Barriers to Exclusive Breastfeeding among Mothers during The First Six Months of Infant's Age

Dr. Raja Ghadbani*
Hayaa Hakamat Iibrahimi**

(Received 9 / 1 / 2024. Accepted 27 / 2 / 2024)

□ ABSTRACT □

Introduction: Breastfeeding is described as a gift from mother to her child, providing the best possible start in life, it provides healthy, nutritional, and emotional benefits for both children and mothers, it is also provides a complete, appropriate and safe nutritional source for infants ،therefore, World Health Organization recommends exclusively breastfed during the first six months of child life. An infant who receives breast milk during the first six months of life have a better health benefits .Although there are evidences that support exclusive breastfeeding in the first six months of life, its prevalence remains low globally. Mothers need support to initiate breastfeeding. Health care professionals including nurses must address modifiable psychological and social factors to prevent early stop of breastfeeding, and provide advice to prolong the duration of exclusive breastfeeding and promote it. **Methods:** According descriptive approach, the study was conducted on an available sample that included 300 mothers from three health centers in Lattakia who gave birth less than 6 months ago and not breastfeed exclusively. **Results:** There were barriers to exclusive breastfeeding due to infant, the most prominent are infant's rejection the breast and self-weaning in (10.34%), keeping infant away from his mother due to pathological causes that he has in (9.7%), infant cry even after being breastfed in (9%), infant weight doesn't increase in (7.3%) of them, barriers to exclusive breastfeeding due to mother were also found, the most prominent of which was insufficient or no breast milk as a result of organic or unknown reasons in (15%), mother psychological disorders (such as postpartum depression) which led to insufficient or no breast milk in (13.3%), then nipples problems (pain, cracks, retraction ,bloody ooze) in (9.3%), mother being away from her infant due to pathological causes that she has in (7.7%) of them. There were very important statistically significant differences in the current breastfeeding pattern according to starting breastfeed the newborn after birth variable, and important statistically significant differences in the current breastfeeding pattern according to the work variable in favor of the working woman who continued to breastfeed with formula, and according to receiving support from the husband or family variable in favor of the woman who received support.

Copyright **:**Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

*Assistant Professor - Faculty of Nursing - Tishreen University - Lattakia - Syria.
**Master's student - Faculty of Nursing - Tishreen University - Lattakia - Syria.

مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري لدى الأمّهات خلال الشهور الستّة الأولى من عمر الرضيع

د. رجاء غضبان*

هيا حكمات إبراهيم**

(تاريخ الإيداع 9 / 1 / 2024. قبل للنشر في 27 / 2 / 2024)

□ ملخّص □

مُقدّمة: يُوصَف الإرضاع الوالدي بأنّه هديّة من الأم لطفلها، فهو يوفّر أفضلَ بدايةٍ ممكنة في الحياة؛ حيث يقدّم فوائد صحّية، غذائية، وعاطفية لكلٍّ من الأطفال والأمّهات، كما يوفّر مصدراً غذائيّاً كاملاً، مُناسِباً وآمِناً للرضّع، لِذا، توصي منظّمة الصحّة العالميّة بأن يتمّ إرضاع الطفل إرضاعاً والديّاً حصرياً خلال الشهور الستّة الأولى من حياته، فكلّما كان تلقّي الرّضيع لحليب الثدي أطول وأكثر حصريّةً خلال الشهور الستّة الأولى من عمره زادت الفوائد الصحّية المُتاحة له. على الرغم من وجود الأدلّة التي تؤيّد الإرضاعَ الوالدي الحصري في الشهور الستّة الأولى من الحياة، إلّا أنّ انتشاره الإجمالي في جميع أنحاء العالم ظلَّ منخفضاً، حيث تحتاج الأمّهات إلى الدعم لبدئه واستمراره، وعلى المتخصّصين في الرّعاية الصحّية من ضمنهم الممرّضون معالجة العوامل النفسية والاجتماعية القابلة للتعديل لمنع إيقافه المُبكر، وتوفير الاستشارة المُثلى لتعزيز الإرضاع الوالدي الحصري وإطالة مدّته.

