



حكومة الشارقة
GOVERNMENT OF SHARJAH
إدارة مراكز التنمية الأسرية
Department of Family Development Center

ال 11
حدوة
2014م

جائزة البحث والدراسات

الصحة الأسرية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ISBN: 978- 9948- 02- 204- 6

الناشر: دائرة مراكز التنمية الأسرية، المجلس الأعلى لشؤون الأسرة، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة

06 506 55 54 📞

06 506 55 04 📠

2064, Sharjah, UAE 📍

www.fdc-shj.ae 🌐

info_tanmya@scfa.ae ✉️

FDCtanmya 📧 📱 📷 📺 📹



صاحب السمو الشيخ الدكتور سلطان بن محمد القاسمي . . حفظه الله

عضو المجلس الأعلى - حاكم إمارة الشارقة



دائرة مراكز التنمية الأسرية
جائزة البحوث والدراسات الدورة الحادية عشر 2014م
(الصحة الأسرية)

المحتويات :

الجائزة الأولى : واقع السلوك الصحي الأسري في مدينة الشارقة

الجائزة الثانية : الصحة النفسية الأسرية

الجائزة الثالثة : دراسة رأي الأمهات بنوع الرضاعة لأطفالهن

وعلاقتها ببعض الظروف البيئية والعائلية والثقافية للأمهات المترددات

على مركز مشيرف الصحي بعجمان

تنسيق ومتابعة : أميمة العاني - هدى العقروبي - وفاء يوسف
المدقق اللغوي : أحمد العموش



دائرة مراكز التنمية الأسرية
جائزة البحوث والدراسات الدورة الحادية عشر 2014م
واقع السلوك الصحي الأسري في مدينة الشارقة

مقدم البحث : أ. هدى محمد عاطف

مستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع السلوك الصحي في مدينة الشارقة . ولتحقيق هذا الهدف ، تم جمع بيانات الدراسة من عينة غرضية مؤلفة من 114 مبحوثاً ، ممن يعملون في مؤسسات مدينة الشارقة ، عن طريق الاستبانة المخصصة للمقابلات مع المبحوثين ، وتم استخدام الإحصاء الوصفي (النسب المئوية) في تحليل بيانات الدراسة .

كشفت نتائج التحليل الوصفي عن بعض العادات والأنماط الغذائية في مجتمع الدراسة ؛ فغالبية أفراد العينة (83.3 %) مازالوا يعتبرون الغذاء الوجبة الرئيسة للأسرة . كما أظهرت نتائج التحليل الوصفي بعض العادات الغذائية المحلية كتناول التمر (68.4 %) ، وبعض الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة كتفضيل استخدام وسائل النقل على المشي (60.5 %).

الكلمات الدالة : السلوك ، الصحة ، الأسرة ، مدينة الشارقة .

مقدمة

تلعب الأسرة دوراً مهماً في تكوين المجتمعات ؛ حيث أنها الوحدة الأساسية المكونة للمجتمع ، إضافة إلى الوظائف العديدة التي تقوم بها الأسرة ، ولعل التنشئة الاجتماعية أهم هذه الوظائف ؛ حيث تقوم الأسرة بتعليم أبنائها القواعد والمعتقدات والأخلاق والقيم ، كما يتعلم الأبناء العديد من العادات والسلوكيات من والديهم ، وذلك من شأنه أن ينعكس على الأسرة ثم المجتمع ، سواء بالسلب أو الإيجاب .

وفي ظل التغيرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية ، التي عاصرت الطفرة الاقتصادية المصاحبة لاكتشاف النفط ، تواجه الأسرة في دولة الإمارات العربية المتحدة تحديات متنامية ؛ حيث تشكلت أنماط حياة **Life Styles** جديدة تعتمد على الرخاء الاجتماعي وتعزيز النمط الاستهلاكي ، والاعتماد الكلي على الخدم والعادات الغذائية والصحية الخاطئة التي أفرزت أمراضاً مختلفة ، تتمثل في السمنة والضغط والسكري وغير ذلك من الأمراض ، التي شاع تسميتها بـ (أمراض العصر) ؛ ولم تشمل هذه الأمراض كبار السن فقط ، بل تعدتهم لتصل إلى كافة الفئات العمرية المكونة للمجتمع ، مما يشكل خطورة ليس على الصحة الأسرية فقط ، وإنما على المجتمع ككل على المدى البعيد .

ليس ذلك فحسب ، بل إن الأسرة في دولة الإمارات العربية المتحدة تتعرض لموجة كبيرة وتدفق هائل من وسائل الإعلام والاتصالات والتكنولوجيا ، التي قد تحمل العديد من المضامين الدخيلة والغريبة على المجتمع ؛ مما يشكل خطراً حقيقياً يحيط بوحدة الأسرة وتماسكها ، ويهدد صحة الأسرة النفسية .

تعرف منظمة الصحة العالمية **World Health Organization** الصحة بأنها "حالة من التكامل الجسماني والعقلي والاجتماعي للفرد ، وليس فقط الخلو من الأمراض أو العجز" (WHO ، 1946) ، أي إن الصحة - بموجب هذا التعريف - هي مفهوم شامل ومتكامل .

ولا نستطيع فصل صحة الفرد عن صحة الأسرة ؛ حيث إن كلاهما يؤثر ويتأثر بالآخر ؛ فالسلوكيات التي يمارسها أفراد الأسرة تؤثر في صحتهم ، كما أن مرض أحد أفراد الأسرة قد يشكل عبئاً على كامل الأسرة ، مما يؤثر في صلابتها وسلامتها . كل ذلك وأكثر يدعو إلى الحاجة الماسة لدراسة السلوك الصحي الأسري ، مع ضرورة تقدير السياق الاجتماعي والثقافي للدولة .

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

تناول هذه الدراسة واقع السلوك الصحي الأسري في مدينة الشارقة، وستلخص مشكلة الدراسة بالإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما أهم التغيرات التي أثرت في الأسرة في المجتمع الإماراتي؟
2. ما العادات والأنماط الغذائية للمبحوثين؟
3. ما مدى تأثير العادات والتقاليد الاجتماعية في عادات المبحوثين وأنماطهم الغذائية؟
4. ما الممارسات الحياتية التي يقوم بها المبحوثون التي قد تؤثر في صحتهم؟
5. ما مدى الوعي الأسري بتأثير تلك الممارسات في صحة المبحوثين؟
6. ما الإجراءات التي يقوم بها المبحوثون عند الشعور بالأعراض المرضية؟
7. ما السلوكيات التي يقوم بها المبحوثون تجاه الأطباء وتعليماتهم؟

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الراهنة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف تتمثل في الآتي:

8. التعرف على أهم التغيرات التي أثرت على الأسرة في المجتمع الإماراتي.
9. التعرف على العادات والأنماط الغذائية للمبحوثين.
10. التعرف على الممارسات الحياتية التي يقوم بها المبحوثون، وقد تؤثر على صحتهم.
11. التعرف على الإجراءات التي يقوم بها المبحوثون عند الشعور بالأعراض المرضية.
12. التعرف على السلوكيات التي يقوم بها المبحوثون تجاه الأطباء وتعليماتهم.

أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها تسعى للكشف عن الأطر النظرية المفسرة للسلوك الصحي، ليس من منظور طبي بحت، وإنما من منظور اجتماعي وأسري، حيث إن منبع هذه السلوكيات يتمثل في الأسرة والمجتمع. أما الأهمية التطبيقية فتتجلى في محاولتها التعرف على التحولات التي طرأت على الأسرة في المجتمع الإماراتي، وطبيعة العلاقات والأدوار داخل الأسرة، وتأثير ذلك في الأنماط والسلوكيات الصحية المختلفة لأفراد الأسرة.

الإطار النظري

يختلف فهمنا للموضوعات والمشكلات المرتبطة بالصحة والمرض باختلاف الطريقة التي نتبناها للتحليل والتفسير، وهناك نموذجان سائدان في النظر إلى الصحة والمرض والسلوك الصحي، ويتمثل هذان النموذجان في كل من النموذج الطبي والنموذج الاجتماعي.

يركز النموذج الطبي على الأعمال الداخلية للجسم، وعلى الحقائق الطبية والحالات الثابتة، وضرورة أن تكون الإجراءات والممارسات محددة ومقبولة عالمياً، ويتخذ هذا النموذج من الجراثيم والفيروسات والجينات أسباباً رئيسة للمرض. وبناء

على ذلك فإنه يتم تحديد الأسباب والأعراض من خلال التشخيص الطبي .

في حين يرى النموذج الاجتماعي أن الحالة الصحية هي حالة اجتماعية ومتنوعة وغير مؤكدة، ويكون المرض أو اعتلال الصحة ناتجاً عن أسباب وعوامل اجتماعية، ويتم تحديد تلك الأسباب من خلال المعتقدات المتفاوتة، التي من الممكن أن تكون ذاتية من الشخص نفسه أو اجتماعية نابعة من المجتمع الذي يعيش فيه الفرد .

وعلى الرغم من أن هذين النموذجين مختلفان تماماً، ولربما يظهر لنا من الوهلة الأولى أن أحدهما (ضد) للآخر، إلا أننا بحاجة لفهم النموذجين معاً وتسليط الضوء على الفروق بينهما، والخروج من ذلك بمنهج متكامل للحصول على تفسيرات مقنعة للمشكلات الصحية، والوصول إلى طرق مجدية للتعامل معها؛ حيث إن أخذ كل نموذج على حدة واعتباره طريقة وحيدة للتفسير يعرضنا للعديد من الانتقادات وأوجه القصور .

فعلى سبيل المثال، قد يغفل النموذج الطبي عن فهم مدى تأثير العوامل التاريخية والاجتماعية والثقافية في تشكيل تصورات الناس ونظرتهم للصحة والمرض، في حين يكاد النموذج الاجتماعي يجزم بأن الأسباب التي تؤثر في الصحة والسلوك المتعلق بها يمكن العثور عليها في الحياة الاجتماعية كمدى تأثير تنظيم المجتمع في صحة الأفراد، وبالتالي يتطلب منا ذلك إجراء دراسات متعمقة وفهم العديد من المواقف النظرية والتعرض لبعض المفاهيم، كالنظام الأبوي والقمع على سبيل المثال .

كذلك، يفترض النموذج الطبي أنه يمكن فهم ديناميات المرض ببساطة من خلال الحقائق المتراكمة الثابتة عن جزء أو أكثر من الجسد، وتكمن الإشكالية هنا في أننا ننظر للمرض بمعزل عن تعقيدات الأفراد الروحية والاجتماعية والفردية واختلافاتهم . إن النظرة السوسولوجية تشكك في إمكانية تعريف المرض وفهمه بشكل ثابت، بل يجب أخذ الأبعاد التاريخية والثقافية في عين الاعتبار .

وقد دعت روجرز (Rogers ، 1991) إلى تبني مثل هذا النموذج المتكامل لفهم طبيعة تعامل الناس مع المشكلات الصحية الخاصة بهم، حيث أشارت إلى أن الناس يكونون تفسيراتهم للصحة والمرض بناء على العديد من الظروف والمعتقدات، وهذه المعتقدات قد تكون طبية أو اجتماعية أو فردية . (Moon & Gillespie ، 1995) .

الدراسات ذات الصلة

عالمياً، أجرى كل من سايلا وزملائه (Psaila et al ، 2014) . دراسة عن الفجوات في استمرارية خدمات الأمومة والطفولة والصحة الأسرية : تصورات صحية مهنية .

هدفت الدراسة إلى بحث مفهوم الاستمرارية في خدمات الأمومة والطفولة والصحة الأسرية؛ من وجهة نظر القابلات، وممرضي الطفولة والصحة الأسرية، وأطباء الممارسة العامة، والممرضين الممارسين . جمعت البيانات من ممثلين عن المجموعات المهنية الأربع من خلال مجموعات المناقشة، والمجموعة البؤرية، والمحادثات الإلكترونية التي سجلت ونسخت .

شارك ما مجموعه 132 من المهنيين، شمل ذلك 45 من القابلات، و60 من ممرضي الطفولة الأسرية، و15 من أطباء الممارسة العامة، و12 من الممارسين الممرضين . وقد حلت النصوص باستخدام المنهج الموضوعي . واستخدم مفهوم الاستمرارية بشكل مختلف داخل المجموعات الأربع، وشملت جوانب الرعاية الأكثر قيمة من قبل المتخصصين في تطوير

العلاقات مع الأسر (استمرارية العلاقات)، والتواصل الجيد (استمرارية المعلومات). وعند النظر إلى الاستمرارية الإدارية وجد أن المهنيين كانوا معنيين بتنسيق الرعاية ضمن الخدمات الخاصة بهم بدلاً من التركيز على الخدمات .

وقامت كل من دا هورا سيلس وزملائها (Da Hora Sales et al ، 2013) بعمل دراسة عن نوعية الرعاية الصحية للأطفال في استراتيجية صحة الأسرة . هدفت الدراسة إلى التحقق من نوعية الرعاية الصحية للأطفال في استراتيجية صحة الأسرة (Family Health Strategy(FHS في عاصمة ولاية شمال شرق البرازيل ، وتم ذلك من خلال إجراء دراسة وصفية باستخدام منهج كمي في عام 2010 مع 66 فرقة من فرق الرعاية الصحية الأولية (Primary Care (PC من خلال أداة تقييم ذاتي من وزارة الصحة البرازيلية ، التي تقوم بتقييم الاستراتيجيات والخدمات الصحية وتصنيفها وفقاً للمعايير التالية : ابتدائية ، في مرحلة التحسين ، في تحسن ثابت ، جيدة ، متقدمة .

خلصت الدراسة إلى أن ما نسبته (84.1 ٪) من أفراد الفرق الصحية قيموا أنفسهم بأنهم يقدمون خدمات وإجراءات طبية ابتدائية ، في حين أن (47.7 ٪) قيموا الخدمات والإجراءات الطبية التي يقدمونها بأنها متقدمة ، وقد قيمت الفرق الصحية التي عملت لأقل من أربع سنوات الخدمات بصورة أفضل .

كما أجرت كل من نان وزملائها (Nan et al ، 2013) دراسة عن آثار أعراض الاكتئاب ورضا الأسرة على جودة الحياة الصحية : دراسة للأسرة في هونغ كونغ . هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير أعراض الاكتئاب (Depressive Symptoms ورضا الأسرة (Family Satisfaction (FS في جودة الصحة البدنية والنفسية للمبحوثين (HRQoL Health Related Quality of Life ، ولتحقيق هذا الهدف جمعت بيانات الدراسة من عينة مؤلفة من 39 ، 16 مبحوثاً ممن أعمارهم 20 سنة فأكثر (20٪ سنة) عن طريق المسح الأساسي لمشروع الأسرة هونغ كونغ في 2009-2011 .

تم قياس رضا الأسرة (FS Family Satisfaction) باستخدام قياس أبغار1 (APGAR) ، كما تم قياس جودة الحياة الصحية (HRQoL Health Related Quality of Life) من خلال المسح الصحي SF-12 version 2 .

أما بالنسبة لأعراض الاكتئاب فقد تم قياسها من خلال استبانة الصحة-3 (PHQ-3 The Patient Health Questionnaire) ، أيضاً تم أخذ المتغيرات الديموغرافية وأسلوب الحياة بعين الاعتبار . كشفت نتائج الدراسة أن المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسلوكية فسرت ما نسبته 21٪ و 19٪ من التباين في جودة الصحة البدنية والنفسية للمبحوثين (HRQoL Health Related Quality of Life ، كما بينت الدراسة أن مؤشرات الاكتئاب المرتبطة بالحركة أعلى عند النساء ، في حين أن المؤشرات النفسية للاكتئاب أعلى عند الرجال .

وخلصت الدراسة إلى نتيجة عامة مؤداها أن أعراض الاكتئاب (Depressive Symptoms ورضا الأسرة (Family Satisfaction (FS يؤثران في جودة الصحة البدنية والنفسية (HRQoL Health Related Quality of Life لأغلبية المبحوثين في هونغ كونغ .

عربياً ، أجرى العثمان (Al Othman ، 2011) دراسة عن المحددات الديموغرافية والاجتماعية للتقييم الذاتي للصحة في الأسرة الأردنية ، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة الحالة الصحية لأفراد الأسرة الأردنية ، وتحديد أثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية في الحالة الصحية للمبحوثين . ولتحقيق هذه الأهداف تم جمع بيانات الدراسة من عينة وطنية مؤلفة من 1871

- 1 قياس أبغار : هي طريقة ابتكرتها د . فيرجينا أبغار في عام 2591 كوسيلة بسيطة وسريعة لتقييم الحالة الصحية للأطفال حديثي الولادة بعد الولادة مباشرة ، باستخدام خمسة معايير بسيطة : النبض ، والمظهر ، والتنفس ، وردة الفعل ، والنشاط العضلي .
- 2 SF - 12 version2 هو مسح صحي قصير يستخدم فقط 21 سؤالاً لقياس الصحة الوظيفية والرفاه من وجهة نظر المبحوث .
- 3 (9 - PHQ) The Patient Health Questionnaire هو أداة لفحص وتشخيص ورصد وقياس مدى شدة الاكتئاب .

مبحثاً ممن أعمارهم 18 سنة فأكثر (18٪ سنة) عن طريق الاستبانة المخصصة للمقابلات مع المبحوثين ، وتم استخدام الإحصاء الوصفي (النسب المئوية) والإحصاء التحليلي (الانحدار المتدرج نحو الأمام) في تحليل بيانات الدراسة .

كشفت نتائج الدراسة أن غالبية أفراد العينة (6 . 85 ٪) قيموا صحتهم على أنها جيدة جداً أو جيدة ، ولكن هذه الحالة الصحية تختلف بحسب المكانة في الأسرة (أزواج أو أبناء أو أجداد) . أيضاً بينت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر والتقييم الذاتي للحالة الصحية للمبحوثين الأزواج ، والأبناء ، والأجداد . كذلك أظهرت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات المستوى التعليمي ، والجنس ، والحالة العملية ، والإقليم ، ودخل الأسرة ، ومكان الإقامة ، والحالة الزوجية من جهة والتقييم الذاتي للحالة الصحية للأزواج من جهة أخرى .

وقد قامت وهبة وزملاؤها (Wahba et al ، 2001) بإجراء دراسة عن أوجه إنفاق مصروف الجيب على الأطعمة والمشروبات المختلفة التي تؤكل بين الوجبات بواسطة الأطفال المصريين في المدارس الابتدائية ، وهدفت الدراسة إلى معرفة مصروف الجيب الذي يأخذه التلاميذ في اليوم ، ومعرفة أوجه الإنفاق المختلفة لهذا المصروف ، وكذلك معرفة أنواع الأطعمة والمشروبات التي تشتري من هذا المصروف ومصادر شرائها .

اشترك في هذه الدراسة 3015 تلميذاً وتلميذة يمثلون 25 مدرسة ابتدائية غير مدعومة في 6 إدارات تعليمية ، موزعة توزيعاً جغرافياً على محافظة القاهرة .

أعدت استمارات الاستبانة ، وتم تدريب جامعي البيانات عليها واختبارها قبل بدء الدراسة ، التي تمت عن طريق المقابلة المباشرة مع التلاميذ في المدرسة .

أشارت نتائج الدراسة إلى أن (75٪) من التلاميذ أخذوا مصروفاً في يوم إجراء الدراسة ، بينما (25٪) منهم لم يأخذوا أي نقود على الإطلاق . أيضاً ، أوضحت النتائج أن حوالي (75٪) من التلاميذ ينفقون مصروفهم في شراء أطعمة مختلفة ، وقد تمت معرفة أنواع الأطعمة والمشروبات التي قام التلاميذ بشرائها من مصروفهم ؛ فقد احتلت البطاطس المقلية المرتبة الأولى من حيث إقبال التلاميذ على شرائها (4 . 31 ٪) ، يليها البسكويت (2 . 29 ٪) ، وبعد ذلك جاء في قائمة الترتيب الحلويات (اللبان والملمن والتوفي) (28٪) .

وأجرى حيدر (Haidar ، 2000) دراسة عن الواقع الغذائي لطلبة المدينة الجامعية بجامعة تشرين . هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الطلبة الغذائي ومحاولة تحسينه ؛ ولتحقيق ذلك تم تسجيل كميات المواد الغذائية المتناولة يومياً من قبل خمسين طالباً وخمسين طالبة لمدة ستة أيام متتالية ، خلال الفصلين الدراسيين الأول والثاني .

صنفت الأغذية المتناولة إلى المجموعات الغذائية المعروفة ، وقورن متوسط استهلاك الطلاب من كل مجموعة مع متوسط استهلاك الفرد السوري ، ثم تم حساب متوسط ما يتناوله يومياً كل طالب وطالبة من الدهون والبروتين والحديد والكالسيوم والثيامين والريبوفلافين والنياسين وحمض الاسكوربيك وفيتامين A ، ومقارنته بالمقررات الغذائية الدولية . أيضاً ، تم تقييم الوضع الغذائي لكل طالب وطالبة لمعرفة حالات التغذية غير المرضية ، وذلك بالاستعانة بدليل المسوح الغذائية الأمريكية .

أشارت النتائج إلى أن استهلاك الطلبة من بعض المكونات الغذائية كالخضار والفواكه واللحوم والألبان ومنتجاتها أدنى من استهلاك الفرد السوري . كما أظهرت النتائج أن استهلاك الطلبة من الطاقة والبروتين والدهون كان مقبولاً بشكل عام بالمقارنة مع المقررات الغذائية الدولية . أما التغذية غير المرضية بفيتامين A وبالريبوفلافين فقد كانت الأكثر انتشاراً ، وشملت ثلثي الطلبة تقريباً في كل من الفصلين الدراسيين .

وعلى المستوى الخليجي ، قام الملا (Al mulla ، 2005) بعمل دراسة عن تأثير مساق الصحة والرياضة على تغيير اتجاهات طلبة كلية التربية بجامعة البحرين نحو النشاط البدني .

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تدريس المساق في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة النشاط البدني بحسب الجنس ، والتخصص الأكاديمي ، والسنة الدراسية ، والخبرة السابقة في ممارسة النشاط البدني . لتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم أداة قياس لجمع البيانات وتوزيعها على عينة الدراسة ، التي تكونت من 75 طالباً وطالبة من كلية التربية ممن سجلوا المساق في الفصل الدراسي الصيفي من العام الجامعي 2004-2005 . أسفرت الدراسة عن عدد من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة النشاط البدني ، هذه الفروق تعزى لمتغير الجنس ، وذلك لصالح الإناث ، ولمتغير الخبرة السابقة في ممارسة النشاط البدني ، وذلك لصالح الطلبة الذين ليس لديهم خبرة سابقة ، ولمتغير التخصص الأكاديمي ، وذلك لصالح طلبة تخصص علم النفس .

وأجرى مصيقر (Musaiger ، 2001) دراسة عن العادات الصحية عند الفتيات المراهقات في دول مجلس التعاون الخليجي . هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض العادات الصحية عند طالبات المرحلة الإعدادية والثانوية في ثلاث دول خليجية ، وهي الإمارات والسعودية وعمان ، وقد شملت الدراسة 576 و372 و316 طالبة من هذه الدول على التوالي . وتمت الدراسة عن طريق توزيع استبانة خاصة على هؤلاء الطالبات وطلب منهن ملؤها بعد توضيح فقراتها لهن .

أوضحت الدراسة أن هناك تقارباً في بعض العادات الصحية بين الطالبات في هذه الدول ، وأشارت النتائج إلى أن متوسط عدد مرات الاستحمام في الأسبوع من 6 إلى 9 مرات ، ومتوسط عدد مرات تنظيف الأسنان في اليوم من 2.6 إلى 3.2 مرات ، ومتوسط عدد مرات غسل الشعر في الأسبوع من 3-4.7 مرات ، كما تراوح متوسط عدد ساعات مشاهدة التلفاز في اليوم من ساعة إلى ثلاث ساعات .

كما أجرت (جامعة الملك سعود ووزارة المعارف ، 2000) دراسة عن نمط المعيشة وأثره في بعض الجوانب الصحية والتربوية والاجتماعية لدى طلاب التعليم العام في السعودية .

وقد هدفت الدراسة إلى معرفة النمط الغذائي لطلاب وزارة المعارف وبعض الجوانب الحياتية ذات العلاقة ، من خلال توزيع استبانة على طلاب وزارة المعارف في مراحل التعليم الثلاث الابتدائية والمتوسطة والثانوية ، وقد تم الحصول على العديد من المؤشرات من خلال التكرار والنسب المئوية ؛ أهمها أن غالبية أفراد العينة (86%) من الطلاب يشربون المشروبات الغازية بصورة كبيرة (3 مرات فما فوق في الأسبوع) . كما أن أكثر من نصف الطلاب (68%) يقضون معظم وقت فراغهم في منازلهم ، وأن هناك عدداً كبيراً من الطلاب (65%) يتناولون وجبة الإفطار بانتظام .

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة ، قام أبو ليلي والعموش (Abu Laila & Al Omosh ، 2009) بإجراء دراسة عن مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات : دراسة ميدانية .

وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على السلوك الصحي في مجتمع دولة الإمارات العربية المتحدة ، من خلال تحليل مجموعة المؤشرات الدالة على مدى الإدراك والوعي الصحي ، ولتحقيق هذا الغرض تم استخدام استبانة مكونة من ثمانية أقسام ، وتوزيعها على عينة عشوائية عنقودية من إمارات الدولة السبع .

