

## دراسة أثر الاستشفاء في شعبة الحواضن على خيار الرضاعة الوالدية ومدتها

الدكتور أحمد شريتح \*

الدكتور منير عثمان \*\*

لينا خضور \*\*\*

(تاريخ الإيداع 19 / 2 / 2007. قبل للنشر في 21 / 5 / 2007)

### □ الملخص □

حليب الأم هو الغذاء الأنسب للرضيع خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة فهو كمركب بيولوجي يُسهم بشكل كبير في خفض نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض الإنتانية وأخطاء التغذية، خاصة في الدول الفقيرة. محلياً كان لا بد من إجراء دراسة مستقبلية (2005/3/15 لغاية 2006/3/15) تبين الأثر السلبي المحتمل لاستشفاء الولدان في شعبة الحواضن في مشفى الأسد الجامعي على خيار الإرضاع الوالدي ومدتها بملء استبيان يتضمن أسئلة متعلقة بالأم والحمل والجنين ومشاكله الصحية ثم متابعة الأمهات هاتقياً مدة 6 أشهر لمعرفة نسبة الاستمرار بالرضاعة الوالدية. تم تحليل النتائج بعد سنة من الدراسة وكانت كالتالي: تم ملء استبيان من قبل 134 امرأة وأمكن استئثار 118 منها بنسبة 88% كانت نسبة الإرضاع الصناعي بشكل مطلق 35% ونسبة الإرضاع الوالدي 65% لاحظنا وجود علاقة إيجابية مؤكدة لفشل الإرضاع الوالدي بعد الاستشفاء مع تدني عمر الأم ومستوى تعليمها والولادة القيصرية ومدّة إقامة الوليد في شعبة الحواضن رغم وجود دعم وتشجيع عائلي كبيرين، بينما لم يكن لجنس المولود وتعدد الحمل وعمل الأم دور في ذلك. ورغم الصعوبات يجب أن نؤكد على وجود كادر طبي تمريضي خبير يسهم في توعية الأم وبهئى أحسن السبل والوسائل لمتابعة الرضاعة الوالدية ويقلل نسبة الفشل فيها.

**كلمات مفتاحية:** الإرضاع الوالدي، الاستشفاء.

\* أستاذ مساعد في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\* أستاذ في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*\* طالبة دراسات عليا في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Studying the Effect of Therapy at Nursing Department on Natural Sucking Choice and Its Duration

Dr. Ahmad Shreth<sup>\*</sup>  
Dr. Moneer Aothman<sup>\*\*</sup>  
Lina Khadour<sup>\*\*\*</sup>

(Received 19 / 2 / 2007. Accepted 21/5/2007)

### □ ABSTRACT □

Mother milk is the most suitable food for the newborn in the first six months of his life. As a biological composition, it contributes to decreasing death ratios caused by infectious diseases and wrong feeding especially in poor countries. Locally, there was a great need for making future study (15/03/2005 — 15/03/2006) to show the probable negative effect of newborns therapy at the nursing Department in Al-Assad University Hospital on the choice of natural sucking and its duration through filling a questionnaire including questions related to mother, pregnancy, fetus and its health problems. Mothers were then followed up through telephone for six months to know the percentage of mothers who continued sucking. After one year, the result was as follows: 134 women filled the questionnaires, 118 of them were used a percentage of 88%. The percentage of women who used artificial sucking was 35%; and the percentage of those who used natural sucking was 65%. A positive relation was found between the failure of natural sucking after therapy and the decrease in mother's age, her educational level, cesarean birth and the duration of staying at the department of nurses despite of great encouragement by families, whereas the newborns' genders and the number of previous pregnancies were of no effect.

Despite all difficulties, it is highly recommended to have experienced nursing medical staff to contribute to cautioning mothers and to prepare the best ways and means to keep using natural sucking in order to decrease ratios of failure.