المناهج: وفق المنهج الوصفي طُبِّقَت الدراسة على عينة مُتاحة شملت 300 أمّ من ثلاثة مراكز صحية في مدينة اللاذقية ممّن لم تمضِ ستّة شهور على ولادتهنّ ولا يُرضِعنَ إرضاعاً والديّاً حصريّاً. **النتائج:** أظهرَت الدراسة الحاليّة وجودَ مُعيقاتٍ للإرضاع الوالدي الحصري متعلّقة بالرّضيع، أبرزُها رفض الرضيع للثدي وحدوث الفطام الذاتي لدى (10.34٪) من الأمّهات، انفصال الرضيع عن أمّه لأسباب مرَضيّة لديه لدى (9.7٪)، بكاؤه المستمر حتى بعد إرضاعِه من الثدي لدى (9٪)، عدم زيادة وزنه لدى (7.3٪)، أظهرَت أيضاً مُعيقاتٍ للإرضاع الوالدي الحصري متعلّقة بالأم أبرزُها عدم إنتاج/ كفاية حليب الثدي نتيجةً لأسباب عضويّة أو مجهولة السبب لدى (15٪)، وجود اضطرابات نفسيّة لدى الأم (مثل اكتئاب ما بعد الولادة) لدى (13.3٪)، وجود مشاكل في حلمتيّ الثدي (ألم، تشقّقات، غؤور، نزّ دموي) لدى (9.3٪)، ابتعاد الأم عن رضيعِها لأسباب مرَضيّة لديها عند (7.7٪) منهنّ. وُجِدَت فروق ذات دلالة إحصائيّة مهمّة جدّاً في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر بدء إرضاع الوليد بعد الولادة لصالح مَن بدَأنَه، وفروق ذات دلالة إحصائيّة مهمّة في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر العمل لصالح المرأة العاملة التي استمرّت بالإرضاع الوالدي مع الصناعي، ووفقَ متغيّر تلقّي الدّعم من الزوج أو العائلة لصالح من تلقّته.

حقوق النشر :مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص CC BY-NC-SA 04

* **أستاذ مساعد- كلية التمريض –جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.**

** **طالبة ماجستير - كلية التمريض –جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.**

مُقدّمة:

توصي منظّمة الصحّة العالميّة واليونيسف بأن يتمّ إرضاع حديث الولادة إرضاعاً والديّاً حصرياً خلال الشهور الستّة الأولى من حياته، فهو يوفّر لكلّ طفلٍ أفضلَ بدايةٍ ممكنة في الحياة؛ حيث يقدّم فوائد صحّية وغذائية وعاطفية لكلٍّ من الأطفال والأمّهات. إنّ تحسين معدّلات الإرضاع الوالدي الحصري يمكنه منعَ أكثر من 800 ألف وفاة بين الأطفال دون سنّ الخامسة، و20 ألف وفاة بسبب سرطان الثدي سنويّاً، ويدرّ 302 مليار دولار أمريكي كدخلٍ إضافيّ. [2,1]

على الرغم من فوائد الإرضاع الوالدي الحصري، كان انتشاره ضعيفاً في جميع أنحاء العالم؛ فالمعدّل العالمي كان (38٪) بين عامَيّ 2008 و2012 (تقرير التغذية العالمي، 2015)، وفي سورية حصلَ ثلث المواليد الجدد فقط (36.4٪) على الإرضاع الوالدي خلال السّاعة الأولى من حياتهم، وانخفضَ هذا المعدّل إلى أقلّ من الثلث بين عاميّ 2014 و2019 (تقرير تغذية الطفل 2021). كانت الحرب وتبعات الهجرة سبباً لتدنّي مستوى الإرضاع الوالدي لدى النساء المُهاجِرات [3-5]

في دراسة (Abdulmalek L.2018) كان للولادة القيصريّة وعمل الأم أثراً سلبيّاً على مُمارسات الإرضاع الوالدي. في بحث (Emara R, et al. 2022) كان العائق الأكثر شيوعاً للإرضاع الوالدي الحصري هو مرض حديثيّ الولادة وعدم إقامة الطفل في غرفة الأم بعد الولادة. كانت نسبته منخفضة لدى النساء اللواتي ليس لديهنّ معلومات كافية حوله في دراسة (Ebrahem G, et al. 2019). [6-8]

ذكرَ (Brandt,et al.2021) أنّ انخفاض إنتاج حليب الثدي كان العامل الرئيس المسؤول عن الفطام، وأنَ حلمات الثدي المتشقّقة كانت العقبة الكبرى أمام الإرضاع الوالدي، وبيّن أهمّية دعم الإرضاع الوالدي من قِبَل المتخصّصين وأفراد الأسرة والتشجيع عليه والذي ساهم في استمراره حتى الشهر السّادس من عمر الرضيع. [9]

كان التعب المرتبط بالإرضاع الوالدي من الأسباب الأكثر شيوعاً لإيقاف الإرضاع الوالدي الحصري في دراسة لـ (Brown C, et al. 2014). في دراسةٍ (Whitford M, et al. 2017) كانت معدّلاته لدى النساء اللواتي أنجبنَ أكثر من رضيعٍ واحد أقلّ منه لدى اللواتي أنجبنَ رضيعاً مُفرداً. وقد أدّى اكتئاب ما حول الولادة إلى التوقّف المُبكر عن الإرضاع الوالدي كما صوّرَ (Tucker Z & O'Malley C. 2022). [10-12]