وقد جاء تمثيل العينة من حيث مكان الإقامة أو المنطقة السكنية على النحو الآتي : (إمارة الشارقة : 178 حالة) ، (إمارة دبي : 110 حالات) ، (إمارة أبوظبي : 53 حالة) ، (إمارة عجمان : 42 حالة) ، (إمارة أم القيوين : 22 حالة) ، (إمارة رأس الخيمة :

21 حالة)، (إمارة الفجيرة : 18 حالة)، وتكونت العينة من (444) حالة موزعة من حيث أماكن إقامتهم السكنية على النحو السابق .

وخلصت الدراسة إلى العديد من النتائج؛ لعل أبرزها أن ما نسبته (48.9%) من أفراد العينة يهتمون بصحتهم (بدرجة كبيرة جداً) و(31.1%) منهم يهتمون بصحتهم (بدرجة كبيرة).

وبالنسبة لأنماط الأمراض أو الأعراض المرضية التي يعاني منها أفراد العينة، فإن (أمراض الجهاز التنفسي) تأتي في مقدمة الأعراض المرضية (15.8%)، تليها (أمراض الجهاز الدوري) (12.4%)، ثم (مرض السكري) (11.4%). كما بينت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير النوع ومحور الممارسات والإجراءات الصحية والوقائية، وقد جاءت هذه الدلالة لصالح الذكور الذين يميلون إلى الممارسات والإجراءات الوقائية أكثر من الإناث.

وأجرت وزارة الصحة الإماراتية (Ministry of Health، 2004) دراسة عن العادات الغذائية والحالة التغذوية للأسرة في دولة الإمارات العربية المتحدة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العادات الغذائية للأسرة الإماراتية، مثل طريقة تناول الوجبات الرئيسية، والأغذية المفضلة وغير المفضلة للأسرة، والعادات الغذائية أثناء الحمل والرضاعة، وتغذية الطفل الرضيع؛ وذلك بالتعرف على نمط الرضاعة الطبيعية وعادات الفطام.

بالنسبة لاختيار العينة فقد اتبع أسلوب العينة المساحية؛ حيث اختيرت 987 أسرة مواطنة، وقد وزعت أسر العينة بين المدن والقرى بنسبة 3:7.

وكشفت الدراسة عن عدد من النتائج؛ أهمها أن غالبية الأسر (70%) تقوم بشراء الوجبات الجاهزة والسريعة من خارج المنزل، وتختلف النسبة باختلاف الإمارة؛ حيث نجد أن أقل نسبة كانت في إمارات أم القيوين والفجيرة وعجمان. أيضاً هناك نسبة لا بأس بها (15%) لا تقوم بتقديم الطعام بين الوجبات، وهذا اعتقاد خاطئ.

كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن انخفاض الوزن والتقرم مازالا منتشرين عند الأطفال الصغار في مرحلة السن المدرسي، وبالمقابل فإن السمنة تعتبر أهم مشكلة عند الأم الإماراتية؛ حيث نجد أن (71%) من الأمهات زائدات وزن أو سمينات، وهذه نسبة عالية جداً.

كما أجرى مصيقر (Musaiger، 2001) دراسة عن العوامل الاجتماعية والصحية والغذائية المرتبطة بالبدانة عند النساء في دولة الإمارات العربية المتحدة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض العوامل المرتبطة ببدانة النساء في الإمارات، وشملت الدراسة 331 امرأة تتراوح أعمارهن بين 20 و60 سنة، تم اختيارهن من 3 إمارات؛ وهي دبي والشارقة وعجمان.

وقد تم زيارة النساء في منازلهن وأخذ أطوالهن وأوزانهن، ووجهت لهن أسئلة عن بعض المعلومات المتعلقة بحالتهم الاجتماعية والصحية والغذائية. قسمت النساء إلى 4 فئات: نحيفة، سليمة، زائدة الوزن، وبدنية؛ باستخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI).

وقد أوضحت النتائج أن نسبة الإصابة بزيادة الوزن والبدانة كانت 31.7% و33.2% على التوالي. وتبين أن البدانة أعلى عند النساء ذوات التعليم المنخفض والمتزوجات وغير العاملات واللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 - 39 سنة، وكانت العلاقة بين هذه العوامل والبدانة ذات دلالة إحصائية.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة بين الإصابة بالأمراض المزمنة والبدانة؛ حيث كانت النسب المئوية لجميع الأمراض المزمنة التي تمت دراستها أعلى عند البدينات مقارنة بغير البدينات، ولكن لم توجد علاقة ذات دلالة إحصائية إلا عند المصابات بارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل.

وفي دراسة أخرى لمصيقر (Musaiger، 2000) عن نمط استهلاك الغذاء والإصابة بالأمراض المزمنة عند المواطنين البالغين في المجتمع الإماراتي، قام الباحث بمقابلة الأشخاص في منازلهم لتحقيق أهداف الدراسة، وقد اعتمد في ذلك على استمارة خاصة تم اختبارها في دراسات سابقة.

وتم اختيار عينة الدراسة باستخدام طريقة التقسيم التناسبي من جميع مناطق الإمارات العربية المتحدة. بلغ حجم العينة 2212 شخصاً؛ بينهم 1122 رجلاً و1090 امرأة تتراوح أعمارهم بين 20 - 70 سنة.

بينت نتائج الدراسة أن نمط استهلاك الغذاء عند المواطنين الإماراتيين لا يتماشى مع الحالة الاجتماعية والاقتصادية في دولة الإمارات العربية المتحدة؛ فقد وجد أن استهلاك بعض الأغذية المهمة للوقاية من الأمراض المزمنة، مثل الخضروات والفواكه، ما زال قليلاً. كما وجدت اختلافات معنوية بين الرجال والنساء في نمط استهلاك بعض الأغذية، وكذلك بين كبار السن (50 سنة فأكثر) والشباب (أقل من 50 سنة)، وقد كانت الإصابة بالأمراض المزمنة عالية، وتزداد النسبة بارتفاع العمر.

منهجية الدراسة

عينة الدراسة:

استخدمت العينة لأغراض الدراسة؛ حيث اشتملت العينة على عدد من موظفي الدوائر والمؤسسات المختلفة في مدينة الشارقة، وقد بلغ عددهم (114) مبحوثاً.

أداة الدراسة:

تم تطوير استبانة قياس واقع السلوك الصحي في مدينة الشارقة، وقد اشتملت أداة الدراسة على عدة محاور؛ وهي كالتالي: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة، العادات والأنماط الغذائية، تأثير العادات الغذائية المحلية في الصحة، الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة، الإجراءات تجاه الأعراض المرضية، السلوكيات تجاه الأطباء وتعليماتهم.

الصدق:

للتأكد من صدق الأداة تم عرضها على مجموعة من المحكمين في مجال علم الاجتماع، وتم الأخذ بملاحظاتهم.

قياس متغيرات الدراسة:

تم تطوير أداة الدراسة وتوزيعها على عدد من الموظفين في مؤسسات مدينة الشارقة، وتناولت الأداة الأبعاد التالية: العادات والأنماط الغذائية، وتأثير العادات الغذائية المحلية في الصحة، والممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة، والإجراءات تجاه الأعراض المرضية، والسلوكيات تجاه الأطباء وتعليماتهم، وتم قياسها من خلال عبارات يجيب عنها المبحوث بـ (1). دائماً، 2. أحياناً، 3. نادراً، 4. أبداً. وتم قياس المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية في الدراسة كما هو وارد في الجدول رقم (1).

الجدول رقم (1)

المتغير	التعريف
الجنسية	(1. مواطن)، (2. غير مواطن).
نوع الأسرة	(1. نووية)، (2. ممتدة).
عدد أفراد الأسرة	(1. 1-3)، (2. 4-6)، (3. 7-9)، (4. أكثر من 9).
دخل الأسرة الشهري بالدرهم الإماراتي	(1. أقل من 10000)، (2. 10000 - 14999)، (3. 15000 - 19999)، (4. 20000 - 24999)، (5. أكثر من 25000).
مستوى تعليم الأم	(1. أمي)، (2. يقرأ ويكتب)، (3. ابتدائي)، (4. إعدادي)، (5. ثانوي)، (6. دبلوم)، (7. بكالوريوس)، (8. ماجستير)، (9. دكتوراه).
مستوى تعليم الأب	(1. أمي)، (2. يقرأ ويكتب)، (3. ابتدائي)، (4. إعدادي)، (5. ثانوي)، (6. دبلوم)، (7. بكالوريوس)، (8. ماجستير)، (9. دكتوراه).
الشخص المسؤول عن إعداد الطعام	(1. الزوجة)، (2. الخادم أو الخادمة)، (3. غير ذلك).

أسلوب تحليل البيانات:

استخدم الإحصاء الوصفي المتمثل في التكرارات والنسب المئوية (Frequencies and percentages) من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss).

التحليل الإحصائي:

الجدول رقم (2)

توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية:

الجنسية	العدد	النسبة المئوية
مواطن	64	56.1
غير مواطن	50	43.9
المجموع	114	100
نوع الأسرة	العدد	النسبة المئوية
نووية	68	59.6
ممتدة	46	40.4
المجموع	114	100

النسبة المئوية	العدد	عدد أفراد الأسرة
9.6	11	1 - 3
35.1	40	4 - 6
25.4	29	7 - 9
29.8	34	أكثر من 9
100	114	المجموع
النسبة المئوية	العدد	دخل الأسرة الشهري بالدرهم الإماراتي
7	8	أقل من 10000
20.2	23	10000 - 14999
17.5	20	15000 - 19999
17.5	20	20000 - 24999
32.5	37	أكثر من 25000
5.3	6	الفاقد
100	114	المجموع
النسبة المئوية	العدد	مستوى تعليم الأم
7.9	9	أمية
2.6	3	تقرأ وتكتب
10.5	12	ابتدائي
10.5	12	إعدادي
21.1	24	ثانوي
12.3	14	دبلوم
24.6	28	بكالوريوس
8.8	10	ماجستير
1.8	2	دكتوراه

100	114	المجموع
النسبة المئوية	العدد	مستوى تعليم الأب
7.9	9	أمي
4.4	5	يقراً ويكتب
9.6	11	ابتدائي
11.4	13	إعدادي
21.9	25	ثانوي
14.9	17	دبلوم
20.2	23	بكالوريوس
8.8	10	ماجستير
0.9	1	دكتوراه
100	114	المجموع
النسبة المئوية	العدد	الشخص المسؤول عن إعداد الطعام في المنزل
39.5	45	الزوجة
47.4	54	الخادم أو الخادمة
10.5	12	الأم
0.9	1	الأخوات
1.8	2	الفاقد
100	114	المجموع

يلاحظ من البيانات الواردة في الجدول (2) والمتعلقة بتوزيع أفراد العينة، حسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، أن غالبية أفراد العينة (56.1%) مواطنون، في حين أن غير المواطنين يشكلون ما نسبته (43.9%). وأما عن نوع الأسرة فإن أكثر من نصف أفراد العينة (59.6%) ينتمون لأسر نووية، في حين ينتمي (40.4%) لأسر ممتدة. وتشير البيانات إلى أن (35.1%) يتراوح عدد أفراد أسرهم ما بين 4 إلى 6 أشخاص، و (29.8%) أكثر من 9 أشخاص، وأكثر من ربع العينة (25.4%) عدد أفراد أسرهم من 7 إلى 9 أشخاص، في حين أن نسبة قليلة (9.6%) هم من تكونت أسرهم من شخص إلى ثلاثة أشخاص.

وتبين البيانات الواردة في الجدول (2) أن حوالي ثلث العينة يزيد دخل أسرهم الشهري عن 25000 درهم، في حين أن

(20.2%) تراوح دخل أسرهم الشهري ما بين 10000 إلى 14999 درهماً، وقد تساوت نسب من بلغ دخل أسرهم الشهري ما بين 15000 إلى 19999 و 20000 إلى 24999؛ فقد شكلت كل منهما (17.5%)، أما من بلغ دخل أسرهم الشهري أقل من 10000 درهم فقد مثلوا ما نسبته (7%) فقط من أفراد العينة.

وبالنسبة لمستوى تعليم الأم؛ فقد بينت البيانات أن حوالي ربع العينة (24.6%) مستوى تعليم أمهاتهم بكالوريوس، و(21.1%) مستوى تعليم أمهاتهم ثانوي، وبلغت نسبة من مستوى تعليم أمهاتهم دبلوم (12.3%)، وتساوت نسب من مستوى تعليم أمهاتهم ابتدائي وإعدادي؛ حيث بلغت نسبة كل منهما (10.5%)، أما من مستوى تعليم أمهاتهم ماجستير فقد شكلت نسبتهم (8.8%)، في حين بلغت نسبة من أمهاتهم أميات (7.9%)، ونسبة من مستوى تعليم أمهاتهم يقرأ ويكتب (2.6%)، وكانت أقل نسبة لمن مستوى تعليم أمهاتهم دكتوراه حيث شكلوا فقط (1.8%).

ونلاحظ من البيانات تقارب نسب من مستوى تعليم آبائهم ثانوي وبكالوريوس؛ حيث بلغت النسب على التوالي (21.9%) و(20.2%)، وبلغت نسبة من مستوى تعليم آبائهم دبلوم (14.9%)، في حين أن نسبة من مستوى تعليم آبائهم إعدادي قد بلغت (11.4%)، وشكل من مستوى تعليم آبائهم ابتدائي ما نسبته (9.6%)، ومن مستوى تعليم آبائهم ماجستير (8.8%)، أما نسبة أفراد العينة الذين مستوى تعليم آبائهم أمي فقد بلغت (7.9%)، والذين مستوى تعليم آبائهم يقرأ ويكتب بلغت نسبتهم (4.4%)، وكانت أقل نسبة للذين مستوى تعليم آبائهم دكتوراه؛ فقد شكلوا ما نسبته (0.9%).

وتشير البيانات إلى أن حوالي نصف أفراد العينة (47.4%) يعتمدون على الخادم أو الخادمة في إعداد الطعام في المنزل، في حين أن (39.5%) يعتمدون على الزوجة في ذلك، وأشار (10.5%) من أفراد العينة إلى أن الأم هي الشخص المسؤول عن إعداد الطعام في المنزل، و(0.9%) أشاروا إلى أن الأخوات هن المسؤولات عن إعداد الطعام في المنزل.

الجدول رقم (3)

توزيع أفراد العينة حسب العادات والأنماط الغذائية

المجموع	الفاقد	أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	العادات والأنماط الغذائية
114	-	2	-	17	95	التكرار
100	-	1.8	-	14.9	83.3	النسبة
114	-	1	-	44	69	التكرار
100	-	0.9	-	38.6	60.5	النسبة
114	-	4	42	38	30	التكرار
100	-	3.5	36.8	33.3	26.3	النسبة
114	1	11	30	44	28	التكرار
100	0.9	9.6	26.3	38.6	24.6	النسبة
114	-	11	20	50	33	التكرار
100	-	9.6	17.5	43.9	28.9	النسبة
114	-	20	17	47	30	التكرار
100	-	17.5	14.9	41.2	26.3	النسبة
114	1	9	17	54	33	التكرار
100	0.9	7.9	14.9	47.4	28.9	النسبة
114	-	8	6	51	49	التكرار
100	-	7	5.3	44.7	43	النسبة

114	1	13	19	48	33	التكرار	زيادة الوزن لا تقلقنا كثيراً في الأسرة
100	0.9	11.4	16.7	42.1	28.9	النسبة	
114	1	-	11	52	50	التكرار	الفواكه والخضروات جزء رئيس من نمطنا الغذائي الأسري
100	0.9	-	9.6	45.6	43.9	النسبة	
114	1	2	23	61	27	التكرار	نأكل المعجنات بكثرة
100	0.9	1.8	20.2	53.5	23.7	النسبة	
114	-	-	10	40	64	التكرار	نشرب الكثير من الماء
100	-	-	8.8	35.1	56.1	النسبة	
114	-	6	34	43	31	التكرار	نشرب الكثير من المشروبات الغازية
100	-	5.3	29.8	37.7	27.2	النسبة	
114	-	42	16	27	29	التكرار	كثيراً ما تتوافر مشروبات الطاقة في المنزل
100	-	36.8	14	23.7	25.4	النسبة	

تشير البيانات الواردة في الجدول (3)، والمتعلقة بتوزيع أفراد العينة حسب العادات والأنماط الغذائية، إلى أن غالبية أفراد العينة (83.3%) يرون أن وجبة الغذاء "دائماً" تكون الوجبة الرئيسة للأسرة، في حين أن (14.9%) يرون أن وجبة الغذاء "أحياناً" تكون الوجبة الرئيسة للأسرة، وأشار (1.8%) من أفراد العينة إلى أن وجبة الغذاء لم تكن "أبداً" الوجبة الرئيسة للأسرة.

وتبين البيانات أن أكثر من نصف أفراد العينة (60.5%) «دائماً» يتناولون الطعام في الأسرة بشكل جماعي، و(38.6%) «أحياناً» يتناولون الطعام في الأسرة بشكل جماعي، في حين أن (0.9%) فقط لم يتناولوا «أبداً» الطعام في الأسرة بشكل جماعي. وتظهر البيانات أن غالبية أفراد العينة (36.8%) «نادراً» يتناولون الطعام في المطاعم، وحوالي ثلث العينة (33.3%) «أحياناً» يتناولون الطعام في المطاعم، وأشار أكثر من ربع العينة (26.3%) إلى أنهم «دائماً» يتناولون الطعام في المطاعم، و(3.5%) فقط هم من أشاروا إلى أنهم لم يتناولوا الطعام «أبداً» في المطاعم.

ونلاحظ من البيانات أن غالبية أفراد العينة (38.6%) «أحياناً» يشترون الوجبات السريعة الجاهزة، في حين أن (26.3%) «نادراً» يشترون الوجبات السريعة الجاهزة، وأشار حوالي ربع العينة (24.6%) إلى أنهم «دائماً» يشترون الوجبات السريعة الجاهزة، و(9.6%) فقط من أفراد العينة هم من لم يشتروا «أبداً» الوجبات السريعة الجاهزة.

وتظهر البيانات أن غالبية أفراد العينة (43.9%) «أحياناً» يتناولون اللحوم الحمراء أكثر من ثلاث مرات أسبوعياً، وأكثر من ربع العينة (28.9%) «دائماً» يتناولون اللحوم الحمراء أكثر من ثلاث مرات أسبوعياً، في حين أن (17.5%) هم من يتناولون اللحوم الحمراء أكثر من ثلاث مرات أسبوعياً «نادراً»، و(9.6%) فقط لم يتناولوا «أبداً» اللحوم الحمراء أكثر من ثلاث مرات أسبوعياً. ونلاحظ من البيانات أن غالبية أفراد العينة (41.2%) «أحياناً» يفضلون تناول المأكولات الخالية من الملح، في حين أن أكثر من ربع العينة (26.3%) «دائماً» يفضلون تناول المأكولات الخالية من الملح، و(17.5%) لا يفضلون «أبداً» تناول المأكولات الخالية من الملح، وأشار (14.9%) إلى أنهم «نادراً» يفضلون تناول المأكولات الخالية من الملح.

وتوضح البيانات أن غالبية أفراد العينة (47.4%) «أحياناً» يتناولون العصائر أثناء الطعام، و(28.9%) «دائماً» يتناولون العصائر أثناء الطعام، و(14.9%) «نادراً» يتناولون العصائر أثناء الطعام، و(7.9%) لا يتناولون العصائر أثناء الطعام «أبداً». ونلاحظ من البيانات أن غالبية أفراد العينة (44.7%) «أحياناً» يتناول أفراد أسرهم الفطور الصباحي، و(43%) «دائماً» يتناول أفراد أسرهم الفطور الصباحي بشكل يومي، في حين أن (7%) لا يتناول أفراد أسرهم «أبداً» الفطور الصباحي بشكل يومي، و(5.3%) «نادراً» يتناول أفراد أسرهم الفطور الصباحي.

وتظهر البيانات أن غالبية أفراد العينة (42.1%) لا تقلقهم زيادة الوزن كثيراً «أحياناً»، في حين أن (28.9%) من أفراد العينة لا تقلقهم زيادة الوزن كثيراً «دائماً»، و(16.7%) لا تقلقهم زيادة الوزن «نادراً»، و(11.4%) لا تقلقهم زيادة الوزن «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن (45.6%) «أحياناً» تكون الفواكه والخضروات جزءاً رئيساً من منطهم الغذائي الأسري، و(43.9%) «دائماً» تشكل الفواكه والخضروات جزءاً رئيساً من منطهم الغذائي الأسري، في حين أن (9.6%) فقط من أفراد العينة هم من تشكل لهم الفواكه والخضروات جزءاً رئيساً من منطهم الغذائي الأسري «نادراً».

وتبين البيانات أن أكثر من نصف العينة (53.5%) «أحياناً» يأكلون المعجنات بكثرة، في حين أن (23.7%) «دائماً» يأكلون المعجنات بكثرة، و(20.2%) «نادراً» يأكلون المعجنات بكثرة، و(1.8%) فقط هم من لم يأكلوا المعجنات بكثرة «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن أكثر من نصف العينة (56.1%) «دائماً» يشربون الماء بكثرة، في حين أن أكثر من الثلث (35.1%) «أحياناً» يشربون الماء بكثرة، و(8.8%) هم من يشربون الماء بكثرة «نادراً».

وتظهر البيانات أن أكثر من ثلث العينة (37.7%) يشربون الكثير من المشروبات الغازية «أحياناً»، و(29.8%) «نادراً» يشربون المشروبات الغازية، في حين أن (5.3%) لا يشربون الكثير من المشروبات الغازية «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن (36.8%) من أفراد العينة لا تتوافر مشروبات الطاقة في منازلهم «أبداً»، في حين أن أكثر من ربع العينة (25.4%) كثيراً ما تتوافر مشروبات الطاقة في منازلهم «دائماً»، و(23.7%) «أحياناً» تتوافر مشروبات الطاقة في منازلهم، و(14%) هم من تتوافر مشروبات الطاقة في منازلهم «نادراً».

الجدول رقم (4)

توزيع أفراد العينة حسب تأثير العادات الغذائية المحلية على الصحة:

المجموع	الفاقد	أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	العادات الغذائية المحلية	
						التكرار	النسبة
114	-	-	6	30	78	التكرار	تناول التمر
100	-	-	5.3	26.3	68.4	النسبة	
114	-	3	12	41	58	التكرار	شرب القهوة العربية
100	-	2.6	10.5	36	50.9	النسبة	
114	-	11	26	44	33	التكرار	أكل الهريس
100	-	9.6	22.8	38.6	28.9	النسبة	
114	-	1	2	37	74	التكرار	اعتبار الأرز الوجبة الرئيسية
100	-	0.9	1.8	32.5	64.9	النسبة	
114	-	1	4	56	53	التكرار	أكل السمك
100	-	0.9	3.5	49.1	46.5	النسبة	
114	-	1	6	48	59	التكرار	شرب اللبن
100	-	0.9	5.3	42.1	51.8	النسبة	
114	1	9	17	46	41	التكرار	شرب الشاي مباشرة بعد الطعام
100	0.9	7.9	14.9	40.4	36	النسبة	
114	-	7	11	38	58	التكرار	تناول الشاي بالحليب (الكرك)
100	-	6.1	9.6	33.3	50.9	النسبة	
114	1	4	29	44	36	التكرار	أكل اللقيمات (العوامة)
100	0.9	3.5	25.4	38.6	31.6	النسبة	

يلاحظ من البيانات الواردة في الجدول (4)، والمتعلقة بتوزيع أفراد العينة حسب تأثير العادات الغذائية المحلية على الصحة، أن (68.4%) «دائماً» يتناولون التمر، في حين أن أكثر من ربع أفراد العينة (26.3%) «أحياناً» يتناولون التمر، و(5.3%) «نادراً» يتناولون التمر.

وتشير البيانات إلى أن أكثر من نصف العينة (50.9%) يشربون القهوة العربية «دائماً»، و(36%) يشربونها «أحياناً»، في حين أن (10.5%) يشربونها «نادراً»، و(2.6%) لا يشربون القهوة العربية «أبداً».

وتظهر البيانات أن غالبية أفراد العينة (38.6%) يأكلون الهريس «أحياناً»، وأكثر من ربع العينة (28.9%) يأكلون الهريس «دائماً»، في حين أن (22.8%) من أفراد العينة «نادراً» يأكلون الهريس، و(9.6%) لا يأكلون الهريس «أبداً».

وتبين البيانات أن غالبية أفراد العينة (64.9%) يعتبرون الأرز الوجبة الرئيسة «دائماً»، و(32.5%) يعتبرون الأرز الوجبة الرئيسة «أحياناً»، و(1.8%) «نادراً» يعتبرون الأرز الوجبة الرئيسة، في حين أن (0.9%) لا يعتبرون الأرز الوجبة الرئيسة «أبداً».

وتظهر البيانات أن (49.1%) من أفراد العينة «أحياناً» يأكلون السمك، و(46.5%) «دائماً» يأكلون السمك، في حين أن (3.5%) «نادراً» يأكلون السمك، و(0.9%) لا يأكلون السمك «أبداً».

وتبين البيانات أن أكثر من نصف أفراد العينة (51.8%) يشربون اللبن «دائماً»، و(42.1%) يشربون اللبن «أحياناً»، في حين أن (5.3%) من أفراد العينة يشربون اللبن «نادراً»، و(0.9%) لا يشربون اللبن «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن (40.4%) «أحياناً» يشربون الشاي مباشرة بعد الطعام، و(36%) «دائماً» يشربون الشاي مباشرة بعد الطعام، و(14.9%) «نادراً» يشربون الشاي مباشرة بعد الطعام، و(7.9%) هم الذين لا يشربون الشاي «أبداً» بعد الطعام.

