنامج ساعتين في اليوم 2-كلما كان الطفل يبكي 3-عند توفر الحليب

21) متى تم فطام طفلك الرضيع ؟

1- أقل من 6 أشهر 2-من 6-12 شهر

3-من 12-18 شهر 4- من 18-24 شهر

22) ماهو سبب الفطام ؟

1- عدم توفر كمية كافية من الحليب للإشباع 2- للحفاظ على الرشاقة

3 - أسباب أخرى (حددي).....

23) من قام باتخاذ الرأي بالفطام؟

1. استشارة طبية 2.العائلة 3.الأصدقاء 4.الزوج

5. شخص آخر (حددي).....

III. العوامل الاقتصادية و المستوى المعيشي

24) كم هو دخل الأسرة ؟

الملاحق

1- أقل من 30000 دج ☐ 2- من 30000-60000 دج ☐

3- من 60000-90000 دج ☐ 4- أكثر من 100000 دج ☐

(25) ما هو نوع المسكن ؟

1- بيت تقليدي ☐ 2- بيت قصديري ☐ 3- شقة ☐ 4- فيلا ☐

(26) هل المسكن:

1- ذو ملكية خاصة ☐ 2- مستاجر ☐ 3- آخر (حددي).....

(27) هل توفر لديك كافة الخدمات اللازمة لرعاية صحتك و صحة أطفالك؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(28) إذا كان نمط إرضاعك غير طبيعي ، كم علبة حليب تشتري في الشهر.....

(29) ما هو نوع الحليب الاصطناعي المستعمل؟

1- NESTLEE ☐ 2- NOVALAK ☐ 3- APTAMIL ☐

4- NOURSIE ☐ 5- نوع آخر (حددي).....

(30) هل كان ذلك في المتناول المادي ؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

IV. العوامل الصحية للأم المرضعة و الطفل

(31) هل تعانيين من مرض مزمن ؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(32) إذا كانت الإجابة ب"نعم" ما هو نوع المرض ؟

.....

(33) هل تتابعين العلاج ؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(34) هل في اعتقادك هل تناول أدوية المرض المزمن تؤثر على كمية ادرار الحليب

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(35) هل كانت لديك الرغبة في إنجاب طفلك الرضيع؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(36) هل كنت تتابعين حملك في المراكز الاستشفائية؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(37) إذا كانت الإجابة ب "لا" هل ذلك راجع إلى:

1- أسباب ذاتية ☐ 2- أسباب اجتماعية ☐ 3- أسباب إقتصادية ☐

4- أسباب أخرى (حددي).....

(38) اثناء المراقبة الدورية للحمل هل كنت تتلقين؟

1- نصائح عامة حول الحمل ☐ 2- نصائح حول الارضاع ☐

3- الاثنين معا و نصائح أخرى ☐

(39) اين تمت الولادة؟

1- مستشفى ☐ 2- عيادة خاصة ☐ 3- المنزل ☐ 4- مكان اخر ☐

(40) ما هو سبب اختيار مكان الولادة؟

1- القرب من المنزل ☐ 2- خدمات صحية أفضل ☐ 3- ظروف اقتصادية ☐

4- أسباب أخرى (حددي).....

(41) كيف تمت ولادة طفلك الرضيع؟

الملاحق

1- ولادة طبيعية ☐ 2- ولادة قيصرية ☐

42 إذا كانت الولادة قيصرية ، كيف كانت صحتك بعد الولادة؟

1- جيدة ☐ 2- متدهورة ☐

43 إذا كانت الولادة قيصرية ما هو سبب لجوئك للولادة القيصرية؟

1-مشكل صحي خاص بك ☐ 2-مشكل صحي خاص بالجنين ☐

3- سبب مفاجيء لوضعية الجنين ☐ 4- أخرى (حددي)

44 هل كنت تتناولين مسكنات الألم ؟

1 -نعم ☐ 2- لا ☐

45 إذا كانت الإجابة ب "نعم" كيف كان مفعولها ؟

1- عالي ☐ 2- منخفض ☐

46 هل تعانين مشاكل تشوهية في ثديك؟

1 -نعم ☐ 2- لا ☐

47 إذا كانت الإجابة ب "نعم" ، ما هي هذه المشاكل؟

1- تشقق الحلمة ☐ 2- احتقان الثدي ☐ 3- حروق ، عاهات ☐

48 هل كانت المشاكل التشوهية بسبب؟

1- طريقة الإلتقام ☐ 2- تشوهات خلقية ☐ 3- أسباب أخرى (حددي)