يجب على مُتخصّصيّ الرعاية الصحّية إبلاغ الأمّهات والآباء فوائدَ الإرضاع الوالدي ودعمه لدى الراغبين في مُتابعتِه، لتعليم الأمّ كيفيّة الإرضاع الصحيح فيما يخصّها ورضيعَها ومُساعدة الأمّهات للتغلّب على العقبات والحصول على فوائد الإرضاع الوالدي لأنفسهنّ ولأطفالهنّ. [13]

أهمية البحث وأهدافه

أهمّية البحث:

فَرَضَ وجودُ الأزمات على المرأة اللجوءَ لأعمال إضافية، ما زادَ انشغالَها وقلّلَ وقتها المُتاح للقيام بواجباتها تجاه طفلها على أكمل وجه، ومن تلك الواجبات الإرضاع الوالدي الكافي والمُشبِع، وكذلك التوتّر والإجهاد النفسي، والحالة التغذوية المتدنّية، وكل ذلك يقلّل إدرار حليب الثدي، وأيضاً قلّة الأنشطة الاجتماعية والتثقيف الصحي، وكانت نتيجة ذلك الحرمان من الفوائد المرجوّة من حليب الثدي للأم والرّضيع.

لِذا كان الهدف من هذه الدراسة تحديد مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري لدى الأمّهات خلال الشهور الستّة الأولى من عمر الرضيع للحدّ منها قدرَ الإمكان من أجل بناءٍ أفضل للطفل جسديّاً ونفسيّاً وتقليل الاضطرابات والأمراض المتعلّقة بذلك لدى الأم والطفل.

هدف البحث:

تحديد مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري لدى الأمّهات خلال الشهور الستّة الأولى من عمر الرضيع.

طرائق البحث ومواده

بناء البحث: وصفي.

المكان والزمان: أُجريَ هذا البحث في المراكز الصحّية التالية: مركز الشهيد عدنان عابدين، مركز الشهيد حسن زوان، ومركز الشهيد نوّار يوسف التابعة لمديريّة الصحّة باللاذقيّة، وتمّ جمع البيانات من أفراد العيّنة في الفترة الزمنيّة الواقعة بين 1\8\2022 و 31\8\2023 .

العيّنة: تم اختيار عيّنة مُتاحة مؤلّفة من 300 أم ممّن لم تمضِ 6 شهور على ولادتهنّ ولا يُرضعن إرضاعاً والديّاً حصريّاً، قادرات على التواصل اللفظي، وراغِبات بالمُشاركة في الدراسة.

أدوات البحث:

تمّ جمع البيانات من أفراد العيّنة باستخدام أداتين:

<u>الأداة الأولى</u>: تتألف من جزأين:

الجزء الأول: المعلومات الديموغرافية والولادية للأمّهات الّذي تمّ تطويره من قِبَل الباحثة بعد مُراجعة الأدبيّات ذات الصلة بموضوع البحث، ويتضمّن: (العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، العمل، ترتيب الطفل الحالي، طريقة الولادة،...).

الجزء الثاني: مُمارَسات الأمّهات المتعلّقة بتغذية أطفالهنّ، تمّ تطويره من قِبَل الباحثة بعد مُراجعة الأدبيّات ذات الصِّلة بموضوع البحث.

<u>الأداة الثانية</u>: استبيان مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري لدى الأمّهات، تمّ اقتباسه من الباحث (Thomas J. 2016) وترجمته إلى اللغة العربيّة من قِبَل الباحثة، ويتألّف من 21 بنداً من ضمنها (عدم إنتاج/ كفاية حليب الثدي، التعب والإجهاد، عدم توفّر الوقت الكافي، العمل، مشاكل في حلمتيّ الثدي، ضعف إطباق شفتَيّ الرضيع،...)، أصبح عددها 35 بنداً بعد إجراء تعديلات عليها بما يتلاءَم مع موضوع البحث، وإضافة بنود جديدة مثل (استخدام اللهّاية، الحمل، التدخين،...)، وتمّت الإجابة على كلّ منها بـ(نعم 0 أو لا 1). [14]

طرائق البحث:

- تمّ الحصول على الموافقات اللازمة من إدارة جامعة تشرين والمراكز الصحّية المذكورة سابقاً.
- قامت الباحثة بتطوير الأداة الأولى المؤلّفة من الجزأين الأوّل (المعلومات الديموغرافية والولادية للأمّهات)، والثاني (مُمارَسات الأمّهات المتعلّقة بتغذية أطفالهنّ).