**Keywords:** Natural sucking, Therapy.

---

•Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

•• Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

•••Postgraduate Student, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

لقد ثبت علمياً فائدة الإرضاع الوالدي بشكل لا يدع مجالاً للشك وتفوقه على البدائل الصناعية للحليب خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الرضيع حسب توصيات منظمة الصحة العالمية، فقد لوحظ أن الأطفال الذين رضعوا حليب الأم كانوا أقل تعرضاً للكثير من الأمراض الإنفانتية كالإسهال وذات الرئة بفضل خصائصه المناعية المميزة التي تحمي الرضيع من الجراثيم المحيطة به وكذلك الظواهر التحسسية كالربو والإكزيما والأمراض المزمنة كالداء الزلاقي والسكري فضلاً عن الفوائد التي يقدمها للأم كحمايتها من البدانة ومنع الحمل والوقاية من سرطان الثدي والمبيض وما يوفره من وقت وجهد ومال بفضل عقامته وسهولة توفره إضافة للفوائد النفسية التي يقدمها للام والرضيع. ورغم سعي منظمة الصحة العالمية لرفع نسبة الإرضاع الوالدي في دول العالم خاصة الفقيرة، فما يزال هناك تفاوت في هذه النسب ناجم عن عدم توفر الوعي الصحي لدى الأم المرضع ومحيطها الاجتماعي والطبي ومن هنا كان لتشجيع الإرضاع الوالدي والتعريف بفوائده ومعوقاته الأهمية الكبرى في خفض نسبة المراضة والوفيات الناجمة عن الفطام المبكر وأخطاء التغذية خاصة في دول العالم النامية.

## هدف الدراسة وأهميتها:

- 1- دراسة أثر الاستشفاء في فترة الوليد على خيار الإرضاع الوالدي ومدتها بعد الخروج من شعبة الحواضن.
- 2- تحليل بعض العوامل السلبية الأخرى المعيقة للرضاعة الوالدية مما يسمح بتقديم بعض المقترحات للأهات والكادر الطبي.

نظراً للفوائد الجمة التي يقدمها حليب الأم للرضيع واستحالة القدرة على تصنيع حليب آخر مطابق له يتحتم علينا البحث عن العوامل المعيقة للإرضاع الوالدي والمؤدية لفشله.

## عينة البحث:

شملت عينة الدراسة أهات الولدان المقبولين في شعبة الحواضن في قسم الاطفال في مشفى الأسد الجامعي خلال فترة الدراسة (2005/3/15 ولغاية 2006/3/15) اللواتي أبدين رغبة بمتابعة الإرضاع الوالدي وقبلن بعد التوضيح والشرح المشاركة في ملء استبيان البحث شرط أن يكن من قاطني محافظة اللاذقية وأن يقبلن بالرد على المكالمات الهاتفية التي ستجرى دورياً من قبل المشفى كل شهر لمدة ستة أشهر بعد التخرج من المشفى أي بمعدل ست مكالمات هاتفية لكل أم.

## طريقة الدراسة:

تمت هذه الدراسة المستقبلية التي اجريت هاتفياً لفترتين الأولى 6 أشهر وهي فترة جمع العينة المتمثلة بأهات الولدان المقبولين في شعبة الحواضن (3/15 لغاية 2005/9/15)، تلتها فترة ثانية تمتد ستة أشهر (2005/9/16 لغاية 2006/3/16) تم فيها متابعة عناصر العينة بعد التخرج من المشفى وتخصص لكل مولود استمارة تتضمن:

