تطور السلوك الغذائي عند الطفل من الولادة حتى نهاية العام الثاني*

فايز نايف القنطار**

ملخص: يهدف هذا البحث إلى متابعة نمو الطفل عبر دراسة ممتدة من الولادة حتى نهاية العام الثاني والتركيز على الجوانب التالية:

دراسة تطور سلوك التغذية عند الطفل من الولادة حتى نهاية العام الثاني، خصوصاً فيما يتعلق بالإرضاع الطبيعي ومدته ونسبته في غذاء الطفل، وتحديد بداية إدخال الأغذية الإضافية، ونوعها ونسبتها. تبين نتائج هذه الدراسة الطولية الممتدة، (التي تناولت 169 طفلاً وطفلة من الولادة حتى نهاية السنة الثانية من العمر) أن نسبة الأمهات اللاتي يرضعن بواسطة الثدي لا تتجاوز 48%، وأن متوسط مدة الإرضاع للطفل لا تتجاوز 77 يوماً. وتشير هذه النتائج إلى انخفاض أهمية الإرضاع الطبيعي في تغذية الطفل. ويرتبط هذا الانخفاض ببعض المعتقدات الخاطئة للأم، المتعلقة بتغذية الطفل؛ إذ إن نسبة 71% من الأمهات يعتقدن أن حليب الأم لا يكفي وحده لتغذية الطفل. كما أن الحرمان المبكر من التواصل الحسي بين الطفل والأم بعد الولادة مباشرة يمكن أن يفسر عرقلة إطلاق الإرضاع الطبيعي.

المصطلحات الأساسية: الإرضاع الطبيعي، عمل الأم، أسلوب التغذية في المراحل المبكرة، التفضيل الغذائي، الإرضاع والعوامل الحسية والسيكولوجية.

المقدمة:

يعد السلوك الغذائي من أهم أشكال السلوك التي تمكن الفرد من البقاء والنمو والنشاط. ويأخذ هذا السلوك أهمية خاصة في المراحل النمائية الأولى، ويتأثر

* بدعم من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

** علم النفس التربوي، الجامعة العربية المفتوحة، فرع دولة الكويت.

بمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. ويشكل هذا السلوك في المرحلة المبكرة من العمر؛ حيث يعتمد الطفل اعتماداً كلياً على الكبار – خصوصاً على الأم –، ويخضع في تطوره لتأثير الوسط الاجتماعي – الأسري عبر عملية طويلة ممتدة، قبل أن يتمكن الطفل من الاعتماد على نفسه في تحديد الغذاء المناسب لنموه وصحته ونشاطه من حيث النوعية والكمية.

لقد أصبح من الواضح أن صحة الطفل ونموه بشكل مناسب، من مختلف الجوانب الجسمية والنفسية، يرتبطان – إلى حد كبير – بالسلوك الغذائي الذي اعتاده (براون وبوليت، 1996). فالكثير من الأمراض ومن أشكال القصور في النشاط الجسدي والعقلي تكون محصلة لاضطراب في السلوك الغذائي، أو نتيجة لسوء التغذية والغذاء غير المتوازن (Drewett et al., 2003; Winters, 2003). كما أن الكثير من المشكلات الصحية والسيكولوجية تكون محصلة للإفراط في التغذية، خصوصاً السمنة التي تكون – غالباً – نتيجة الإفراط في تغذية الطفل في المراحل المبكرة من النمو (فايز قنطار، 2005 ب).

وقد أظهرت البحوث الحديثة تغيراً مهماً في أساليب تغذية الطفل خصوصاً فيما يتعلق بسلوك الإرضاع عند الأم؛ إذ تنخفض نسبة الأمهات اللواتي يرضعن الطفل بواسطة الثدي في المجتمع الكويتي، مقارنة ببعض المجتمعات العربية، وتميل الأم إلى استخدام طرائق جديدة في تغذية الطفل (فريح العنزي وفايز قنطار، 2002). ويتأثر هذا السلوك بعوامل مختلفة اقتصادية واجتماعية وثقافية معرفية (فايز قنطار ومنى بعيوفليس، 2003؛ Sciacca and Dube, 1995).

إن هذه التغيرات في تغذية الطفل تترك آثاراً عميقة عنده وعند الأم في الجوانب الصحية والنفسية. فحليب الأم يفوق في قيمته الغذائية الحليب المصنع، وهو أكثر ملاءمة لحاجات الطفل الغذائية والصحية من أي غذاء آخر (علي التنير، 1983؛ فايز قنطار، 83:1992)؛ إذ يمكن الطفل حديث الولادة من النمو واكتساب المناعة ضد العديد من أمراض الطفولة (نيومان، 1996).

كما أن الإرضاع الطبيعي يعود بالفائدة على الأم من الناحيتين البيولوجية

والنفسية؛ فالمثيرات التي تتعرض لها الأم عند إعطائها الثدي للصغير تساعد في استعادة أوضاعها الجسدية إلى ما كانت عليه قبل الولادة، وتعزز شعورها بالنجاح والتحقق وراحة الضمير، وهذا ينعكس على وضعها الجسدي والنفسي (فايز قنطار، 1992: 83)، كما يجنبها – إلى حد بعيد – احتمال الإصابة بسرطان الثدي (Stuart-Macadam and Dettwyler, 1995 p.6).

وتتجاوز الآثار السلبية للإرضاع الاصطناعي الجانب الغذائي والصحي وتتعداها لتصيب الجوانب النفسية والاجتماعية. فعدم إعطاء الثدي للطفل يعني أيضاً حرمان الأم والطفل من خبرات حسية مبكرة في التبادل اللمسي والبصري والشمي (Schaal et Kontar, 1998; Schaal et al., 1997)؛ لأن استخدام الزجاجة يقلل من فرص التفاعل الذي يأخذ أهمية خاصة في تطور العلاقة بين الطفل والأم (فايز قنطار 1992: 88)، في حين يوفر الإرضاع الطبيعي للطفل فرص التبادل الحسي مع الأم؛ فعندما ترضع الأم طفلها تشعره بحرارة جسدها وحنو لمساتها ورقة مناغاتها (فايز قنطار 1992: 98)؛ ما يجعل الإرضاع – بحق – الإطار الأولي للتنشئة الاجتماعية الذي يتم عبر نسق معقد من التفاعل الاجتماعي بين الأم والطفل. وعبر جسد الأم يكتسب الطفل الخصائص الأولى للبيئة الحسية للثقافة المحيطة (Schaal et al., 1997).

وتأخذ مسألة التواصل المبكر بين الأم والطفل أهمية خاصة في تطور العلاقة بين الطرفين؛ فمنذ سبعينيات القرن الماضي (Klaus et al., 1970; Klaus and Kennell, 1976; Kennell et al., 1973) بدأ الباحثون يهتمون بدراسة التواصل الحسي المبكر وتأثيره في سلوك الأم وفي مستقبل العلاقة بينها وبين الطفل. وأشارت هذه البحوث إلى أن الكثير من الاختلافات الكمية والكيفية في سلوك الأم في المراحل اللاحقة تتأثر – إلى حد بعيد – بطبيعة التواصل المبكر بينها وبين الصغير بعد الولادة مباشرة (فايز قنطار، 2005 أ). فالأم تؤثر تأثيراً قوياً في انتقال التفضيل الكيميائي – الحسي من الأهل إلى الطفل عبر صياغتها للبيئة الغذائية الحسية؛ حيث يتكون عبرها دماغ الطفل منذ المرحلة الجنينية (Schaal et al. 2008).

كما أوضحت بعض البحوث أهمية التواصل الحسي (البصري والشمي

واللمسي) المبكر في تطور العلاقة بين الأم والطفل (Schaal et Kontar, 1998; Schaal et al., 1997)، وألحت هذه البحوث على أهمية حماية هذا التواصل وعدم فصل الصغير عن الأم إلا في حالات الضرورة القصوى (Castral, et al., 2008)، لما لذلك من أهمية كبيرة في إطلاق سلوك الإرضاع (فايز قنطار 1992، ص74).

لم نتمكن من إيجاد أي أثر لهذه الدراسات في البحوث المنشورة باللغة العربية، فنحن لا نعرف شيئاً عما يحدث في دور الولادة، وهل يتم التقيد بحماية التواصل بين الأم والطفل؟ كيف يتم التعامل مع الأم ومع الطفل بعد الولادة مباشرة؟ وهل تؤخذ في الحسبان أهمية هذه المرحلة وتأثيرها في الأم والطفل من مختلف الجوانب البيولوجية والسيكولوجية؟

أوضحت بحوث حديثة أهمية السنة الأولى من حياة الطفل في تطور تفضيله الغذائي، فالأغذية التي يتناولها الطفل، بمختلف أشكالها، تمثل إثارة متكررة لمستقبلات كيميائية حسية محددة تؤدي إلى بزوغ التفضيل الغذائي (Nicklaus and Monnery-Patris, 2003). تؤثر الخبرات الغذائية في السنة الأولى من عمر الطفل في التفضيل الكيميائي الحسي أو في قبول الغذاء بشكل دائم، يستمر في المراحل اللاحقة من الحياة. فمذاق الأغذية التي تتناولها الأم المرضع تنقل إلى الصغير، عبر الحليب، خبرات حسية غنية ومعقدة؛ فعند الفطام يتمكن الأطفال الذين يتغذون من الثدي من التكيف مع الأغذية الجديدة أسرع من أقرانهم الذين يتغذون من الزجاجة (Maier et al., 2008). كما بينت دراسة أخرى تأثير نوع الحليب الصناعي الذي يتناوله الصغير في تفضيله الغذائي (Julie and Beauchamp, 2002).

كما أشارت بعض الدراسات (Batrouni et al., 1996; Grummer-Strawn, et al., 1996) إلى احتمال انخفاض نسبة الإرضاع الطبيعي ومدته في البلدان الإفريقية والآسيوية. فنسبة 16% من الأطفال منذ الولادة ولغاية الشهر الثالث يتغذون بواسطة الثدي كغذاء وحيد. ونسبة 29% بين الشهر السادس والشهر التاسع يتغذون على الثدي وأغذية إضافية. في حين لا يستمر في الإرضاع بعد إتمام العام الأول إلا نسبة 27% من الأطفال (فايز قنطار، 2001).

وفي دراسات عديدة يتبين أن الإرضاع الطبيعي كغذاء وحيد للطفل، يميل إلى الانخفاض تدريجياً منذ الأشهر الأولى من حياته؛ إذ بلغت هذه النسبة في دراسة هندية (Banapurmath et al., 1996) 94% في الشهر الأول، 83% في الشهر الثاني، وانخفضت إلى 72,5% في الشهر الثالث، ثم إلى 26,8% في الشهر السادس.