- قامت الباحثة بترجمة الأداة الثانية (استبيان مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري لدى الأمّهات) إلى اللغة العربيّة وإجراء التعديلات اللازمة لها بعد مُراجعة الأدبيّات ذات الصِّلة بموضوع البحث.
- تمّ التأكّد من وضوح أداة البحث ومُلاءَمة أسئلتِها لموضوع البحث، وذلك بعرضِها على لجنة من الخُبَراء في كلّية التمريض.
- تمّ الحصول على الموافَقات الشفهيّة من أفراد العيّنة بعد شرح الهدف من الدراسة وضمان سرّيّة المعلومات لهم.
- تمّ إجراء دراسة دليليّة استرشادية (Pilot Study) على 10٪ من مُجتَمع الدراسة (30 أُمّ) واستبعادُهم من البحث، والتأكد من موثوقيّة وثبات أداة البحث باستخدام مُعامل ألفا كرونباخ، وتبيّن أنّها قابلة للتطبيق وكانت درجة الثبات 0.79.
- قامَت الباحثة بمُقابلة أفراد العيّنة كلّ على حِدة وطرحِ أسئلة الاستبيان عليهم لجمع البيانات، واستغرَقَ مَلء الاستبيان 10–15 دقيقة.
- تمّ تحليل البيانات وفقَ برنامج SPSS الإصدار 25، وعرض النتائج ضمن جداول وأشكال بيانيّة.

النتائج والمناقشة

النتائج:

الجدول (1): مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري المتعلقة بالرضيع

المُعيق	نعم		لا	
	العدد	٪	العدد	٪
ضعف إطباق شفتيّ الرّضيع / تشوّهات الفم	1	0.3	299	99.7
ضعف منعكس المصّ	0	0	300	100
تقرّحات الفمالقُلاع	3	1	297	99
آلام بزوغ الأسنان	0	0	300	100
كثرة نوم الرضيع	0	0	300	100
استخدام اللهّاية	2	0.7	298	99.3
عدم تقبّل طعم حليب الثدي	3	1	297	99
عدم زيادة وزن الرضيع	**22**	**7.3**	278	92.7
إصابة الرضيع باضطرابات تنفّسية تسبب ضيق التنفس(زكام،..)/ حدوث وزيز	4	1.3	296	98.7
الإقياءات المتكرّرة	7	2.3	293	97.7
انفصال الرضيع عن أمّه لأسباب مرضية لديه (خداجة،..)/ وجوده في الحاضنة	**29**	**9.7**	271	90.3
بكاء الرضيع المستمر حتى بعد إرضاعه من الثدي	**27**	**9**	273	91
آخر (رفض الرضيع للثدي والفطام الذاتي، الحمل التوءَمي، اعتياد الحليب الصناعي،..)	58	19.3	242	80.7

يُظهِر الجدول (1) مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري المتعلّقة بالرّضيع، ويبيّن أنّ المُعيق الأوّل للإرضاع الوالدي الحصري كان انفصال الرضيع عن أمّه لأسباب مرَضيّة لديه أهمّها وجوده في الحاضنة لدى (29، 9.7٪) من الأمّهات، تلاه في الترتيب الثاني بكاء الرّضيع المستمر حتى بعد إرضاعه من الثدي لدى (27، 9٪)، ثم في الترتيب الثالث عدم زيادة وزن الرّضيع لدى (22، 7.3٪) من الأمّهات، كما أظهرَ الجدول وجود مُعيقات إضافيّة للإرضاع

الوالدي الحصري متعلّقة بالرضيع لدى (58، 19.3٪) كان أبرزها رفض الرضيع للثدي وحدوث الفطام الذاتي، الحمل التوءَمي، واعتياد الحليب الصناعي.

الجدول (2): مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري المتعلّقة بالأم

المُعيق	نعم		لا	
	العدد	٪	العدد	٪
عدم إنتاج/ كفاية حليب الثدي نتيجةً لأسباب عضويّة أو مجهولة السبب	**45**	**15**	255	85
الحمل	9	3.0	291	97
الخوف من زيادة الوزن	0	0	300	100
اتّباع حمية غذائية لإنقاص الوزن	0	0	300	100
القلق من أن الرضيع لن يحصل على تغذية كافية/ المخاوف حول مخزون الحليب	9	3	291	97
القلق من أن بعض الأطعمة التي تأكلها الأم ستؤثر على الرضيع	0	0	300	100
الخوف من تغيّر شكل الثدي/الجسم	0	0	300	100
ألم ما بعد الولادة	6	2	294	98
التعب والإجهاد	**15**	**5**	285	95
اضطرابات نفسية لدى الأم (اكتئاب ما بعد الولادة،...) أدّت لعدم إنتاج / كفاية حليب الثدي	**40**	**13.3**	260	86.7
عدم توفر الوقت الكافي بسبب عمل الأم مثلاً، أو لأسباب أخرى	10	3.3	290	96.7
القلق من أن الأطفال الذين يُرضَعون من الثدي أقل وزناً من الذين يتناولون الحليب الصناعي	0	0	300	100
ابتعاد الأم عن رضيعها لأسباب مَرَضيّة لديها	**23**	**7.7**	277	92.3
صغر سن الأم/ قلة خبرتها	5	1.7	295	98.3
التدخين	0	0	300	100
مشاكل في حلمتي الثدي (ألم، تشقّقات، غؤور، نزّ دموي)	**28**	**9.3**	272	90.7
تناول الأم أدوية تنتقل إلى الرضيع بالإرضاع الوالدي	**17**	**5.7**	283	94.3
فشل الإرضاع الوالدي سابقاً (بعد ولادات سابقة)	1	0.3	299	99.7
الإحراج والخجل	1	0.3	299	99.7
التأثيرات الاجتماعية (الأهل والأصدقاء)	0	0	300	100
نقص المعلومات حول طريقة الإرضاع الوالدي الفعّال	0	0	300	100
آخر (اعتقادهنّ بأنّ حليبهنّ خفيف القوام لا يُشبِع الرضيع،...)	14	4.7	286	95.3