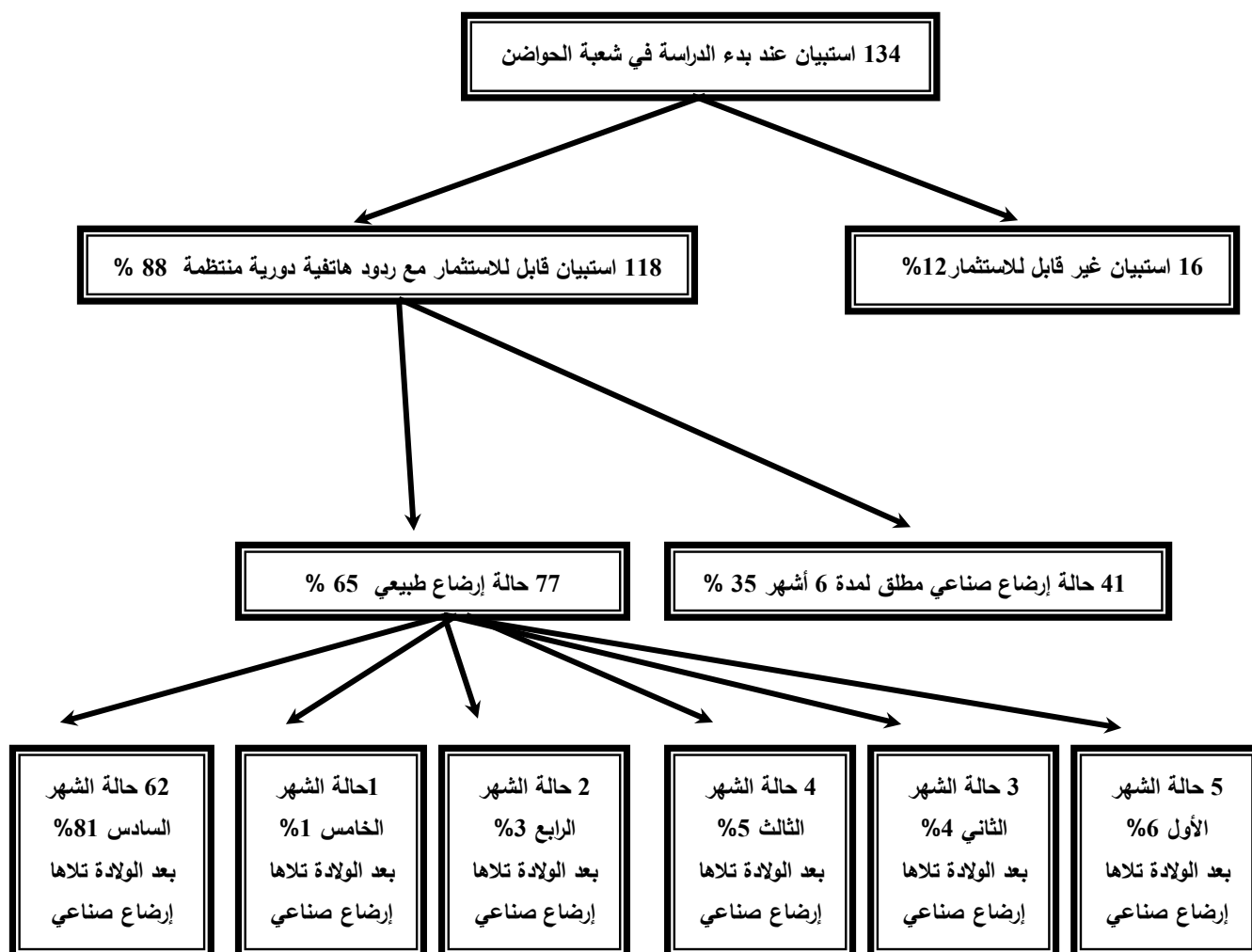
- 1- قسم شخصي له علاقة بتاريخ الاستبيان والهوية والسكن وتاريخ ولادة الطفل.
- 2- قسم اجتماعي اقتصادي له علاقة بمستوى الدراسة (طبيعة العمل - وجود أولاد سابقين - وجود تشجيع على الرضاعة).

- 3- قسم يتناول المولود: عمره الحملي - جنسه - طريقة الولادة - مدة استشفائه - سبب استشفائه.
- 4- قسم يتناول الوضع الصحي للأم ورغبتها بالإرضاع الوالدي والعوامل التي تمنعها من متابعة الرضاعة.
- 5- وقسم آخر يملأ عند الاتصال الهاتفية بالأم ويتعلق بمتابعة الإرضاع الطبيعي أو وقفه عند كل مكالمة هاتفية.
- وتم جمع المعطيات الإحصائية السابقة كافة بمساعدة برنامج Microsoft Excel وأمكن تقسيم عينة البحث إلى فئتين تبعاً للردود الهاتفية والمتابعة:
- 1- فئة إرضاع صناعي مطلق 2- فئة إرضاع طبيعي بمدد تتراوح من شهر لستة أشهر، واعتبر الاستبيان غير قابل للدراسة عند غياب الرد على أول مكالمة هاتفية.

## النتائج:

تم الحصول على 134 استبياناً من الأمهات المرضعات اللواتي قُبل أطفالهن في شعبة الحواضن في مشفى الأسد الجامعي خلال فترة الدراسة.