ويعكس انخفاض نسبة الإرضاع الطبيعي ومدته في بعض المجتمعات الحديثة أزمة بيولوجية – ثقافية عميقة (Catipovic et al., 1998; Giugliani et al., 1996; Karel and Papousek, 1996). وفي المجتمعات العربية لا يعرف الكثير عن تطور سلوك الإرضاع عند الأمهات؛ وذلك لقلة البحوث في هذا الميدان (Al-Ayed and Qureshi, 1998؛ فايز قنطار، 2001).

في بلدان الخليج العربي، يميل الإرضاع الطبيعي إلى الانحسار، فقد حدث تغير كبير في هذا السلوك نتيجة التغيرات الاقتصادية الاجتماعية الحديثة؛ إذ انخفضت مدة الرضاعة من الثدي، وأصبح الحليب الصناعي يقدم لمعظم الأطفال في مراحل مبكرة من نموهم (عبدالرحمن مصيقر ولطيفة النجار، 1994).

في دراسة سلوى الخطيب (1993) المتعلقة بآثار الطفرة الاقتصادية على أساليب التنشئة الاجتماعية في المجتمع السعودي، أوضحت هذه الدراسة التغير السريع في سلوك الإرضاع عند المقارنة بين مجموعة من النساء وأمهاتهن. فبينما كانت نسبة الأمهات اللواتي يعطين الثدي 97,8% انخفضت هذه النسبة عند بناتهن عندما أصبحن أمهات إلى 78,9%، كما أن مدة الإرضاع كانت تزيد على سنتين عند الأمهات، في حين انخفضت هذه المدة عند بناتهن إلى فترة تراوح بين سنة وسنة ونصف.

إضافة إلى ذلك، تندر الدراسات العربية التي تتناول خصائص السلوك الغذائي للطفل في المراحل المختلفة من النمو، وتطور عاداته الغذائية (Musaiger, 1996)، وبلوغه الاستقلال والاعتماد على نفسه في تناول الغذاء، علماً بأن البحوث في مجتمعات أخرى قطعت شوطاً مهماً في هذا المجال (Skinner et al., 1997)

ما العوامل التي تؤثر في تعديل مواقف الأم وسلوكها نحو الطفل؟ وما التغيرات التي ترتبط بتغيير نمط تغذية الطفل التقليدية؟

إن معرفة خصائص سلوك تغذية الطفل، ودور الأم الشابة في ذلك، أصبح ضرورة ملحة في ضوء التغيرات التي طرأت على هذا السلوك. سنحاول في هذا البحث متابعة نمو الطفل، عبر دراسة ممتدة، من الولادة حتى نهاية العام الثاني والتركيز على الجوانب التالية:

– دراسة تطور سلوك التغذية عند الطفل من الولادة حتى نهاية العام الثاني، خصوصاً فيما يتعلق بالإرضاع الطبيعي ومدته ونسبته في غذاء الطفل، وتحديد بداية إدخال الأغذية الإضافية، ونوعها ونسبتها.

– تعرف العوامل التي يمكن أن تؤثر في سلوك الإرضاع الطبيعي، وموقف الأم ومعتقداتها المتعلقة بغذاء الطفل وتأثير ذلك في أساليب تغذية الطفل، وتأثير التواصل المبكر بعد الولادة بين الأم والطفل في سلوك الإرضاع.

وسنحاول في هذا البحث الإجابة عن الأسئلة التالية:

ما نسبة الإرضاع الطبيعي؟ وما مدته؟ وما العوامل المؤثرة فيه؟ متى يبدأ الطفل تناول الأغذية الإضافية؟

ما العوامل التي تؤثر في سلوك الأم وأساليبها في تغذية الطفل؟

إن الإجابة عن هذه الأسئلة تستوجب تعميق البحوث لما لذلك من أهمية كبيرة في الميادين الاجتماعية والتربوية والصحية والاقتصادية.

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى ما يلي:

– توضيح خصائص السلوك الغذائي وأساليب الأم في تغذية الطفل في المجتمع الكويتي من الولادة حتى عمر السنتين.

– تحديد الفترة الزمنية التي ينتقل عبرها الطفل من الإرضاع الطبيعي إلى الأغذية العادية.

– تحديد تأثير التواصل المبكر بعد الولادة مباشرة بين الأم والطفل في سلوك الإرضاع، وكذلك تأثير بعض العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية في هذا السلوك وفي تغذية الطفل.

– إيجاد العلاقة بين خصائص تغذية الطفل ونموه الجسدي وحالته الصحية والنفسية، وخصائص علاقته بالأم.

فروض البحث:

يستند هذا البحث إلى فرضين أساسيين:

أ – توجد فروق جوهرية في أساليب الأمهات في تغذية الأطفال وفطامهم بحسب المتغيرات التالية:

1 – عمر الأم.

2 – المستوى التعليمي للأم.

3 – عمل الأم.

4 – جنس الطفل.

ب – توجد فروق جوهرية في أساليب الأمهات في تغذية الأطفال وفطامهم بحسب المتغيرات الحسية والمعرفية – السيكولوجية المتعلقة بالأم والطفل، ومن هذا الفرض يمكن أن نشتق الأسئلة التالية:

1 – هل يؤثر التواصل الحسي اللمسي بين الأم والطفل، بعد الولادة مباشرة، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

2 – هل يؤثر الانفصال بين الأم والطفل، بعد الولادة مباشرة، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

3 – هل تؤثر معارف الأم ومعتقداتها، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

منهج البحث:

بدأت الدراسة في الشهر التاسع من عام 2004 وانتهت في نهاية عام 2007 في بيئتين أساسيتين:

1 – في محافظتي العاصمة وحولي (مركز الرميثية الصحي، مركز الفيحاء الصحي، ومركز الدعية الصحي).

2 – في محافظة الجهراء (مركز العيون الوقائي).

اعتمد المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة الطولية التتبعية التي تتناول الطفل من الولادة إلى إتمامه السنتين من العمر، وقد جمعت المعطيات المتعلقة بالطفل مرة كل شهرين، مما مكن الباحث من متابعة تطور سلوك الطفل ونمط تغذيته ومعايير نموه الجسمي (الطول والوزن ومحيط الرأس).

تقوم الباحثات المساعدات بمتابعة التواصل مع الأم ومقابلتها مرة واحدة كل شهرين لمتابعة الطفل في المركز الصحي، بالتعاون مع الممرضات والأطباء، وتسجيل التغيرات التي يظهرها الطفل في مختلف جوانب النمو.

أ – عينة البحث:

توزعت الباحثات المساعدات في مركز الرميثية الصحي، مركز الفيحاء الصحي، ومركز الدعية الصحي بمحافظتي العاصمة وحولي. وفي مركز العيون الوقائي في محافظة الجهراء بهدف التواصل مع الأمهات لدى اصطحاب الطفل حديث الولادة إلى المركز الصحي.

تكونت عينة البحث من 169 طفلاً، 95 من الذكور و 74 من الإناث، وكان يتصل بالأم بعد الولادة لتعريفها بالبحث وأهميته بالنسبة للطفل، وتقبل الأم والطفل في عينة البحث عند موافقة الأم على التعاون مع الباحثات المساعدات، مع التزام بعض المعايير.

بلغ متوسط عمر الطفل 66,91% يوماً + –14,64 عند إجراء المقابلة الأولى مع الأم والطفل، (إن استخدام t test بين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث؛ أي إن أعمار أطفال العينة، عند بداية البحث، متجانسة عند كلا الجنسين).

ومن شروط اختيار الطفل في عينة البحث:

1 – أن يكون الطفل والأم بصحة جيدة، ودون مشكلات أو اضطرابات صحية أو غيرها.

2 – موافقة الأهل على استمرار التعاون مع الباحثات حتى بلوغ الطفل عمر السنتين.

3 – أن تكون الأم كويتية.

خصائص العينة:

مهنة الأم:

64% من الأمهات موظفات والنسبة المتبقية ربات بيوت.

المستوى التعليمي:

أكثر من 60% من الأمهات من حملة الشهادات الجامعية، ونسبة 35% يحملن

الشهادة الثانوية أو المتوسطة. ونسبة قليلة (2,4%) توقفت عن متابعة الدراسة بعد المرحلة الابتدائية. كما يلاحظ، عند الآباء، انخفاض نسبة حاملي الشهادات الثانوية (14,8%) والعليا (49,1%) مقارنة بالأمهات.

عمر الأبوين:

بلغ متوسط عمر الأم 28,35 سنة، وعمر الأب 31,69، ومتوسط عدد الأطفال 2,88 في الأسرة موضوع الدراسة.

التوزع الجغرافي:

وصل عدد الأمهات المشاركات في البحث إلى 169 موزعات على النحو التالي:

83 أماً مع طفلها في الجهراء – مركز العيون الوقائي.

86 أماً مع طفلها في محافظتي حولي والعاصمة (مركز الرميثية الصحي، مركز الفيحاء الصحي، مركز الدعية الصحي).

المستوى الاقتصادي:

معظم أفراد العينة ينتمون إلى الطبقات الوسطى: 13% دخلهم أقل من 500 دينار كويتي، و13% دخلهم أكثر من 1500 دينار، أما الغالبية (74%) فيراوح دخلها بين 500 – 1500 دينار.

ب – أدوات البحث وإجراءاته:

1 – المقابلة:

تقوم الباحثة المساعدة بمقابلة الأم وتطبيق الاستبانة المؤلفة من 44 سؤالاً (ملحق1)، واستخدمت وقيس صدقها وثباتها في بحوث سابقة (فايز قنطار 2001؛ فريح العنزي وفايز قنطار، 2002؛ فايز قنطار ومنى بعيوفليس، 2003) وتتضمن ثلاثة نماذج؛ حيث عدلت هذه النماذج بما يتناسب مع نمو الطفل وتطور تغذيته ونشاطه الحركي من الولادة حتى بلوغه السنتين.

هذه الاستبانة موجهة للأم بعد الولادة، وتقوم الباحثة المساعدة بمقابلة الأم وتطبيق الاستبانة في الزيارة الأولى حيث بلغ متوسط عمر الطفل 66,9% يوماً + – 14,64%. بهدف الحصول على المعطيات المتعلقة بالأم والطفل من مختلف الجوانب

الصحية والغذائية والاجتماعية والنفسية في المراحل الأولى بعد الولادة حتى إجراء المقابلة، وتم الاستمرار في متابعة الطفل حتى بلوغه السنتين.

وتتضمن هذه الاستبانة أسئلة تتعلق بمعلومات عن الأسرة، العمر والمهنة والمستوى التعليمي... وأسئلة تقتصر إجابتها على نعم أو لا أو اختيار من متعدد. أما الأسئلة المفتوحة فهي قليلة ولم تعالج إلى الآن.