يُظهِر الجدول (2) مُعيقات الإرضاع الوالدي الحصري المتعلّقة بالأم، ويبيّن أنّ عدم إنتاج/ كفاية حليب الثدي نتيجةً لأسباب عضويّة أو مجهولة السبب في الترتيب الأوّل لدى (45، 15٪) من الأمّهات، تلاه وجود اضطرابات نفسية لدى الأم مثل (اكتئاب ما بعد الولادة) أدّت لعدم إنتاج / كفاية حليب الثدي لدى (40، 13.3٪)، ثم وجود مشاكل في حلمتيّ الثدي (ألم، تشقّقات، غؤور، نزّ دموي) لدى (28، 9.3٪) من الأمّهات، ثم ابتعاد الأم عن رضيعها لأسباب مَرَضيّة لديها لدى (23، 7.7٪) من الأمّهات، وتناول الأم أدوية تنتقل إلى الرّضيع بالإرضاع الوالدي لدى (17، 5.7٪)، يليه التعب والاجهاد لدى (15، 5٪) من الأمّهات.

الجدول (3): الفروق في نمط الإرضاع الحالي وفقَ البيانات الديموغرافية والاجتماعية للأمّهات

المُتَغيِّر	الفِئات	والدي مع صناعي		صناعي فقط		قيمة x^2	الدلالة الإحصائية p
		العدد	٪	العدد	٪		
العمر	أقل من 18	0	0	3	100	3.069	0.381
	18–25<	14	29.2	34	70.8		
	25–35	72	34.6	136	65.4		
	أكبر من 35	17	41.5	24	58.5		
المستوى التعليمي	تقرأ وتكتب	1	33.3	2	66.7	5.911	0.206
	ابتدائي	0	0	6	100		
	اعدادي	15	39.5	23	60.5		

	ثانوي	17	26.6	47	73.4		
	معهد أو جامعي وأعلى	70	37	119	63		
المستوى الاقتصادي	ضعيف	19	27.9	49	72.1	2.057	0.358
	متوسط	59	34.9	110	65.1		
	جيد	25	39.7	38	60.3		
العمل	موظفة \ أعمال حرة	52	42.3	71	57.7	5.834	0.016*
	ربة منزل	51	28.8	126	71.2		
الحالة الاجتماعية	متزوجة	103	34.7	194	65.3	1.584	0.453
	مطلقة	0	0	1	100		
	أرملة	0	0	2	100		
مكان السكن	ريف	9	30	21	70	0.278	0.598
	مدينة	94	34.8	176	65.2	f	

(Chi square χ^2) (Exact fisher test) :f (P≤0.05):*

يُظهِر الجدول (3) الفروق في نمط الإرضاع الحالي وفقَ البيانات الديموغرافية والاجتماعية للأمّهات، ويُبَيِّن وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة مهمّة في نمط الإرضاع الحالي تُعزى لمتغيّر العمل لصالح المرأة العاملة التي استمرّت بالإرضاع الوالدي مع الصناعي بنسبة (42.3٪) مقابل (28.8٪) لربّة المنزل حيث قيمة الدلالة الإحصائية (P=0.016).

الجدول (4): الفروق في نمط الإرضاع الحالي وفقَ المعلومات والمُمارَسات حول التحضير لعملية الإرضاع الوالدي لدى الأمّهات

المُتَغيِّر	الفِئات	نعم		لا		قيمة F	الدلالة الإحصائية p
		العدد	٪	العدد	٪		
وجود النيّة للإرضاع الوالدي أثناء الحمل	نعم	102	34.3	195	65.7	1.000	0.728
	لا	1	33.3	2	66.7		
تلقّي الأم الدعم من الزوج أو العائلة لإرضاع الوليد والديّاً	نعم	96	35.2	177	64.8	0.400	0.029*
	لا	7	25.9	20	74.1		
تلقّي الأم تثقيفاً حول الإرضاع الوالدي	نعم	97	33.9	189	66.1	0.567	0.337
	لا	6	42.9	8	57.1		
تحضير الثديين للإرضاع الوالدي (تدليك ، فحص الحلمتين) قَبيل الولادة	نعم	51	35.4	93	64.6	0.717	0.398
	لا	52	33.3	104	66.7		
بدء إرضاع الوليد والديّاً بعد الولادة	نعم	98	39.2	152	60.8	15.758	0.000**
	لا	5	10	45	90		