49 هل تعانين من مشاكل نفسية(اكتئاب ، صدمة ، قلق... الخ) ؟

1 -نعم ☐ 2- لا ☐

50 هل أصيب طفلك بمرض ؟

الملاحق

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(51) إذا كانت الإجابة بنعم متى كان ذلك؟

1- قبل الولادة ☐ 2- أثناء الولادة ☐ 3- الشهر الأول بعد الولادة ☐

(52) إذا كانت الإجابة ب"نعم" ، ما هو نوع هذا المرض؟

1- السكر ☐ 2- الإسهال ☐ 3- القيء ☐ 4- السمّة ☐

5- آخر (حددي).....

(53) ما هو سبب هذا المرض ان أمكن تحديده؟

.....

(54) هل تم علاجه ؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(55) إذا كانت الإجابة ب : لا ، هل ذلك راجع إلى:

1- ضروف مادية ☐ 2- التهاون ☐ 3- لا يشكل خطورة كبيرة ☐

(56) كيف كان نمط إرضاعه؟

2- رضاعة طبيعية ☐ 2- رضاعة اصطناعية ☐ 3- رضاعة مختلطة ☐

V. الثقافة الصحية و التنشئة الاجتماعية للمرأة غير العاملة

(57) هل كنت تتناولين وسائل منع الحمل قبل و بعد حملك بطفلك الرضيع؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

(58) إذا كانت الإجابة ب"نعم" ما هو نوعها ؟

1- حبوب ☐ 2- إبر ☐ 3- لولب ☐ 4- واقي ☐ 5- رضاعة طبيعية ☐

59) إذا كانت الحبوب أو الإبر ما نوعها؟

1- الخاصة بالمرضعة ☐ 2- عادية ☐

60) هل أخذتها بوصفة من الطبيب ؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

61) هل تعتقدين أن استعمال المرأة لوسائل منع الحمل (حبوب-إبر) يؤثر على حليب الأم؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

62) هل تلقيت معلومات حول فوائد الرضاعة الطبيعية ؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

63) إذا كانت الإجابة ب"نعم" من هي الجهة التي تلقيت منها المعلومات؟

1- الحماة ☐ 2- الأم ☐ 3- الأخت ☐ 4- الطبيب ☐

5- الزوج ☐ 6- مصادر أخرى (حددي).....

64) هل أرضعت (طبيعياً) طفلك بعد الولادة مباشرة؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

65) إذا كانت الإجابة بنعم فمن ؟

1- حليب اللبا جيد لصحة الطفل ☐ 2- الطفل يبكي ☐ 3- نصائح الممرضة ☐

4- لنزول الحليب ☐

66) إذا كانت الإجابة بنعم فمن الذي شجعك لذلك؟

1- الحماة ☐ 2- الأم ☐ 3- الأخت ☐ 4- الطبيب ☐

الملاحق

5- الزوج ☐ 6- مصادر أخرى (حددي).....

67 هل تهتمين برشاقة جسمك؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

68 هل تهتمين بوزنك؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

69 إذا كانت الإجابة بنعم فلماذا؟

1- رغبة الزوج ☐ 2- رأي شخصي للحفاظ على مظهرك الجميل ☐

70 هل كان ذلك ب:

1- اتباعك لحمية غذائية ☐ 2- ممارسة الرياضة ☐

3- طرق أخرى (حددي).....

71 هل تعتقدين أن نمط الإرضاع الطبيعي من الثدي أو بواسطة مضخة يؤثر على رشاقته؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

72 هل تعلمين أن زيادة عدد مرات الإرضاع يؤدي إلى عدم انقطاع حليب الأم؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

73 ماهي فوائد الرضاعة الطبيعية بالنسبة للطفل في رأيك؟

1- النمو العقلي الجيد للرضيع ☐

2- تقوية المناعة ☐

3- الوقاية من مختلف الأمراض (الجرثومية، السرطانية... الخ) ☐

4- النمو الجيد للأسنان ☐

5- النمو النفسي الجيد ☐

6- غني بالفيتامينات المعادن ☐

فوائد أخرى (حددي).....