في أول مكالمة هاتفية لم نتمكن من الاتصال بـ 15 مرضعاً وتم استبعادهن من الدراسة لعدم استكمال الاستبيانات، وهكذا حصلنا على 118 استبيان قابل للاستثمار أي بنسبة (88%) وقسمت الأمهات إلى سبع فئات:



(شكل رقم 1) فئات الدراسة حسب مدة الإرضاع

الجدول (1) يوضح النسب المئوية لمستوى دراسة الأم وعمل الأم طبقاً لنوع الرضاعة ومدتها

مستوى التعليم	رضاعة صناعية حصراً (41)	رضاعة طبيعية شهر 1 (5)	رضاعة طبيعية شهر 2 (3)	رضاعة طبيعية شهر 3 (4)	رضاعة طبيعية شهر 4 (2)	رضاعة طبيعية شهر 5 (1)	رضاعة طبيعية شهر 6 (62)
ابتدائي (34)	22 (%54)	0	0	0	0	0	11 (%18)
إعدادي (34)	7 (%17)	3 (%60)	1 (%33)	3 (%75)	0	0	20 (%32)
ثانوي (24)	5 (%12)	0	0	1 (%25)	2 (%100)	0	16 (%26)
معهد (15)	4 (%10)	0	0	0	0	1 (%100)	7 (%11)
جامعي (12)	3 (%8)	2 (%40)	2 (%67)	0	0	0	8 (%13)
عمل الأم (34 تعمل)	6 (%17)	3 (%9)	2 (%6)	1 (%3)	2 (%6)	1 (%3)	19 (%56)

إحصائياً: بتطبيق اختبار كأي تربيع ( $\chi^2$ ) لدراسة وجود استقلال نوع الرضاعة عن مستوى التعليم نجد أن القيمة المحسوبة 4.7 أكبر من القيمة الجدولية 3.8 وبناءً عليه نرفض فرض العدم ونقبل بالفرض البديل الذي يؤكد عدم استقلالية مستوى التعليم عن نوع الرضاعة.

الجدول (2) يوضح النسب المئوية لوجود الأولاد السابقين مع تجارب إرضاع والدي سابقاً ووجود

تشجيع للرضاعة الطبيعية من المحيط العائلي وطبيب العائلة

رضاعة طبيعية شهر 6 (62)	رضاعة طبيعية شهر 5 (1)	رضاعة طبيعية شهر 4 (2)	رضاعة طبيعية شهر 3 (4)	رضاعة طبيعية شهر 2 (3)	رضاعة طبيعية شهر 1 (5)	رضاعة صناعية حصراً (41)	
39 (%64)	1 (%2)	0	4 (%3)	1 (%2)	3 (%2)	22 (%27)	أولاد سابقون مع رضاعة طبيعية (58)
59 (%52)	1 (%1)	2 (%2)	3 (%3)	3 (%3)	5 (%4)	40 (%35)	تشجيع المحيط العائلي (113)
48 (%55)	1 (%1)	0	3 (%3)	2 (%2)	4 (%5)	30 (%34)	تشجيع طبيب العائلة (88)

الجدول (3) يوضح النسب المئوية بالنسبة لعمر الأم وعلاقته بنوعية الإرضاع

رضاعة صناعية حصراً (41)	رضاعة طبيعية شهر (5) 1	رضاعة طبيعية شهر (3) 2	رضاعة طبيعية شهر (4) 3	رضاعة طبيعية شهر (2) 4	رضاعة طبيعية شهر (1) 5	رضاعة طبيعية شهر (6) 6	عمر الأم
5 (83%)	0	0	1 (17%)	0	0	0	أقل من 20 سنة (6)
25 (35%)	3 (4%)	2 (3%)	0	2 (3%)	0	39 (55%)	20 - 29 سنة (71)
10 (25%)	2 (5%)	1 (3%)	3 (8%)	0	1 (3%)	22 (56%)	30 - 39 سنة (39)
1 (50%)	0	0	0	0	0	1 (50%)	40 سنة وما فوق (2)

إحصائياً: القيمة المحسوبة 8.6 أكبر من القيمة الجدولية 7.8 وبناءً عليه نرفض فرض العدم ونقبل بالفرض البديل الذي يؤكد عدم استقلالية عمر الأم عن نوع الرضاعة.