(Chi square χ^2) (Exact fisher test) :f (P ≤ 0.05):* (P ≤ 0.01):**

يُظهِر الجدول (4) الفروق في نمط الإرضاع الحالي وفقَ المعلومات والمُمارَسات حول التحضير لعملية الإرضاع الوالدي لدى الأمّهات، ويبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائية مهمّة جدّاً في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغّير بدء إرضاع الوليد بعد الولادة حيث بلغت نسبة من اعتمدنَ نمط الإرضاع الوالدي مع الصناعي وكنّ قد بدأنَه بعد الولادة (39.2٪) مقابل (10٪)، وقيمة الدلالة الإحصائية (P=0.000)، وفروق ذات دلالة إحصائيّة مهمّة في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر تلقّي الدّعم من الزوج أو العائلة لصالح من تلقّت الدعم حيث قيمة الدلالة الإحصائية (P=0.029) .

المُناقَشة:

يُعتَبَر الإرضاع الوالدي الحصري أفضل طريقة لتوفير الغذاء المثالي لنموّ الرّضع وضمان بقاءهم على قيد الحياة، ومع ذلك هناك طفلان من كلّ ثلاثة أطفال لا يحصلان عليه في الشهور الستّة الأولى من الحياة. [1]

لِذا جاءَت الدراسة الحالية من أجل معرفة كلّ ما يُعيق بدءَ واستمرارَ الإرضاع الوالدي الحصري وبالتالي إيجاد الحلول لتلك المُعيقات والوصول إلى أقصى استِفادةٍ منه.

ظهرَت في تلك الدراسة مُعيقات للإرضاع الوالدي الحصري متعلّقة بالرّضيع، أهمّها رفض الرّضيع الثدي وفطامه ذاتيّاً، قد يكون هذا عائداً لعدم تدفّق الحليب من الثدي بشكلٍ كافٍ، أو صعوبة التقاط الرّضيع لحلمة الثدي، فقد يواجه صعوبةً في المصّ نتيجة الشكوى من ألمٍ ما. اتّفَقَت هذه الدراسة في ذلك مع بحث (Gedefaw G, et al. 2020) الذي وجَدَ أنّ رفض الرضيع الثدي أدّى إلى تقصير مدّة الإرضاع الوالدي من خلال تأثيره على تكوين مخزونٍ كافٍ من حليب الثدي. [15]

انفصال الرّضيع عن أمّه بسبب وجوده في الحاضنة أو لسبب مَرَضيّ لديه، حيث يُحرَم من التلامس الجلدي المُباشَر معها، ويُعطى الحليب الصناعي في فترة ابتعاده عنها، وفي النتيجة يقّل تكوين وإدرار حليب الثدي. اتّفَقَت هذه الدراسة في ذلك مع بحث (Emara R, et al. 2022)، حيث كان العائق الأكثر شيوعاً للإرضاع الوالدي الحصري هو مرض حديثيّ الولادة وقبولهم في وحدة العناية المركّزة وعدم إقامة الطفل في غرفة الأم بعد الولادة. [7]

بُكاء الرضيع المستمرّ حتّى بعد إرضاعه من الثدي، فقد تفسّر الأم ذلك البكاء بأنّ الرضيع لا يشبَع وحليب الثدي غير كافٍ فتضيف الحليب الصناعي أو غيره لغذاء الرّضيع. اتّفقت في ذلك مع بحث (Gaal D. 2022)، حيث كان بكاء الرضيع المستمر سبباً للاعتقاد بعدم كفاية حليب الثدي وبالتالي إدخال الأطعمة الإضافية إلى غذاء الرضيع. [16]

كان أبرز المُعيقات المتعلّقة بالأم، عدم إنتاج حليب الثدي أو عدم كفايته، وهذا يدفع الأم إلى إدخال الحليب الصناعي أو غيره لغذاء الرضيع، وقد يُفاقم ذلك المشكلة بعدم محاولتها إرضاعه من الثدي وبالتالي عدم تحفيز إدراره. وُجِدَ ذلك في نتائج بحث (Sdeeq N & Saleh A. 2019) حيث ذكرَ أنّ عدم كفاية إنتاج حليب الثدي كان العائق الأكبر أمام الإرضاع الوالدي الحصري.[17]

وَجَدَت أيضاً اضطرابات نفسيّة منها اكتئاب ما بعدَ الولادة، فالحالة النفسيّة السيّئة لا تقلّل إدرار الحليب وحسب، بل ربّما تجعل الأم تتوقّف عن محاولة الإرضاع من الثدي وبالتالي يقلّ إدراره. اتّفقت تلك الدراسة في ذلك مع بحث (Tucker Z & O'Malley C. 2022) الذي صوّرَ كيف يمكن أن يؤدّي اكتئاب ما حولَ الولادة إلى التوقّف المُبكر عن الإرضاع الوالدي.[12]