وتفيد البيانات بأن أكثر من نصف أفراد العينة (50.9%) يتناولون الشاي بالحليب (الكرك) «دائماً»، في حين أن حوالي ثلث العينة (33.3%) يتناولون الشاي بالحليب (الكرك) «أحياناً»، و(9.6%) يتناولون الشاي بالحليب (الكرك) «نادراً»، و(6.1%) هم الذين لا يتناولون الشاي بالحليب (الكرك) «أبداً».

وتظهر البيانات أن (38.6%) من أفراد العينة «أحياناً» يأكلون اللقيمات (العوامة)، في حين أن (31.6%) «دائماً» يأكلون اللقيمات (العوامة)، و(25.4%) يأكلون اللقيمات (العوامة) «نادراً»، في حين أن (3.5%) لا يأكلون اللقيمات (العوامة) «أبداً».

الجدول رقم (5)

توزيع أفراد العينة حسب الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة :

المجموع	الفاقد	أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة	
114	-	3	9	33	69	التكرار	يفضل أفراد أسرتي استخدام وسائل النقل على المشي
100	-	2.6	7.9	28.9	60.5	النسبة	
114	-	-	12	42	60	التكرار	الرياضة شيء مهم في حياتنا
100	-	-	10.5	36.8	52.6	النسبة	
114	-	4	12	54	44	التكرار	يمارس أفراد أسرتي الرياضة بانتظام
100	-	3.5	10.5	47.4	38.6	النسبة	
114	2	2	11	48	51	التكرار	أنام من 7 إلى 8 ساعات يومياً
100	1.8	1.8	9.6	42.1	44.7	النسبة	
114	-	6	17	46	45	التكرار	نحب السهر كثيراً
100	-	5.3	14.9	40.4	39.5	النسبة	
114	2	7	18	53	34	التكرار	نشاهد التلفاز لساعات طويلة
100	1.8	6.1	15.8	46.5	29.8	النسبة	
114	-	2	14	73	25	التكرار	أتجنب الإرهاق وأسيطر عليه
100	-	1.8	12.3	64	21.9	النسبة	
114	-	15	22	51	26	التكرار	نفضل أن ننام بعد الأكل مباشرة
100	-	13.2	19.3	44.7	22.8	النسبة	
114	1	7	11	52	43	التكرار	غالباً ما نتناول الطعام ونحن نشاهد التلفاز
100	0.9	6.1	9.6	45.6	37.7	النسبة	
114	2	10	16	50	36	التكرار	نستخدم الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لساعات طويلة
100	1.8	8.8	14	43.9	31.6	النسبة	
114	2	4	31	54	23	التكرار	يتابع أفراد أسرتي البرامج الصحية بشكل كبير
100	1.8	3.5	27.2	47.4	20.2	النسبة	
114	1	1	13	66	33	التكرار	يشجعني أفراد أسرتي على ممارسة الرياضة
100	0.9	0.9	11.4	57.9	28.9	النسبة	
114	1	1	9	56	47	التكرار	يجب التركيز على نوعية الأطعمة التي نأكلها
100	0.9	0.9	7.9	49.1	41.2	النسبة	
114	1	1	14	62	36	التكرار	يصعب ترك بعض الأفعال مع أنها مضرّة بالصحة
100	0.9	0.9	12.3	54.4	31.6	النسبة	
114	-	2	19	53	40	التكرار	يقيس أفراد أسرتي أوزانهم وأطوالهم بين الحين والآخر
100	-	1.8	16.7	46.5	35.1	النسبة	

تظهر البيانات الواردة في الجدول (5)، والمتعلقة بتوزيع أفراد العينة حسب الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة، أن غالبية أفراد العينة (60.5%) «دائماً» يفضل أفراد أسرهم استخدام وسائل النقل على المشي، في حين أن (28.9%) من أفراد العينة «أحياناً» يفضل أفراد أسرهم استخدام وسائل النقل على المشي، و(7.9%) «نادراً» يفضل أفراد أسرهم استخدام وسائل النقل على المشي، و(2.6%) فقط هم من لا يفضل أفراد أسرهم استخدام وسائل النقل على المشي «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن أكثر من نصف أفراد العينة (52.6%) يرون أن الرياضة شيء مهم في حياتهم «دائماً»، في حين أن أكثر من ثلث أفراد العينة (36.8%) يرون أن الرياضة شيء مهم في حياتهم «أحياناً»، و(10.5%) يرون أن الرياضة شيء مهم في حياتهم «نادراً».

ونلاحظ من البيانات أن غالبية أفراد العينة (47.4%) «أحياناً» يمارس أفراد أسرهم الرياضة بانتظام، في حين أن (38.6%) «دائماً» يمارس أفراد أسرهم الرياضة بانتظام، و(10.5%) «نادراً» يمارس أفراد أسرهم الرياضة بانتظام، و(3.5%) فقط هم من لا يمارس أفراد أسرهم الرياضة بانتظام «أبداً».

وتبين البيانات أن (44.7%) «دائماً» ينامون من 7 إلى 8 ساعات يومياً، و(42.1%) «أحياناً» ينامون من 7 إلى 8 ساعات يومياً، و(9.6%) «نادراً» ينامون من 7 إلى 8 ساعات يومياً، و(1.8%) لا ينامون من 7 إلى 8 ساعات يومياً «أبداً».

ويلاحظ من البيانات أن غالبية أفراد العينة (40.4%) يحبون السهر كثيراً «أحياناً»، و(39.5%) يحبون السهر كثيراً «دائماً»، في حين أن نسبة من يحبون السهر «نادراً» هي (14.9%)، ومن لا يحبون السهر «أبداً» (5.3%) فقط.

وتشير البيانات إلى أن غالبية أفراد العينة (46.5%) «أحياناً» يشاهدون التلفاز لساعات طويلة، و(29.8%) «دائماً» يشاهدون التلفاز لساعات طويلة، و(15.8%) «نادراً» يشاهدون التلفاز لساعات طويلة، في حين أن (6.1%) فقط هم من لا يشاهدون التلفاز لساعات طويلة «أبداً».

وتظهر البيانات أن غالبية أفراد العينة (64%) «أحياناً» يتجنبون الإرهاق وسيطرون عليه، و(21.9%) «دائماً» يتجنبون الإرهاق وسيطرون عليه، في حين أن (12.3%) «نادراً» يتجنبون الإرهاق وسيطرون عليه، و(1.8%) فقط هم الذين لا يتجنبون الإرهاق وسيطرون عليه «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن النسبة الأكبر من العينة (44.7%) «أحياناً» يفضلون أن يناموا بعد الأكل مباشرة، في حين أن (22.8%) «دائماً» يفضلون أن يناموا بعد الأكل مباشرة، و(19.3%) «نادراً» يفضلون أن يناموا بعد الأكل مباشرة، و(13.2%) لا يفضلون أن يناموا بعد الأكل مباشرة «أبداً».

وتبين البيانات أن (45.6%) «أحياناً» يتناولون الطعام وهم يشاهدون التلفاز، وأكثر من ثلث العينة (37.7%) «دائماً» يتناولون الطعام وهم يشاهدون التلفاز، و(9.6%) «نادراً» يتناولون الطعام وهم يشاهدون التلفاز، في حين أن (6.1%) فقط هم الذين لا يتناولون الطعام وهم يشاهدون التلفاز «أبداً».

وتظهر البيانات أن (43.9%) «أحياناً» يستخدمون الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لساعات طويلة، كما أن ما نسبته (31.6%) «دائماً» يستخدمون الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لساعات طويلة، و(14%) «نادراً» يستخدمون الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لساعات طويلة، و(8.8%) لا يستخدمون الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لساعات طويلة «أبداً».

وتبين البيانات أن (47.4%) «أحياناً» يتابع أفراد أسرهم البرامج الصحية بشكل كبير، وأكثر من ربع العينة (27.2%) «نادراً» يتابع أفراد أسرهم البرامج الصحية بشكل كبير، و(20.2%) «دائماً» يتابع أفراد أسرهم البرامج الصحية بشكل كبير، في حين أن (3.5%) هي نسبة الذين لا يتابع أفراد أسرهم البرامج الصحية بشكل كبير «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن غالبية أفراد العينة (57.9%) «أحياناً» يشجعهم أفراد أسرهم على ممارسة الرياضة، وأكثر من ربع العينة (28.9%) «دائماً» يشجعهم أفراد أسرهم على ممارسة الرياضة، في حين أن (11.4%) «نادراً» يشجعهم أفراد أسرهم على ممارسة الرياضة، و(0.9%) لا يشجعهم أفراد أسرهم «أبداً» على ممارسة الرياضة.

وتظهر البيانات أن حوالي نصف العينة (49.1%) يرون أنه يجب «أحياناً» التركيز على نوعية الأطعمة التي نأكلها، و(41.2%)

يرون أنه «دائماً» يجب التركيز على نوعية الأطعمة التي نأكلها، و(7.9%) يعتقدون أنه «نادراً» يجب التركيز على نوعية الأطعمة التي نأكلها، في حين أن (0.9%) يرون أنه لا يجب التركيز على نوعية الأطعمة التي نأكلها «أبداً». وتظهر البيانات أن أكثر من نصف أفراد العينة (54.4%) «أحياناً» يصعب عليهم ترك بعض الأفعال مع أنها مضرّة بالصحة، في حين أن (31.6%) يرون أنه «دائماً» يصعب عليهم ترك بعض الأفعال مع أنها مضرّة بالصحة، و(12.3%) «نادراً» يصعب عليهم ترك بعض الأفعال مع أنها مضرّة بالصحة، و(0.9%) لا يصعب عليهم «أبداً» ترك بعض الأفعال المضرّة بالصحة. وتشير البيانات إلى أن (46.5%) من أفراد العينة «أحياناً» يقيس أفراد أسرهم أوزانهم وأطوالهم بين الحين والآخر، و(35.1%) «دائماً» يقيس أفراد أسرهم أوزانهم وأطوالهم بين الحين والآخر، و(16.7%) «نادراً» يقيس أفراد أسرهم أوزانهم وأطوالهم بين الحين والآخر، و(1.8%) هي نسبة الذين لا يقيس أفراد أسرهم أوزانهم وأطوالهم بين الحين والآخر «أبداً».

الجدول رقم (6)

توزيع أفراد العينة حسب الإجراءات تجاه الأعراض المرضية:

المجموع	الفاقد	أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	الإجراءات تجاه الأعراض المرضية
114	-	-	4	52	58	التكرار
100	-	-	3.5	45.6	50.9	النسبة
114	-	6	14	38	56	التكرار
100	-	5.3	12.3	33.3	49.1	النسبة
114	1	10	18	45	40	التكرار
100	0.9	8.8	15.8	39.5	35.1	النسبة
114	-	31	18	37	28	التكرار
100	-	27.2	15.8	32.5	24.6	النسبة
114	-	10	13	56	35	التكرار
100	-	8.8	11.4	49.1	30.7	النسبة
114	1	2	3	37	71	التكرار
100	0.9	1.8	2.6	32.5	62.3	النسبة
114	-	3	8	54	49	التكرار
100	-	2.6	7	47.4	43	النسبة

تبين البيانات الواردة في الجدول (6)، والمتعلقة بتوزيع أفراد العينة حسب الإجراءات تجاه الأعراض المرضية، أن أكثر من نصف أفراد العينة (50.9%) «دائماً» يستخدم أفراد أسرهم المسكنات عندما يشعرون بالمرض، و(45.6%) «أحياناً» يستخدم أفراد أسرهم المسكنات عندما يشعرون بالمرض، في حين أن (3.5%) يستخدم أفراد أسرهم المسكنات «نادراً» عندما يشعرون بالمرض.

وتظهر البيانات أن حوالي نصف العينة (49.1%) «دائماً» يفضلون استخدام الأدوية الشعبية بدلاً من الأدوية الطبية، كما أن ثلث أفراد العينة (33.3%) «أحياناً» يفضلون استخدام الأدوية الشعبية بدلاً من الأدوية الطبية، في حين أن (12.3%) «نادراً» يفضلون استخدام الأدوية الشعبية بدلاً من الأدوية الطبية، و(5.3%) لا يفضلون استخدام الأدوية الشعبية بدلاً من الأدوية الطبية «أبداً».

وتشير البيانات إلى أن غالبية أفراد العينة (39.5%) «أحياناً» يتناولون الأدوية التي يصفها لهم أفراد أسرهم، وأكثر من ثلث

أفراد العينة (35.1%) «دائماً» يتناولون الأدوية التي يصفها لهم أفراد أسرهم ، و(15.8%) «نادراً» يتناولون الأدوية التي يصفها لهم أفراد أسرهم ، و(8.8%) هي نسبة الذين لا يتناولون الأدوية التي يصفها لهم أفراد أسرهم «أبداً» .

وتبين البيانات أن (32.5%) من أفراد العينة «أحياناً» يلجؤون إلى الإنترنت حين يمرض أحد أفراد أسرهم ، في حين أن حوالي ربع العينة (24.6%) «دائماً» يلجؤون إلى الإنترنت حين يمرض أحد أفراد أسرهم ، و(27.2%) لا يلجؤون للإنترنت «أبداً» حين يمرض أحد أفراد أسرهم ، و(15.8%) «نادراً» يلجؤون إلى الإنترنت حين يمرض أحد أفراد أسرهم .

وتظهر البيانات أن حوالي نصف أفراد العينة (49.1%) «أحياناً» يلجؤون إلى الرقية الشرعية حين يمرض أحد أفراد أسرهم ، و(30.7%) «دائماً» يلجؤون إلى الرقية الشرعية حين يمرض أحد أفراد أسرهم ، و(11.4%) «نادراً» يلجؤون إلى الرقية الشرعية حين يمرض أحد أفراد أسرهم ، و(8.8%) لا يلجؤون «أبداً» إلى الرقية الشرعية حين يمرض أحد أفراد أسرهم .

وتشير البيانات إلى أن غالبية أفراد العينة (62.3%) «دائماً» يعتقدون أن المرض ابتلاء من الله سبحانه وتعالى ، و(32.5%) «أحياناً» يعتقدون أن المرض ابتلاء من الله سبحانه وتعالى ، و(2.6%) «نادراً» يعتقدون أن المرض ابتلاء من الله سبحانه وتعالى ، في حين أن (1.8%) فقط من أفراد العينة هم الذين لا يعتقدون أن المرض ابتلاء من الله سبحانه وتعالى «أبداً» .

ويلاحظ من البيانات أن (47.4%) «أحياناً» تتخذ أسرهم قرار الذهاب إلى الطبيب ، و(43%) «دائماً» تتخذ أسرهم قرار الذهاب إلى الطبيب ، و(7%) «نادراً» تتخذ أسرهم قرار الذهاب إلى الطبيب ، و(2.6%) لا تتخذ أسرهم قرار الذهاب إلى الطبيب «أبداً» .

الجدول رقم (7)

توزيع أفراد العينة حسب السلوكيات تجاه الأطباء وتعليماتهم:

المجموع	الفاقد	أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	السلوكيات تجاه الأطباء وتعليماتهم
114	-	5	7	47	55	التكرار
100	-	4.4	6.1	41.2	48.2	النسبة
114	3	15	17	45	34	التكرار
100	2.6	13.2	14.9	39.5	29.8	النسبة
114	-	21	20	45	28	التكرار
100	-	18.4	17.5	39.5	24.6	النسبة
114	-	20	16	46	32	التكرار
100	-	17.5	14	40.4	28.1	النسبة
114	-	6	19	53	36	التكرار
100	-	5.3	16.7	46.5	31.6	النسبة
114	1	13	28	42	30	التكرار
100	0.9	11.4	24.6	36.8	26.3	النسبة

تبين البيانات الواردة في الجدول (7) أن أغلب أفراد العينة (48.2%) لا يذهبون إلى الطبيب إلا عند الشعور بالعجز التام «دائماً» ، و(41.2%) لا يذهبون إلى الطبيب إلا عند الشعور بالعجز التام «أحياناً» ، و(6.1%) لا يذهبون إلى الطبيب إلا عند الشعور بالعجز التام «نادراً» ، في حين أن (4.4%) لا يذهبون إلى الطبيب إلا عند الشعور بالعجز التام «أبداً» .

وتشير البيانات إلى أن (39.5%) يعتقدون أن احترام جرعة الدواء أمر غير ضروري «أحياناً» ، وأكثر من ربع العينة (29.8%)

يعتقدون أن احترام جرعة الدواء أمر غير ضروري "دائماً"، و(14.9%) يعتقدون أن احترام جرعة الدواء أمر غير ضروري "نادراً"، و(13.2%) لا يعتقدون أن احترام جرعة الدواء أمر غير ضروري "أبداً".

وتظهر البيانات أن (39.5%) "أحياناً" يرون أن التحاليل التي يطلبها الأطباء غير ضرورية، وحوالي ربع العينة (24.6%) "دائماً" يرون أن التحاليل التي يطلبها الأطباء غير ضرورية، و(18.4%) لا يرون أن التحاليل التي يطلبها الأطباء غير ضرورية "أبداً"، و(17.5%) "نادراً" يرون أن التحاليل التي يطلبها الأطباء غير ضرورية.

ويلاحظ من البيانات أن (40.4%) لا يتناول أفراد أسرهم أدويتهم الضرورية بانتظام "أحياناً"، وأكثر من ربع العينة (28.1%) لا يتناول أفراد أسرهم أدويتهم الضرورية بانتظام "دائماً"، و(17.5%) لا يتناول أفراد أسرهم أدويتهم الضرورية بانتظام "أبداً"، و(14%) لا يتناول أفراد أسرهم أدويتهم الضرورية بانتظام "نادراً".

وتظهر البيانات أن (46.5%) من أفراد العينة "أحياناً" يترددون على أطباء مختلفين، و(31.6%) "دائماً" يترددون على أطباء مختلفين، و(16.7%) "نادراً" يترددون على أطباء مختلفين، في حين أن (5.3%) لا يترددون على أطباء مختلفين "أبداً".

وتشير البيانات إلى أن (36.8%) "أحياناً" يجرون فحوصات طبية دورية أو نصف سنوية، وأكثر من ربع العينة (26.3%) "دائماً" يجرون فحوصات طبية دورية أو نصف سنوية، وحوالي ربع العينة (24.6%) "نادراً" يجرون فحوصات طبية دورية أو نصف سنوية، و(11.4%) فقط هم الذين لا يجرون فحوصات طبية دورية أو نصف سنوية "أبداً".

مناقشة النتائج

أولاً: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية:

تبين نتائج الدراسة الحالية أن هناك بعض التغيرات التي طرأت على المجتمع الإماراتي؛ فنلاحظ بالنسبة لمتغير (نوع الأسرة) أن أكثر من نصف أفراد العينة ينتمون لأسر نووية، وهذا - في رأيي - يتناسب مع التغير الذي طرأ على المجتمع في دولة الإمارات العربية المتحدة في ظل الطفرة الاقتصادية وظهور النفط، ويشير بركات (Barakat، 2009) إلى انتشار الأسر النووية في المجتمع العربي الحضري بسبب التحولات الاقتصادية وما يرافقها من تغيرات ثقافية واجتماعية؛ إلا أن ذلك قد لا يعني الانفصال الكلي عن العائلة أو التملص من الروابط والعلاقات القرابية التي مازالت تفرض نفسها بقوة في المجتمع العربي.

أما عن (الشخص المسؤول عن إعداد الطعام في المنزل) فنلاحظ أن حوالي نصف أفراد العينة يعتمدون على الخادم أو الخادمة في ذلك؛ وقد يعود ارتفاع هذه النسبة إلى الترف وارتفاع المستوى الاقتصادي، أو انشغال ربوات الأسر بالدراسة أو العمل.

ثانياً: العادات والأنماط الغذائية:

تم رصد العادات والأنماط الغذائية لأفراد العينة للتعرف على المشهد العام لواقع هذه العادات؛ فنلاحظ من نتائج الدراسة أن غالبية أفراد العينة تشكل وجبة الغداء الوجبة الرئيسة لهم، فعلى الرغم من التغيرات التي شهدتها المجتمع الإماراتي إلا أن وجبة الغداء مازالت الوجبة الرئيسة للأسرة، وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة الإماراتية (Ministry of Health، 2004). وقد يساعد وجود الخدم وإعدادهم للطعام على الحفاظ على مكانة هذه الوجبة؛ حيث

يتزامن وقت إعداد وجبة الغداء مع الوقت الذي تكون فيه المرأة في العمل أو على مقاعد الدراسة .

كما تظهر نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من نصف أفراد العينة يتناولون الطعام في الأسرة بشكل جماعي ، وتنسجم هذه النتيجة أيضاً مع نتائج الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة الإماراتية (Ministry of Health، 2004) ، وتعتبر هذه النسبة مؤشراً جيداً لمدى التماسك الأسري في مجتمع دولة الإمارات العربية المتحدة ؛ حيث يساعد تناول الطعام في الأسرة بشكل جماعي على تقوية الروابط بين أفراد الأسرة وتسهيل التواصل بينهم ، وهذا من شأنه تعزيز الانتماء الأسري والصحة النفسية لأفراد الأسرة .

وبالنسبة لتناول الطعام في المطاعم ، بينت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ربع العينة "دائماً" يتناولون الطعام في المطاعم ، وحوالي الثلث "أحياناً" يفعلون ذلك ، وهي نسب لا يستهان بها ، ويجب أخذها بعين الاعتبار ؛ حيث إن ذلك من الممكن أن يكشف لنا عن ثقافة جديدة بدأت بالانتشار في المجتمع ، هذه الثقافة التي لربما ظهرت لتتماشى مع إيقاع العصر السريع الذي نعيشه اليوم ، وينطبق ذلك على شراء الوجبات السريعة الجاهزة ؛ فقد أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر من ثلث أفراد العينة "أحياناً" يشترون الوجبات السريعة الجاهزة ، وحوالي ربع العينة "دائماً" يفعلون ذلك ؛ وقد يؤدي زيادة تناول هذه الوجبات إلى الإدمان عليها ، ناهيك عن الأخطار الصحية التي تسببها هذه الوجبات كالسمنة وغيرها .

وكشفت نتائج الدراسة الحالية أيضاً عن بعض العادات الغذائية غير الصحية التي يمارسها أفراد المجتمع كتناول اللحوم الحمراء أكثر من 3 مرات أسبوعياً ، وتناول العصائر أثناء الطعام ، وأكل المعجنات بكثرة .

كما بينت نتائج الدراسة الحالية بعض الأنماط الغذائية الصحية كتناول المأكولات الخالية من الملح ، وتناول الفطور الصباحي بشكل يومي ، وتناول الفواكه والخضار يومياً ، وشرب الماء بكثرة . وقد يدل ذلك على وعي جيد بالعادات الغذائية الصحية لدى أفراد العينة .

وتجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسة الحالية تبين اتجاه أفراد العينة إلى شرب الكثير من المشروبات الغازية ، فأكثر من ربع العينة "دائماً" يشربونها ، وأكثر من الثلث "أحياناً" يفعلون ذلك .

كما تبين النتائج وجود خطر جديد يهدد أفراد الأسر في دولة الإمارات العربية المتحدة ، ألا وهو ما يسمى بـ (مشروبات الطاقة) ، التي يشهد الإقبال عليها تزايداً يجب التركيز عليه ؛ فأكثر من ربع أفراد العينة "دائماً" ما تتوفر مشروبات الطاقة في منازلهم ، وحوالي الربع "أحياناً" ما تتوفر مشروبات الطاقة في منازلهم . ولم تغفل دولة الإمارات العربية المتحدة عن هذا الأمر ؛ فقد أصدرت وزارة الاقتصاد قراراً بتغريم منافذ البيع التي تباع مشروبات الطاقة لمن هم دون سن (20) عاماً ابتداء من العام المقبل 2015 (albayan ، 2014) .

مما سبق ، يمكن القول إن العادات والأنماط الغذائية لأفراد العينة ليست سيئة ، ولكن يمكن تحسينها من خلال توجيه أفراد المجتمع لاتباع نمط غذائي صحي وسليم .

ثالثاً : تأثير العادات الغذائية المحلية في الصحة :

تظهر نتائج الدراسة الحالية تأثير العادات الغذائية المحلية في الصحة ، وغالباً تهتم العادات الغذائية الشعبية بأنها مضرّة بالصحة ؛ إلا أن نتائج الدراسة الحالية قد تشير إلى عكس ذلك ؛ فقد يكون الاحتفاظ ببعض العادات الغذائية الشعبية جيداً .

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن غالبية أفراد العينة يتناولون التمر بصورة دائمة ، ويحتوي التمر على العديد من الفيتامينات

والمعادن والألياف المفيدة للصحة ، ويعد تناول التمر عادة ليست محلية وشعبية فقط فرضتها الظروف المعيشية والبيئية سابقاً ، وإنما عادة دينية أيضاً شجع عليها الإسلام . قد تكون هذه الأسباب مجتمعة هي التي جعلت غالبية أفراد العينة يشيرون إلى أنهم "دائماً" يتناولون التمر .

إن العادات الدينية والاجتماعية غالباً تحمل صفة قسرية تجبر أفراد المجتمع على الالتزام بها ، وإن كان ذلك ينطبق على أصغر الأمور التي لا نلاحظها في حياتنا اليومية .

وبينت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من نصف أفراد العينة يشربون القهوة العربية بصورة دائمة ، وتحمل القهوة العربية العديد من المعاني في المجتمع الإماراتي ؛ فهي ليست مجرد مشروب ، وإنما تعتبر رمزاً من رموز البداوة والضيافة والكرم .