الجدول (4) يوضح العلاقة بين نوعية الإرضاع وكل من طريقة الولادة وجنس المولود وعدد الحمل

نوعية الإرضاع	طريقة الولادة		جنس المولود	
	قصيرة	طبيعية	ذكر	أنثى
إرضاع صناعي 41	19 (40%)	22 (31%)	28 (40%)	13 (27%)
إرضاع طبيعي 77	28 (60%)	49 (69%)	41 (60%)	36 (73%)
حمل متعدد	4	4	4	4

إحصائياً: القيمة المحسوبة 2.4 أقل من القيمة الجدولية 3.8 وبناءً عليه نقبل فرض العدم والذي ينص على استقلالية جنس المولود عن نوع الرضاعة ومدتها.

الجدول (5) يوضح النسب المئوية لمستوى دراسة الأب وعمله طبقاً لنوع الرضاعة

نوعية الإرضاع	رضاعة صناعية (41)	رضاعة طبيعية (77)
أقل من التعليم الأساسي (66)	25 (38%)	41 (62%)
ثانوي أو معهد (36)	9 (25%)	27 (75%)
جامعي (16)	7 (44%)	9 (56%)
عمل حكومي (78)	24 (31%)	54 (69%)
عامل حر (40)	17 (43%)	23 (57%)

**إحصائياً:** القيمة المحسوبة 3.34 أكبر من القيمة الجدولية 1.38 وبناءً عليه نرفض فرض العدم ونقبل بالفرض البديل الذي يؤكد عدم استقلالية مستوى التعليم عن نوع الرضاعة. ودراسة وجود استقلال نوع الرضاعة عن عمل الأب نجد أن القيمة المحسوبة 1.2 أقل من القيمة الجدولية 3.8 وبناءً عليه نقبل فرض العدم الذي يؤكد استقلالية عمل الأب عن نوع الرضاعة.

الجدول ( 6 ) يوضح العلاقة بين نوعية الإرضاع والأسباب التي أدت للاستشفاء

أسباب أخرى (7)	نقص O <sub>2</sub> حول الولادة والنزف الدماغي (9)	أسباب رئوية (11)	فرط بيلروبين (39)	خداجة (21)	إنتان الوليد (42)	
7 (100%)	2 (22%)	3 (27%)	5 (3%)	14 (67%)	21 (50%)	رضاعة صناعية (41)
0	7 (78%)	8 (73%)	34 (87%)	7 (33%)	21 (50%)	رضاعة طبيعية (77)

**إحصائياً:** القيمة المحسوبة 31 أكبر من القيمة الجدولية 11 وبناءً عليه نرفض فرض العدم ونقبل بالفرض البديل الذي يؤكد عدم استقلالية سبب الاستشفاء عن نوع الرضاعة.

الجدول ( 7 ) يوضح العلاقة بين مدة الاستشفاء و نوعية الإرضاع ومدتها

رضاعة طبيعية شهر	رضاعة طبيعية شهر	رضاعة طبيعية شهر	رضاعة طبيعية شهر	رضاعة طبيعية شهر	رضاعة طبيعية شهر	رضاعة صناعية حصراً (41)	مدة الاستشفاء
6 (62)	5 (1)	4 (2)	3 (4)	2 (3)	1 (5)		أقل من أسبوع
42 (68%)	1 (100%)	0	1 (25%)	1 (33%)	4 (80%)	12 (29%)	أكثر من أسبوع
20 (32%)	0	2 (100%)	3 (75%)	2 (67%)	1 (20%)	29 (71%)	

الجدول (8) يوضح العلاقة بين نوعية الإرضاع وكل من عدد مرات زيارة الأم لمولودها وإرضاعه خلال الاستشفاء

رضاعة طبيعية (77)	رضاعة صناعية (41)	زيارة الأم ومرات الإرضاع
14 (74%)	5 (26%)	لم تزر (19)
23 (56%)	18 (44%)	زارت ولم ترضع (41)
36 (69%)	16 (31%)	زارت وأرضعت أقل من 10 مرات (52)
4 (67%)	2 (33%)	زارت وأرضعت أكثر من 10 مرات (6)

**إحصائياً:** القيمة المحسوبة 2.9 أقل من القيمة الجدولية 7.8 وبناءً عليه نقبل فرض العدم الذي يؤكد استقلالية نوع الرضاعة عن عدد مرات زيارة المولود ومرات إرضاعه.