2 – تطبيق الاستبانة والاختبارات:

عند حضور الأم والطفل إلى المركز الصحي، تستقبلها الباحثة المساعدة «في غرفة خاصة» تحتوي أدوات القياس الطبية، وبعض الألعاب الخاصة بالأطفال في هذه المرحلة، وتوفر الشروط المناسبة للأم والطفل (الجلوس واللعب) طيلة فترة المقابلة وتطبيق الاستبانة وإجراء الاختبار. ويكرر تطبيق الاستبانة والاختبار مرة كل شهرين؛ إذ تقوم الباحثة المساعدة بتسجيل إجابات الأم عن أسئلة الاستبانة؛ بحيث يمكن تعرف أساليب تغذية الطفل وكمية الغذاء ونوعيته، وتفضيل الطفل لبعض الأغذية أو نفوره منها، ومدة نوم الطفل وخصائصه، والأمراض التي يصاب بها. كما تتضمن الاستبانة أسئلة تهدف إلى الكشف عن مزاج الطفل ونشاطه الحركي وخصائص علاقته بالأم وكيف تنظر الأم إلى الطفل هل هو هادئ أو نشط، سهل أو صعب؟

كما تقاس المعايير المتعلقة بالنمو (الطول والوزن ومحيط الرأس) باستخدام الميزان وأدوات القياس المعتمدة من قبل وزارة الصحة، والتأكد من سلامة صحة الطفل، حيث تكون المقابلة بعد زيارة طبية في المراكز الصحية المذكورة حيث أجري البحث.

بدأ إجراء المقابلة الأولى والاختبارات بعد إتمام الطفل شهره الثاني، وتمت متابعة الطفل حتى نهاية عامه الثاني؛ حيث أمكن تكرار ذلك بمعدل مرة واحدة كل شهرين لكل طفل من أطفال العينة (بمعدل 11 اختباراً لكل طفل).

بعد إجراء المقابلة (تطبيق الاستبانة – ملحق 1) في الزيارة الأولى، تستخدم بطاقة متابعة طيلة السنة الأولى من عمر الطفل، وتستخدم المقابلة أيضاً بهدف تطبيق بطاقة المتابعة، بشكل مطابق لطريقة تطبيق الاستبانة الأصلية. أما خلال السنة الثانية، فتستخدم بطاقة متابعة معدلة، بما يتناسب وتطور سلوك الطفل؛

بحيث تجمع المعطيات المستجدة المتعلقة بالسلوك الغذائي والنشاط الحركي للطفل. وكرر ذلك في أثناء نمو الطفل مرة واحدة كل شهرين تقريباً.

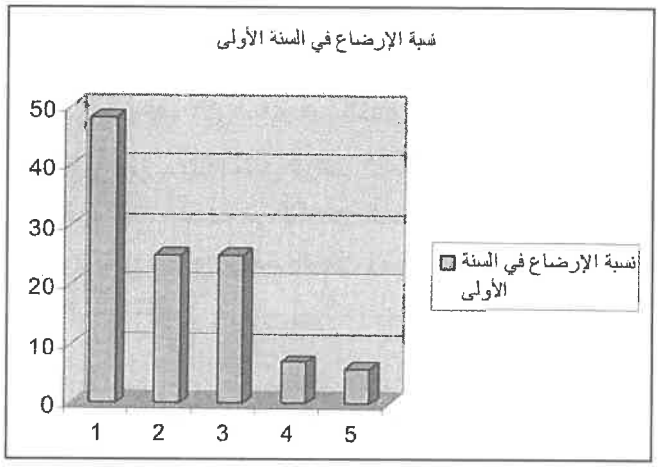
تفاوت عدد الأطفال في الاختبارات المختلفة، بسبب صعوبة تعاون الأهل مع الباحثين، وعدم الالتزام بمواعيد الاختبارات.

نتائج البحث:

أوضحت نتائج هذا البحث ما يلي:

أولاً – السلوك الغذائي عند الطفل – خصائص عامة:

تبين نتائج هذا البحث أن نسبة الإرضاع الطبيعي، في هذه المرحلة المبكرة من نمو الطفل (2,23 شهر)، هي 48%. تنخفض هذه النسبة إلى 25% في الشهر الخامس، وتستمر كذلك حتى نهاية الشهر السابع، ثم تنخفض من جديد إلى أقل من 8% في الشهر العاشر، وتستمر كذلك حتى مطلع السنة الثانية من حياة الطفل (الشكل 1)، ثم تتلاشى تدريجياً بعد ذلك.



شكل (1) – متوسط عمر الطفل: 1–2,23 شهر، 2–4,76 أشهر، 3–7,03 أشهر، 4–9,2 أشهر، 5–10,5 شهور

أشارت بعض البحوث الحديثة التي أجريت في السنوات السابقة إلى تأكيد هذه النتيجة؛ أي تراجع نسبة أطفالهن السابقين من أمهات العينة بلغت 75%، في حين لم تتجاوز هذه النسبة 48% في إرضاع الطفل الحالي.

1-1 – أسباب التوقف عن الإرضاع الطبيعي:

أوضح هذا البحث أن أهم أسباب التوقف عن الرضاعة – كما تراها الأم – هي عدم كفاية لبن الأم ورفض الطفل للثدي (جدول 1).

جدول (1)
النسبة المئوية لأسباب التوقف عن الإرضاع الطبيعي كما تعلنها الأم

أسباب التوقف عن الإرضاع	النسبة المئوية
1 – عدم كفاية لبن الأم	%39,1
2 – رفض الطفل للثدي	%26,1
3 – مرض الأم	%19,6
4 – العودة إلى العمل	%13

من بين خيارات الإجابة المتاحة للأم «وصول الطفل إلى سن مناسبة» لا يوجد أي إجابة تتعلق بذلك؛ أي أن التوقف عن الإرضاع الطبيعي لم يكن استجابة لوصول الطفل لعمر مناسب وعدم حاجته للثدي.

1-2– طريقة الأم في وقف الإرضاع من الثدي:

في السنة الأولى من حياة الطفل توقف الأم إعطاء الثدي للطفل بالتدريج بنسبة 46,6%، في حين تبلغ هذه النسبة في التوقف المفاجئ 43,4%. كما أن غالبية الأمهات لا تضع مواد منفرة على الثدي لإبعاد الطفل وفطامه، حدث ذلك عند اثنتين فقط من بين 76 أماً. وفي السنة الثانية يتوقف إعطاء الثدي عند معظم الأمهات.

جدول (2)
طريقة الأم في وقف الإرضاع الطبيعي

		النسبة المئوية
طريقة الأم في وقف الإرضاع من الثدي	– توقف تدريجي	%46,6
	– توقف مفاجئ	%43,4
ردة فعل الطفل عند إيقاف الرضاعة من الثدي	– بكاء واحتجاج	%12,2
	– عدم الاهتمام	%87,8

1-3- ردة فعل الطفل عند إيقاف الرضاعة بواسطة الثدي (الفطام):

عند دراسة ردة فعل الطفل على الفطام، يلاحظ أن غالبية الأطفال يواجهون هذا الحدث المؤلم دون اهتمام (87,8%). 12% منهم فقط يبكون ويحتجون (الجدول 2)؛ مما يبين ضعف دور الإرضاع الطبيعي في تغذية الطفل، وتدني مكانة الثدي في الحياة السيكولوجية والبيولوجية للطفل.

1-4- تحول الطفل إلى الأغذية الجامدة:

يبدأ الأهل تدريجياً بإدخال الأغذية الأخرى كغذاء إضافي للإرضاع بشكليه الطبيعي أو الصناعي. ويبلغ متوسط عمر الطفل 2,5 شهر عند إضافة الأغذية السائلة (العصائر) و3,92 أشهر عند إضافة الأغذية الجامدة (الجاهزة في معظم الأحيان).

يبدو أن الطفل يبدأ بتعرف بعض الأغذية السائلة في أثناء الشهر الثالث وعلى الأغذية الجامدة في الشهر الرابع.

1-5- كيف يتغذى الطفل؟

في الشهر الثالث من العمر يبلغ متوسط عدد الوجبات من الزجاجة 7,14 (+ – 2) في حين يبلغ عددها من الثدي 5,61 (+ –2,5)، فيكون العدد؛ أي عدد الوجبات، أعلى في حال الإرضاع من الزجاجة والفرق ذو دلالة إحصائية. كما يبلغ متوسط مدة الوجبة من الزجاجة 11,7 (+ –10) دقيقة في حين تبلغ من الثدي 9,38 (+ – 5,5)؛ إذ تكون مدة الوجبة أعلى عند الإرضاع من الزجاجة.

يكون متوسط مدة الوجبات، عامة من الزجاجة ومن الثدي، من الشهر الخامس إلى الشهر الحادي عشر، أعلى في حال الإرضاع من الزجاجة، وتميل هذه المدة إلى الانخفاض مع التقدم في العمر في كلتا الحالتين. وفي السنة الثانية يتلاشى الإرضاع من الثدي كما ينخفض عدد الرضعات من الزجاجة؛ بحيث يراوح من 2–4 مرات في اليوم.

وهذا يؤشر إلى استقلالية الطفل التدريجية؛ بحيث يبدأ تناول وجباته مع أفراد الأسرة كما يبدأ بالاعتماد على نفسه في تناول الغذاء.

1-6- تناول الغذاء مع باقي أفراد الأسرة:

في مطلع السنة الثانية، نسبة 60% من الأطفال يأخذون وجباتهم مع باقي أفراد الأسرة، ثم ترتفع هذه النسبة إلى 72% في الشهر الخامس عشر، لتصل إلى 86,7% في عمر السنة والنصف. وفي نهاية السنة الثانية جميع الأطفال تقريباً يأخذون وجباتهم مع باقي أفراد الأسرة.

يميل الطفل إلى التوافق مع التوقيت الأسري في تناول الغذاء ومحاولة الأسرة دمج الطفل في نظامها الغذائي.

1-7- اعتماد الطفل على نفسه في تناول الغذاء:

إن أقل من 20% من الأطفال في مطلع السنة الثانية يعتمدون على أنفسهم في تناول الغذاء، ومعظمهم يتمكن أحياناً من الاعتماد على نفسه في ذلك، في حين تعتمد نسبة 24% على الآخرين (الأم أو الخادمة) في تناول الغذاء.

يزداد اعتماد الطفل على نفسه تدريجياً في تناول الغذاء؛ إذ إن هناك 76% من الأطفال يعتمدون على أنفسهم بشكل منتظم أو أحياناً في تناول غذائهم في الشهر الخامس عشر. وترتفع هذه النسبة إلى 87% مع اقتراب الطفل من عامه الثاني؛ حيث معظم أطفال العينة يعتمدون على أنفسهم في ذلك.

ثانياً - نتائج الفرض الأول:

- بعض المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الإرضاع الطبيعي:

2-1- عمر الأم:

إن مقارنة أعمار الأمهات اللواتي يرضعن رضاعة طبيعية مع مثيلاتهن ممن يستخدمن الرضاعة الصناعية لا تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (P-value > .05). إلا أن الفروق بين عمر المجموعتين تقترب من مستوى الدلالة (p = 0.076 t test)؛ مما يدعو إلى الاستنتاج أن سلوك الإرضاع يميل إلى التأثر بمتغير عمر الأم.