ونلاحظ من نتائج الدراسة الحالية أن تناول بعض الأطعمة قد انحسر قليلاً عن الماضي ، كأكل الهريس وأكل اللقيمات (العوامة) ، وقد يكون تناول هذه الأطعمة مرتبطاً بمناسبات دينية واجتماعية معينة كشهر رمضان والأعياد وحفلات الأعراس . وما زال الأرز الوجبة الرئيسة ، ليس فقط في المجتمع الإماراتي ، وإنما في العديد من المجتمعات ، فقد أشار غالبية أفراد العينة إلى أنهم "دائماً" يعتبرون الأرز الوجبة الرئيسة .

ومن الأطعمة الشعبية في الثقافة الإماراتية أكل السمك وشرب اللبن ، وهي من الأطعمة المفيدة والتي تحمل قيمة غذائية عالية .

وأظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ثلث أفراد العينة "دائماً" يشربون الشاي مباشرة بعد الطعام ، وأكثر من نصف أفراد العينة "دائماً" يتناولون الشاي بالحليب "الكرك" . إن كثرة تناول الشاي تعد مشكلة في الخليج العربي ، وخاصة إن كان بعد الطعام مباشرة ؛ حيث يؤدي إلى منع امتصاص عنصر الحديد اللاهيمي المهم لكريات الدم الحمراء (Musaiger ، 2000) . بعد الاطلاع على النتائج الحالية ينبغي أن نطرح سؤالاً مهماً ألا وهو : هل يحمل الاحتفاظ بالعادات الغذائية الشعبية غايات أخرى غير ظاهرة لنا؟ إن الاحتفاظ بالعادات والتقاليد والموروثات الثقافية - على اختلافها - قد يعكس طريقة غير مقصودة يقوم بها أفراد المجتمع لمواجهة التغير السريع الذي طرأ على مجتمع دولة الإمارات العربية المتحدة ؛ للحفاظ على هويتهم من الاندثار والاندماج الكلي في العولمة ، بل وإيجاد طريقة مناسبة للتعايش معها .

رابعاً : الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة :

تلعب الممارسات الحياتية التي يقوم بها الأفراد في حياتهم اليومية دوراً مهماً في التأثير على صحتهم ، سواء كان ذلك بالسلب أو الإيجاب . ولعل أبرز الممارسات السلبية التي بينتها الدراسة الحالية هي حب السهر ، والنوم بعد الأكل مباشرة ، وتفضيل استخدام وسائل النقل على المشي ؛ فنلاحظ في دولة الإمارات العربية المتحدة امتلاك الناس للسيارات بكثرة ؛ وقد يعود ذلك إلى ارتفاع المستوى المعيشي والرخاء الاقتصادي .

وتجدر الإشارة إلى أن ممارسة أفراد العينة لبعض الممارسات السلبية لا يعني عدم وعيهم بخطورة هذه الممارسات ؛ حيث يشير حوالي ثلث أفراد العينة إلى أنهم "دائماً" يصعب عليهم ترك بعض الأفعال مع أنها مضرّة بالصحة ، في حين أن أكثر من نصف أفراد العينة "أحياناً" يصعب عليهم ذلك .

وفي المقابل ، نرى بعض الممارسات التي تنعكس بالإيجاب على صحة أفراد العينة كإهتمام بالرياضة وممارستها بانتظام ، والنوم بشكل كاف ، والقدرة على تجنب الإرهاق والسيطرة عليه .

ونلاحظ - أيضاً - اهتمام الأسر بالرياضة وتغير اتجاهاتهم نحو أهمية النشاط البدني؛ وقد يعود ذلك إلى أثر وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي؛ حيث أصبح الوعي بأهمية الرياضة وتأثيرها الإيجابي بديناً ونفسياً واجتماعياً أمراً عالمياً. ولا يخفى علينا اهتمام أفراد العينة بالبرامج الصحية، مما أدى إلى تركيزهم على بعض الأمور، كتنوع وسائل الإعلام وتوافرها بشكل لافت أصبحت هذه الوسائل المتمثلة في الإنترنت والكمبيوتر والتلفاز وغيرها حاضرة بصورة دائمة في أغلب اللقاءات الأسرية، ويحمل هذا الأمر خطورتين واضحتين: الأولى صحية؛ وتتمثل في زيادة الوزن وقلة الحركة والنشاط البدني، والثانية اجتماعية؛ وتتمثل في تزايد الفجوة وإضعاف التواصل بين أفراد الأسرة وزعزعة العلاقات والأواصر الأسرية.

خامساً: الإجراءات تجاه الأعراض المرضية:

تناولت الدراسة الحالية بعض الإجراءات التي يقوم بها أفراد العينة تجاه الأعراض المرضية، وتعد من أبرز مؤشرات سلوكهم الصحي؛ فقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من نصف أفراد العينة يستخدمون المسكنات عند شعورهم بالمرض، وأن حوالي نصف العينة يلجؤون إلى استخدام الأدوية الشعبية (Folk Medicine) بدلاً من الأدوية الطبية؛ فعلى الرغم من توافر كافة أشكال الرعاية والخدمات الصحية إلا أن أفراد المجتمع يلجؤون - أحياناً - إلى استخدام بعض العلاجات والأدوية الشعبية (Folk Medicine) عند الشعور بالأعراض المرضية.

إن الإشكالية هنا ليست مرتبطة بنقص الخدمات الموجودة، وإنما قد تكون مرتبطة بخوف أفراد المجتمع من الآثار السلبية للأدوية الطبية، أو عدم الثقة الكلية بالطب الحديث. وقد درج الاعتقاد بأن استخدام الأدوية الشعبية (Folk Medicine) يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالفئات غير المثقفة أو الأقل حظاً في التعليم، إلا أن ما نشهده اليوم من اتجاه للطب الشعبي، بل والجدال المحتدم بين كل من الطب الحيوي والطب الشعبي، يضع الأخير في مكانة تستحق الدراسة والاهتمام. إضافة إلى أهمية الطب الشعبي في أنه يمثل جزءاً من الثقافة الشعبية السائدة التي يتمسك بها أفراد المجتمع كتمسكهم بغيرها من عناصر الثقافة الشعبية والتراث لتعزيز هويتهم وانتمائهم الوطني.

ويلعب الدين دوراً محورياً في صياغة المفاهيم والمعتقدات المتعلقة بالصحة والمرض، فقد أشار غالبية أفراد العينة إلى أنهم يعتقدون أن المرض ابتلاء من الله - سبحانه وتعالى - وتمت الإشارة - أيضاً - إلى استخدام الرقية الشرعية كنوع من أنواع العلاج. ويدل ذلك على تدين أفراد المجتمع، والتدين ظاهرة مهمة تنطوي على نظم معرفية وأنماط سلوكية وأسلوب حياة، كما أن الدين يقوم بمهمة تأويل وتفسير - مقبولة اجتماعياً - لما يعجز عنه الطب الحديث، ويشجع على تحمل المرض لما يحمله من مفاهيم الصبر والأجر والثواب والتكفير عن السيئات.

وأظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الأسرة هي المتحكم في قرار الذهاب إلى الطبيب، كما أن أفراد الأسرة يقومون بمهمة وصف الأدوية عند ظهور الأعراض المرضية لدى أحدهم، وقد يعود ذلك إلى النظام الأبوي والعلاقة الهرمية التي تقوم عليها بنية المجتمعات العربية، وصولاً إلى العائلة، ثم العلاقة بين الأسرة والفرد.

سادساً: السلوكيات تجاه الأطباء وتعليماتهم:

بينت نتائج الدراسة الحالية بعض السلوكيات السلبية التي يقوم بها أفراد العينة تجاه الأطباء وتعليماتهم، كعدم الذهاب إلى الطبيب إلا عند الشعور بالعجز التام، وعدم احترام جرعة الدواء أو تناول الأدوية الضرورية بانتظام، والتردد على أطباء

مختلفين وعدم الاعتقاد بأهمية التحاليل التي يطلبها الأطباء؛ وقد تشير الأخيرة إلى كثرة المستشفيات والعيادات الخاصة الموجودة في الدولة ووجود التأمين الصحي؛ فقد يعتقد بعض الناس أن سبب طلب الأطباء لبعض الفحوصات ليس إلا لقيام التأمين الصحي بدفع تكاليف هذه الفحوصات .

في المقابل، أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ربع أفراد العينة "دائماً" يجرون الفحوصات الطبية الدورية، وأكثر من ثلث أفراد العينة "أحياناً" يجرونها، وذلك مؤشر جيد على الاهتمام بالصحة .

وتجدر الإشارة إلى أنه لضمان صحة أفراد المجتمع لا يجب توفير الخدمات الطبية فقط، وإنما يجب أن يرافق ذلك الوعي الصحي الجيد لضمان الاستفادة القصوى من وجود هذه الخدمات .

التوصيات

- تطبيق المناهج السوسولوجية عند إعداد البرامج الصحية .
- إجراء دراسات وبحوث متعمقة كتحليل الوضع (Situation Analysis) للسلوك الصحي لأفراد المجتمع .
- زيادة الاهتمام بالتوعية الصحية لأفراد المجتمع من خلال التعاون والتنسيق بين مؤسسات المجتمع المختلفة .
- طرح مساقات صحية في المناهج الدراسية لتعزيز صحة المجتمع .

المراجع

المراجع العربية :

1. البيان، (2014)، دبي، متوفر في :
1. 2199506-11-09-http://www.albayan.ae/across-the-uae/news-and-reports/2014
2. العثمان، حسين، (2011): المحددات الديموغرافية والاجتماعية للتقييم الذاتي للصحة في الأسرة الأردنية، شؤون اجتماعية، المجلد 28، العدد 110، 47 - 70 .
3. العموش، أحمد وأبوليلي، يوسف، (2009): مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات: دراسة ميدانية، شؤون اجتماعية، المجلد 26، العدد 102، 137 - 198 .
4. الملا، فيصل، (2005): تأثير تدريس مساق الصحة والرياضة على تغيير اتجاهات طلبة كلية التربية بجامعة البحرين نحو النشاط البدني . المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الثالث عشر، 213 - 227 .
5. بركات، حلیم، (2009): المجتمع العربي المعاصر، الطبعة الثانية، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية .
6. جامعة الملك سعود ووزارة المعارف، (2000): دراسة نمط المعيشة وأثره في بعض الجوانب الصحية والتربوية والاجتماعية لدى طلاب التعليم العام في السعودية، المجلة العربية للغذاء والتغذية، المجلد 2، العدد 4، 78 - 84 .
7. حيدر، محمد، (2000): الواقع الغذائي لطلبة المدينة الجامعية بجامعة تشرين . المجلة العربية للغذاء والتغذية . المجلد 1، العدد 1، 20 - 35 .
8. مصيقر، عبدالرحمن . (2000): نمط استهلاك الغذاء والإصابة بالأمراض المزمنة عند المواطنين البالغين في المجتمع الإماراتي، العدد 2، 8 - 30 .
9. مصيقر، عبدالرحمن . (2001): العوامل الاجتماعية والصحية والغذائية المرتبطة بالبدانة عند النساء في دولة الإمارات العربية المتحدة، المجلد 2، العدد 3، 8 - 16 .
10. مصيقر، عبدالرحمن . (2001): العادات الصحية عند الفتيات المراهقات في دول مجلس التعاون الخليجي، المجلة العربية للغذاء والتغذية، المجلد 2، العدد 4، 52 - 58 .
11. وزارة الصحة الإماراتية، (2004): العادات الغذائية والحالة التغذوية للأسرة في دولة الإمارات العربية المتحدة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، المجلد 5، العدد 10، 59 - 106 .
12. وهبة، سنية؛ طه، رفعة؛ مكاوي، عفاف، (2001): أوجه إنفاق مصروف الجيب على الأطعمة والمشروبات المختلفة التي تؤكل بين الوجبات بواسطة الأطفال المصريين في المدارس الابتدائية، المجلة العربية للغذاء والتغذية، المجلد 2، العدد 4، 41 - 49 .

المراجع الأجنبية :

1. Da hora sales, Maria Lucelia; Ponnet, Liz; Compos, Carlos Eduardo Aguilera; Demarzo, Marcelo Marcos Piva & De Miranda, Claudio Torres. (2013). Quality of Child Health Care in the Family Health Strategy. Journal of Human Growth and Development. Vol. 2, Issue23: 151-156.
2. Moon, Graham & Gillespie, Rosemary. (1995). SOCIETY & HEALTH. 1st ed, London: Biddels Ltd.
3. Nan, Hairong; Lee, Paul H.; Ni, Michael Y; Chan, Brandford H. Y. & Lam, Tai-Hing. (2013). Effects of Depressive Symptoms and Family Satisfaction on Health Related Quality of Life: The Hong Kong FAMILY Study. Plos One. Vol. 8, Issue3.
4. Psaila, Kim; Schmied, Virginia; Fowler, Cathrine & Kruske, Sue. (2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. BMC Health Services Research. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/4>
5. World Health Organization. (1964). Constitution of the World Health Organization. New York: World Health Organization Interim Commission.

الملاحق

- استبانة الدراسة
- مستخلص باللغة الإنجليزية

واقع السلوك الصحي الأسري في مدينة الشارقة

عزيزي المبحوث :

إن المعلومات الواردة في هذه الاستبانة سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي ،

لذا يرجى الإجابة عن أسئلة الاستبانة بصراحة

أ. هدى محمد عاطف

للتواصل والاستفسار

huda . atef86@yahoo . com

أولاً : الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة

(أمام الاختيار الصحيح : a يرجى وضع علامة)

1-1 : الجنسية :-

1	2
مواطن	غير مواطن

2-1 : نوع الأسرة التي تنتمي لها :-

1	2
نووية : تتكون من الزوج والزوجة والأبناء	ممتدة : تتكون من وجود جيلين أو أكثر من الأبناء والآباء في منزل واحد ، كوجود الجددين وأبنائهم المتزوجين وأحفادهم في نفس المنزل .

3-1 : عدد أفراد الأسرة :-

1	2	3	4
3-1	6-4	9-7	أكثر من 9

4-1 : دخل الأسرة الشهري بالدرهم الإماراتي :-

1	2	3	4	5
أقل من 10000	14999 - 10000	19999 - 15000	24999- 20000	أكثر من 25000

5-1 : مستوى تعليم الأم :-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
أمية	تقرأ وتكتب	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	دبلوم	بكالوريوس	ماجستير	دكتوراه

6-1 : مستوى تعليم الأب :-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
أمي	يقرأ ويكتب	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	دبلوم	بكالوريوس	ماجستير	دكتوراه

7-1 : المؤسسة التي تعمل بها :-

1
اذكر

8-1 : الشخص المسؤول عن إعداد الطعام في المنزل :-

1	2	3
الزوجة	الخادم أو الخادمة	غير ذلك (اذكر)

ثانياً: العادات والأنماط الغذائية

من فضلك ، اختر العبارة التي ترى أنها الأنسب لوصف الوضع في أسرتك :

العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
1- وجبة الغداء هي الوجبة الرئيسة للأسرة				
2- نتناول الطعام في الأسرة بشكل جماعي				
3- غالباً ما نتناول الطعام في المطاعم				
4- نشترى الوجبات السريعة الجاهزة بكثرة				
5- نتناول اللحوم الحمراء أكثر من 3 مرات أسبوعياً				
6- نفضل تناول المأكولات الخالية من الملح				
7- نتناول العصائر أثناء الطعام				

				8- يتناول أفراد أسرتي الفطور الصباحي بشكل يومي
				9- زيادة الوزن لا تقلقنا كثيراً في الأسرة
				10 الفواكه والخضار جزء رئيس من نمطنا الغذائي الأسري
				11 نأكل المعجنات بكثرة
				12 نشرب الكثير من الماء
				13 نشرب الكثير من المشروبات الغازية
				14 كثيراً ما تتوفر مشروبات الطاقة في المنزل

ثالثاً: تأثير العادات الغذائية المحلية في الصحة

برأيك، ما مدى تكرار الآتي في أسرتك؟

العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
1- تناول التمر				
2- شرب القهوة العربية				
3- أكل الهريس				
4- اعتبار الأرز الوجبة الرئيسية				
5- أكل السمك				
6- شرب اللبن				
7- شرب الشاي مباشرة بعد الطعام				
8- تناول الشاي بالحليب (الكرك)				
9- أكل اللقيمات (العوامة)				

رابعاً: الممارسات الحياتية التي تؤثر في الصحة

رجاء، اختر العبارة التي ترى أنها الأنسب لوصف الوضع في أسرتك:

العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
1- يفضل أفراد أسرتي استخدام وسائل النقل على المشي				
2- الرياضة شيء مهم في حياتنا				
3- يمارس أفراد أسرتي الرياضة بانتظام				
4- أنام من 7 إلى 8 ساعات يومياً				
5- نحب السهر كثيراً				
6- نشاهد التلفاز لساعات طويلة				
7- أتجنب الإرهاق وأسيطر عليه				
8- نفضل أن ننام بعد الأكل مباشرة				
9- غالباً ما نتناول الطعام ونحن نشاهد التلفاز				
10- نستخدم الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لساعات طويلة				
11- يتابع أفراد أسرتي البرامج الصحية بشكل كبير				
12- يشجعني أفراد أسرتي على ممارسة الرياضة				
13- يجب التركيز على نوعية الأطعمة التي نأكلها				
14- يصعب ترك بعض الأفعال مع أنها مضرّة بالصحة				
15- يقيس أفراد أسرتي أوزانهم وأطوالهم بين الحين والآخر				

خامساً: الإجراءات تجاه الأعراض المرضية

من فضلك، اختر العبارة التي ترى أنها الأنسب لوصف الوضع في أسرتك:

العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
1- عندما يشعر أحد أفراد أسرتي بالمرض يستخدم المسكنات				
2- نفضل استخدام الأدوية الشعبية بدلاً من الأدوية الطبية				
3- أتناول الأدوية التي يصفها لي أفراد أسرتي				
4- حين يمرض أحد أفراد أسرتي نلجأ إلى الإنترنت				
5- حين يمرض أحد أفراد أسرتي نلجأ إلى الرقية الشرعية				
6- أعتقد أن المرض ابتلاء من الله سبحانه وتعالى				
7- الأسرة هي التي تتخذ قرار الذهاب إلى الطبيب				

سادساً: السلوكيات تجاه الأطباء وتعليماتهم

رجاء، اختر العبارة التي ترى أنها الأنسب لوصف الوضع في أسرتك:

أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	العبارة
				1- لا نذهب إلى الطبيب إلا عند الشعور بالعجز التام
				2- أعتقد أن احترام جرعة الدواء أمر غير ضروري
				3- التحاليل التي يطلبها الأطباء غير ضرورية
				4- لا يتناول أفراد أسرتي أدويتهم الضرورية بانتظام
				5- عادة ما نتردد على أطباء مختلفين
				6- عادة ما نجري فحوصات طبية دورية سنوية أو نصف سنوية

The reality of family-health behavior in the city of Sharjah

Abstract

This study aimed to find out the reality of health behavior in the city of Sharjah. To achieve this objective, the study has been collecting data from the object-sample of 114 Respondents who work in various institutions of Sharjah. A questionnaire was devoted to interview 114 respondents and the responses were used to extract descriptive statistics (percentages) in the analysis of the data. The results of the descriptive analysis of some dietary habits and patterns in the study population showed that the majority of the respondents (83.3%) mainly considered lunch as the main meal for the family. The remaining results also revealed some of the local food habits such as eating dates (68.4%), and some life style habits that affect the health such as preferring to use transportation instead of walking (60.5%).

Key words: behavior, health, family, the city of Sharjah.



دائرة مراكز التنمية الأسرية
جائزة البحوث والدراسات الدورة الحادية عشر 2014م
(الصحة النفسية الأسرية)

إعداد: رقية جراغ عبدالله عبدالرحمن الرياسي

المقدمة:

تعتبر الأسرة من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية، وهي أقوى الجماعات تأثيراً في سلوك الفرد، وهي التي تسهم بالقدر الأكبر في توجيه الفرد وتكوين شخصيته، خاصة إذا علمنا أن السنوات الأولى من حياة الطفل تؤثر في التوافق النفسي؛ لأن الطفل يكون في هذه الفترة شديد التأثر بالتجارب التي يواجهها، وهناك من يذهب إلى أبعد من ذلك، ويؤيد فكرة أن الطفل يتأثر سلوكه وتوافقه النفسي وتحديد شخصيته منذ فترة الحمل -أي وهو لا يزال جنيناً- ويكون هذا التأثير من خلال كونه جزءاً من أمه؛ فالأم تنقل الانفعالات النفسية وبعض السلوكيات لطفلها وهو جنين.

إن الحب والحنان وخصوصية المشاعر هي جذور سعادتنا وتعاستنا؛ فالتواصل الاجتماعي وعدم إثارة الذات، والتمركز حول الآخرين، لها تأثيرها في الصحة النفسية والعصبية، وبالتالي عند الوصول لمرحلة تحسن الصحة النفسية تقل العقبات أمام الطلاب كي ينتجوا ويتعايشوا مع التقدم العصري من حولهم، بل يشاركوا في الإنتاج.

ومن خلال هذه الدراسة، سوف أتناول الصحة النفسية الأسرية في فصلين، فصل يتناول الجانب النظري وفصل يتناول الجانب التطبيقي. ينقسم الفصل الأول إلى مبحثين؛ يتناول المبحث الأول: الصحة النفسية مفهومها وما يؤدي إليها وما يعوقها، أما المبحث الثاني فقد تناولت فيه الأسرة والصحة النفسية. أما الفصل الثاني فهو دراسة ميدانية عن الصحة النفسية للأسرة من وجهة نظر طلاب الجامعة، وينقسم إلى مبحثين؛ المبحث الأول تحليل الدراسة، أما المبحث الثاني فهو النتائج والتوصيات.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تتمحور مشكلة الدراسة حول دور الأسرة في بناء الصحة النفسية لأبنائها، وذلك بخلق أبناء أسوياء نفسياً وصحياً وخلقياً، وذلك من وجهة نظر طلاب الجامعة.

أسئلة الدراسة:

سوف تجيب أسئلة الدراسة عن مشكلة الدراسة، وهي دور الأسرة في بناء الصحة النفسية لأبنائها، وهي كالآتي:

1. هل للرفض أو الإهمال ونقص الرعاية دور في خلق مشكلات نفسية للأبناء؟
2. هل الحماية الزائدة والتدليل الزائد يؤديان إلى مشكلات نفسية للأبناء؟
3. هل التسلط والسيطرة من الوالدين يؤديان إلى مشكلات نفسية للأبناء؟
4. هل تؤدي المغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة من الأبناء إلى مشكلات نفسية؟
5. هل اضطرابات العلاقات بين الإخوة تؤدي إلى مشكلات نفسية؟

أهداف الدراسة:

1. تعرّف ماهية الصحة النفسية ودور الأسرة في بنائها.
2. تعديل أساليب معاملة الوالدين اللاسوية التي يستخدمها الوالدان في تنشئة أطفالهم، باستخدام الفنيات العلاجية المناسبة.

3. مساعدة الأسرة حتى تعمل كوحدة واحدة لعلاج مشكلاتها وتحقيق أهدافها، من خلال تقوية الشعور بالترابط الأسري، وتحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة، من خلال تعديل عناصر نسق علاقات الأسرة ذات التأثير السلبي، المؤثرة في إحداث مشكلة الأبناء النفسية.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى تناولها دور الأسرة في بناء الصحة النفسية لأبنائها، وذلك من خلال وقاية أبنائها من الاضطرابات السلوكية، والدور الرئيس للأسرة في حدوث تلك الاضطرابات، ومما يزيد من أهمية الدراسة أنها قدمت توصيات للعلاج الأسري؛ لمساعدة الأسرة على التغلب على مشكلاتها ومشكلات أبنائها، حيث إن الدراسات العربية لم تعطِ الاهتمام الكافي لهذه النوعية من الدراسات.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لمناسبة هذا المنهج للدراسة؛ حيث إنه يقوم على وصف ظاهرة من الظواهر للوصول إلى أسباب هذه الظاهرة والعوامل التي تتحكم فيها، واستخلاص النتائج لتعميمها.

الفصل الأول :

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول : مفهوم الصحة النفسية وما يؤدي إليها ، وما يحققها .

المبحث الثاني : الأسرة والصحة النفسية .

المبحث الأول

مفهوم الصحة النفسية وما يؤدي إليها، وما يحققها

مفهوم الصحة النفسية:

تُعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على العطاء والحب دون انتظار مقابل، وتُفسر بأنها التوازن بين الغرائز، والرغبات الخاصة، والذات، والضمير⁽¹⁾.

وتُعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على التأرجح بين الشك واليقين⁽²⁾.

فالتأرجح يمنح الإنسان المرونة؛ فلا يتطرف إلى حد الخطأ، ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أي قرار؛ فالتأرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكيف⁽³⁾.

لن يكون الإنسان قادراً على مواجهة الصعوبات والتحديات المعاصرة ما لم يكن في صحة نفسية جيدة، ويكن قادراً على مواجهة الإحباطات والقلق الدائم والتقلبات المزاجية، ويكن قادراً على ضبط انفعالاته، وإلا كان مندفعاً يستثار بسرعة، وتلك العوامل التي تؤدي إلى الأمراض النفسية، إن لم تمنع التقدم فهي بالتأكيد تعطله.

فالصحة النفسية هي حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته لأقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش في سلامة وسلام.

والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة السلوك وسلامته، وليست مجرد غياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي⁽⁴⁾.