الجدول (9) يوضح أسباب العزوف عن الإرضاع الوالدي بعد الاستشفاء وحتى الشهر السادس من عمر الرضيع ونسبها المنوية

عدم كفاية الحليب	عدم وجود دة	عدم تقبل الطفل	عدم كسب وزن	مانع دوائي	العمل	مانع صحي
41	3	5	3	1	2	1
(%73)	(%5)	(%9)	(%5)	(%2)	(%4)	(%2)

## المناقشة:

قوبلت الاتصالات الهاتفية المستقبلية بتعاون منفتح من قبل الأهل ساعد على نجاح هذه الطريقة البحثية بنسبة (88%)، وهذا يشجع على تكرار هذه الطريقة في بحوث مستقبلية أخرى لان نسبة الفشل في الحصول على بيانات غير قابلة للاستثمار كانت متدنية ( لم تتمكن من الاتصال بذويها ). كانت نسبة الإرضاع الصناعي بشكل مطلق استناداً لدراستنا (35%)، وهي تمثل حقيقة نسبة فشل الإرضاع الوالدي للمواليد بعد استشفائهم في شعبة الحواضن وهذه النسبة عالية إذا ما قورنت بدراسة سورية للدكتور فايز قنطار نشرت في مجلة كويتية عام 2001 كانت نسبة فشل الإرضاع الوالدي فيها 5% وفي المجتمع السعودي 3% لكن دون دور بارز للاستشفاء فيها [1]، وهذا يوجه للبحث في المعوقات والدور السلبي للاستشفاء على خيار الإرضاع الوالدي. أجمعت الأمهات في العينة المدروسة بنسبة 100% على أفضلية حليب الأم على البدائل الصناعية وأبدین رغبتهن القيام بالإرضاع الوالدي بنسبة 100% أيضاً وهذه نسبة عالية إذا ما قورنت بدراسة أمريكية نشرت عام 2001 وكانت النسبة فيها من 60-70%. وهذا يعود للأهمية الكبيرة التي يوليها الناس لحليب الأم بفضل خصائصه المناعية التي تحمي الرضيع من الجراثيم المحيطة به وفوائده الجمة للأم كإنقاص الوزن والبدانة ومنع الحمل والوقاية من سرطان الثدي، وهذا معزز باعتقاد ديني راسخ منذ القدم يوصي باستمرار الإرضاع الوالدي مدة حولين كاملين. إضافة لنمط التربية والحياة الاجتماعية التي تولي فيها الأم الاهتمام الأكبر لرضيعها، ففي دراستنا كانت نسبة تشجيع المحيط العائلي المتمثلة بالزوج والجددة والأصدقاء للإرضاع الوالدي (96%) وسطياً، أما في دراسة أمريكية نشرت عام 2001 فتدنت فيها نسبة الإرضاع الطبيعي بين النساء السود الأفريقيات بسبب غياب الدعم العائلي والاجتماعي له وعدم رغبة الشريك بذلك ورفض الأم التزامها بطفلها وتقييد حريتها الشخصية دون وجود تأثير لمستوى الدخل والثقافة [2,3,4,5,6,7,8].

بالنسبة لعمر الأم فأعلى نسبة للإرضاع الطبيعي كانت من عمر 20-40 سنة وأدنى مستوى لها كانت لدى النساء اللواتي يقل عمرهن عن 20 سنة ولديهن مستوى ثقافة متدنية، وذلك بالرغم من قناعة ورغبة الأم الكبيرة، وهذا مماثل للدراسة الأمريكية حيث نسبة الإرضاع الوالدي فيها 9% لدى الأمهات اللواتي يقل عمرهن عن 20 سنة و2.5% للأمهات اللواتي يقل مستوى تعليمهن عن التعليم الأساسي، ويعود السبب بذلك لعدم تهيئة الأم نفسياً للإرضاع، فوجود حلقة قصيرة أو مسطحة أو غائرة تتطلب تدلياً وتمسيداً لطيفين في الثلثين الأخيرين من الحمل كما أن صغر عمر الأم يترافق مع حمل عالي الخطورة مع مخاض صعب يرهق الأم ويعيقها من زيارة مولودها المقبول في شعبة الحواضن مع فشلها في المحافظة على إدرار كافٍ من حليب خلال فترة الاستشفاء وجعلها بتقنية الإرضاع الصحيحة التي تسمح بتنفس مريح وتحكم جيد بالحلمة يمنع تشقق الحلمة وألمها، وهنا يبرز الدور الكبير الذي يقع على عاتق الطبيب في تنقيف الأم وتهيئتها قبل الولادة وبعدها ففي دراستنا تلقت 75% من الأمهات المرضعات تشجيعاً محدوداً من طبيبهن الخاص دون تقديم شرح مفصل عن المشاكل التي تعترضها مما أدى لنسبة فشل عالية في مواصلة الإرضاع الطبيعي.