جدول (3)

مقارنة أعمار الأمهات (بالسنوات) استناداً إلى طريقة تغذية الطفل في شهره الثالث من العمر، الأمهات اللواتي لا يعطين الثدي للطفل، الأمهات اللواتي يعطين الثدي للطفل المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (ت)

عمر الطفل	عمر الأم التي تعطي الثدي ن=87		عمر الأم التي لا تعطي الثدي ن=81		قيمة ت
	م	ع	م	ع	
الطفل في الشهر الثالث	28,98	5,5	27,55	4,7	0;076
الطفل في الشهر الخامس	ن = 62		ن=21		*0,035
	30,31	5	27,85	4,3	

تبين نتائج هذا البحث أن الأم الشابة تميل – بوجه عام – إلى استخدام الأغذية الصناعية بالمقارنة مع الأم الأكبر سناً. فمتوسط عمر الأم التي تغذي طفلها بواسطة الزجاجة أعلى من متوسط عمر الأم التي تعطي الثدي، ويكون الفرق في بعض المراحل ذا دلالة إحصائية.

وتؤكد مقارنة أعمار الأمهات استناداً إلى طريقة تغذية الطفل، في مراحل لاحقة، النتيجة السابقة.

تبين هذه النتائج أن متوسط عمر الأم التي ترضع إرضاعاً طبيعياً أعلى من متوسط عمر الأم التي تغذي الطفل بواسطة الزجاجة، عند بلوغ الطفل الشهر الخامس من العمر.

إن تعميق التحليل باستخدام T test (الجدول 3) لمقارنة مجموعتين من الأمهات: المجموعة الأولى لا تغذي الطفل بواسطة الثدي، في حين تقوم أمهات المجموعة الثانية بذلك. تبين هذه المقارنة أن متوسط عمر المجموعة الأولى 27,85 سنة، أما الثانية فبلغ متوسط عمرها 30,31. وبذلك فالفرق بين المجموعتين ذو دلالة إحصائية ($P = 0.35 < 0.5$).

أجريت هذه المقارنة، في الشهر الخامس من عمر الطفل.

يستمر هذا الاتجاه، عند بلوغ الطفل الشهر السابع من العمر، إلا أن الفرق يصبح أقل وضوحاً، مقارنة مع المرحلة السابقة.

2-2 – عمل الأم:

لا يتضح تأثير متغير عمل الأم في طريقة الإرضاع (الجدول 4) فالمقارنة بين مجموعتين: الأولى تعمل خارج المنزل والثانية ربة منزل، لا تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين.

(P value = .32 > .05 Chi-square tests).

جدول (4)
مقارنة طريقة تغذية الطفل لدى مجموعتين من الأمهات:
مجموعة عاملة (موظفة) ومجموعة يقتصر عملها
على أعمال المنزل (ربة منزل)

	مهنة الأم		
طريقة الأم في تغذية الطفل	موظفة ن	ربة منزل ن	قيمة ت
إرضاع طبيعي	48	27	
إرضاع صناعي	59	27	
المجموع	107	54	0,32

مقارنة مدة الإرضاع استناداً إلى عمل الأم:

على الرغم من ارتفاع متوسط مدة الإرضاع عند الأم غير العاملة (ربة البيت)؛ حيث بلغت 90,65 يوماً مقارنة بهذه المدة عند الأم العاملة 69,39 يوماً (جدول 5) فإن هذا الفرق غير دال إحصائياً.

(P value = .19 > .05 t test)

جدول (5)
مقارنة مدة الإرضاع الطبيعي لدى مجموعتين من الأمهات: مجموعة عاملة (موظفة) ومجموعة يقتصر عملها على المنزل (ربة منزل) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع)

	مهنة الأم				قيمة ت
	موظفة ن=38		ربة منزل ن= 23		
مدة الإرضاع الطبيعي بالأيام	م 69,39	ع 49,2	م 90,65	ع 79,9	0,199

2-3- المستوى التعليمي:

في هذه المرحلة المبكرة من عمر الطفل، تنخفض نسبة الإرضاع الطبيعي عند جميع أفراد العينة. لم توضح نتائج هذا البحث تأثير المستوى التعليمي في طريقة تغذية الطفل.

جدول (6)
مقارنة طريقة الإرضاع لدى الأمهات استناداً إلى المستوى التعليمي
أ- ثانوي وأقل: الأم حاصلة على مؤهل علمي ثانوي أو أقل ب- أعلى من ثانوي: الأم حاصلة على مؤهل علمي أعلى من الثانوي

طريقة الأم في تغذية الطفل	المستوى التعليمي للأم				قيمة ت
	أ - الشهادة الثانوية وما دون		ب - أعلى من الثانوية		
	ن	النسبة المئوية	ن	النسبة المئوية	
إرضاع طبيعي	30	%46,2	50	%49	
إرضاع صناعي	35	%53,8	52	%51	
المجموع	65	%38,9	102	%61,1	0,42

تبين مقارنة المستويات التعليمية المختلفة ما يلي:

- ارتفاع نسبة المستويات التعليمية العالية بين الأمهات أفراد العينة (61%).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في طريقة الإرضاع استناداً إلى المستوى التعليمي للأم.

عند تصنيف الأمهات ضمن مجموعتين (الجدول 6) استناداً إلى المستوى

التعليمي أ – ثانوي وأقل، ب – أعلى من ثانوي. تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق: – بالإرضاع الطبيعي – أو بكيفية الإرضاع (بحسب الطلب أو في ساعات محددة).

من اختبار بيرسون كاي سكوير يلاحظ عدم وجود فرق ذي دلالة (Chi-square tests P-value = .420 > .05) بين مجموعتين من الأمهات فيما يتعلق بالإرضاع الطبيعي.

جدول (7)
مقارنة مدة الإرضاع الطبيعي لدى الأمهات استناداً إلى المستوى التعليمي أ – ثانوي وأقل ، ب – أعلى من ثانوي

	المستوى التعليمي للأم				قيمة ت
	الشهادة الثانوية وما دون ن=31		أعلى من الثانوية وتعليم عال ن=30		
مدة الإرضاع الطبيعي بالأيام	م 76,45	ع 48,7	م 78,4	ع 74,6	0,9

كما تتأكد النتيجة نفسها فيما يتعلق بمدة الإرضاع (الجدول 7) إذ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بمدة الإرضاع استناداً إلى المستوى التعليمي للأم (P-value > .05).

تأثير المستوى التعليمي في كيفية إرضاع الطفل:

فيما يتعلق بكيفية إرضاع الطفل، في ساعات محددة أو بحسب طلب الطفل استناداً إلى المستوى التعليمي للأم، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة، إلا أن نسبة تغذية الطفل في ساعات محددة تزداد عند الأمهات في المستوى التعليمي العالي.

إن تقسيم الأمهات إلى مجموعتين استناداً إلى المستوى التعليمي (الجدول 8): تضم المجموعة الأولى التحصيل الثانوي وأقل، في حين تضم المجموعة الثانية التعليم العالي، تبين المقارنة بين المجموعتين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بينهما في إرضاع الطفل بحسب الطلب أو في ساعات محددة.

جدول (8)
مقارنة أسلوب الإرضاع لدى الأمهات، في ساعات محددة أو بحسب الطلب، استناداً إلى المستوى التعليمي أ – ثانوي وأقل ب– أعلى من ثانوي

	المستوى التعليمي للأم				قيمة ت
	الشهادة الثانوية وما دون ن=31		أعلى من الثانوية وتعليم عال ن=30		
إرضاع الطفل حسب الطلب	40	%43,5	52	%56,5	
إرضاع الطفل في ساعات محددة	20	%35,1	37	%64,9	
المجموع	60	%40,3	89	%59,7	0,39

لا يتأثر سلوك الأم في طريقة إرضاع الطفل (كيفية الرضاعة: في ساعات محددة أو حسب الطلب) بالمتغيرات التالية: – عمر الأم – مهنة الأم – المستوى التعليمي للأم.

2–4– تأثير المستوى الاقتصادي في الإرضاع الطبيعي:

لم يتضح الفرق عند مقارنة دخل الأسرة لدى مجموعتين من الأمهات: الأولى تغذي الصغير بالثدي في حين تستخدم الثانية الزجاجة. فلا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدخل الشهري لدى كلتا المجموعتين.

ربما كان تكوين العينة التي تنتمي في معظمها إلى الطبقة الوسطى يفسر عدم وجود فروق في ذلك. كما أن مقارنة مستوى الدخل الشهري عند مجموعتين من الأمهات: الأولى تستخدم الزجاجة فقط في تغذية الصغير في حين تقوم المجموعة الثانية بإعطاء الثدي، هذه المقارنة لا تظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في مستوى الدخل. وتأكد هذا الاتجاه في جميع مراحل إرضاع الطفل. لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية استناداً إلى مستوى دخل الأسرة أو استناداً إلى عدد الخدم لدى الأسرة؛ إذ إن أكثر من 90% من أفراد العينة لديها خادم أو أكثر.

2–5– تأثير جنس الطفل:

يبين التحليل الإحصائي Chi-Square test التالي (الجدول 9) تأثير جنس المولود في طريقة الإرضاع.

جدول (9)
مقارنة الإرضاع الطبيعي بين الذكور والإناث عدد الأطفال (ن) والنسبة المئوية وقيمة ت

المتغيرات	ذكور		إناث		المجموع		قيمة ت
	ن	النسبة المئوية	ن	النسبة المئوية	ن	النسبة المئوية	
الأم ترضع رضاعة طبيعية	44	%46,8	37	%50	81	%48,2	
الأم لا ترضع رضاعة طبيعية	50	%53,2	37	%50	87	%51,8	0,399

كما تبين أن الفرق بين مدة إرضاع الذكور ومدة إرضاع الإناث غير دال إحصائياً، (P-value > .05)؛ فهي في المتوسط 78 يوماً عند الإناث، في حين أنها 76 يوماً عند الذكور (الجدول 10).

جدول (10)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة ت لمتغيرات الدراسة لدى الذكور (ن=95) والإناث (ن=74)

المتغيرات	ذكور ن=95		إناث ن=74		قيمة ت
	م	ع	م	ع	
مدة الإرضاع بالأيام	76	73	78	46	0,399

توضح هذه النتائج:

– أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات في طريقة الإرضاع استناداً إلى جنس الطفل.

– إن مقارنة مدة الإرضاع الطبيعي بين الإناث والذكور (الجدول 10) لا تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

إن المقارنة بين الأمهات استناداً إلى جنس الطفل لم تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الإرضاع نحو الذكور مقارنة بالإناث. ويبدو أن متغير جنس الطفل لا يؤثر في سلوك الإرضاع عند الأم.

2-6- تأثير الخبرة السابقة في طريقة الإرضاع:

يبين التحليل الإحصائي Chi-Square test التالي (الجدول 11) تأثير الخبرة السابقة للأم في طريقة إرضاعها للطفل؛ فالأمهات اللاتي لديهن خبرة سابقة في الإرضاع الطبيعي يملن إلى الإرضاع الطبيعي أكثر مقارنة بالأمهات اللاتي لم يسبق لهن الإرضاع الطبيعي. ويكون الفرق بين المجموعتين ذا دلالة إحصائية (P value = .003).