والمرض النفسي بما يفعله في الشخصية وتأثيره في سلوك الشخص وإعاقته للتوافق النفسي وإعاقته عن ممارسة حياة سوية في المجتمع، فذلك المرض يعد من أخطر التحديات التي تواجه الطلبة في الجامعات المصرية خاصة في عصرنا هذا؛ فكل شيء من حولنا يتطور، حتى العوامل التي تؤدي إلى الأمراض النفسية؛ لذا فالوصول إلى صحة نفسية متكاملة وسوية شيء صعب، ومن هنا نكتشف مدى أهمية الصحة النفسية في حياتنا، وكيف تساعدنا على مواجهة تحديات العصر.

ما يؤدي إلى الصحة النفسية:

الرضا النفسي: هو من أهم العوامل التي تساعد على تكوين صحة نفسية سوية ومتكاملة، ولكن هناك معوقات تقف بين الطالب وبين الوصول إلى الرضا النفسي، وهي كثيرة، ومنها الإحباط، ويكون نتيجة أشياء كثيرة؛ منها الاعتقاد الخاطئ عن العلاقة بين التفوق الدراسي وحدة الذكاء، سواء أكان هذا الاعتقاد من لدن الطالب أو أولياء الأمور أو المجتمع أو منهم جميعاً؛ ففي النهاية الحقيقة واضحة: أن النجاح في الدراسة مرتبط بشكل إيجابي بمعدل الذكاء، وعلى هذا فإن معدل الذكاء يرتبط بدرجة النجاح، ولكن هذا لا يعني العكس؛ فالفشل الدراسي لا يعني قلة الذكاء، فهناك ظروف أخرى تتدخل وتلعب دورها في النجاح، مثل الظروف العامة للمعيشة، الجو العام للأسرة، الصحة العامة، وجود ظاهرة السرحان، أو الاهتمام بأشياء أخرى غير الدراسة.

1 أحمد عكاشة: الرضا النفسي: الباب الملكي للصحة والسعادة، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، 2008، ص 123.

2 المرجع السابق ص 124.

3 المرجع السابق ص 124.

4 حامد عبد السلام زهران: دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، القاهرة: عالم الكتب 1423هـ - 2003، ص 145.

وأوضح دليل على ذلك هو: أديسون وأينشتين، فقد كان تأخرهما الدراسي لأسباب أخرى بعيدة عن عدم توافر الذكاء؛ فوجود الذكاء الخارق مؤكداً (1).

والواقع أن الإنسان يولد ولديه استعداد خاص وراثي للذكاء، ولا يعني ذلك أن أباه ذكي، ولكنه استعداد وراثي خاص، فالعقبري قد ينجب طفلاً متخلفاً، والعكس بالطبع صحيح؛ فالذكاء استعداد خاص تشكله وتكونه البيئة، وذلك لأنها تلعب دوراً مهماً في زيادة معدل الذكاء (2).

وجدير بالذكر أنه لا يوجد اختلاف بين ذكاء الرجل وذكاء المرأة، هذا إذا أتاحت نفس الفرص للجنسين، وبالرغم من أن مخ المرأة ينقص وزناً عن وزن مخ الرجل ((بمقدار السدس)) إلا أن ذلك لا يؤثر في ذكائها إطلاقاً، فقد وجد أن الذكاء يتساوى بين الرجل والمرأة، ولكن الاختلاف يكون شخصياً وليس بسبب جنسي.

كذلك فإن الذكاء لا يختلف بين شعب وآخر، فيتساوى ذكاء الأبيض والأصفر والأسود، فإذا حدث فرق ما فإن ذلك يكون بسبب العامل البيئي.

وبالتالي نجد أن سيطرة هذا المفهوم الخاطئ ينتج عنه عدم الثقة بالنفس، وبعد ذلك التوتر والقلق، وتبدأ المشكلات النفسية في النمو، لذلك فلا بد لنا أن نوضح هذه المفاهيم لكل من الشباب والآباء والمجتمع؛ كي لا تحدث تلك الأخطاء والعواقب وعدم تقدير الذات.

وأيضاً هناك اختلاف الثقافة بين الآباء والأبناء من طلاب الجامعة؛ وهذا لاختلاف الأجيال، ولكن المشكلة هنا تنتج عندما لا يتوافق الاثنان على شيء معين دون تفاهم ودون تشاور بالعقل ولا تقبلاً لآراء الآخرين، ولا يظن كل منهما ولو للحظة أنه على خطأ، وبالتالي تنتج المشكلات الكثيرة، منها المشكلات النفسية ومنها المشكلات التي تؤدي إلى الإحباط، لذا فلا بد أن يتمتع كل من الآباء والأبناء الشباب بالصدر الرحب والثقافة والمشاركة -ولو بالأفكار- كي نتفادي التصادم الناتج من اختلاف الأجيال، وبهذا نكون قد ساعدنا -ولو بالقليل- في الحد من سيطرة الإحباط على الشباب.

الشيء الثاني الذي يؤدي إلى الصحة النفسية هو الانبساط، وهو عبارة عن عامل من الرتبة العليا يتكون من عدد من السمات النوعية، تتمثل في الاجتماعية، والسيطرة، والنشاط، والطاقة، وحب المغامرة، والبحث عن الإثارة، والمرح، والتفاؤل (3).

ويوجد تعريفات أخرى لمفهوم الانبساط؛ بعضها ركز على الجانب الاجتماعي للمفهوم، بينما ركز الآخر على الجانب الوجداني له، ومن أمثلة التعريفات التي اهتمت بالجانب الاجتماعي لمفهوم الانبساط: تعريف دوفال (duvall, 1993)، حيث أشار إلى أن الخاصية الأساسية للانبساط ترتبط بالاجتماعية؛ فالأشخاص الانبساطيون يميلون إلى التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتكوين علاقات صداقة معهم (William et al., 1998).

أما التعريفات التي اهتمت بالجانب الوجداني أو الانفعالي للمفهوم، فمن أمثلتها: تعريف واطسون وكلاارك (Watson & Clark, 1997: 772) فقد أوضح أن الانبساط يرتبط بالعناصر الوجدانية، مثل: الشعور بالسعادة، والدفء، والمرح، والبهجة والرضا، والتعاطف مع الآخرين، والتناغم وجدانياً معهم (1).

5 (1) أحمد عكاشة: مرجع سابق، ص 75، 76.

6 (2) المرجع السابق، ص 77.

7 (3) نصره منصور عبد المجيد عبد العال: الذكاء الوجداني وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية- إشراف: صفوت فرج، 2007، ص 67.

8 (4) المؤلف: نصره منصور عبد المجيد عبد العال: مرجع سابق، ص 67، 68.

ويصنف الانبساط لدى هوجان إلى عنصرين متميزين: العنصر الأول: الاستبشار، والأفراد الذين يتسمون بهذه السمة يغلب عليهم الطموح، والتمتع بالمكانة أو السلطة الاجتماعية، وغالباً ما يكونون قياديين ومؤثرين في الآخرين، وملتمزين بالمعايير السلوكية نحو أنفسهم والآخرين. أما العنصر الثاني: الاجتماعية. ويدور حول السمعة الاجتماعية أو الانتشار وسط الجماعة التي يتفاعل معها الفرد، ويتميز أصحاب الدرجة المرتفعة على هذه السمة بالحميمية، والقدرة على التغيير، وحب الظهور، والاستمتاع بوجودهم حول الآخرين. (2)

وهنا نجد أنه لإيجاد الحلول لابد من البحث عن الأسباب أولاً، لذلك فما السبب في الوصول إلى عدم الرضا النفسي وما سبب تلك العوامل التي تعمل على ظهور الأمراض النفسية عند الطلاب في الجامعات، وتلك الأسباب كثيرة فما نستنتجها من الكلام السابق عن الصحة النفسية والرضا النفسي كثير منه الجهل والاستهتار وعدم الاهتمام بالعلوم النفسية وأيضاً إهمال الكثير من الأشياء المهمة والتي تعتبر عاملاً أساسياً في حياتنا ونجد أننا نركز على أشياء كثيرة ربما تكون لها صلة بالتحديات التي تواجه الشباب، ولكن هناك أشياء أخرى لابد لنا من الاهتمام بها وعدم تجاهلها أو بالأصح عدم التهرب منها مهما بدت صعبة الحل في ظاهرها ولكن ما هي إلا مشاكل كأي مشاكل نواجهها ولا بد أن يكون لها حلول، ولكن إن أدركنا لها ظهورنا فلن تحل تلك المشاكل بل ستزداد صعوبة ويزداد معها يأسنا وتزداد معها التحديات التي تعوق الشباب الجامعي. ولكن قبل أن أعرض نموذجاً لتلك المشاكل يجب أن أوضح شيئاً هاماً ربما لم يسترع انتباه الكثير منا وهو أن معظم تلك الأبحاث التي قدمت في موضوع التحديات وتقدم حالياً وسوف تقدم بها شيئان مهمان هما:

- 1- تلك المشاكل تكون بسبب مشاكل نفسية أو تؤدي إلى مشاكل نفسية.
 - 2- الشيء الثاني هو أن تحمل الاثنين معاً أي تكون بسبب مشاكل نفسية وتؤدي إلى مشاكل نفسية. لذا فلا بد أولاً أن نحسن أنفسنا كي لا نهتز عندما نواجه المشاكل كي نستطيع حلها، وبعد ذلك فلا أحد معصوم من الخطأ وأيضاً لا أحد معصوم من أعراض المشاكل النفسية، ولكن الفرق هنا أننا عندما نرهق نفسياً ونحن نعلم ذلك تكون الفرصة أمامنا أكبر لمواجهة كل شيء سواء المشاكل والتحديات التي تواجهنا أو الأعراض النفسية التي تعوقنا عن حل تلك المشاكل (9).
- وأعود للكلام عن الأشياء التي لا نلقي لها بالاً رغم أهميتها، ولن أذكرها لأننا لو نظرنا حولنا لرأيناها في كل مكان وفي كل شخص، وما يؤكد كلامي هو مشكلة السرحان أو عدم القدرة على التركيز أو تشتيت الانتباه - وهو له أسبابه ومظاهره المختلفة، والمشكلة هنا أن النتيجة النهائية لوجود ظاهرة السرحان بالنسبة للشباب هي فشله، وبالنسبة للناضج فهي إهماله (10) (2).

والحقيقة أن الإنسان لا يستطيع أن يستمر في الحياة دون أحلام يقظة، لأنه يعبر أثناءها عن كل مظاهر الكبت ويحقق من خلالها كل طموحاته وصراعاته.

ومن هنا تعطي له هذه الأحلام قوة الدفع وروح الكفاح والأمل في النجاح، وتستمر أحلام اليقظة من الطفولة إلى الشيخوخة دون توقف مما يدل على أن لهذه الأحلام قيمتها ودلالاتها النفسية . . . وفائدتها أيضاً.

ولكن أحياناً عندما تزحف أحلام اليقظة على كل أوقات الدراسة والعمل . . . بحيث تؤثر في إنتاج الفرد وتجعله في عزلة عن الواقع . . . فهنا تؤدي إلى تدهوره التام في كل مجالات نشاطه (11) (3).

9 المرجع السابق ص 68.

10 (2) رأي الباحثة.

11 (3) أحمد عكاشة: مرجع سابق، ص 107.

والسبب في ذلك هو قلة الثقة بالنفس . . . والعجز عن التوافق . . . والتكيف . . . والشعور بالنقص . . . مما يجعل الإنسان غير قادر على تقييم قدراته . . . ومن هنا يتمادى في إرضاء نفسه وتعويض ذلك بإعطاء قدرات خيالية لذاته . . . يرضي فيها نفسه الضعيفة .

ومن هنا يصبح من المفيد أن يتبين الإنسان قدراته ويحاول استغلالها في حدود إمكاناته12(4).

ومن الممكن أن يحدث السرحان بسبب العوامل الاجتماعية التي تحيط بالإنسان، وكذلك العوامل العاطفية أيضاً، وكذلك الحياة تحت ظروف اقتصادية خانقة يمكن أن تؤدي أيضاً إلى الإصابة بالسرحان13(5).

وأختم كلامي عن الرضا النفسي أن أعظم الرضا هو الوصول به إلي بذل النفس كي تعمل من أجل كل ما يرضاه الله ويحب، وهو كمال الرضا، قال تعالى: وَمِنَ النَّاسِ مَن يَشْرِي نَفْسَهُ ابْتِغَاءَ مَرْضَاتِ اللَّهِ وَاللَّهُ رَؤُوفٌ بِالْعِبَادِ(6) أن تجعل رضا الله مقدماً عن رضا غيره وان يكون الله عندك أحب أن ترضيه من أن ترضي رغباتك او من تحب، فلا أحد يستحق أن ترضيه إلا الله، فنسأل الله أن يرزقنا عينا راضيةً ونفساً غير ساخطةٍ وشكراً لكل نعمةٍ وصبراً على كل بلاءٍ .

وهنا أنتقل إلى موضوع في غاية الأهمية، وذلك لأنه يشمل العوامل التي تعوق الصحة النفسية وهو مفهوم العصائية، حيث تعد العصائية من أكثر المفاهيم التي خضعت للدراسة والبحث في تراث علم نفس الشخصية، كما حظيت باهتمام بالغ من كثير من الباحثين النفسيين خلال عدة سنوات ماضية وطرح لها العديد من التعريفات .

واتفقت تعريفات الباحثين على أن العصائية تنطوي على مقدار هائل من المشقة النفسية . فقد عرفها أيزنك EYSENK, 1964 بأنها: "الميل إلى خبرة الانفعالات السلبية، والقابلية للإيحاء، والنزوع إلى القلق الدائم، والتقلبات المزاجية، وضعف القدرة على ضبط الانفعالات، وسهولة الاستثارة، والاندفاعية14(1) " .

والأفراد الحاصلون على درجات مرتفعة على مقياس العصائية غالباً يعانون خلافاً في أساليبهم المعرفية، وضعف القدرة على التفكير المنطقي، كما يتعرضون للإصابة باضطرابات نفسية مختلفة: كالتوتر العصبي المستمر، والاكتئاب، والإحباط، والحزن، كما يعانون شكاوي بدنية متكررة15(2).

والعصائية عكسها الاتزان الانفعالي ويتسم الأفراد الحاصلون على درجة مرتفعة من الاتزان الانفعالي بالهدوء، والقدرة على التحكم في الانفعالات، وتنظيمها، والشعور بالرضا، والقدرة على مواجهة الإحباطات، والتغلب على أية صعوبات، الأمر الذي يكفل لهم التمتع بالصحة النفسية16(3).

ومن أبرز التعريفات وأكثرها شمولاً هو التعريف الذي قدمه كوستا ومكري COSTA & MCCRAE 1992 بأن العصائية: مفهوم يتضمن ستة مظاهر أو سمات نوعية مميزة، وهي:

1. القلق (كالخوف، والشعور بالهم، وسرعة الاستثارة).

2. الغضب (كالتوتر عند التعرض للإحباطات).

12 (4) المرجع السابق ص110.

13 (5) المرجع السابق ص111.

14 (1) المرجع السابق ص114.

(6) سورة البقرة: الآية رقم (207)

15 (2) نصرمة منصور عبد المجيد عبد العال: مرجع سابق، ص 66.

16 (3) المرجع السابق ص66.

3. الاكتئاب (كالاقتباس ، والتشاؤم ، والشعور بالضيق).
 4. الاندفاعية (كالعجز عن ضبط الاندفاعات أو التحكم فيها).
 5. العدائية (كالشعور بالعداء تجاه الآخرين).
 - 6 سرعة الاستشارة (كضعف القدرة على تحمل الضغوط ، والعجز ، واليأس ، وفقدان القدرة على اتخاذ قرارات صائبة) .
- ومن طرق علاج العصاب العلاج البيئي والاجتماعي ، حيث إن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج العصاب قوي وبالغ ، ومن ثم فأحياناً يتجه العلاج نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل ، والمنزل والزواج مع أنواع العلاج الأخرى ، ولا مانع من تشجيع الهوايات الخاصة من ثقافة وفنون أو رياضة ، أو الإيمان الديني ؛ خاصة في هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية17(4) .

وبالتالي نخرج بأنه عند مواجهة مشكلات شعورية - أي الخوف والقلق والاكتئاب وما إلى ذلك - يحدث عدم الاتزان النفسي وتدهور الصحة النفسية ، وبالتالي تظهر أعراض العصائية عندهم - وغالباً لا يكونون يعرفون بذلك - وبالتالي لا يكونون قادرين على التكيف مع المجتمع ولا التقدم ولا الإنتاج ؛ لذلك أهم ما يقابلنا من التحديات المعاصرة هي الأسباب التي تؤدي إلى حدوث مشكلات شعورية ، والأهم من ذلك هو الأسباب التي أدت إلى عدم استعداد الطلاب لتقبل المشاكل الشعورية والعجز عن حلها والوقوف أمامها ، وبالتالي تحدث المضاعفات وتكون النتيجة سلبية ، ويصاب الطلاب بالعصائية وما يشابهها .

يمكن أن ينظر إلى العلاقة بين الفرد والبيئة كإطار لفهم دافعية الفرد خلال تعامله في تلك البيئة . فإذا اعتبرت البيئة زاخرة بالمشيرات التي تملي نفسها على الفرد فتشده كيف شاءت ووقتما شاءت وحيثما شاءت ، فإننا نجد الفرد عندئذ قد اقتصر دوره في الحياة في مواجهة تلك المشيرات البيئية على مجرد الاستجابة وتعمل نظم الثواب والعقاب التي يتعرض لها الفرد خلال ردود الفعل على تدعيم أنماط معينة من الاستجابات وانطفاء أنماط أخرى في مواجهة أنماط معينة من المشيرات ويصبح الفرد أمام ما يمكن أن نطلق عليه نموذج التأثير فقط من البيئة . أما إذا اعتبر الفرد له ذاتيته وإرادته الخاصة يفرضها على البيئة ويدفعها وفق رغبته هو : فهو بذلك يقوم بدور فعال يسعى في تعامله مع البيئة إلى تطويعها وتكييفها وفق مشيئته هو ، فإننا بذلك نكون أمام نموذج آخر هو ما يمكن أن يسمى نموذج الدفع أي نموذج التأثير في البيئة . أما إذا اعتبر الفرد عاملاً مؤثراً في البيئة وفي نفس الوقت متأثراً من البيئة فإن هذا الإطار يتضمن وجهين متقابلين يمكن أن يفسر في ضوءهما علاقة الفرد ببيئته18(1) .

هناك عدة حاجات للفرد من خلال دافعيته للحياة تساعد على البقاء وتساعد على تنميته جسدياً ونفسياً ، وسوف نتناول بعض هذه الحاجات بالتفصيل .

أولاً : الحاجات الفسيولوجية :

يحتاج الجسم للحفاظ على حياة الكائن الحي واستمرار بقائه أن تقوم أجهزته وأعضاؤه بوظائف الحياة المختلفة ، ويتطلب قيام تلك الأجهزة بتلك الوظائف الحيوية تركيزاً معيناً لبعض المواد في سوائل الجسم . ويؤدي نشاط تلك الأجهزة وقيامها بتلك الوظائف إلى نقص في تركيز بعض تلك المواد وزيادة في تركيز بعضها الآخر . وإذا ما تعدى التغيير في تلك التركيزات

17 (4) المرجع السابق ص 66 .

18 (1) أحمد عكاشة : مرجع سابق ، ص 289 .

نطاقاً معيناً يختل الاتزان الطبيعي لتلك السوائل ، وتنشأ حالة توتر تستثير الحاجة إلى استعادة ذلك الاتزان بتعويض العناصر أو المواد التي تناقص تركيزها والتخلص من تلك التي تزايد تركيزها . ولما كان استمرار حياة الكائن الحي مرهوناً باستمرار أداء الوظائف الحيوية المختلفة ، فإن ما يصل إليه الكائن الحي من إشباع لهذه الحاجات في لحظة أو مدة معينة لا يلبث أن يستهلك ويتناقص تدريجياً ، مما يتطلب إشباعاً دورياً ومتجدداً تتوقف مدته على حسب نوع الحاجات الفسيولوجية المعينة . ومن أمثلة هذه الحاجات الفسيولوجية الحاجة للطعام والشراب والتنفس والإخراج والنوم والراحة والدفع . ولا يشترط أن يصحب هذه الحاجات إحساساً عصبياً موضعياً محدداً ، بل قد يكون الإحساس عاماً وغير محدد ، كما قد يتم الإشباع بطريق إرادي أو لا إرادي تبعاً لنوع تلك الحاجة . فمثلاً قد يشعر الإنسان بالجوع شعوراً واضحاً دون أن يكون ذلك محدداً بإحساس عصبى موضعي في عضو معين بالذات كالمعدة ، وذلك عندما تستثار حاجته للطعام عموماً ، بينما عند نقص عنصر معين من العناصر اللازمة لغذائه كملح الطعام أو الفيتامينات يتولد لديه نوع من الشهية الخاصة تدفعه لتناول بعض أنواع الأطعمة الغنية بهذه الأملاح أو الفيتامينات دون أن يكون واعياً بذلك النقص المعين ولا باحتواء تلك الأطعمة على العنصر المطلوب . وتعتبر هذه الحاجات أساسية في حياة الكائن الحي . فمن جهة يبدأ ظهور الحاجات مع بداية الحياة ، فهي بذلك حاجات فطرية عامة مشتركة ، ومن جهة أخرى تبرز أهمية هذه الحاجات عندما تتعرض للحرمان فإذا كان ذلك الحرمان شديداً وعماماً لكل حاجات الفرد فإن هذه الحاجات الفسيولوجية يصبح لها الأولوية في الإشباع بل تحجب ما عداها من حاجات أخرى ، وعندما تتعرض واحدة من هذه الحاجات الفسيولوجية لمثل هذا الحرمان الشديد فإنها تتسلط على الفرد بجميع أحاسيسه ومشاعره وإمكاناته وقدراته وقيمه فتتلون جميعها تبعاً لتلك الحاجة وتجند جميعها لإشباعها وتقييم كل منها تبعاً لدرجة إسهامها في توفير ذلك الإشباع اللازم وبذلك تصبح هذه الحاجة هي المصدر الوحيد للدافعية لدى الإنسان (1)19 .

وهنا نتأكد من وجود الظاهر والباطن بحيث يكون الإنسان بحاجة إلى تلبية رغبات ترضي نفسيته وهو على علم بها ، لأنها ظاهرة وباستطاعته حلها بتلبية تلك الرغبات ، ولكن المشكلة هي الرغبات النفسية التي لا يشعر بها لأنها في باطنه لذلك ، فعليه أن يلبي أولاً الرغبات التي هو على علم بها - أي الظاهرة - وبعد ذلك يبحث عن طريقة لإظهار الرغبات المكبوتة داخله - أي الباطنة - كي يلبسها ، وهكذا لا يترك فرصة لأعراض المشاكل النفسية في الظهور ، ويباشر حياته وعمله ودراسته بهدوء وبكامل صحته النفسية .

ثانياً: حاجات الأمن :

تزرخ البيئة التي يعيش فيها الإنسان بعوامل مادية ومعنوية مختلفة . بعض هذه العوامل تمد الإنسان بما يساعده على البقاء ويهيئ له فرص العيش والحياة التي يسعى إليها ، وبعضها الآخر يضع الحدود والقيود على ذلك السعي والثالث يشكل بالنسبة له أخطاراً تهدد بقاءه ووجوده . وتتمثل حاجات الأمن لدى الفرد في حاجته إلى حماية نفسه ووقايتها من تلك العوامل التي تشكل خطراً عليه . ففي ظروف معينة قد تصبح الظواهر الجوية والطبيعية والمناخية كالعواصف والأعاصير والزلازل والبراكين . . . الخ من العوامل التي تهدد وجود الإنسان وبقائه .

كذلك فإن بعض العناصر البيئية البيولوجية قد تشكل مثل هذا التهديد ، كما هو الحال في الأوبئة والأمراض . وأخيراً

19 (1) موسوعة علم النفس والتربية ، الجزء الثامن (المدرسة والتثقيف ، التربية والتعليم الحديث) 1002 ، ص 21 .

توجد بعض العناصر البيئية الاقتصادية والسياسية تشكل أيضاً مثل هذا التهديد كما هو الحال في الحروب وعدم الاستقرار الاقتصادي، وتزايد احتمالات التعرض للحوادث والأخطار وموجات الإجرام والفوضى والأزمات والانهايار الاجتماعي، التي قد تتعرض لها بعض المجتمعات في بعض الظروف (2).

والحاجة إلى الأمن سلاح ذو حدين، فهناك من يستطيع أن يجعل منها دافعاً له كي يعمل وينتج ويثبت نفسه، ويكون بذلك قد عمل على تكوين دفاعات خارجية وداخلية بمعنى أنه بإثبات نفسه ودخوله المجتمع المتحضر يكون قد وصل إلى مرحلة كبيرة من الأمن والأمان وداخلية بحيث أنه قد أطمأن على وجود الأمن فترتاح نفسيته ويعمل باطمئنان ولا يشعر بتلك الحاجة ثانية وهي الأمن.

ثالثاً: الحاجة إلى الانتماء والحب:

يضم هذا المستوى من الحاجات العديد من الحاجات الاجتماعية مثل الحاجة إلى تقبل الآخر والتقبل من الآخر والصحة والمحبة للآخر والمحبة من الغير والتعاطف وتكوين الجماعات والولاء. ولا يتسنى للفرد إشباع هذه الحاجات إلا في وجود الآخرين من أفراد جنسه وخلال اتصاله بهم وتعامله معهم بصورة أو بأخرى. وتحتل هذه الحاجات الاجتماعية مكانها في التنظيم الهرمي للحاجات بين المستوى الأدنى حيث الحاجات الأساسية وهي الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمن الضرورية لبقاء الفرد ككائن حي من جهة وبين المستوى الأعلى حيث الحاجات الذاتية التي يثبت بها كيانه كإنسان له ذاتية منفردة من جهة أخرى.