وُجِدَت في هذه الدراسة مشاكل في حلمتَيّ الثدي كالغؤور، الّذي يسبّب صعوبة إمساك الرّضيع بحلمة الثدي، والتشقّقات الّتي تجعل الإرضاع الوالدي مؤلماً ويجعله أكثر صعوبةً على الأم، اتّفَقَت في ذلك مع بحث (Brandt G, et al.2021) حيث كانت حلمات الثدي المتشقّقة العقبة الكُبرى أمام الإرضاع الوالدي.[9]

وُجِدَت في هذه الدراسة فروقٌ ذات دلالة إحصائيّة مهمّة جدّاً في نمط الإرضاع الحالي وفقَ مُتغيّر بدء الإرضاع الوالدي بعد الولادة بدلالة إحصائية P=0.000، يعود ذلك إلى تحريض إفراز حليب الثدي بمنعكس المصّ لدى الرضيع منذ اللحظات الأولى بعد الولادة وهذا يحفّز إدراره فيما بعد، وقد اتّفقَت هذه الدراسة في ذلك مع بحث (Gedefaw G, et al. 2020)، حيث وجَدَ أنّ التأخير في بدء الإرضاع الوالدي بعد ساعة واحدة من الولادة يؤدّي إلى فشلِه لاحقاً.[15]

أظهَرَت هذه الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائيّة مهمّة في نمط الإرضاع الحالي تُعزى لمُتغيّر العمل لصالح المرأة العامِلة الّتي استمرّت بالإرضاع الوالدي إلى جانب الصناعي بدلالة إحصائية P=0.016، ربّما يُفَسّر ذلك ببقاء الأم العاملة مع رضيعها طيلة فترة إجازة الأمومة أو معرفتها بأهمّية وفوائد الإرضاع الوالدي وبالتالي لم يؤثّر العمل على استمراريّة إرضاعها والديّاً. اختلفَت تلك النتيجة مع نتيجة بحث (Abou El-Wafaa H & El-Gilani A. 2018) الذي بيّنَ أنّ عمل الأمّهات يؤثّر سلبيّاً على سلوك الإرضاع الوالدي ويقلّل مدّته.[18]

وُجِدَت فروقٌ ذات دلالة إحصائيّة مهمّة في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر تلقّي الدّعم من الزوج لصالح من تَلَقَّته، ربّما يعود ذلك إلى الحالة النفسيّة الجيّدة للأم التي تحظى بالدعم والمُساندة من الزوج، والّذي يخفّف شعورها بالمسؤوليّة الكاملة وبالتالي تشجيعها على الاستمرار بالإرضاع الوالدي وتحسين إدرار حليب الثدي. اتّفقت هذه الدراسة مع بحث (Gaal D. 2022) الّذي عَزى مُمارسة الإرضاع الوالدي الحصري لدى المتزوّجات أكثر من المُطَلّقات والأرامل إلى الدّعم الاجتماعي والمالي الذي تحصل عليه المرأة المتزوّجة من زوجها.[16]

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

- أظهرَت الدراسة الحاليّة وجودَ مُعيقاتٍ للإرضاع الوالدي الحصري متعلّقة بالرّضيع، وكان المُعيق الأبرز رفض الرضيع للثدي وحدوث الفطام الذاتي لدى (10.34٪) من الأمّهات، ثمّ انفصال الرضيع عن أمّه لأسباب مرَضيّة لديه لدى (9.7٪)، تلاه بكاؤه المستمر حتى بعد إرضاعِه من الثدي لدى (9٪)، ثمّ عدم زيادة وزنه لدى (7.3٪) منهنّ.
- وجَدَت أيضاً مُعيقاتٍ للإرضاع الوالدي الحصري متعلّقة بالأم، وكان المُعيق الأبرز عدم إنتاج/ كفاية حليب الثدي نتيجةً لأسباب عضويّة أو مجهولة السبب لدى (15٪) من الأمّهات، تلاه وجود اضطرابات نفسيّة لدى الأم (مثل اكتئاب ما بعد الولادة) أدّت لعدم إنتاج / كفاية حليب الثدي لدى (13.3٪)، ثم وجود مشاكل في حلمتيّ الثدي (ألم، تشقّقات، غؤور، نزّ دموي) لدى (9.3٪)، يليه ابتعاد الأم عن رضيعها لأسباب مَرَضيّة لديها لدى (7.7٪) منهنّ.
- وُجِدَت فروق ذات دلالة إحصائيّة مهمّة جدّاً في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر بدء إرضاع الوليد بعد الولادة، حيث بلَغَت نسبة من اعتمَدنَ نمط الإرضاع الوالدي مع الصناعي وكنّ قد بدأنَه بعد الولادة (39.2٪) مقابل (10٪)، وقيمة الدلالة الإحصائية (P=0.000)، فروق ذات دلالة إحصائيّة مهمّة في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر العمل لصالح المرأة العاملة التي استمرّت بالإرضاع الوالدي مع الصناعي بنسبة (42.3٪) مقابل (28.8٪) لربّة المنزل، حيث قيمة الدلالة الاحصائيّة (P=0.016)، وفروق ذات دلالة إحصائية مهمّة في نمط الإرضاع الحالي وفقَ متغيّر تلقّي الدّعم من الزوج أو العائلة لصالح من تلقّت الدعم، حيث قيمة الدلالة الإحصائيّة (P=0.029).