74 هل نصحك زوجك بمنط إرضاع معين ؟

2 - نعم ☐ 2- لا ☐

75 إذا كانت الإجابة ب"نعم" فما هو هذا النمط؟

1- رضاعة طبيعية ☐ 2- رضاعة اصطناعية ☐ 3- رضاعة مختلطة ☐

76 في رأيك ما هي المدة الأمثل للرضاعة الطبيعية (بالأشهر)؟

.....

77 ما هي النصائح التي يمكنك تقديمها للنساء حول نوع الرضاعة المتبع؟

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

ملخص الدراسة

تركز الدراسة على أهمية الرضاعة الطبيعية باعتبارها الوسيلة المثلى لتغذية الرضع وضمان نموهم الصحي، لما توفره من فوائد غذائية وعاطفية للأم والطفل. تُعد فترة الرضاعة والطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال، حيث يتطلب النمو السريع في هذه المرحلة تغذية ملائمة. ومع ذلك، أدى الانخفاض العالمي والمحلي في معدلات الرضاعة الطبيعية إلى مشكلات صحية مثل التقزم والهزال ونقص المغذيات الدقيقة والسمنة. وتظهر تقارير منظمة اليونيسيف أن الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى يمكن أن تنقذ حياة 1.3 مليون طفل سنوياً، إلا أن نسبتها في الجزائر بلغت 28.7% فقط في عام 2019، مقارنة بمعدل عالمي قدره 38%. تُبرز الدراسة تأثير الحملات التسويقية للحليب الصناعي على هذا الانخفاض، خاصة في الدول النامية، إلى جانب عوامل اقتصادية واجتماعية مثل مستوى المعيشة والوعي الصحي للأمهات. وقد أظهرت الإحصائيات أن الأمهات غير العاملات في الجزائر يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية بنسبة لا تتجاوز 50% خلال السنة الأولى، مما يشير إلى فجوة بين التوصيات الصحية والواقع. تهدف الدراسة إلى فهم العوامل المؤثرة على اختيار النساء غير العاملات لنمط الرضاعة، ومنها الثقافة الصحية والتنشئة الاجتماعية والمستوى المعيشي للأسرة والخصائص الديمغرافية للأم وظروفها الصحية وظروف طفلها. وتخلص إلى أن التنشئة الاجتماعية والوعي الصحي يلعبان دوراً حاسماً في اختيار الرضاعة الطبيعية، بينما يؤدي ارتفاع المستوى المعيشي إلى تراجع الإقبال عليها. تسعى الدراسة إلى تقديم توصيات لتعزيز معدلات الرضاعة الطبيعية عبر حملات توعية وسياسات داعمة لتحسين صحة الأطفال وضمان تغذية سليمة وفق المعايير العالمية.

Study Summary

This study focuses on the importance of breastfeeding as the optimal method for infant nutrition and healthy growth, due to the nutritional and emotional benefits it provides to both mother and child. The breastfeeding and early childhood period is a critical stage for child development, as rapid growth during this phase requires adequate nutrition. However, the global and local decline in breastfeeding rates has led to health problems such as stunting, wasting, micronutrient deficiencies, and obesity.

UNICEF reports show that exclusive breastfeeding during the first six months could save the lives of 1.3 million children annually. Yet, in Algeria, the exclusive breastfeeding rate was only 28.7% in 2019, compared to a global average of 38%. The study highlights the impact of formula milk marketing campaigns—particularly in developing countries—on this decline, in addition to economic and social factors such as living standards and mothers' health awareness.

Statistics reveal that non-working mothers in Algeria breastfeed their children at a rate of no more than 50% during the first year, indicating a gap between health recommendations and actual practices. The study aims to understand the factors influencing non-working women's choice of feeding method, including health education, social upbringing, family living standards, maternal demographics, maternal and child health conditions.

It concludes that social upbringing and health awareness play a decisive role in the choice to breastfeed, while higher living standards are associated with a decline in breastfeeding rates. The study seeks to offer recommendations to boost breastfeeding rates through awareness campaigns and supportive policies to improve child health and ensure proper nutrition in line with global standards.