ويؤدي إشباع هذه الحاجات إلى الشعور بالأمان والراحة والدفء، أما إذا أحبطت هذه الحاجات فإن مشاعر الحنين إلى الصحة والانتماء إلى الجماعات تلح عليه إلحاحاً شديداً يمكن إذا استمر بالنسبة لبعض الأفراد أن يسبب لهم معاناة قاسية تؤدي بهم إلى الانهيار. وفي كل الأحوال لا يعني الانتماء تجمع الفرد بأي فرد آخر بل بمن يرتبط وإياهم بأهداف ومصالح وآمال ومخاوف ومعتقدات وقيم واتجاهات مشتركة في جماعة واحدة توفر له عضويتها إشباع تلك الحاجات الاجتماعية.

وإذا كانت الحياة المدنية في المجتمعات المعاصرة قد آلت على نفسها توفير قدر من الإشباع للحاجات الأساسية للأفراد بما يفسح المجال للحاجات الاجتماعية في التأثير على الدافعية فإنها بما استحدثته من أنماط جديدة لحياته وما فرضته من نظم ومعايير لتعامل الأفراد من جهة أخرى على الحد من فرص الإشباع لتلك الحاجات الاجتماعية إذا ما قورن ذلك بما كان متوفراً في الحياة البدائية بالمجتمعات القبلية الزراعية. لذلك يرى بعض الباحثين أن أغلب حالات سوء التكيف لدى الأفراد في المجتمعات الحديثة مرده إلى ما يتعرضون له من إحباط مستمر لهذه الحاجات الاجتماعية نتيجة لما تفرضه عليها هذه المدينة الحديثة من قيود (1)20.

رابعاً: الحاجات الذاتية:

يقصد بالحاجات الذاتية التي تندرج تحت هذا المستوى تلك المجموعة من الحاجات التي يؤدي إشباع أي منها لدى الفرد إلى الشعور بالتمايز عن غيره. فعندما يشبع الفرد حاجته من التقبل والمحبة من الجماعة التي ينتمي إليها فإنه يبدأ مسعاه في التميز عن الجماعة. وحصيلة ما يصل إليه الفرد من نجاح أو فشل خلال خبرات حياته هي التي تحدد شدة أو ضعف هذه الحاجات لديه.

20 (1) موسوعة علم النفس والتربية، مرجع سابق، ص 21، 22.

(2) المرجع السابق ص 23.

ومن ثم نتوقع أن يكون هذا المستوى أوضح أثراً لدى المتعلمين أكثر من الأميين ولدى المجتمعات المتقدمة أكثر من المجتمعات المتخلفة ولدى الناضجين أكثر من الأقل نضجاً - ولا يعني انتقال الدافعية لدى الفرد إلى هذا المستوى من النضج زوال تأثير الحاجات التي تضمها المستويات السابقة في توجيه السلوك بل يشير إلى ما تكتسبه هذه الحاجات الذاتية من أولوية التأثير بالنسبة لغيرها من حاجات المستويات الأدنى طالما وجدت تلك الحاجات ما يناسبها من إشباع.

وتشمل الحاجات الذاتية العديد من الحاجات المتنوعة ويبدأ إشباع الحاجة إلى التقدير بما يستشعره الفرد وما يتوقعه من سلوك الآخر نحوه متمثلاً في درجة ونوع ما يظهره من اهتمام واحترام وألفة وثقة أو إهمال ولا مبالاة وتباعد وتحفظ. وهذا التقدير الصادر للفرد من الآخر يقوم على أساس تقييم الأداء الفعلي للفرد بالنسبة لغيره من بقية أعضاء الجماعة. فالرغبة في إشباع هذا النوع من التقدير يوجه سلوك الفرد نحو مقابلة متطلبات الآخرين فيبذل ما يمكنه من جهد في القيام بما يتوقع أنه سيصنع له قيمة اجتماعية وإيجابية بالنسبة لهؤلاء الآخرين والحصول على تقديرهم. ومن خلال النجاح في ذلك العمل يتولد لدى الفرد تقديراً لذاته وتقيماً لقدراته وأدائه ومستواه فيتحول سلوك الفرد في إشباع حاجته على التقدير نحو التوجيه الذاتي بعد أن كان قاصراً على التوجيه الخارجي. ومن جهة أخرى فإن الإحباط بالنسبة لهذه الحاجة يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس والشعور بالضعف والهوان وقلة الحيلة وتشبيط الهمة والشعور بالنقص وما يتبع ذلك من تصرفات تعويضية⁽¹⁾21.

خامساً: الحاجة إلى تحقيق الذات:

يقصد بحاجة الفرد إلى تحقيق الذات التي تنشأ عند استثارتها لديه الدافع لأداء عمل معين يرى أنه أهل للقيام به، فيصر على إتمامه متخطياً بذلك ما يقابله من عقبات وصعاب، ومستمراً فيه كل ما لديه وما يمكن أن تصل إليه قدراته وإمكاناته على اختلافها وتنوعها محققاً لنفسه بذلك قدراً من التميز يراه جديداً بذاته. كذلك يبدو أن المتميزين بشدة هذه الحاجة إلى تحقيق الذات قد نشأوا منذ صغرهم في بيئة تشجع الاستقلالية وتعتمد في التنشئة الاجتماعية على إثابة السلوك المرغوب أكثر من اعتمادها على العقاب في ردع السلوك غير المرغوب.

وكما تعمل البيئة المحيطة بالفرد منذ طفولته إلى نضجه على غرس هذا النمط من الدافعية العالية لتحقيق الذات فإن الظروف البيئية المعاكسة يمكن أن تقوم بدور مضاد فتؤدي إلى إضعاف ومحو هذه الدافعية فالبيئة الإيجابية تتميز بجو من المساندة والتعاضد للفرد وتشجيعه على تقبل المخاطرة المحسوبة دون المغامرة كما تتوفر فيها الأهداف التي يتطلب تحقيقها بذل الجهد وشحذ القدرات والامكانيات دون تعجيز أو تراخ، وبحيث تتزايد احتمالات النجاح في تحقيقها عن احتمالات الفشل فيها.

ذلك لأن مستوى فاعلية الحاجة إلى تحقيق الذات يرتبط بمدى التوافق بين مستوى الطموح لدى الفرد ومستوى قدراته وإمكاناته، فكلما تناسب القدرات والامكانيات مع مستوى الطموح زادت توقعات النجاح واستثيرت الحاجة إلى تحقيق الذات أما إذا فاقت القدرات مستوى الطموح فإن النجاح يكون مؤكداً دون جهد يذكر ومثل هذا النجاح الهين لا يشبع الحاجة إلى تحقيق الذات، كذلك عندما يكون الطموح عالياً لا ترقى إليه القدرات والامكانيات فإن النجاح يصبح بعيد المنال وأقرب للمحال، ويصبح الفشل متوقفاً فيسيطر الخوف عليه ويكفه عن القيام بأي جهد حتى لا يتعرض تحقيق الذات للإحباط⁽²⁾.

21 (1) المرجع السابق، ص 24، 25.

(2) المرجع السابق، ص 26، 27.

المبحث الثاني

الأسرة والصحة النفسية

سلوك الوالدين والصحة النفسية للطفل:

يؤثر سلوك الوالدين في الطفل تأثيراً مباشراً من حيث الشخصية والصحة النفسية . فالطفل يتأثر كثيراً لمراقبته سلوك والديه فهو في هذه المرحلة يكون «مقلداً أعمى» للسلوك دون التمييز في ماهية السلوك . فالوالدان يكونان نموذجاً للطفل من خلال ما يقدمانه أمام طفليهما ، فإذا كانت هذه النماذج صالحة ستترك دون شك أثراً حسناً في شخصية الطفل وفي سلوكه ، وبالتالي كان لها التأثير الإيجابي على صحة الطفل النفسية ، وفي حالة فساد هذه النماذج الصادرة عن الوالدين ستترك أثراً سيئاً دون شك أيضاً على شخصية الطفل وسلوكه ، وبالتالي سيتقمصها الطفل وتعتبر اتجاهات سلبية وسلوكاً غير عادي «لا سوي» .

وفي العديد من الحالات المرضية التي تمت دراستها وتشخيصها تبين أن دوافع هذا السلوك وأسبابه كامنة في طفولة هذا المريض وأسلوب تربيته الأولى .

فالأسرة هي المسؤولة عن إشباع الحاجات الأساسية للطفل ممثلة : بالحاجة إلى الأمن ، والحاجة إلى التقدير ، والحاجة إلى الانتماء ، وغير ذلك من الحاجات التي غالباً ما يضطرب سلوك الطفل وتتأثر صحته النفسية تأثراً سلبياً إن لم تشبع هذه الحاجات .

العلاقة بين الوالدين والصحة النفسية للطفل:

توصف العلاقة بين الوالدين وأثرها في الصحة النفسية بأنها «علاقة طردية : ويعني أنها إذا كانت علاقة يسودها التفاهم والحب والاتفاق كان الأثر إيجابياً ، وإن كانت العلاقة بين الوالدين أساسها الشجار والصراع الدائم واللامبالاة كان الأثر سلبياً على صحة الطفل النفسية ، لأنه سيشعر بعدم الطمأنينة وعدم الأمن في ظل والديه . (22)

فالعلاقة بين الوالدين تؤثر في صحة الطفل النفسية على النحو التالي :

- السعادة الزوجية تؤدي إلى خلق الجو المناسب الذي يساعد على نمو الطفل وتكوين شخصيته المتكاملة .
- الوفاق والوثام بين الوالدين يؤدي إلى إشباع حاجات الطفل - كالحاجة إلى الأمن ، والحماية ، والتوافق النفسي .
- الصراع بين الوالدين والمشاكل المستمرة ، يؤديان إلى نمو الخبرات اللاسوية لدى الطفل ويساعد ذلك على أن ينمو الطفل نمواً غير سوي على صعيد الصحة النفسية .
- ويؤدي ذلك إلى أنماط مضطربة في السلوك لدى الطفل كالأنانية والغيرة وحب المشاجرة وعدم الاتزان والتوافق النفسي .

اتجاهات الوالدين نحو الطفل والصحة النفسية:

يقول «شوبن شيفر Shaffer, Sh»: «في هذا الصدد:

المهم أن يكون لدى الآباء اتجاهات موجبة دون مغالاة أو تطرف نحو أطفالهم، وأن يستمتعوا بأطفالهم وأن يعطوهم كل فرصة للنمو والنضج واكتساب الخبرة، ولا يحرموهم من تلك الفرص بدافع الخوف عليهم وإحاطتهم بسياج شديد من الرعاية مغاليّ فيه لدرجة بعيدة.

لشدة الحساسية لدى الأطفال ولمعرفتنا التامة بمدى تأثر الأطفال باتجاهات آبائهم نحوهم، يتطلب منا كأباء أن نكون متقبلين لهم «كما هم عليه» لأن ذلك يدعم الصحة النفسية عندهم ويدعم شخصياتهم. لأن الوالدين النابذين أو غير الراغبين لأطفالهم عادة لا يشعرون بالحب نحو أطفالهم ولا يهتمون بأحاسيسهم أو مشاعرهم ولا يهتمون بأمورهم، ففي هذه الحالة يشعر الطفل ويحس بأنه غير مرغوب فيه وأن ليس له مكان مع هذه الأسرة أو في هذا البيت، مما يؤثر ذلك تأثيراً سلبياً في سلوكه ونظرته إلى نفسه وبالتالي التأثير السلبي على صحته النفسية. (23)

الثواب والعقاب والصحة النفسية للطفل:

الثواب، أو الإثابة، يلعب دوراً بارزاً في عملية التعلم، وكان «ثورندايك» خير من كتب عن الثواب والعقاب في التعليم. والثواب كناية عن حالة من التجربة السارة التي يسفر عنها نمط معين من السلوك يصدر بفعل عوامل خارجية أو داخلية. ومن شأن هذه الحالة أن تكون عامل تشجيع على معاودة النمط السلوكي الذي أدى إلى بعث الرضا والسرور في نفس المرء. والثواب وإن كان أثره موجباً في توجيه السلوك وكذلك على الشخصية، إلا أن المبالغة فيه يخلق من الطفل فرداً مادياً لا يقوم مستقبلاً بعمل جيد إلا إذا وجد الثواب، ومن ثم سيفقد الثواب أثره كحافز إذا غولي فيه وأكثرنا من استخدامه.

أما العقاب أو الحافز السلبي، فله الأثر الكبير في توجيه السلوك وتعديله لدى الطفل، إذا علمنا كأباء كيف ومتى نقوم به. ولكن هناك آباء أو أمهات يفرطون في استخدام «العقاب» حيث يواجهون كل سلوك سلبي من جانب أطفالهم بالعقاب ظانين أن العقاب سيعدل هذا السلوك، ولكن قد لا يكون العقاب هو الأسلوب الموفق لمواجهة مثل هذا السلوك. وبمعنى آخر لا يؤدي دوماً العقاب إلى وقف أو تعديل السلوك السلبي، وربما يؤدي العقاب إلى تأكيد السلوك السلبي «غير السوي»، فهناك على سبيل المثال، السلوك العدواني من جانب بعض الأطفال، وربما تقوم بالعقاب لمواجهة هذا السلوك، وقد يتوقف الطفل عن القيام به لمدة نتيجة لهذا العقاب. ولكنه قد يعود الطفل إلى هذا السلوك وربما بصورة أشد. فيجب أن نعلم أن الدافع إلى العدوان من جانب الطفل عادة ما يكون نتيجة للإحباط الذي يعانیه الطفل. وفي حال عقابنا للطفل في مثل هذه الظروف نكون قد أضفنا للطفل إحباطاً آخر علاوة على ما يعانیه من إحباط سابق، وبالتالي نكون قد دفعنا بالطفل إلى القيام بالمزيد من مثل هذا السلوك غير السوي.

وهنا يجب أن لا ننسى بأن مغالاتنا في عقاب الطفل سواء كان عقاباً مادياً أو بدنياً، تؤدي إلى شعور الطفل بالخوف الدائم والقلق والجبن، ونحولهم إلى استعمال وسائل دفاعية لا سوية، كالكذب، لكي يبعدوا عن أنفسهم العقاب. (24)

23. عباس محمود عوض: الموجز في الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، ط1، الإسكندرية، 1977، ص73.

24. ألفريد أدلر: معنى الحياة، ترجمة وإعداد عادل نجيب بشرى الهيئة العامة للكتاب 2006، ص86.

الفصل الثاني:

الدراسة الميدانية

المبحث الأول: تحليل الدراسة

المبحث الثاني: النتائج والتوصيات

المبحث الأول

تحليل نتائج الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (100) طالب وطالبة من طلبة الجامعة

البيانات الديمغرافية:

1. العمر :

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
٪ 18	18	أقل من 20
٪ 32	32	20-22
٪ 30	30	22-24
٪ 20	20	أكثر من 24
٪ 100	100	المجموع

اتضح من الجدول السابق أن غالبية أفراد العينة من سنة 20-22 حيث وصلت نسبتهم 30 ٪. ويأتي بعدهم المرحلة العمرية من 22-24 بنسبة 32 ٪. ويأتي من بعدهم الفئة العمرية الأكثر من 24 بنسبة 20 ٪. وأخيراً المرحلة العمرية الأقل من 20 بنسبة 18 ٪.

2. الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
٪ 72	70	أنثى
٪ 28	28	ذكر
٪ 100	100	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن نسبة الإناث في عينة الاستبانة هي 72 ٪. بينما كانت نسبة الذكور 28 ٪.

1. الحالة الاجتماعية :

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
٪ 80	80	أعزب
٪ 27	27	متزوج
٪ 3	3	مطلق
٪ 0	-	أرمل
٪ 100	100	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن نسبة العزاب من أفراد العينة هي 80 ٪. يأتي بعدها المتزوجون حيث تبلغ نسبتهم 27 ٪. ثم المطلقون وتبلغ نسبتهم 3 ٪، ثم الأرمال ولا يوجد أي فرد من أفراد العينة أرمل.

المحاور الرئيسة للدراسة:

الرفض أو الإهمال ونقص الرعاية يؤدي إلى :

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
الشعور بعدم الأمان	80	15	5
الشعور بالوحدة	75	12	13
عدم القدرة على تبادل العواطف	62	18	20
محاولة جذب اهتمام الآخرين	82	9	9
الشعور العدائي والتمرد	90	9	1

يتضح من نتائج المحور السابق أن غالبية أفراد الدراسة اتفقوا على أن الإهمال ونقص الرعاية من لدن الوالدين يؤديان إلى الشعور العدائي والتمرد بنسبة 90 %، ثم جاءت محاولة جذب اهتمام الآخرين بنسبة 82 %، ثم الشعور بعدم الأمان بنسبة 80 %، ثم الشعور بالوحدة بنسبة 75 %، وأخيراً عدم القدرة على تبادل العواطف بنسبة 62 %.

الحماية الزائدة والتدليل الزائد تؤدي إلى :

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
الأناية	64	25	11
عدم القدرة على مواجهة الضغوط البيئية ومواجهة الواقع	85	10	5
رفض السلطة	84	10	6
عدم الشعور بالمسؤولية	92	7	1
الإفراط في الحاجة إلى انتباه الآخرين	66	21	13

يتضح من نتائج المحور السابق أن غالبية أفراد الدراسة اتفقوا على أن الحماية الزائدة والتدليل الزائد من لدن الوالدين تؤدي إلى عدم الشعور بالمسؤولية بنسبة 92 %، ثم عدم القدرة على مواجهة الضغوط البيئية ومواجهة الواقع بنسبة 85 %، ثم رفض السلطة بنسبة 84 %، ثم الإفراط في الحاجة إلى انتباه الآخرين بنسبة 66 %، ثم جاءت الأناية بنسبة 64 %.

التسلط والسيطرة من الوالدين يؤديان إلى :

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
الاستسلام والخضوع أو التمرد	92	6	2
عدم الشعور بالكفاءة	55	30	15
الاعتماد السلبي على الآخرين	52	25	23
عدم التوافق مع متطلبات النضج.	65	21	14
نقص المبادأة	60	10	30

يتضح من نتائج المحور السابق أن غالبية أفراد الدراسة اتفقوا على أن التسلط والسيطرة من الوالدين يؤديان إلى الاستسلام والخضوع أو التمرد بنسبة 92 ٪، ثم عدم التوافق مع متطلبات النضج بنسبة 65 ٪، ثم نقص المبادأة بنسبة 60 ٪، ثم عدم الشعور بالكفاءة بنسبة 55 ٪، ثم الاعتماد السلبي على الآخرين بنسبة 52 ٪.

المغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة تؤدي إلى :

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
الصراع النفسي	75	15	10
الإحساس بالإثم	55	14	31
اتهام الذات	60	15	25
امتهان الذات	55	5	40
الجمود	66	14	20

يتضح من نتائج المحور السابق أن غالبية أفراد الدراسة اتفقوا على أن المغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة تؤدي إلى الصراع النفسي بنسبة 75 ٪، ثم الجمود بنسبة 66 ٪، ثم اتهام الذات بنسبة 60 ٪، ثم امتهان الذات والإحساس بالإثم بنسبة 55 ٪.

اضطرابات العلاقات بين الإخوة تؤدي إلى :

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
العداء والكراهية	90	7	3
الشعور بعدم الأمن	82	18	10
عدم الثقة بالنفس	63	17	20
الخوف من المستقبل	52	21	27

يتضح من نتائج المحور السابق أن غالبية أفراد الدراسة اتفقوا على أن اضطرابات العلاقات بين الإخوة تؤدي إلى العداء والكراهية بنسبة 90 ٪، ثم الشعور بعدم الأمن بنسبة 82 ٪، ثم عدم الثقة بالنفس بنسبة 63 ٪، ثم الخوف من المستقبل بنسبة 52 ٪.

المبحث الثاني النتائج والتوصيات

أولاً النتائج:

من خلال تحليل الاستبانة توصلنا إلى النتائج الآتية :

1. أن الإهمال ونقص الرعاية من لَدُن الوالدين يؤديان إلى :

- أ- الشعور العدائي والتمرد .
- ب- جذب اهتمام الآخرين .
- ت- الشعور بعدم الأمان .
- ث- الشعور بالوحدة .
- ج- عدم القدرة على تبادل العواطف .

2. أن الحماية الزائدة والتدليل الزائد من لَدُن الوالدين تؤدي إلى :

- أ- عدم الشعور بالمسؤولية .
- ب- عدم القدرة على مواجهة الضغوط البيئية ومواجهة الواقع .
- ت- رفض السلطة .
- ث- الإفراط في الحاجة إلى انتباه الآخرين .
- ج- الأنانية .

3. أن التسلط والسيطرة من الوالدين يؤديان إلى :

- أ- الاستسلام والخضوع أو التمرد .
- ب- عدم التوافق مع متطلبات النضج .
- ت- نقص المبادأة .
- ث- عدم الشعور بالكفاءة .
- ج- الاعتماد السلبي على الآخرين .

4. أن المغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة تؤدي إلى :

- أ- الصراع النفسي .
- ب- الجمود .
- ت- اتهام الذات .
- ث- امتهان الذات والإحساس بالإثم .

5. أن اضطرابات العلاقات بين الإخوة تؤدي إلى :

- أ- العداة والكراهية .
- ب- الشعور بعدم الأمن .
- ت- عدم الثقة بالنفس .
- ث- الخوف من المستقبل .

ثانياً: التوصيات

مما سبق توصلت الباحثة إلى مجموعة من التوصيات من أجل أسرة تتمتع بصحة نفسية ، وهي كالآتي :

1. أن تعمل على إشباع حاجات الأبناء الأساسية - الحاجات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية .
2. أن يكون الاتفاق والانسجام بين الوالدين بالنسبة للأسلوب الذي يتبعانه في تربية الأبناء .
3. أن يسود الأسرة جو الديمقراطية للتعبير عن أفكار أفرادها وحاجاتهم دون خوف أو تردد .
4. المعرفة من لدن الوالدين بالفروق الفردية بين الأبناء ، وأن يتعامل الوالدان مع أبنائهما بناء على تلك الفروق .
5. استخدام الثواب والعقاب من لدن الوالدين في الظروف الملائمة وأن يكون الثواب والعقاب مناسباً للفعل أو السلوك الذي قام به الابن .
6. الأسرة السعيدة تعتبر بيئة صحية لنمو الطفل وتعمل على توافق الطفل النفسي .
7. الأسرة المشكلة - غير السعيدة - تعتبر بيئة غير صحية لنمو الطفل ، بل تكون عبارة عن "مرتع" للانحرافات السلوكية والنفسية والاجتماعية .
8. محاولة إشراك الأبناء في صنع القرارات التي تخصهم .
9. أن يكون سلوك الكبار في الأسرة نموذجاً صالحاً يمكن للأبناء تقمصه في حياتهم .
10. تعويد الأبناء على مواجهة المواقف الحياتية عن طريق إكسابهم الخبرات المختلفة .
11. إتاحة الفرصة أمام الأبناء لتمثيل ولعب دور الطفولة والاستمتاع بهذا الدور عن طريق اللعب واللهو .
12. وضع أهداف عامة للأبناء من لدن الوالدين ، وكلما كانت هذه الأهداف واقعية ومناسبة لقدراتهم وظروفهم كانت فرص تحقيقها ممكنة .

المراجع:

1. أحمد عكاشة: الرضا النفسي: الباب الملكي للصحة والسعادة - القاهرة: الهيئة العامة للكتاب، 2008 .
2. أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة. .
3. ألفريد أدلر: معنى الحياة، ترجمة وإعداد عادل نجيب بشرى الهيئة العامة للكتاب 2006.
4. حامد عبد السلام زهران: دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي - الطبعة الأولى - القاهرة: عالم الكتب 1423هـ - 2003 .
5. سيد خير الله: علم النفس التربوي: أسسه النظرية والتجريبية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981، ص 29.
6. عباس محمود عوض: الموجز في الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، ط1، الإسكندرية، 1977.
7. نصره منصور عبد المجيد عبد العال: الذكاء الوجداني وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية- إشراف: صفوت فرج، 2007.
8. موسوعة علم النفس والتربية (المدرسة والتثقيف، التربية والتعليم الحديث) 2001.

الملاحق

الاستبانة

البيانات الديمغرافية

1. العمر:

أقل من 20	20-22	22-24	أكثر من 24
-----------	-------	-------	------------

2. الجنس:

ذكر	أنثى
-----	------

3. الحالة الاجتماعية:

أعزب	متزوج	مطلق	أرمل
------	-------	------	------

المحاور الرئيسية للدراسة:

الرفض أو الإهمال ونقص الرعاية يؤدي إلى

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
الشعور بعدم الأمن			
الشعور بالوحدة			
عدم القدرة على تبادل العواطف			
محاولة جذب اهتمام الآخرين			
الشعور العدائي والتمرد			

الحماية الزائدة والتدليل الزائد تؤدي إلى

العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
الأناية			
عدم القدرة على مواجهة الضغوط البيئية ومواجهة الواقع			
رفض السلطة			
عدم الشعور بالمسؤولية			
الإفراط في الحاجة إلى انتباه الآخرين			

التسلط والسيطرة من الوالدين يؤديان إلى :

لا أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق	العبارات
			الاستسلام والخضوع أو التمرد
			عدم الشعور بالكفاءة
			الاعتماد السلبي على الآخرين
			عدم التوافق مع متطلبات النضج .
			نقص المبادأة

المغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة تؤدي إلى

لا أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق	العبارات
			الصراع النفسي
			الإحساس بالإثم
			اتهام الذات
			امتهان الذات
			الجمود

اضطرابات العلاقات بين الإخوة تؤدي إلى

لا أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق	العبارات
			العداء والكراهية
			الشعور بعدم الأمان
			عدم الثقة بالنفس
			النكوص .
			الخوف من المستقبل

() سيد خير الله : علم النفس التربوي : أسسه النظرية والتجريبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، 1981 ، ص 29 .