بالنسبة لعمل الأم بينت دراسة أمريكية مسؤوليته عن 20% من أسباب توقف الإرضاع الوالدي خلافاً لدراسة سورية لم يؤدّ فيها عمل الأم لفارق إحصائي مهمّ بين خيارى الإرضاع الوالدي والصناعية [9]، وفي دراستنا فشل الإرضاع الوالدي لدى 17% من الأمهات العاملات و41% من الأمهات الغير عاملات وهذا يشير لأهمية قليلة لعمل الأم كعامل معيق للرضاعة واستمرارها قد يعود لأسباب ثقافية وأخرى مادية ملحوظة من خلال علاقة تدني دخل الأب مع ارتفاع نسبة الإرضاع الوالدي.

أما بالنسبة لوجود أولاد سابقين مع تجارب إرضاع طبيعي فقد اتبعت 27% من أمهاتهم الإرضاع الصناعي وفشلت 9% منهن بمواصلة الإرضاع الطبيعي خلال الأشهر القليلة بعد الولادة وهذا يعزز الدور السلبي للاستشفاء. في مجتمعنا الشرقي لم يلعب جنس المولود دوراً في خيار الإرضاع الوالدي، وهذا يعكس تطور العقلية ونمط التفكير في مجتمعنا مع القبول بعدد محدود من الأطفال حسب دراسة د.قنطار [1]، إلا أنه في دراستنا كانت نسبة الإرضاع الصناعي أعلى بنسبة 40% عند الذكور، وهذا فقط عائد إلى نسبة الاستشفاء العالية 58% للذكور مقارنة بالإناث.

بالنسبة لطريقة الولادة توافقت القيصرية مع إرضاع صناعي بنسبة 40% لأن الأم لحظة الولادة تكون خاضعة للتخدير العام وغير قادرة على وضع مولودها على الحلمة وفصل الأم عن مولودها وقبوله في شعبة أخرى كالحواضن يكلفها جهداً وعناءً أكبر لزيارته ويخضعه لممارسات إطفام خاطئة كالحليب الصناعي أو الماء المحلى بالسكر تضعف من تقبله لحلمة الثدي وحلبه، فالاستشفاء يبرز دوراً سلبياً للقيصرية على البدء بالإرضاع الطبيعي بعد الولادة وهذا مماثل لما ورد في دراسة إيطالية نشرت في 2004 [10,11,12]. ويزول هذا الدور بغياب الاستشفاء، فقد أكدت دراسة سورية عدم وجود تأثير معيق للقيصرية على خيار الإرضاع الوالدي بالرغم من ارتفاع نسبتها مقارنة بالأرقام العالمية [9].

ترافق تعدد الحمل في دراستنا برغبة أكبر من الأم في تزويد مواليدها بحليبها بسبب قلة وزنهم وصغر عمرهم الحلمي أحياناً وحاجتها لتوفير الوقت والجهد والمال. أما بالنسبة للأسباب التي أدت للاستشفاء فقد كانت الخداجة و الأنتان في المقدمة، حيث ترافقا مع استشفاء لأكثر من أسبوع وبنسبة فشل إرضاع والدي عالية 71% تعود لعدم وجود إدرار كاف ورفض الرضيع لحليب أمه بعد تذوقه البدائل الصناعية مقارنة بفرط البيرويين الذي مكن الأم أكثر من متابعة الإرضاع الوالدي بسبب عودة المولود باكراً لأمه فالاستشفاء الطويل يفرض على الأم عدداً أكبر من الزيارات ومن محاولات الإرضاع للمحافظة على إدرار حليب كافٍ وهذا ما يفسر نسبة الإرضاع الصناعي العالية في دراستنا عند الأمهات اللاتي قمن بزيارة مواليدهن وارضعن أقل من 10 مرات.