جدول (11)
مقارنة الإرضاع الطبيعي استناداً إلى خبرة الأم السابقة في الإرضاع الطبيعي

المتغيرات	إرضاع طبيعي		إرضاع صناعي		قيمة ت
توجد خبرة سابقة في الإرضاع الطبيعي	ن=58	%58	ن=42	%42	
لا توجد خبرة سابقة في الإرضاع الطبيعي	ن=9	%28,1	ن=23	%71,9	
المجموع ن	67		65		**0,003

تبرز هذه النتائج أهمية تركيز الاهتمام على الأم الشابة في الولادة الأولى؛ فالإرضاع الطبيعي في الولادة الأولى يمهد السبيل لتبني هذه الطريقة في الولادات اللاحقة.

يوضح التحليل الإحصائي السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الأمهات اللاتي لديهن خبرة سابقة في الإرضاع الطبيعي مقارنة باللواتي لم يسبق لهن الإرضاع. تعد هذه النتيجة على درجة كبيرة من الأهمية؛ فالأم التي لا ترضع في الولادة الأولى سيكون احتمال أن تفعل ذلك في الولادات اللاحقة قليلاً؛ مما يشير إلى أهمية تبصير الأم الشابة، منذ الولادة الأولى، بأهمية الإرضاع الطبيعي بالنسبة لها وبالنسبة للطفل.

ثالثاً – نتائج الفرض الثاني:

– توجد فروق جوهرية في أساليب الأمهات في تغذية الأطفال وفطامهم بحسب المتغيرات الحسية والمعرفية السيكولوجية المتعلقة بالأم والطفل.

تأثير بعض المتغيرات المحيطة بالأم والطفل في الإرضاع الطبيعي:

المتغيرات الحسية الموضوعية:

3-1- طريقة الولادة:

هل تؤثر طريقة الولادة، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

تشير نتائج هذا البحث إلى ارتفاع استخدام التخدير والعمل الجراحي في الولادة (26,5%) من مجموع أفراد العينة، مما يحمل على افتراض تأثير ذلك في التواصل المبكر بين الطفل والأم. وربما كان من المفيد مقارنة هذه النتيجة بنتائج عالمية.

يبين الجدول (12) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين سلوك الإرضاع الطبيعي وطريقة الولادة طبيعية كانت أم قيصرية أم باستخدام التخدير (P-value > .05).

جدول (12)
مقارنة الإرضاع استناداً إلى طريقة الولادة

المتغيرات	ولادة طبيعية		ولادة بعمل جراحي		ولادة مع تخدير		قيمة ت
الإرضاع الطبيعي	ن=54	%45,4	ن=13	%41,9	ن=9	%75	
الإرضاع الصناعي	ن=65	%54,6	ن=18	%58,1	ن=3	%25	
المجموع ن=	119		31		12		0,12

كما يبين اختبار بيرسون كاي سكوير عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين طريقة الولادة وقيام الأم بالإرضاع الطبيعي لطفلها من عدمه (P-value > .05).

3-2- تأثير التواصل اللمسي - الحسي في طريقة الإرضاع:

وضع المولود على صدر الأم بعد الولادة: هل يؤثر التواصل الحسي اللمسي بين الأم والطفل، بعد الولادة مباشرة، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

توضح هذه النتائج (الجدول 13) أن أكثر من نصف الأمهات (54,8%) يحرمن التواصل اللمسي مع الطفل بعد الولادة مباشرة؛ إذ لا يوضع الصغير على صدر الأم كما جرت العادة في دور التوليد في البلدان المتقدمة.

جدول (13)
مقارنة الإرضاع استناداً إلى التواصل اللمسي
بين الأم والطفل بعد الولادة مباشرة

المتغيرات	تواصل لمسي		عدم التواصل اللمسي		قيمة ت
الإرضاع الطبيعي	ن=37	%48,7	ن=44	%47,8	
الإرضاع الصناعي	ن=39	%51,3	ن=48	%52,2	
المجموع	ن=76	%45,2	ن=92	%54,8	0,518

كما يبين الجدول الإحصائي Chi-Square test تأثير وضع المولود على صدر الأم بعد الولادة في طريقة إرضاع الطفل؛ إذ توضح هذه النتيجة – الجدول (13) – ما يلي:

– فيما يتعلق بالإرضاع الطبيعي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللاتي تم وضع المولود على صدورهن مقارنة بالمجموعة التي لم يتم وضع المولود على صدورهن (P-value > .05).

على الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، تتضح زيادة متوسط مدة الإرضاع لدى الأمهات؛ حيث يوضع الصغير على صدورهن بعد الولادة، وقد بلغ 84 يوماً (+–56) في حين كان 64 يوماً (+–50) لدى الأمهات اللواتي حرمن من ذلك.

3–3 – فصل المولود عن الأم بعد الولادة:

هل يؤثر الانفصال بين الأم والطفل، بعد الولادة مباشرة، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

إن فصل الطفل عن الأم بعد الولادة يمكن أن يفاقم من خطر الحرمان في التواصل الحسي المبكر بين الطفل والأم.

جدول (14)
تأثير الانفصال بين الأم والطفل، بعد الولادة مباشرة،
في أساليب الأم في تغذية الطفل

المتغيرات	انفصال الطفل عن الأم بعد الولادة مباشرة		بقاء الطفل إلى جانب الأم بعد الولادة مباشرة		قيمة ت
الإرضاع الطبيعي	ن=57	%45,2	ن=22	%56,4	
الإرضاع الصناعي	ن=69	%54,8	ن=17	%43,6	
المجموع	ن=126	%76,4	ن=39	%23,6	0,15

يبين التحليل الإحصائي Chi-Square test تأثير انفصال المولود عن الأم بعد الولادة مباشرة الجدول (14). توضح هذه النتائج:

– أكثر من 76% من الأطفال حديثي الولادة يفصلون عن الأم بعد الولادة مباشرة.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات في طريقة الإرضاع استناداً إلى فصل الطفل عن الأم من عدمه (P-value > .05).

أسباب فصل المولود كما تعلنها الأم:

تبين نتائج هذا البحث أن أكثر من 60% من حالات الانفصال تحدث بصورة روتينية، و40% من هذه الحالات تحدث لأسباب صحية.

يؤدي فصل المولود عن الأم بعد الولادة إلى انخفاض مدة الإرضاع الطبيعي (69 يوماً + –54) مقارنة بالمولود الذي لم يبتعد عن الأم بعد الولادة (83 يوماً+–49). إلا أن الفرق غير دال إحصائياً (P-value > .05).

3–4– بداية محاولات الإرضاع بعد الولادة:

هل يؤثر تأخر محاولات الإرضاع بعد الولادة في سلوك الإرضاع؟

أشارت نتائج هذا البحث إلى أن المحاولات المبكرة في الإرضاع ترتبط بزيادة في متوسط مدة الإرضاع (79,25 يوماً + –47) مقارنة بالمدة الزمنية لصاحبات المحاولات التي تحدث بعد 1–6 ساعات من مولد الطفل (61,25 يوماً +–42)، وعندما تتجاوز هذه الفترة ست ساعات. (72 يوماً+ –61). إلا أن هذه الفروق ليست دالة إحصائياً (P-value > .05).

العوامل السيكولوجية المعرفية:

3–5– وجهة نظر الأم حول تغذية الطفل:

هل تؤثر معارف الأم ومعتقداتها، في أساليب الأم في تغذية الطفل؟

أكثر من 71% من الأمهات يعتقدن أن حليب الأم لا يكفي وحده لتغذية الطفل.

أشارت نتائج هذا البحث إلى أن اعتقاد الأم بأن حليبها يكفي وحده لتغذية المولود لا يؤثر في المدة الزمنية لإرضاع الطفل. إذ بلغ متوسط مدة الإرضاع عند الأم التي تعتقد ذلك 66,66 يوماً (+–28)، في حين ارتفعت هذه المدة إلى 76,36

يوماً (+–58) عند الأم التي تعتقد أن حليبها لا يكفي وحده لتغذية الطفل. إلا أن الفروق ليست دالة إحصائياً (P-value > .05).

3–6– نية الأم في الإرضاع والمدة الحقيقية للإرضاع:

هل يوجد ترابط بين نية الأم في الإرضاع والمدة الحقيقية للإرضاع؟

تعلن الأم عن نيتها إرضاع الطفل لمدة تزيد في المتوسط على عشرة أشهر 10,43 أشهر (+ –8)؛ أي 300 يوم. إلا أن هذه المدة لم تتجاوز 73 يوماً (+ –53) في الواقع.

تبين هذه النتائج عدم وجود علاقة ترابطية ذات دلالة بين مدة الإرضاع الفعلية والمدة الافتراضية التي تعلنها الأم (الاستمرار في إرضاع الطفل أكثر من 10 أشهر) في المراحل الأولى من نمو الطفل، مستوى الدلالة 0,95 (P-value > .05).

مناقشة النتائج:

تبين نتائج هذا البحث انخفاضاً سريعاً لمكانة الإرضاع الطبيعي بالنسبة للأم وللطفل، من حيث نسبة الأمهات اللاتي يرضعن؛ إذ بلغت هذه النسبة 48% في الشهر الثالث، تنخفض إلى 25% في الشهر الخامس، وإلى 10% في الشهر العاشر، وتستمر كذلك حتى مطلع السنة الثانية من حياة الطفل، ثم تتلاشى تدريجياً بعد ذلك. كما تنخفض بشكل كبير المدة الزمنية لهذا الإرضاع حيث تبلغ في المتوسط 77 يوماً. هذه النتائج تؤكد ما جاء في دراسات عديدة من وجود اتجاه عام نحو انخفاض مكانة الإرضاع الطبيعي في تغذية الطفل (Batrouni et al., 1996; Bovier and Rougemont, 1998; Grummer-Strawn, et al., 1996;).

كما أن الاعتماد على الإرضاع الطبيعي كغذاء وحيد لا يتجاوز 4% من الأطفال. إلى جانب الرضاعة فإن معظم الأطفال يأخذون الحليب الصناعي، ويكون تكرار الرضعات من الزجاجة أعلى بكثير من الرضعات من الثدي.

كانت هذه الظاهرة، إلى وقت قريب، ترتبط ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتربوية (فايز قنطار، 2005 ب)، إلا أن هذه الدراسة تبين ميلاً عاماً عند جميع الشرائح الاجتماعية والاقتصادية والتربوية إلى التخلي عن النمط التقليدي الموروث في تغذية الطفل واستخدام الأغذية البديلة التي توفرها الصناعة.