دائرة مراكز التنمية الأسرية

جائزة البحوث والدراسات الدورة الحادية عشر 2014م

دراسة رأي الأمهات بنوع الرضاعة لأطفالهن وعلاقتها ببعض الظروف

البيئية والعائلية والثقافية للأمهات المترددات على مركز مشيرف

الصحي بعجمان

إعداد: ندى الحاج علي محمد

المبحث الأول

مفهوم الصحة النفسية وما يؤدي إليها، وما يحققها

مفهوم الصحة النفسية :

تُعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على العطاء والحب دون انتظار مقابل ، وتُفسر بأنها التوازن بين الغرائز ، والرغبات الخاصة ، والذات ، والضمير¹(1) .

وتُعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على التآرجح بين الشك واليقين²(2) .

فالتآرجح يمنح الإنسان المرونة؛ فلا يتطرف إلى حد الخطأ ، ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أي قرار؛ فالتآرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكيف³(3) .

لن يكون الإنسان قادراً على مواجهة الصعوبات والتحديات المعاصرة ما لم يكن في صحة نفسية جيدة ، ويكن قادراً على مواجهة الإحباطات والقلق الدائم والتقلبات المزاجية ، ويكن قادراً على ضبط انفعالاته ، وإلا كان مندفعاً يستثار بسرعة ، وتلك العوامل التي تؤدي إلى الأمراض النفسية ، إن لم تمنع التقدم فهي بالتأكيد تعطله .

فالصحة النفسية هي حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً ، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته لأقصى حد ممكن ، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة سوية ، ويكون سلوكه عادياً ، بحيث يعيش في سلامة وسلام .

والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة السلوك وسلامته ، وليست مجرد غياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي⁴(4) .

والمرض النفسي بما يفعله في الشخصية وتأثيره في سلوك الشخص وإعاقته للتوافق النفسي وإعاقته عن ممارسة حياة سوية في المجتمع ، فذلك المرض يعد من أخطر التحديات التي تواجه الطلبة في الجامعات المصرية خاصة في عصرنا هذا ؛ فكل شيء من حولنا يتطور ، حتى العوامل التي تؤدي إلى الأمراض النفسية ؛ لذا فالوصول إلى صحة نفسية متكاملة وسوية شيء صعب ، ومن هنا نكتشف مدى أهمية الصحة النفسية في حياتنا ، وكيف تساعدنا على مواجهة تحديات العصر .

ما يؤدي إلى الصحة النفسية :

الرضا النفسي : هو من أهم العوامل التي تساعد على تكوين صحة نفسية سوية ومتكاملة ، ولكن هناك معوقات تقف بين الطالب وبين الوصول إلى الرضا النفسي ، وهي كثيرة ، ومنها الإحباط ، ويكون نتيجة أشياء كثيرة ؛ منها الاعتقاد الخاطئ عن العلاقة بين التفوق الدراسي وحدة الذكاء ، سواء أكان هذا الاعتقاد من لدن الطالب أو أولياء الأمور أو المجتمع أو منهم جميعاً ؛ ففي النهاية الحقيقة واضحة : أن النجاح في الدراسة مرتبط بشكل إيجابي بمعدل الذكاء ، وعلى هذا فإن معدل الذكاء يرتبط بدرجة النجاح ، ولكن هذا لا يعني العكس ؛ فالفشل الدراسي لا يعني قلة الذكاء ، فهناك ظروف أخرى تتدخل وتلعب

1 أحمد عكاشة : الرضا النفسي : الباب الملكي للصحة والسعادة ، القاهرة ، الهيئة العامة للكتاب ، 2008 ، ص 123 .

2 (2) المرجع السابق ص 124 .

3 (3) المرجع السابق ص 124 .

4 (4) حامد عبد السلام زهران : دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، الطبعة الأولى ، القاهرة : عالم الكتب 1423هـ - 2003 ، ص 145 .

ملخص البحث

دراسة رأي الأمهات بنوع الرضاعة لأطفالهن ، وعلاقتها ببعض الظروف البيئية والعائلية والثقافية للأمهات المترددات على مركز مشيرف الصحي بعجمان .

أهداف الدراسة : الرضاعة الطبيعية هي وظيفة بيولوجية تؤمن الأم من خلالها الغذاء المثالي للطفل الرضيع . تهدف الدراسة إلى محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية :

- لماذا تُحجم بعض الأمهات عن تقديم حليب الثدي لأطفالهن؟ ما هي المؤثرات في اتخاذ قرار إرضاع الطفل من الثدي والاستمرار فيه؟ وما هو مستوى دعم المحيطين لها؟ هل هناك معتقدات أو وراثات ثقافية لدى الأم من شأنها إحباط نجاح عملية الرضاعة الطبيعية؟

منهجية الدراسة : عينة عشوائية متعددة الطبقات من الأمهات المترددات على عيادة الأطفال وعيادة التطعيم بمركز مشيرف الصحي بإمارة عجمان ، خلال الفترة من سبتمبر 2013 إلى ديسمبر 2013 ، حجم عينة الدراسة 200 سيدة ، جمعت البيانات من خلال استبانة مُرَمَّزة ، اشتملت على أسئلة شملت وحققت أهداف الدراسة ، وجمعت البيانات بالتعاون مع فريق من الكادر الطبي بالمركز ، وأجريت دراسة استطلاعية على عينة صغيرة ، 30 سيدة ، بهدف معرفة إمكانية تطبيق الدراسة واختبار فقرات الاستبانة ، ثم عرضت بعدها على استشاريات الرضاعة الطبيعية للتأكد من سلامة فقرات الاستبانة ، ثم أدخلت البيانات على الكمبيوتر باستخدام برنامج «اكسل» واستخراج المتوسط الحسابي والتكرار والنسبة المئوية .

النتائج : توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج ، أهمها ما أشار إلى أن التوعية بأهمية الرضاعة الطبيعية لجميع فئات المجتمع والمرأة بشكل خاص ، وأن لهذه التوعية دوراً كبيراً في ممارسات الإرضاع الطبيعي ، إلا أنها تحتاج إلى عدد من الإجراءات لتزيد من فاعليتها ، أهمها حماية الأمومة في العمل وتوفير بيئة تشجع على الإرضاع الطبيعي وتصحيح المعتقدات الخاطئة ، وتفعيل دور وسائل الإعلام لدعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية .

الاستنتاجات : تؤثر الرعاية الصحية على مدى اكتساب الأم معلومات اتجاه الرضاعة الطبيعية ، ولكن البيئة المحيطة بالأم لها التأثير الأكبر في ممارساتها للرضاعة وسلوكياتها الصحية ، كما أن لعمر الأم ومستواها التعليمي تأثيراً في إقبالها على نوع الرضاعة . ومصدر المعلومات للرضاعة الطبيعية هو الكادر الصحي ، أما الإعلام فلم يكن له صدى أو دور ، وبالنسبة للعوامل التي تؤثر سلباً أو إيجاباً في الرضاعة الطبيعية فقد حددتها الأمهات المستهدفات في الدراسة ، وأنه لمن المهم توفير أجواء بيئية تهتم بالأم وتراعي احتياجاتها وتقلل العبء الملقى على الأم لتؤكد على حماية ودعم الأم في مكان العمل .

الفصل الأول

دراسة رأي الأمهات بنوع الرضاعة لأطفالهن وعلاقتها ببعض الظروف البيئية والعائلية والثقافية للأمهات

المترددات على مشيرف الصحي بعجمان

أولاً: أهمية البحث والحاجة إليه

قال تعالى: «وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ» (البقرة: 233)، أكثر من مليوني طفل يموتون سنوياً بسبب الإسهال والأمراض التنفسية وغيرها من أشكال العدوى، والسبب الرئيس في ذلك هو عدم استعمال الرضاعة الطبيعية؛ فالرضاعة الطبيعية تقي من الإسهال والجفاف والأمراض التنفسية. وهو السبب الرئيس في موت الأطفال دون عمر السنة الأولى من حياتهم، حيث إن حليب الأم سهل الهضم ويحمي من العدوى، فهو غذاء كامل معقم يحتوي على الدهون والبروتينات والحديد والفيتامينات والماء، الموجودة بمقدار صحيح. تشير بعض الدراسات إلى أن الرضاعة الطبيعية تساعد الطفل على النمو العقلي والنفسي والاجتماعي والصحي، بخلاف الأطفال الذين حُرِّموا منها. إضافةً إلى أن للرضاعة الطبيعية فوائد وأهمية للأم المرضعة، فقد أثبتت الدراسات أن نسبة حدوث سرطان الثدي والرحم والمبيض أقل بكثير لدى النساء اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية، كما أن نسبة الإصابة بهشاشة العظام لدى الأمهات المرضعات هي الأقل، كما تعيد الرضاعة الطبيعية الرحم إلى وضعه الطبيعي، وتؤخر حدوث الحمل التالي بنسبة 98%.

إن أهمية هذا البحث تكمن في عرض دراسات سابقة عن أهمية الرضاعة الطبيعية للطفل والأم والمجتمع، وناقش البحث المعتقدات والثقافة المعرفية الخاطئة عند الأم، التي تقلل من فرص إنجاح الرضاعة الطبيعية، وتوضح أهمية دعم وتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية باعتبارها مسؤولية المجتمع ككل.

ثانياً: تحديد مشكلة البحث

بالرغم من الجهود المبذولة في تثقيف الأمهات الحوامل بأهمية الرضاعة الطبيعية في المراكز الصحية التي تقدم خدمة رعاية الحوامل وارتفاع المستوى التعليمي للمرأة إلا أن نسبة الإرضاع الطبيعي مازالت دون المستوى المطلوب، فأرادت الباحثة معرفة رأي الأمهات بنوع الرضاعة لأطفالهن، وهل هناك علاقة ببعض الظروف البيئية والعائلية والثقافية للأمهات تؤثر في الإرضاع الطبيعي؟

ثالثاً: أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- إذا كانت كل مميزات الرضاعة الطبيعية إيجابية لصحة الطفل، فلماذا تحجم بعض الأمهات عن تقديمه لأطفالهن؟
- هل هناك مؤثرات في اتخاذ قرار إرضاع الأم لطفلها رضاعة طبيعية والاستمرار فيه؟ وما هو مستوى دعم المحيطين بها (البيئة المحيطة بالأم)؟
- هل هناك معتقدات أو موروثات ثقافية لدى الأم المرضعة من شأنها إحباط نجاح عملية الرضاعة الطبيعية؟

رابعاً: حدود البحث

مركز مشيرف الصحي بإمارة عجمان ، من الفترة ما بين شهري سبتمبر وشهر ديسمبر لعام 2013 .

خامساً: المصطلحات الواردة في البحث

تعريف المؤشرات الاجتماعية والمعتقدات الثقافية :

1. عمل الأم : مُقسَّم إلى فئتين : أم عاملة وأم غير عاملة ، ويقصد بالأم العاملة تلك التي تقوم بنشاط بأجر معين خارج المنزل ، أما الأم غير العاملة فهي تلك التي لا تقوم بأي نشاط بأجر خارج المنزل (ربة أسرة).
2. الالتحاق بدروس ومحاضرات الرضاعة الطبيعية قبل الولادة : حلقات من دروس تشجع وتدعم الرضاعة الطبيعية ، تقدم في المراكز التي تؤدي خدمة رعاية الأمومة والطفولة ، وتقدم من قبل استشارية الرضاعة الطبيعية أو المثقفة الصحية بالمركز .
3. البيئة المحيطة : البيت ، الأصدقاء ، وأفراد الأسرة ، هل يشجعون على طريقة الإرضاع الطبيعي للطفل؟
4. مكان عملك يشجع على الرضاعة : مكان العمل بأجر يشجع ويدعم ويساند الأمهات على الاستمرار في الإرضاع الطبيعي للطفل ، وذلك بعدة طرق؛ ومنها نظام منح مدة ساعة أو ساعتين لإرضاع الطفل رضاعة طبيعية مدفوعة الأجر ، ومنح إجازة أمومة مدفوعة الأجر لمدة (45 - 60 يوماً) مدفوعة الأجر أو العمل بساعات الدوام المرن أو توفير مكان ووقت لشفط وتخزين الحليب المشفوط في العمل ، لإعطائه للطفل لاحقاً ، أو توفير حضانة لرعاية الطفل في مكان عمل الأم .
5. تحديد فترة زمنية للرضاعة (مبرمجة) : إرضاع الطفل حسب جدول زمني محدد كل 3-4 ساعات وليس رضاعة عند الطلب .

الفصل الثاني أولاً: الإطار النظري

يطمح جميع الآباء والأمهات بأن يرزقهم الله سبحانه وتعالى أبناءً أصحاءً أقوياءً، يتسنى لهم اجتياز مرحلة الطفولة بسلام، وأن يقفوا على أعتاب سائر مراحل حياتهم متمتعين بنمو ونضج مطلوب وبالصحة والقوة الكافية.

أكدت اليونيسيف أن الطفل الذي يتلقى رضاعة طبيعية في أي بلد من البلدان النامية تكون احتمالات بقاءه على قيد الحياة أكبر بحوالي ثلاث مرات مقارنة بالطفل الذي لا يتلقى رضاعة طبيعية. وقالت المديرية التنفيذية لليونيسيف بمناسبة الأسبوع العالمي لتشجيع الرضاعة الطبيعية: «إن الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية، الذي يحتفل به في أكثر من 120 بلداً، يمنحنا فرصة للدعوة إلى وسيلة بسيطة للغاية لإنقاذ أرواح الأطفال، مع أن معدلات الرضاعة الطبيعية تتزايد في العالم النامي؛ فالتقديرات تشير إلى أن 63٪ من الأطفال الذين لا تتجاوز أعمارهم 6 أشهر ما زالوا لا يرضعون بدرجة كافية». (23)

إن الطفولة عند الإنسان هي المرحلة الأولى من مراحل عمره، تبدأ منذ ميلاده وتنتهي ببلوغه سنّ الرشد، حيث يكمل نمو عقل الإنسان ويقوى جسمه ويكتمل تمييزه، وتعدّ اللبنة الأساسية في بناء شخصية الفرد إيجاباً أو سلباً، وفقاً لما يلاقيه من اهتمام، وجاء الإسلام ليقرر أن لهؤلاء الأطفال حقوقاً وواجبات، وذلك قبل أن تُوضع حقوق وموائق الطفل بأربعة عشر قرناً من الزمان، وعلى هذا فثمة حقوق مهمة حفظها الإسلام للطفل، فاقت في شمولها ومراحلها كل الأنظمة والقوانين الوضعية قديمها وحديثها. (1)

تعتبر الرضاعة من ندي الأم بداية طبيعية للطفل والأم؛ فجسم الأم أخذ بالاستعداد لهذه المرحلة أثناء الحمل. وهي أفضل وأسلم طريقة لتغذية الطفل الرضيع، فهي تحميه من العدوى والتلوث، وترسي قاعدة الترابط العاطفي بين الأم والطفل، وتكفي الرضاعة الطبيعية لسد جميع احتياجات الرضيع الغذائية خلال ستة الأشهر الأولى من عمره، على أن تبدأ الأغذية التكميلية المناسبة بعد ذلك، والاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى يكمل الطفل عامه الثاني.

إن أول لغة تواصل للكبار مع الطفل هي عن طريق الملامسة، وأهمية الرضاعة تكمن في أنها أفضل أساليب الملامسة بين الوليد وأمه؛ فهي تحتوي على الإحساس بالدفء والحنان، وهي عملية إشباع غذائي للطفل، كما تقوي التواصل الاجتماعي النفسي، وهناك نظريات جديدة تؤكد أن كل عمليات اللمس تساعد على نمو إدراكات الطفل الفكرية، أي نمو ذكائه، وأهم النصائح المستحب أن تلتزم بها الأم أو المرابي تجاه الرضيع: (9، 2، 19، 10)

1. الاستجابة لحاجات الطفل حتى لا يعاني من مشاعر سلبية.
2. تشجيع المشاعر الإيجابية عند الرضيع.
3. تشجيع الطفل على الضحك وتكرار الحركات والأسباب التي تدفعه إلى الضحك.
4. تعريض الطفل لأصوات تضحكه خاصة صوت ضحكات الأم. (2، 10، 9، 3)
5. مساعدة الطفل على تطوير قدراته الإدراكية عن طريق إحاطته بالحنان والإكثار من الملامسة والاحتضان.

فسبحانه وتعالى يقول في سورة قريش «الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ» (قريش: 4)، فسبحانه ربط الغذاء الجسدي والأمن من الخوف ربطاً متلازماً كأساس التغذية والإحساس بالأمن والاطمئنان.

إن الطفل الرضيع في السنين الأولى أحوج إلى توفير هذين الأمرين، بأن رب العالمين أمن الرضاعة التي تغذي الرضيع جسدياً

ونفسياً، قال تعالى «وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ» وقال أيضاً «وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهَنًا عَلًى وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ» (البقرة: 233، لقمان: 14)، إنها دعوة صريحة إلى الرضاعة ومدة الرضاعة (12).

الفوائد الصحية التي يجنيها الطفل من الرضاعة الطبيعية

- الرضاعة الطبيعية هي أنسب غذاء يمكن إعطاؤه للرُّضْع، لتوافر جميع العناصر المغذية التي يحتاج إليها الطفل للنمو بطريقة صحية (7).
- حليب السرسوب (اللُّبأ) يفي بالاحتياج الكامل لحديثي الولادة في الأيام القليلة الأولى. (7) ويحتوي على كمية عالية من البروتين وفيتامين «أ» والعناصر المناعية ضد الكثير من البكتيريا والفيروسات، كما يعتبر عاملاً مليناً (7) ومسهلاً ومطهراً، كما يساهم في منع حدوث الصفار للطفل، ويعتبر مثالياً للأطفال الخدج لاحتوائه الغني على البروتين والأجسام المناعية واللاكتوفين، الذي يحمي الأطفال الخدج من الإصابات الخطيرة. (7)
- يحتوي حليب الأم على أنزيم اليباز، الذي يساعد على سرعة هضم الدهون. (7)
- يحتوي حليب الأم على مجموعة فريدة من الهرمونات وعناصر النمو التي تساعد على الاكتمال البدني والعصبي خاصة في أشهر السنة الأولى من عمر الطفل الدهنيات الحمضية الخاصة بنمو المخ. (7)
- السكريات في حليب الأم «اللاكتوز» تزود الطفل بالطاقة اللازمة أثناء نموه، كما تدخل في مكونات الجهاز العصبي للطفل، ويحتوي حليب الأم على كمية كافية ومناسبة من الملح والكالسيوم والفوسفات. (7)
- إن نسبة الحديد في حليب الأم كافية لتلبية احتياجات الطفل في الأشهر الأربعة الأولى؛ إذ إنها تقي الطفل من فقر الدم الناتج عن نقص الحديد. (7)
- أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن الرضاعة الطبيعية للطفل والرضيع تسهم في ضمان الصحة الجيدة مدى الحياة؛ فالبالغون الذين رضعوا من أمهاتهم عند الصغر تعرّضوا أقل من غيرهم للإصابة بأمراض الضغط، وتصلب الشرايين، والبول السكري والكولسترول في الدم، وتسوس الأسنان وأمراض نقص المناعة والسرطان، وحققوا نتائج أحسن في اختبارات الذكاء. (1)
- إن فوائد الحليب البشري للأطفال الرُّضْع لا تعد ولا تحصى، وعليه يمكن التصريح بإيجاز وبلاغة أن حليب الأم خاص بالجنس البشري (الطفل) يُطوّر الدماغ بشكل سريع.

فوائد الرضاعة الطبيعية للأم

- تساعد الرضاعة الطبيعية على انقباض الرحم مما يؤدي إلى توقف نزيف ما بعد الولادة
- وقف الحيض ممّا يشكّل وسيلة طبيعية لتنظيم الولادات تضمن حماية بنسبة 98% في الأشهر الستة الأولى التي تعقب الولادة. (1)
- تسهم في الحد من أخطار الإصابة بسرطان الثدي وسرطان المبيض و تساعد النساء على العودة بسرعة إلى الأوزان التي كانوا عليها قبل الحمل وتقلّص معدلات السمّنة (1).
- الرضاعة الطبيعية سهلة التناول، واقتصادية ولا تحتاج لأيّ تحضيرات أو تعقيم (1).

- الرضاعة تقوي العلاقات والروابط العاطفية بين الأم والطفل وتخفف معدلات الاكتئاب بعد الوضع كما تمنح الأم الثقة بالنفس لأنها تشعر بالقدرة على رعاية وتغذية طفلها (8)

فوائد الرضاعة الطبيعية للأسرة :

- الإرضاع من الثدي يبعد بين الحمل والآخر ، ويوفر المال والجهد الذي تنفقه الأسرة في تغذية الرضيع بالزجاجة والحليب الصناعي ويقلل من فرص الإصابة بالأمراض والذهاب إلى الطبيب . (13، 14، 17)

فوائد الرضاعة الطبيعية للبيئة :

- حليب الأم مورد متجدد لا يلوث البيئة في إنتاجه أو استهلاكه وسريع التحلل .
- الإرضاع من الثدي يقلل من الاعتماد على الأغذية الصناعية فتقل الحاجة لاستخدام المبيدات أو إضافة المواد الحافظة .
- كلما أقبلت الأمهات العاملات على الإرضاع الطبيعي يضطر أصحاب العمل إلى جعل مواقع العمل أكثر أمناً ونظافة . (13، 14، 17)

فوائد الرضاعة الطبيعية لأصحاب العمل

- أصحاب العمل الذين يسمحون للأمهات بالتمتع بحقوقهن في العناية بأطفالهن أثناء العمل يستفيدون من :
 - عدم تغيب الأمهات العاملات . وعدم التغيير والاستبدال المتكرر للعاملات .
 - رفع معنويات الأمهات ويزيد من إخلاصهن وإنتاجيتهن ؛ لأن أطفالهن سيتمتعون بصحة أفضل ، كما تحظى الشركات والمؤسسات التي تطبق سياسات مصادقة الأمومة والطفولة بسمعة طيبة في المجتمع . (13، 14، 17)

فوائد الرضاعة الطبيعية الاقتصادية

سيوفر القطاع الصحي الإنفاق على :

- شراء زجاجات الرضاعة والحليب الصناعي وعلاج الأمراض التي تسببها الرضاعة الصناعية ، وستقتصد الدول النامية من استيراد الألبان الصناعية التي تشتريها من الدول الصناعية الغنية . (13، 14، 17)

إن الطفل الذي يرضع صناعياً أكثر عرضة للآتي :

- زيادة معدلات الإصابات الرئوية والمعوية ، وضعف الجهاز المناعي وأمراض الحساسية والإكزيما ، وزيادة خطورة حدوث الموت المفاجئ للرضيع ، والسمنة .
- يعتبر الحليب الصناعي مسؤولاً عن أكثر من 26% من حالات الإصابة بمرض السكري المعتمد على الأنسولين عند الأطفال (السكري النوع الأول) ، ومعدل الإصابة بالتهاب الأذن الوسطى 3-4 مرات أعلى عند الأطفال الذين يرضعون الحليب الصناعي .
- معدل الخطورة للإصابة بالتهابات البكتيريا التي تستدعي النوم في المستشفى ، عند الأطفال الذين يتناولون الحليب

الصناعي، 15 ضعفاً للأطفال الذين يرضعون طبيعياً. (20، 16، 14، 6)

الأهداف الإنمائية للألفية

في سبتمبر/أيلول 2000، عقدت الأمم المتحدة قمة الألفية، حيث التزمت 189 دولة عضو في الأمم المتحدة بالعمل نحو عالم يعطي أكبر أولوية للقضاء على الفقر وتحقيق التنمية المستدامة. تركز الأهداف الإنمائية للألفية على جهود المجتمع الدولي الرامية إلى تحقيق تحسينات مهمة وملموسة في حياة الناس بحلول عام 2015. وتعتبر الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية الواردة أدناه مرشداً لجهود كل المنظمات الفعلية العاملة في مجال التنمية، وقد قُبلت بصورة عامة كإطار لقياس التقدم المحرز على صعيد التنمية:

1. القضاء على الفقر المدقع والجوع.
2. تحقيق التعليم الابتدائي الشامل.
3. تشجيع المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من أسباب القوة.
4. تخفيض معدل وفيات الأطفال.
5. تحسين صحة الأمهات.
6. مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا وغيرهما من الأمراض.
7. ضمان الاستدامة البيئية.
8. إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. (22)

الرضاعة الطبيعية والتغذية الجيدة للأطفال عاملان حاسما للأهمية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وخصوصاً المتعلقة منها ببقاء الطفل على قيد الحياة، كخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث بحلول سنة 2015، والقضاء على الفقر المدقع والجوع؛ حيث تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي 35% من الرضع من عمر الولادة حتى ستة أشهر في جميع أنحاء العالم يغذون من ثدي أمهاتهم، ولكن إذا تم الاقتصار على الرضاعة الطبيعية لتغذية جميع الأطفال الرضع طيلة الأشهر الستة الأولى من عمرهم وإعطاؤهم بعد ذلك أغذية تكميلية غنية بالعناصر المغذية، مع الاستمرار في إرضاعهم طبيعياً حتى بلوغهم عامين، فإنه يمكن إنقاذ 1.5 مليون طفل دون الخامسة كل عام من الموت، والذي سيساعد على تحقيق المرمى الرابع من الألفية الإنمائية، وتقليل نسبة وفيات الأطفال دون عمر الخمس سنوات. (23، 14، 21)

ثانياً: الدراسات السابقة

أجريت العديد من الدراسات عن تأثير الرضاعة الطبيعية وأهميتها في المجالات المختلفة، وقد قامت الباحثة بمراجعة العديد من هذه الدراسات وأكثرها قرباً من دراستها، حيث تم الاطلاع على الدراسات الآتية:

1. دراسة بعنوان «بعد العوامل الاجتماعية المؤثر في الرضاعة الطبيعية في البحرين» قام بها مصقر (1984) بفرضية أن مستوى تعليم الوالدين يؤثر سلباً في الإرضاع من الثدي، أي كلما ارتفع مستوى تعليم الأب أو الأم قلت فترة الرضاعة الطبيعية وازداد الاعتماد على الرضاعة الصناعية، وإن عمل الأم يؤثر سلباً في الإرضاع من الثدي، أي الأم العاملة أقل ميلاً للإرضاع من الثدي مقارنة بالأم غير العاملة.