## الاستنتاجات والتوصيات:

1. للاستشفاء أثر سلبي أكيد على خيار الإرضاع الوالدي.
2. إن عدم وجود كادر طبي متخصص يعلم الأم وضعية الإرضاع الصحيحة، وكيفية المحافظة على إدرار كاف، ويشجع الأم معنوياً ومادياً على مواصلة محاولات الإرضاع، ويجيب على تساؤلات الأم عند الحاجة قد أسهم بشكل واضح بفشل الإرضاع الوالدي.
3. ضرورة تجهيز شعبة الحواضن بغرفة خاصة للمرضعات تمكن الأم من إرضاع مولودها عندما ترغب بذلك.
4. الامتناع عن تقديم بدائل صناعية عن حليب الأم في شعبة الحواضن واستبداله ببنك خاص يحفظ فيه حليب الأم بعد سحبه بأجهزة خاصة ليقدّم كوجبات نظامية عند عدم تمكن الأم من زيارة مولودها.

5. تحديد أسباب الاستشفاء والوقاية منها هي الحل الامثل لهذه المشكلة ويكون ذلك بالمراقبة الدورية للأم خلال الحمل وإجراء الفحوص الشعاعية والمخبرية لكشف أي عامل خطورة يؤدي لولادة باكرة أو أمراض إنتانية لاحقة وتديبره بشكل مناسب
6. إن الإعلام المرئي والمقروء والمسموع يجب أن يأخذ دوره في التعريف بفوائد الإرضاع الوالدي وتقديم النصائح اللازمة لتجاوز العوامل المعيقة لها.

## المراجع:

- 1- قنطار، فايز. دراسة أولية لسلوك الإرضاع في المجتمع السوري، مجلة الطفولة العربية. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، العدد 6، مارس، 2001.
- 2 – DENMAN, V.S.; MURILLO, EK. *Effective promotion of breastfeeding among Latin American women newly immigrated to the United States*. *Holist Nurs Pract*, 1999, 3:51-60.
- 3 – CAMPBELL, H.; JONES, I. *Promoting breastfeeding: a view of the current position and a proposed agenda for action in Scotland*. *J Public Health Med*, 1996, 18:406-414.
- 4 – MOKDAD, A.; BARKER, L.; GRUMMER, S.L. *Prevalence of breastfeeding in the United States: the 2001 National Immunization Survey*. *Pediatrics*, 2003, 111:1198-1201.
- 5– GUTTMAN, N.; ZIMMERMAN, D.R. *Low-income mothers' views on breastfeeding*. *Soc Sci Med*, 2000, 50:1457-1473.
- 6 – TIMBO, B.; ALTEKRUSE, S.; HEADRICK, M.; KLONTZ, K. *Breastfeeding among black mothers: evidence supporting the need for prenatal intervention*. *J Soc Pediatr Nurs*, 1996, 1:35-40.
- 7 – BALCAZAR, H.; TRIER, C.M.; COBAS, JA. *What predicts breastfeeding intention in Mexican-American and non-Hispanic white women? Evidence from a national survey*. *Birth*, 1995, 22:74-80.
- 8– RASSIN, D.K.; MARKIDES, K.S.; BARANOWSKI, T.; RICHARDSON, CJ.; MIKRUT, W.D.; BEE, D. *Acculturation and initiation of breastfeeding*, *J Clin Epidemiol*, 2000, 47:739-746.
- 9 – شريتج، أحمد. خيار الإرضاع الوالدي لـ 257 امرأة في مشفى الأسد الجامعي، أطروحة دكتوراة، اللاذقية، 2002، 9 – 10 .
- 10–CARVALHAES, M.A.; CORREA, C.R. *Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application [in Portuguese]*. *J Pediatr (Rio J)*, 2003, 79:13-20.
- 11 – SEBIRE, N.J.; JOLLY, M.; HARRIS, J.P. *Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London*. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2001, 25:1175-1182.
- 12 – JEWELL, S.; GRUMMER, S.L. *Maternal obesity and breastfeeding practices*. *Am J Clin Nutr*, 2003, 77:931-936.