في دراسة حديثة (فريح العنزي وفايز قنطار، 2002) كانت نسبة الأمهات

اللاتي يعطين أطفالهن الثدي تزيد على 54%، وتمتد لمدة تزيد على تسعة أشهر، وفي عام 2005 (فريح العنزي، وفايز قنطار ومعصومة إبراهيم، 2008) بلغت هذه النسبة 72% عندما كان متوسط عمر الطفل يزيد على 11 شهراً. في حين تبين هذه الدراسة التي تضمنت متابعة الطفل لمدة سنتين أن النسبة أقل مما سبق بكثير. كما أن الفرق الشاسع بين المدة الزمنية التي تنوي الأم في أثنائها متابعة الإرضاع (300 يوم)، والمدة الفعلية للإرضاع (77 يوماً) تؤكد هذه الحقيقة، وهي أنه لا يمكن الركون إلى دقة المعلومات التي تعلنها الأم، إذ لابد من إجراء البحوث بطريقة تعتمد على متابعة الطفل والأم وملاحظة الظاهرة المدروسة كلما كان ذلك ممكناً، والحذر الشديد من الاعتماد على المعطيات التي تطلب من الأم؛ لأنها تتأثر إلى حد كبير بما هو مرغوب اجتماعياً ودينياً.

وتوضح هذه النتائج تراجع الإرضاع الطبيعي تراجعاً ينذر بالخطر؛ مما يؤكد ضرورة إعادة النظر في حملات التوعية المتعلقة بهذا الأمر، كما يستوجب تضمين المناهج الدراسية المعلومات المناسبة المتصلة بالأسس البيولوجية للإرضاع الطبيعي وأهميته بالنسبة للأم؛ ففي بلد مثل السويد تتجاوز نسبة الأمهات اللاتي يرضعن 90% بين خريجات الجامعات، في حين تتراجع نسبة الإرضاع في المجتمعات العربية كلما تقدمت الأم في السلم التعليمي (فايز قنطار 1992)؛ مما يبين تأثير المناهج الدراسية التي تزود الطالب أو الطالبة بالمعلومات الموضوعية وتحمله على تبني سلوكيات إيجابية نحو الإرضاع الطبيعي للطفل.

تتوجه الحملات الإعلامية والطبية المتعلقة بالإرضاع للتركيز على فوائده الغذائية والنفسية بالنسبة للطفل فقط، دون التعرض لتأثيره على الأم، وكأن الأم ليست معنية بهذا الأمر. يجب تزويد الأم بالحقائق والمعلومات الكافية حول تأثير الإرضاع عليها؛ فهي التي ستقوم بهذه المهمة، ومن المهم أن تدرك فوائد الإرضاع الطبيعي بالنسبة إليها أيضاً؛ الفوائد الجسمية والصحية والنفسية (فايز قنطار، 2005 ب: 212).

كيف يمكن تفسير عزوف الأم عن الإرضاع الطبيعي؟

إن تراجع أهمية الإرضاع الطبيعي بالنسبة للأم والطفل يدعو إلى إعادة النظر في المناهج التربوية وفي الحملات الإعلامية وفي التطبيقات المتعلقة بالأم والطفل في مستشفيات الولادة. فالمشكلة معقدة ومتعددة الأبعاد، وتحتاج إلى استراتيجية

متكاملة لإعادة الأهمية لهذا النمط الغذائي التقليدي، وتعميم الثقافة الغذائية بما فيه فائدة الأم والطفل. فالمسألة لها جوانب تربوية ثقافية اجتماعية واقتصادية. وتستوجب تبني سياسة علمية منهجية للارتقاء بالمفاهيم الشعبية المتعلقة بهذه المسألة. فهي معقدة ومتعددة الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والثقافية–المعرفية. ويتأثر سلوك الأم بأفكارها ومعتقداتها (غالبية الأمهات يعتقدن أن حليب الأم لا يكفي وحده لتغذية الطفل)، وكذلك بالشروط النفسية والحسية المتعلقة بالأم، فقناعة الأم وإرادتها من الشروط الأساسية لنجاح هذا السلوك (فايز قنطار، 1992، 2005ب).

وتؤثر خبرة الأم السابقة تأثيراً إيجابياً في اختيارها للإرضاع الطبيعي؛ فالأم التي لا ترضع في الولادة الأولى سيكون احتمال أن تفعل ذلك، في الولادات اللاحقة قليلاً؛ مما يشير إلى أهمية تبصير الأم الشابة، منذ الولادة الأولى، بأهمية الإرضاع الطبيعي بالنسبة لها وبالنسبة للطفل. كما أن نضج الأم وتقدمها في العمر وارتفاع عدد الأطفال لديها، يؤثر تأثيراً إيجابياً بالاتجاه نفسه.

كما أن الحرمان الحسي المبكر من أهم أسباب عرقلة الإرضاع الطبيعي؛ إذ إن نسبة 55% من الأمهات، في هذه الدراسة، لم يتم وضع المولود على صدورهن، وأكثر من نصف الأمهات (52%)يحرمن من التواصل الحسي مع الطفل بعد الولادة مباشرة، ويتم فصل الصغير عن الأم. ربما يفسر هذا الحرمان الحسي المبكر اضطراب آلية إطلاق سلوك الإرضاع بفعالية ونجاح عند الأم (فايز قنطار، 2005، ب:217؛ Schaal et Kontar, 1998.

إضافة إلى ذلك، تنخفض نسبة الولادة الطبيعية؛ إذ يتضح زيادة نسبة التدخل الجراحي أو اللجوء إلى التخدير لتصل إلى أكثر من 27%. كما تجدر الإشارة إلى تأخر محاولة الأم إعطاء الثدي للطفل بعد الولادة، هذه العوامل قد تؤدي إلى عرقلة الإرضاع الطبيعي.

لقد أصبح من الواضح، أن وجود الطفل إلى جانب الأم وصرخاته ومحاولاته مص الثدي في ساعات ما بعد الولادة، بكل ما يشكله ذلك من مثيرات حسية، لمسية وبصرية وشمية، على درجة كبيرة من الأهمية لإطلاق فيزيولوجية الإرضاع، والتأثير في الغدة النخامية للأم التي تنشط إفراز البرولاكتين مما يدفع الحليب إلى الثدي. فإبعاد الطفل عن الأم بعد الولادة يسبب في هذا الحرمان من التواصل

الحسي وفي عرقلة إطلاق الإرضاع الطبيعي بشكل فعال (المرجع السابق: 218). ويؤكد ذلك أهمية حماية التواصل المبكر بين الأم والطفل بعد الولادة مباشرة (Castral et al., 2008).

أشارت دراسة فيلد ومعاونيها (Field et al., 2002) إلى العودة إلى الإرضاع الطبيعي في الولايات المتحدة الأمريكية وفي بعض المجتمعات المتطورة صناعياً؛ فهناك ازدياد في نسبة الأمهات الراغبات في إرضاع الطفل من الثدي، خصوصاً في المستويات التعليمية المرتفعة؛ حيث تركز الأم على الجوانب الإيجابية للإرضاع مع ملاحظة ارتفاع السلوك الصحي عندها (عدم التدخين، العناية بالأسنان وتناول الخضار والفواكه عدة مرات في اليوم)، كما تركز على الفوائد الغذائية والصحية بالنسبة للطفل، التي أصبحت معروفة.

أوضحت نتائج هذا البحث أن الأغذية الإضافية تدخل إلى غذاء الصغير في وقت مبكر، حيث تدخل الأغذية السائلة قبل إتمام الشهر الثالث، والأغذية الجامدة قبل نهاية الشهر الرابع. علماً أن اختبار تأثير إدخال الأغذية المبكرة السائلة والجامدة إلى النظام الغذائي للصغير، يوضح أهمية الاعتماد على حليب الثدي أو الحليب الصناعي، كغذاء وحيد، في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، وتجنب إدخال الأغذية الإضافية السائلة والجامدة في مراحل مبكرة جداً من النمو لتجنب الإضرار بنمو الطفل (Barton et al., 2002; Maurage, 2008).

إضافة إلى ذلك، كان توقف الأم عن إرضاع الصغير يشكل حدثاً مأساوياً بالنسبة للطفل، إلا أن نتائج هذه الدراسة تبين عدم مبالاة الطفل عند التوقف عن الرضاعة من الثدي؛ فمعظم الأطفال لا يظهرون اهتمامهم بذلك ويواجهونه بعدم الاهتمام واللامبالاة. كما أن أسباب التوقف عن الإرضاع التي تعلنها الأم لا تتعلق بحاجات الطفل وإنما هي أسباب تتعلق بالأم. فلم نحصل على إجابة واحدة يكون فيها سبب توقف الإرضاع وصول الطفل إلى عمر مناسب.

وتؤكد هذه الدراسة ما جاء في دراسة فيلد (Field et al., 2002) من أن أهم العوامل التي تؤدي إلى وقف الإرضاع الطبيعي هي عدم كفاية الحليب.

تؤكد بعض البحوث أهمية مرحلة الفطام؛ ففي هذه المرحلة تظهر معظم مشكلات النمو ومشكلات التغذية (Drewett and Young, 1998). يعني الفطام التوقف عن الرضاعة من الثدي أو من الزجاجة، والتحول من الغذاء السائل إلى

الغذاء الجامد. وكذلك مرحلة التحول من التفاعل الاجتماعي الثنائي (بين الطفل والأم) إلى التفاعل الاجتماعي التعددي، حيث تستوجب الاستقلالية في سلوك التغذية تناول الغذاء في ظروف اجتماعية متنوعة.

وتوضح هذه النتائج نزوع الطفل المبكر نحو الاستقلالية والاعتماد على نفسه في تناول الغذاء، والتوافق التدريجي مع إيقاع الحياة اليومية للأسرة، ويعد ميل الطفل إلى التوافق مع التوقيت الأسري في تناول الغذاء ومحاولة الأسرة دمج الطفل في نظامها الغذائي على درجة كبيرة من الأهمية في تنمية مهاراته ونزوعه نحو الاستقلالية والاعتماد على النفس؛ مما يستوجب أن تقوم الأسرة بتشجيع الطفل في ذلك وتتجنب منعه ولو أدى ذلك إلى بعض المشكلات (النظافة وبعض الاضطراب). يحتاج الطفل أن يضع مهاراته موضع التطبيق وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى التوتر والمواجهة بين الطفل والأم التي تحاول التدخل في كل صغيرة وكبيرة فيما يتعلق بتغذية الطفل، ولا ترغب في معظم الأحيان أن تترك له حرية تناول الغذاء بنفسه. ويتوجب على الأسرة تشجيع الطفل في الاعتماد على نفسه في تناول الغذاء وتدريبه على الاستقلالية والمضي قدماً في الثقة بالنفس وتطوير مهاراته المختلفة؛ فالمسألة ليست مسألة غذائية فقط، وإنما تتعلق بنمو الطفل وتربية سلوكه وتنمية مهاراته وقدراته وثقته بنفسه.