التوصيات:

- تعزيز دور الممرّضين ومُقَدّمي الرّعاية الصحّية بنشر ثقافةٍ تعزّز وتدعم استمرار الإرضاع الوالدي الحصري.
- تعليم السيّدات عموماً، والحوامل والمُرضِعات خصوصاً كيفيّة التحضير لعمليّة الإرضاع الوالدي، وتوزيع بروشورات توضيحيّة حول ذلك.
- التأكيد على أهمّية محاولة إرضاع الرّضيع من الثدي في الساعة الأولى من ولادته.
- إجراء هذه الدراسة على عيّنةٍ أكبر من الأمّهات، وعلى مُجتمعات مختلفة، وإجراء المزيد من الدراسات لمعرفة أسباب إيقاف الإرضاع الوالدي قبل الشهور الستّة الأولى من عمر الرّضيع، وطرق التغلّب على تلك الأسباب.

Reference

1- World Health Organization (2017). Health topics: Breastfeeding. Available at: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/

2- World Health Organization (2017). Guideline: Protecting Promoting And Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. WHO Document Production Service: Geneva, Switzerland.

3- Idris S, Tafeng A, Elgorashi A. (2015). Factors Influencing Exclusive Breastfeeding among Mother with Infant Age 0-6 Months. *International Journal of Science and Research*. 4(8): 28-33.

4- United Nations Children's Fund UNICEF (2022). Evaluation of the Infant and Young Child Feeding Programme: How has UNICEF reflected on and responded to the ongoing nutrition needs of infants and young children in Syria? Syria Country Office.

5- Bektas I, Arkan G. (2021) The effect of perceived social support of Syrian mothers on their infant feeding attitudes. *Journal of Pediatric Nursing*. 57(2021): 40-45.

6- Abdulmalek, L. (2018). Factors affecting exclusive breastfeeding practices in Benghazi, Libya. Libyan Journal of Science &Technology. 7(1): 36-38.

7- Emara R, Saleh A, Tayel D. (2022). Determinants of Breastfeeding Initiation among Mothers Attending Breastfeeding Support Clinics; a cross-sectional study in Alexandria, Egypt. Egyptian Journal of Community Medicine. 41(1):11-17.

8- Ebrahem G, Elwasefy S, Sabbour M. (2019). Factors Contributing to Inadequate Exclusive Breast Feeding among Infants Aged 0-6 Months. *Journal of Nursing and Health Science*. 8(3): 32-40.

9- Brandt G, Britto A , Leite C , Marin L .(2021). Factors Associated with Exclusive Breastfeeding in a Maternity Hospital Reference in Humanized Birth. *Revista Brasileira de Ginecologia e Opstetricia*. 43(2): 91-96.

10- Brown C, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S.(2014).Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Canadian Journal of Public Health. 105(3): 1-5.

11- Whitford M, Wallis S, Dowswell T, West H, Renfrew M. (2017). Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(2017): 012003.

12- Tucker Z, O'Malley C. (2022). Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review. *Cureus*.14(9): 29199.

13- Spatz D. (2017). SPN Position Statement: The Role of Pediatric Nurses in the Promotion and Protection of Human Milk and Breastfeeding. Journal of Pediatric Nursing. 37(2017): 136–139.

14- Thomas, J. (2016). Barriers to Exclusive Breastfeeding Among Mothers During The First Four Weeks Postpartum. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. 2197(2016) :91-108.

15- Gedefaw G, Goedert M, Abebe E, Demis A. (2020). Effect of cesarean section on initiation of breast feeding: Findings from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. Plos One Journal. 15(12): 0244229.

16- Gaal D.(2022). Barriers To Exclusive Breastfeeding Among Mothers With Children Aged 6-9 Months In Mogadishu City Somalia. Journal of Pharmaceutical Negative Results. 13(5): 473-476.

17- Sdeeq S N, Saleh M A .(2019). Determinants of exclusive breastfeeding practice for the first six months in mothers with infants between 6 and 15 months of age in Erbil city, Iraq: A cross-sectional study. Zanco Journal of Medical Sciences. 25(1): 406-414.

18- Abou El-Wafaa H, El-Gilany A. (2018). Maternal work and exclusive breastfeeding in Mansoura, Egypt. Family practice. 36(5): 568–572.