إن الإجابة عن هذه الأسئلة تمكننا من فهم الآليات المختلفة التي تؤثر في سلوك التغذية؛ مما يساعد في وضع البرامج التربوية التي تؤدي إلى التقليل من تأثير هذه المشكلات وتحديد مخاطرها وكيفية التعامل معها بنجاح.

إن الخبرات الغذائية للصغير من الولادة حتى نهاية السنة الثانية من العمر تحدد خصائص نظامه الغذائي في المراحل اللاحقة (Skinner et al., 2002; Walsh et al. 2008). ويعد السلوك الغذائي في هذه المرحلة، أكثر تعقيداً من أية مرحلة أخرى؛ لأنه يتضمن بعداً اجتماعياً وتفاعلاً مع الحاضن، كما يتطلب تعلماً لأسلوب جديد تماماً فيما يتصل بسلوك التغذية. وتظهر نشاطات حركية جديدة كالعلك الذي يحل محل المص واستخدام الأصابع والملعقة، حيث تشكل الاستقلالية في السلوك الغذائي سياقاً معقداً من التعلم (Drewett and Young, 1998; Field et al., 2002).

ويتحدد في هذه المرحلة التفضيل الذوقي للطفل، وما يرافق ذلك من نتائج مثل الإفراط في استهلاك السكر والملح وما يترتب على ذلك من نتائج صحية خصوصاً

فيما يتعلق بالسمنة آفة العصر، فالتعرض للسمنة في أثناء الطفولة يصعب التخلص منه ويميل إلى الاستمرار طيلة الحياة (Graaf., 2008; Lumeng and Blass, 2008).

وتجدر الإشارة إلى أن سلوك التغذية عند الأم يشتق من نظرية التعلق. فالعناية بالطفل، بما فيها سلوك التغذية، تشكل عنصراً أساسياً من عناصر هذه النظرية (فايز قنطار 2005 أ). كما أنه لا يعرف إلا القليل عن تأثير أفكار الأم ومشاعرها في تغذية الطفل وفي نوعية السلوك الغذائي (Pridham et al., 2001). إن موقف الأم ومعتقداتها المتعلقة بالغذاء تؤثر في الفروق بين الأمهات في التطبيق الغذائي (Dungy et al., 2008; Mabilia, 1996). كما أن النظام الذي تتبعه الأم، يناغم طفلها بتجربته وبمواعيد نموه الكبرى وحاجاته وتفضيله، ويؤثر تأثيراً إيجابياً في مدى حساسيتها واستجابتها فيما يتصل بالسلوك الغذائي. ويتضح أن الإرضاع الطبيعي، يمكن أن يزيد من انتباه الأم لإشارات الصغير ومن حساسيتها واستجابتها نحوه (Pridham et al., 2001). كما تؤثر الأم تأثيراً قوياً في انتقال التفضيل الكيميائي–الحسي من الأهل إلى الطفل عبر صياغتها للبيئة الغذائية الحسية في المرحلة الجنينية حيث يتكون عبرها دماغ الطفل وفي مرحلة الرضاعة حيث تنتقل الخصائص الكيميائية الحسية لغذائها عبر الحليب (Schaal et al., 2008).

كما أصبح واضحاً أن الطفل الذي يتغذى على الثدي لديه فرص أعلى بكثير للتواصل الحميمي مع الأم مقارنة بنظيره الذي يتغذى بواسطة الزجاجة، خصوصاً في الأشهر الستة الأولى من حياته. كما أن النشاط الحركي (نشاط الاستكشاف البصري، مؤشرات النشاط الكهربائي للدماغ) يتغير قبل الرضاعة وبعدها تغيرات ترتبط بدوافع داخلية (Paul, 1996).

ويجب تأكيد أهمية التمييز بين السلوك الذي يتضمن تغذية الطفل بواسطة الزجاجة، والسلوك أو المنظومة السلوكية المتصلة بالإرضاع الطبيعي، فالتفاعل بين الأم والطفل في الحالة الأخيرة، هو تفاعل سلوكي وبيولوجي، حيث يتمكن الصغير، عبر تأثيره في الجهاز العصبي المركزي للأم من ضبط إنتاج الحليب ودفعه، كما يؤثر أيضاً في فيزيولوجيا الإنجاب. وهنا تتقاطع وتتداخل العوامل السيكولوجية الاجتماعية والعوامل البيولوجية (فايز قنطار، 1991، 1992).

تشير نتائج هذا البحث إلى التأثير المتبادل بين الأم والطفل، وتأثير خصائص كل منهما في طريقة الأم في تغذية الصغير وموقفها من ذلك.

إن معرفة نماذج التغذية المختلفة واتساق السلوك الغذائي. يمكن المعنيين بشؤون الطفل من مساعدة الأم على بناء نموذج غذائي يدعم التفاعل المناسب والتناول المناسب للغذاء، ونمو الطفل وتطوره، بما يجنبه الخطر والانحراف.

تطرح مشكلات التغذية ونتائجها بحدة في المجتمعات الحديثة؛ إذ أصبح السبب الأول للوفيات في بعض بلدان الخليج العربي أمراض ناتجة من مشكلات غذائية، مثل السكر وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والشرايين (فايز قنطار، 2005ب). كما أصبحت نسبة السمنة بين النساء في المجتمع السعودي – مثلاً – من أعلى النسب في العالم.

إن هذه النتائج تدفعنا إلى دق ناقوس الخطر. فهذا النمط الجديد في تغذية الطفل ليست معروفة كل نتائجه حتى الآن؛ ففي الوقت الذي بدأ الغرب بالعودة إلى الأساليب التقليدية، ما زلنا نقلد تقليداً آلياً دون مراجعة نقدية، على الرغم من أن النتائج الحديثة للبحوث العلمية أوضحت أن معظم مشكلات التغذية والسمنة ترتبط بتغذية الطفل. وربما كانت مشكلات السمنة وما ينتج عنها من أخطار، مرتبطة بنمط تغذية الطفل في المراحل المبكرة من الحياة.

تشير الأسباب السابقة إلى ضرورة تبصير مجتمعاتنا بأهمية هذه المشكلة، وتحفيز الباحثين للخوض في هذا الميدان، بهدف تطوير ثقافة غذائية صحيحة، فذلك أصبح ضرورة تربوية وصحية واجتماعية.

المراجع

براون وبوليت (1996). تأثير سوء التغذية والفاقة في النماء الذهني، **العلوم، 12، 4:** 38–44.

سلوى الخطيب (1993). أساليب التنشئة الاجتماعية للطفل السعودي، **مجلة جامعة الملك عبدالعزيز، 6:** 37–75.

عبدالرحمن مصيقر ولطيفة النجار (1994). **الرضاعة الطبيعية وخصوبة المرأة في البحرين.** الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية (23).

علي التنير (1983). **الرضاعة الطبيعية.** الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

فايز قنطار (2005 أ). آفاق جديدة للعلوم الإنسانية: الإيثولوجيا وعلم النفس، **الرسالة 234، الحولية 26 سبتمبر، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية،** جامعة الكويت. مجلس النشر العلمي.

فايز قنطار (2005ب). **سيكولوجية السلوك الغذائي.** الكويت: دار العلم.

فايز قنطار (1992). الأمومة: نمو العلاقة بين الطفل والأم، **عالم المعرفة (166)**، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

فايز قنطار (1991). **تطور سلوك الاتصال عند الطفل في المرحلة ما قبل الدراسة.** الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية (16).

فايز قنطار ومنى بعيوفليس (2003). سلوك الإرضاع عند الأم السورية: دراسة وصفية تحليلية، **مجلة الطفولة العربية، (14)**: 36–55.

فريح العنزي وفايز قنطار (2002). دراسة ميدانية لسلوك الإرضاع في المجتمع الكويتي، **مجلة علم النفس المعاصرة والعلوم الإنسانية**، كلية الآداب (المنيا)، 13: 81–114.

نيومان (1996) دور الرضاعة الطبيعية في حماية الوليد، **العلوم، 12، 5:** 10–13.

Al-Ayed, IH, Qureshi MI, (1998). Breast feeding practices in urban Riyadh, *Journal of Tropical Pediatrics 44 (2):* 113-7.

Banapurmath, CR, Nagaraj MC Banapurmath S and Kesaree N. (1996). Breast-feeding practices in villages of Central Karnataka, *Indian Pediatrics 33 (6):*477-9.

Barton, S J, Howard P K, & Rayens M K, (2002). The effects of infant feeding decisions on infant growth, *Journal of Specialits in Pediatric Nursing, Vol 7(2)*: 64-70.

Batrouni, L, Sabulsky J, Rena S. and Quiroga D. (1996). Breast-feeding during the first month of life in Cordoba City (Argentina). *Archivos Latinoamericanos de Nutricion, 46 (3):* 116-23.

Bovier, P., Rougemont A., (1998). Breast feeding in Geneva: Prevalence duration and determinants., *Sozial Und Praventv Nedizin, 43(3):* 116-23.

Castral, Thaila C.; Warnock, Fay; Leite, Adrianan M.; Hass, Vanderlei J.; Scochi, Carmen G. S. (2008). The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns, *European Journal of Pain. Vol 12(4)*: 464-471.

Catipovic, M., Miklic T., Cabric B., Bogeljic S. and Cizmak - Lucic L. (1998). Incidence of breast feeding in the Bjelovar region, *Lijecnicki Vjesnik.*, 120 (9): 278-81.

Drewett, R. & Young, B., (1998). Methods for the analysis of feeding behaviour in infancy: Sucklings, *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, Vol. 16,1, p9, 18p.

Drewett, R, Kasese-Hara M & Wright C, (2003). Feeding behavior in young children who fail to thrive., *Appetite, Vol. 40(1)*: 55-60.

Dungy, C.; McInnes, J.: Tappin, D. M.; Wallis, Ar; Oprescu, (2008). Infant feeding attitudes and knowledge among socioeconomically disadvantaged women in Glasgow Maternal, *Child Health Journal. Vol 12(3)*: 313-322.

Field T, Hernandez-Reif M. and Feijo L., (2002). Breastfeeding in Depressed Mother-Infant Dyads., *Early Child Development and Car,* Vol 172: 539-545.

Giugliani, E., Issler R., Kreutz G, Meneses C., Justo E., Kreutz v and M Pires, (1996). Breast feeding Pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil, *Acta Paediatr, 85*: 1499-500.

Graaf, C., (2008). The development of sensory preferences in children in relation to food intake and obesity, *Enfance, 3*: 281-288.

Grummer-Strawn, L.M., Kalasopatan S., Sungkur J. and Friedman J. (1996). Infant Feeding Patterns on Mauritius island, *Social Science and Medicine, 43 (12)*: 1697-702.

Julie, A. & Beauchamp G K, (2002). Flavor experiences during formula feeding are related to prefernces during childhood., *Early Human Development,* Vol 68 (2): 71-82.

Karel, P. & Papousek H., (1996). Infant feeding behavior: Development in patterns and motivation, *Developmental Psychobiology,* Vol. 29(7): 563-576.

Kennel, J. H., Chesler D., Wolfe H. and Klaus M.H., (1973), Nesting in the human mother after mother-infant separation. *Pediatric Reserarch, 7*, 269.

Klaus, M.H., Kennell J.H., PlumbN. And Zuehlke S., (1970). Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatrics, 46*: 187-192.

Klaus, M. H. and Kennell J. H., (1976), *Maternal-infant bonding*. St. Louis: Mosby.

Lumeng, J. C. and Blass E. M., 2008, Developmental contributions to the obesity epidemic, *Enfance, 3:* 289-297.

Mabilia, M., (1996). Beliefs and Practices in Infant Feeding Among the Wagogo of Chigongwe (Dodoma Rural District) Tanzania, *Ecology of Food and Nutrition, (35)*: 195-207.

Maier, A., Blossfeld I. and Leathwood P., (2008). L'experience precoce de la variete sensorielle et ses consequences sur l'alimentation future, *Enfance, 3: 231-240.*

Maurage, C. (2008). Children's nutrition and health in adulthood, *Appetite, Vol 51(1)*: 22-24.

Musaiger, A. O. (1996). Food habits of mothers and children in two regions of Oman, *Nutrition and Health, 1 (1)*: 29-48.

Nicklaus, S & Monnery-Patris Sm (2003). Poids de la prime enfance dans la formation des préférences alimentaires: présentation des méthodes d'étude et enjeu de l'approche écologique., *Psychologie Française., Vol 48 (4)*: pp 23-38.

Paul, K., (1996). Infant feeding behavior: Development in patterns and motivation, *Developmental Psychology, Vol. 29(7)*: pp 563-576.

Pridham, K. F., Schroeder M., Brown R. & Clark R. (2001). The relationship of a mother's working model of feeding to her feeding behaviour, *Journal of Advanced Nursing 35(5)*. 741-750.

Sciacca, J.P. & Dube. D.A., (1995). A breast feeding education and promotion program: Effects on knowledge attitudes, and support for breastfeeding, *Journal of Community Health, Vol. 20 (6)* p473, 18p.

Schaal, B., Rouby C., Marlier L., Soussignan R., Kontar F. et Tremblay R., (1997). *Variabilites et Universaux* au sein de l'espace percu des odeurs: Approches inter-culturelles de l'hedonisme olfactif, In Dulau R. et Pitte J-R: *Geographie des Odeurs:* 25-47, L'Harmattan: Paris Montreal.

Schaal, B. et Kontar F., (1998). Mediations Olfactives de la Socialisation Precoce In:

Rey-Hulman D. et Boccara M., *Odeurs du Monde Ecriture de la Unit*: 293-319, L'Harmattan: Paris, Monteral.

Skinner, I. D., Carruth B. R., Houck K. S., Coletta F., Cotter R., Ott D. and McLeod M. (1997). Longitudianl Study of Food intakes of Infant aged to 24 months. *Journal of American Dietetic Association, 97(5):* 496-504.

Skinner, J D, Carruth B R, Bounds W, Zeigler P & Reidy K, (2002). Do Food-Related Experiences in the First 2 years of life Predict Dietary Variety in School-Aged Children?, *Journal of Nutrition Education & Behavior, Vol 34 (6)*, p310.

Stuart- Macadam, P., and Dettwyler K. A. (Eds.) (1995). *Breastfeeding, Biocultrual Perspectives,* Aladine: New York.

Walsh, Audey; Moseley, Jane; Jackson, Winston, (2008). The effects of an infant-feeding classroom activity on the breast-feeding knowledge and intentions of adolescents. *The Jouranl of School Nursing*. Vol 24(3): 164-169.

Winters, N., (2003). Feeding probelms in infancy and early childhood., *Primary Psychiatry.,* Vol. 10(6): 30-34.

قدم في: سبتمبر 2008

أجيز في: سبتمبر 2009

ملحق (١)

عدلت هذه الأسئلة مرتين، بعد المقابلة الأولى، وفي نهاية السنة الأولى من عمر الطفل، لتتواءم مع نمو الطفل).

نموذج (يستخدم في الزيارة الأولى) التاريخ: / /

الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب إدارة التغذية والإطعام
كلية التربية الأساسية – قسم علم النفس بالتعاون مع مراقبة تغذية المجتمع – وزارة الصحة

استمارة بحث
«تطور سلوك التغذية وعلاقته بالنمو الجسمي والنفسي للطفل من الولادة حتى نهاية العام الثاني»

رقم المسلسل: ☐☐☐ : الأم: ..... تليفون: .....

1 – تاريخ الميلاد: / / العمر: ☐ سنة

2 – المهنة: [1] موظفة [2] ربة منزل

3 – المستوى التعليمي: [1] ابتدائي [2] متوسط [3] ثانوي [4] عالٍ

4 – المحافظة: ..... 5 – عدد الأطفال: ☐

6 – مهنة الزوج: ..... 7 – العمر: ☐ سنة

8 – المستوى التعليمي: .....

9 – هل تعيش الأسرة مع غيرها من الأقارب في منزل واحد؟ [1] نعم [2] لا

10 – عدد الخدم: ☐ 11 – دخل الأسرة الشهري: ☐

12 – هل سبق أن أرضعت أطفالك الآخرين بوساطة الثدي؟ [1] نعم [2] لا

13 – إذا كان الجواب نعم ما مدة هذا الإرضاع بالأشهر لكل منهم؟ الأول☐ الثاني☐ الثالث☐

14 – هل تعتقدين أن حليب الثدي يكفي وحده لتغذية المولود؟ نعم ☐ لا ☐

15 – إذا كان الجواب نعم لغاية أي عمر يكفي حليب الثدي وحده لتغذية المولود؟ شهر ☐

16 – الولادة: [1] طبيعية [2] قيصرية [3] طبيعية مع تخدير

17 – جنس المولود [1] ذكر [2] أنثى

18 – تاريخ ميلاد الطفل: / / عمره ( ) في أي مستشفى حصلت الولادة: .....

19 – هل تم وضع المولود على صدر الأم بعد الولادة مباشرة؟ [1] نعم [2] لا

20 – إذا كان الجواب نعم ما المدة بالدقائق؟ ☐ دقائق.

21 – هل تم فصل الطفل عن الأم بعد الولادة؟ نعم ☐ لا ☐

22 – إذا كان الجواب نعم ما مدة الانفصال بين الطفل والأم بعد الولادة (بالساعات)؟ ☐ساعة

23 – ما أسباب الانفصال؟ [1] روتينية [2] صحية [3] أسباب أخرى

24 – هل ترضعين وليدك رضاعة طبيعية؟ [1] نعم [2] لا

25 –إذا كان الجواب نعم لغاية أي عمر تنوين إرضاعه؟ ☐ شهر

26 – متى بدأت المحاولة الأولى لإرضاع الطفل من الثدي؟

[1] خلال الساعة الأولى بعد الولادة [2] من 1–6 ساعات [3] أكثر من 6 ساعات

27 – كيف يرضع الطفل؟ [1] بحسب الطلب [2] في ساعات محددة

28 – ما أول غذاء أعطي لطفلك بعد الولادة مباشرة؟

حليب الأم ☐ حليب صناعي ☐ ماء جلوكوز ☐ سوائل أخرى ☐

29 – هل تلقيت مساعدة بخصوص الرضاعة الطبيعية؟ نعم ☐ لا ☐

30 – إذا كان الجواب نعم ممن تلقيت المساعدة؟

من المستشفى ☐ من الأقارب ☐ من المركز الصحي ☐

31 – هل تعرفين أغذية تساعد على إدرار الحليب؟

اذكريها: 1– ..... 2– ..... 3– ..... 4– .....

32 – هل تعرفين أغذية تؤثر في طعم حليب الأم؟

اذكريها: 1– ..... 2– ..... 3– ..... 4– .....

33 – سبب إرضاع طفلك بواسطة الثدي: فائدة للطفل ☐ فائدة للأم ☐

أسباب دينية ☐ أسباب اجتماعية ☐ غير محدد ☐

34 – سبب إيقاف الرضاعة الطبيعية:

عدم كفاية الحليب ☐ عمـل الأم ☐ مرض الطفل ☐ مرض الأم بالثدي ☐

حبوب منع الحمل ☐ فطام الطفل ☐ رفض الطفل ☐

35 – في أي عمر لاحظت ابتسامة الطفل لأول مرة؟ ☐

المقاييس الجسمانية للطفل عند الولادة؟

36 – ☐ ☐☐ 37 – الطول: ☐ ☐☐☐

المقاييس الجسمانية الحالية للطفل؟

38 – الوزن الجسمي: ☐ ☐☐ 39 – الطول: ☐ ☐☐☐

40 – محيـط الرأس: ☐ ☐☐

اسم الباحثة: ..... التاريخ: / /

رقم المسلسل: ☐☐☐ اسم الأم: .....

كم مرة أرضعت طفلك خلال الأربع والعشرين ساعة منذ استيقاظ الطفل صباحاً وفي أثناء الليل حتى استيقاظه في اليوم التالي؟

يرجى مراعاة الدقة عند تسجيل هذه الرضعات بحسب الجدول التالي:

الإرضاع في اليـوم			طريقة الإرضـاع	
رقم الوجبة	الساعة	المدة بالدقائق	ثدي	زجاجة
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

41 – عدد الوجبات من الزجاجة في اليوم: □□ وجبة

42 – متوسط مدة الوجبة: □□

43 – عدد الرضعات من الثدي في اليوم: 33 رضعة

44 – متوسط مدة الرضعة الواحدة من الثدي: □□

اسم الباحثة: ..... تاريخ الإجابة عن أسئلة الاستبانة: / /

[يرجى من الباحثة تحديد الإجابة على الأسئلة –41 – 42 – 43 – 44]

The Development of a Child's Nutritional Behavior from Birth to the Second Year

Fayez N. Alkontar[*]

The current research aims at following the child's growth, through a longitudinal study since birth and until the end of the second year of life, concentrating on the following aspects:

Studying the development of the child's nutrition behavior since birth and until the end of the second year, especially that related to natural breast feeding, its duration and its percentage in the child's total nutrition, specifying the starting point for interfering with additional nutrition, its type and percentage. This longitudinal study (169 children were studied from birth to the end of the second year) shows that only 48% of mothers breastfeed, with an average duration of 77 days. The decrease of breastfeeding is perhaps due to the mother's attitude toward child nutrition: 71% of mothers believe that breastfeeding alone was not enough.

Furthermore, early mother and infants who were separated after birth caused a lack of contact (visual, tactile and olfactory). 75% of infants were separated from their mothers. These conditions may explain the decrease of breastfeeding. This study allows us to establish growth measures for Kuwaiti children and some criteria of motor development (the age for first standing and walking).

Key words: Duration of breastfeeding, Feeding intention and behavior, Breastfeeding and early mother-infant contacts, Employed mothers, Food practices in early life.

* Arab Open University, Kuwait.