وقد طبقت الدراسة على عينة عشوائية منتظمة اختيرت من واقع سجلات المواليد في وزارة الصحة؛ حيث إن هذه السجلات

تشمل جميع الأطفال المولودين في البحرين ، وقد تم اختيار 500 مولود من الذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر إلى سنتين ، والذين ولدوا خلال الفترة مايو 1983 إلى يونيو 1984 .

واختيرت هذه المرحلة العمرية لأن الإرضاع الطبيعي يستمر عند بعض الأمهات إلى نهاية السنتين . وقد توصلت الدراسة إلى أن الأمهات ذوات التعليم المنخفض والتعليم العالي أكثر اهتماماً بالإرضاع الطبيعي ، من حيث البدء بالإرضاع الطبيعي بعد الولادة مباشرة . ويؤثر تعليم الأم في مدة الرضاعة بشكل سلبي ، أي بارتفاع مستوى تعليم الأم تقل فترة الرضاعة ، ولكن النتيجة كانت عكسية عند قياس تعليم الأب ، أي بارتفاع مستوى تعليم الأب تزداد مدة الرضاعة الطبيعية . كما تبين أن الأم العاملة تبدأ في تقديم حليب الأطفال في فترة مبكرة عن الأم غير العاملة ، ولكنها تستمر في إرضاع طفلها طبيعياً لفترة أطول ، وقد يرجع ذلك إلى أن الأم العاملة تكون أكثر وعياً بأهمية الرضاعة الطبيعية ، كما أن غيابها عن المنزل يجعلها تحس بالتقصير في رعاية طفلها ؛ لذا فإنها تعوض ذلك بالاستمرار في الإرضاع الطبيعي ، الذي يجعلها قريبة من طفلها . (24)

2 . دراسة بعنوان «محددات الرضاعة الطبيعية المطلقة بين الأمهات في المستشفى بعجمان - دولة الإمارات العربية المتحدة

Determinant of Exclusive Breast Feeding among mothers . Hospital based studying Ajman – UAE

قامت بها الباحثة دكتورة الحايك (2013) عن تفعيل توصيات منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة بدولة الإمارات العربية المتحدة ، حول الرضاعة الطبيعية المطلقة في الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل ، ثم البدء بالتغذية التكميلية المعدة بالمنزل ، مع الاستمرار بالإرضاع الطبيعي لسنتين ، وقدمت الدراسة للحصول على درجة الماجستير لجامعة الخليج الطبية بعجمان . وقد طبقت الدراسة على عينة عشوائية تتكون من 400 من الأمهات المترددات على مستشفى الشيخ خليفة بعجمان مع أطفالهن ، من الإماراتيات والوافدات . تبين أن متوسط مدة الرضاعة 90 يوماً (3 أشهر) للمواطنين و180 يوماً (6 أشهر) بالنسبة للوافدين . وكان الحد الأدنى لعدد أيام الرضاعة الطبيعية المطلقة للفتتين على حد سواء ، ولكن كان الحد الأقصى 300 يوم للمواطنين (10 أشهر) و189 يوماً للوافدين (6 أشهر) .

وقد تبين من الدراسة أن ممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة هو أقل من المستوى الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية . ولتحسين ممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة من الضروري تحسين مستوى المعرفة عن طريق إجراء برامج التوعية ، وجعل الأمهات والأقارب على علم بأهمية مشاركة برنامج الرضاعة الطبيعية بعد الولادة ، التي تشمل زيارة منزل الممرضة وتوافر خط ساخن للرضاعة الطبيعية . وتوعية الأم بالتخطيط للرضاعة الطبيعية الخالصة ، ستزيد من ممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة . وتوفير بيئة عمل تشجع على الرضاعة الطبيعية المطلقة ، وذلك بتوفير المكان المخصص للرضاعة الطبيعية وأوقات العمل المرنة ، أو الحضانة ، وما إلى ذلك ، فإنها تساعد الأمهات العاملات لممارسة الرضاعة الطبيعية المطلقة (25) .

3 . دراسة وطنية على مستوى دولة الإمارات العربية المتحدة ، نفذتها الإدارة المركزية لرعاية الأمومة والطفولة بأبوظبي (وزارة الصحة) ؛ لتحديد معارف ومعلومات الأمهات حول الرضاعة الطبيعية (2007) ، وكانت النتيجة :

9 . 74 % بدء الرضاعة الطبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة .

9 . 52 % الرضاعة الطبيعية المطلقة حتى سن 3 أشهر .

4 . 34 % الرضاعة الطبيعية المطلقة حتى سن 6 أشهر .

6 . 46 % من الأمهات واصلن الرضاعة الطبيعية لمدة سنة واحدة . (26)

4. قامت الباحثة الحاج (2010) بدراسة بعنوان « مستوى المعرفة والمعتقدات والممارسات لمقدمي الرعاية الصحية حول الرضاعة الطبيعية»، والهدف من الدراسة معرفة المعتقدات والسلوكيات ومستوى المعرفة للكوادر الصحية التي تقدم الخدمات والرعاية للمتريدين عليها؛ لأن الكوادر الصحية هم الفئة المثالية لدعم وتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية، ويتطلب ذلك المعرفة والمهارات والكفاءة. وعينة الدراسة هم من مقدمي الرعاية الصحية الذين حضروا ورشة عمل تدريبية لمرضى السكري في مركز راشد لأبحاث السكري في إمارة عجمان، تتكون من 150 من أصل 180 مشاركاً من الإمارات الشمالية.

وتبين في الدراسة أن آخر طفل للمبحوئين رضع رضاعة طبيعية لمدة أقل من ستة أشهر 2٪، ومن ستة أشهر إلى سنة 24٪، ومن سنة إلى سنة ونصف 20.7٪، وأكثر من سنة ونصف 17.3٪، وبالنسبة لنوع الرضاعة فإن 29.3٪ تم إعطاؤهم رضاعة طبيعية خالصة، ونسبة 29.3٪ رضاعة مختلطة. (27)

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية

أولاً: منهج البحث

تنتمي هذه الدراسة إلى مجال الدراسات الميدانية الوصفية التي تعتمد على استخدام منهج المسح بالعينة، الذي يستهدف الحصول على معلومات عن اتجاهات الأمهات ومعلوماتها المعرفية لأهمية الرضاعة الطبيعية، وفق عوامل مختارة في الدراسة، والتي تمثل العوامل أهمية الرضاعة الطبيعية وممارستها .

ثانياً: مجتمع البحث والعينة

طبقت الباحثة دراستها على مجتمع الأمهات المترددات على مركز مشيرف الصحي بإمارة عجمان، كما قامت الباحثة بإجراء الدراسة الميدانية على عينة عشوائية من الأمهات المترددات على المركز لعيادات تطعيم الأطفال وعيادة الأطفال، يتراوح أعمار الأطفال من عمر الشهر إلى السنتين . إجمالي عدد الأمهات المستهدفات لعينة الدراسة 200 سيدة .

ثالثاً: أداة جمع البيانات

تم جمع البيانات من خلال استبانة اشتملت على أسئلة شملت وحققت أهداف الدراسة، بما يتناسب مع الخصائص الاجتماعية والثقافية لعينة الدراسة، وفق المحددات التي تم وضعها لاختيار العينة، وتشمل جزأين :

- الجزء الأول: أسئلة تتعلق بالبيانات الديموغرافية والاجتماعية للأمهات تشمل (العمر، والعمل، والمستوى التعليمي، ونوع الرضاعة، وعمر الطفل الحالي).
- الجزء الثاني: أسئلة تتعلق بتغيرات الدراسة والتساؤلات العلاقية الخاصة بها.
- وقد تم إعداد أداة جمع البيانات وفق ما يلي :
- بعد الانتهاء من صياغتها في صورتها الأولية، ثم اعتمادها من مشرف الدراسة .
- عدّلت الاستمارة وفق ما وجه به مشرف الدراسة .
- تم التحقق من الصدق الظاهري للدراسة، من خلال عرضها على استشارية الرضاعة الطبيعية، وعدّلت الاستمارة على ضوءها .
- تم التحقق من الثبات الأولي للاستمارة، من خلال إجراء دراسة استطلاعية على عينة صغيرة شملت 30 سيدة من المترددات على المركز لعيادة التطعيم والأطفال .
- جُمعت البيانات بواسطة الباحثة، بالتعاون مع فريق من الكادر الطبي بمركز مشيرف الصحي .

رابعاً: أسلوب تحليل البيانات

بعد جمع استمارات البحث، قامت الباحثة بترميز الاستمارات وإدخالها في الحاسوب الآلي باستخدام برنامج الإكسل، ثم عرضت نتائج الدراسة باستخدام:

1. الجداول التكرارية

2. النسب المئوية

بعد تفرغ البيانات واستخلاص النتائج ومناقشتها، تم تقديم التوصيات والاقتراحات للدراسة .

خامساً: مجالات الدراسة

المجال البشري : الأمهات المترددات على المركز، وتنطبق عليها محددات الدراسة :

1. أم زائرة للمركز مع طفلها بهدف تطعيم الطفل أو مراجعة طبيب الأطفال .

2. أن يكون الطفل في سن الإرضاع، من عمر شهر إلى سنتين .

المجال المكاني : مركز مشيرف الصحي بإمارة عجمان / الرعاية الصحية الأولية .

المجال الزمني : وهو وقت جمع بيانات عينة الدراسة، ما بين شهر سبتمبر إلى شهر ديسمبر 2013 .

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً - البيانات العامة بشأن عينة البحث

1. تشير بيانات الجدول رقم (1) إلى أن غالبية أمهات عينة الدراسة كانت إماراتية الجنسية 89.5% .
2. أما أعمارهن فتراوحت بين 18 - 40 سنة 95%، وهي بلا شك أهم مراحل العمر لإنجاب الأطفال، كما هو موضح بجدول رقم (2).
3. أما من ناحية المستوى التعليمي للأمهات، فنجد أن نسبة الحاصلات على التعليم العالي (ثانوية فأعلى) يمثلن 92% من أفراد العينة، وهذا متوقع نتيجة أن نسبة المتعلّمات هن الأكثر مراجعة والتزاماً بالمستشفيات من ناحية، ولانخراط المرأة الإماراتية في التعليم، مما أدى إلى ارتفاع نسبة المتعلّمات وانخفاض نسبة الأمية بين النساء بشكل ملحوظ، كما هو مبين في جدول رقم (3).
4. تراوح عمر الطفل المستهدف في الدراسة أقل من ستة أشهر 26%، ومن عمر ستة أشهر إلى أقل من سنة 23.5%، ومن عمر السنة إلى أقل من سنة ونصف 24.5%، ومن عمر سنة ونصف فأكثر 26%، كما هو مبين بجدول رقم (4).

أما عن نوع الرضاعة المقدمة للطفل الحالي :

5. توضح بيانات الجدول رقم (5) نوع الرضاعة للطفل المستهدف في عينة الدراسة، أن 32% من الأمهات يرضعن رضاعة طبيعية، مقابل 29% رضاعة صناعية، وأن 39% يرضعن رضاعة مختلطة (طبيعية وصناعية).
 6. ولتوضيح الصورة بشكل أفضل تم تقسيم مدة الإرضاع الطبيعي للطفل المستهدف في الدراسة حسب عمره، كما هو مبين في جدول (6)؛ حيث تشير البيانات إلى أن الرضاعة الطبيعية للأطفال لعمر أقل من 6 أشهر 33%، وما بين عمر 6 أشهر إلى أقل من سنة 29.5%، وما بين عمر سنة إلى أقل من سنة ونصف 16%، وفي عمر سنة ونصف فأكثر نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية 21.5%.
- وهناك أكثر من تفسير لارتفاع مدة الرضاعة في عينة الدراسة الحالية للفئة العمرية سنة ونصف فأكثر؛ فالملاحظ أن عينة الأمهات المتعلّمات عالية جداً، وهذا بدوره قد أثر في مدة الإرضاع رضاعة طبيعية، والتفسير الثاني أن نسبة كبيرة من الأمهات للأطفال المبحوثين في الدراسة كانت أعمارهن أقل من 40 سنة، والتفسير الثالث أن الغالبية العظمى من الأمهات المستهدفات في الدراسة قد التحقن بدروس ومحاضرات تشجع على الرضاعة الطبيعية.

7. كما يشير الجدول رقم (7) إلى أن الأمهات اللاتي التحقن بمحاضرات ودروس في الرضاعة الطبيعية نسبتهن 64%، وهي نسبة جيدة؛ حيث يعتبر الالتحاق بمحاضرات ودروس الرضاعة الطبيعية من العوامل المهمة في تشجيع الإرضاع من الثدي والاستمرار به؛ فقد وجد أن معرفة الأم بأهمية الرضاعة وبالخطوات العشر لإنجاح الرضاعة الطبيعية قبل الولادة تساهم في البدء بالرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة واستمراريتها؛ ففي إحدى الدراسات وُجد أن 74% من الأمهات اللاتي لديهن موقف إيجابي نحو الإرضاع الطبيعي كان لديهن حليب كاف³.

ثانياً: وسائل الإعلام

8. تلعب وسائل الإعلام بكل أنواعه وأشكاله دوراً مهماً في نشر المعلومات الثقافية والتوعوية الصحية وزيادة المعرفة. أظهرت الدراسة الحالية أن مصدر المعلومات حول الرضاعة الطبيعية شكل ما نسبته 9.5%، عن طريق وسائل الإعلام، وهي نسبة تحتاج إلى وقفة تأمل، والعمل عليها، ومعرفة أسباب تحاشي الإعلام الخوض في موضوع حيوي ومهم. ربما يعود ذلك لاعتبار طرح موضوع الرضاعة الطبيعية من المواضيع الحساسة والمحرجة، وربما العادات والتقاليد والأعراف في المجتمع الإماراتي المتحفظ يحد من طرح الموضوع خارج نطاق المراكز الطبية، كما كان هناك ما نسبته 36% استقين معلوماتهن عن طريق المستشفى والجامعة والمدرسة، كما هو موضح بالجدول رقم (8).

ثالثاً: عمل الأم

9. بالنسبة لعمل الأم في عينة الدراسة الحالية، فالملاحظ أن الأمهات اللاتي لا يعملن خارج المنزل بأجر شكّلن أكثر من نصف العينة، ما نسبته 56%، كما هو موضح بجدول رقم (9)، وهو سبب لزيادة الاهتمام ورعاية الطفل وتغذيته الطبيعية.

10. كما تشير بيانات الجدول رقم (10) إلى أن الأمهات اللاتي يعملن خارج المنزل بأجر أجبن أن مكان العمل يشجع على الرضاعة الطبيعية للمرأة المرضع بنسبة 35% فقط.

رابعاً: البيئة المحيطة

11. تشير بيانات الجدول رقم (11) إلى أن 52.5% من البيئة المحيطة بالأم لا تشجع على الرضاعة الطبيعية للطفل؛ فالأم المرضع لا بد أن تشعر بالثقة بالنفس وتؤمن بقدرتها على إرضاع طفلها، وأن تتوافر لديها الرغبة في إرضاعه، كما تحتاج إلى شخص حنون يبعث الثقة بنفسها إلى جانب رعايتها في دورها الجديد، وبث الثقة في أن حليبها الطبيعي يكفي وحده لتغذية الرضيع في الأشهر الستة الأولى من عمره. ومن الناحية النظرية، كل امرأة في صحة جيدة قادرة على الحمل إلى نهايته يجب أن تكون قادرة على إنتاج حليب الثدي (3).

خامساً: كفاية الحليب للإرضاع والغذاء الإضافي

12. تشير بيانات الجدول (12) إلى أن 43% من الأمهات يعتقدن أن حليبها غير كاف لطفلها الرضيع؛ حيث وجدت نسبة عالية من الأمهات 32.5% لم تكن لهن إجابة واضحة وكنّ على الحياد، وهذا نوع من أنواع عدم ثقة الأم المرضع بكفاية حليبها لطفلها الرضيع، ربما تكون الأسباب الكامنة وراء ذلك هي عدم تشجيع نساء العائلة على الإرضاع الطبيعي (البيئة المحيطة بالأم والطفل)، كما اتضح سابقاً في الجدول رقم (11)، أو بسبب ضغوط الحياة المدنية الحديثة وخروجها للعمل

ومجاراة الموضة وإعلانات الحليب الصناعي ، وسهولة شراء بدائل حليب الأم بدون أي رقابة .

13. حليب الأم هو كل ما يحتاجه الطفل حتى بلوغه الستة أشهر الأولى من عمره ، وتكبر حاجته على إنتاج أمه من حليب الثدي ، لذا يحتاج إلى غذاء إضافي محضر ومعدّ منزلياً ، مع الاستمرار بإرضاع الطفل حليب الأم ؛ حيث يبقى حليبها بالغ القيمة والأهمية حتى بلوغه العامين أو أكثر ، كما تشير بيانات الجدول رقم (13) إلى أن 38% من الأمهات يعتقدن أن الطفل الذي تجاوز عمر الستة أشهر يحتاج إلى الحليب الصناعي ، بينما 30% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح (نوعاً ما) وهي نسبة عالية .

إن الاعتقاد بتقديم الحليب الصناعي للطفل الذي تجاوز الستة أشهر هو من الأمور الضارة بصحة الطفل الرضيع ؛ حيث وجد أن هناك أخطاراً من الحليب الصناعي ومنها أن الطفل إذا رضع الحليب من الزجاج قد يرفض ثدي أمه ، وبالتالي يقل إدرار وإنتاج حليب الثدي ، وهناك احتمال أن يصبح الطفل الرضيع أكثر عرضة للحساسية كالربو والإكزيما ، وقد يصاب بالإسهال والقيء ، أو تكون الكمية التي تناولها الطفل كمية مفرطة من الحليب الصناعي قد تسوء صحته بسبب زيادة الوزن المفرطة ، مما يعرضه مستقبلاً لمتاعب تنشأ من السمّة (6) .

14. علماً بأن الغالبية العظمى من الأمهات المرضعات لديهن المقدرة على إنتاج كمية الحليب الكافي وذوي النوعية الجيدة لنمو وسلامة صحة الطفل الرضيع ، أما الأمهات سيئات التغذية فينتجن حليباً أقلّ ومحتوى منخفضاً من الدهون عن الأمهات جيدات التغذية (4) .

إن عملية إنتاج كمية ونوعية جيدة من حليب الثدي لا تتطلب تناول أطعمة خاصة ؛ إذ يكفي أن تتناول الأم المرضع الغذاء الصحي الجيد المتوازن والمتنوع ، ويلبي احتياجات الشخص البالغ السليم . إضافة إلى أن المرضع تحتاج إلى ما يقارب 2700 سعرة حرارية يومياً ، أي بزيادة حوالي 500 سعرة حرارية تلزمها لإنتاج الحليب كل يوم ، حسب النشاط العام للأم خلال فترة الإرضاع (4) .

كما أظهرت الدراسة أن هناك بعض الأمهات يعتقدن أن هناك أطعمة أو أغذية أو مشروبات خاصة لزيادة إنتاج إدرار الحليب ، أو يجب عليها الأكل عن اثنين لزيادة إنتاج إدرار حليب الثدي ؛ حيث تشير الدراسة في جدول رقم (14) أن 43.5% من الأمهات يعتقدن ذلك ، وهي نسبة عالية جداً ، كما اتضح أيضاً أن 22% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك .

15. وتشير الدراسة في جدول رقم (15) أن 63.5% من الأمهات المستهدفات لا يعتبرن إصابتهن بمرض مثل الزكام أو التهاب اللوزتين أو الإسهال أو آلام الحنجرة من بواعث إيقاف الرضاعة الطبيعية للطفل ، وهذه نسبة جيدة جداً ؛ فيكفي أن تلتزم الأم بمبادئ وقواعد الصحة العامة مثل غسل اليدين أو استعمال كمادة على الأنف والفم للحيلولة من انتقال العدوى للرضيع ؛ لأن الاستمرار بالرضاعة الطبيعية يزود الرضيع بالمواد المناعية عن طريق حليب الثدي ضد المرض ، أو يخفف من درجته ، كما أن نسبة تسرب الأدوية لحليب الثدي لهذه الحالات لا تضر بصحة الرضيع (6) .

16. من الطبيعي أن لا تسبب الرضاعة الطبيعية ألماً ، وأن تكون تجربة مريحة وممتعة للأم ، وإن حدث العكس فيدل ذلك على خطأ في طريقة التقام الثدي واستقراره في فم الوليد ، وعدم التلقيح السليم بسبب الوضع غير السليم للطفل عند الرضاعة (6) .

أظهرت الدراسة الحالية أن 39% من الأمهات يعتقدن أنه من الطبيعي أن تكون الرضاعة الطبيعية مؤلمة للثدي كما هو واضح

في الجدول رقم (16)، بينما 35% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك .

17. بكاء الطفل الرضيع هو العلامة والسلاح الأخير الذي يعبر عن غضبه واستيائه من عدم التجاوب مع طلبه بأنه جائع وحاجته إلى ثدي أمه؛ فهو لا يقدر أن يعبر عن شعوره بالجوع بكلمات واضحة، لكنه يبدي إحساسه وشعوره بالجوع وحاجته إلى الرضاعة من أمه بإحدى علامات الجوع الأولى، التي يتوجب على الأم معرفتها وأخذها على محمل الجد والاعتبار قبل وصوله لمرحلة البكاء؛ ومنها زيادة الترميش، ومحاولة فتح العينين إن كان نائماً، تحريك رأسه من جانب لآخر، وفتح فمه بحثاً عن الثدي، ووضع أصابعه أو كفه في فمه، وإصدار الأصوات الهادئة وزيادة درجتها في حال عدم الاستجابة له، وتحريك شفثيه وكأنه يرضع، وإذا لمس أي شيء خدّه يبدأ بتحريك فمه بذلك الاتجاه (7، 14).

وبالنسبة للدراسة الحالية ظهر أن هناك 56% من الأمهات يعتقدن أن بكاء الطفل الرضيع من العلامات الأولى للجوع، كما هو واضح في الجدول رقم (17)، بينما 29% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك .

18. يؤثر نوع الغذاء الذي يعطى للطفل بعد الولادة مباشرة في استمرارية الإرضاع الطبيعي؛ فكلما بدأت الرضاعة مبكراً كان ترسيخ الرضاعة أكثر نجاحاً. والجانب الأهم هو أن حليب الأم في الأيام الخمسة الأولى بعد الولادة (اللبأ، المسمار، الكلستروم) يحتوي على نسبة عالية من الأجسام المضادة لكثير من الكائنات الحية الفيروسية والبكتيرية على حد سواء، لوقاية وحماية الطفل من الأمراض والالتهابات (11، 14)، وهذا يتوافق مع رأي الأمهات المستهدفات للعينة؛ حيث تشير نتائج الدراسة إلى أن نسبة عالية جداً (83%) من الأمهات يعتقدن أن حليب اللبأ مفيد لصحة الطفل ومناعته، كما هو مبين بجدول (18)، وقد يعود ذلك إلى أن مستوى التعليم للأمهات المستهدفات عالٍ ولتزويدهن بالمعلومات الصحية، عن طريق الدروس التثقيفية حول الرضاعة الطبيعية، عن طريق المتقنين الصحيين الذين يشجعون على الإرضاع الطبيعي .

19. يتكون الثدي من نسيج غدي ومن دهون وأنسجة داعمة له؛ حيث يقوم النسيج الغدي بإنتاج حليب الثدي، أما الدهون فهي التي تحدد حجم وكبر الثدي أو صغره، وليس لها علاقة بكمية إنتاج وإفراز الحليب. والذي يتم إنتاجه بسبب النشاط الهرموني والانعكاسات العصبية والنفسية للأم (5)، يتوافق هذا مع رأي الأمهات المستهدفات للعينة؛ حيث تشير نتائج الدراسة إلى أن نسبة عالية (79.5%) من الأمهات لا توافق على أن الثدي الصغير لا ينتج حليباً كافياً للطفل، كما هو مبين في الجدول رقم (19).

20. تعتقد 38% من الأمهات المرضعات في جدول رقم (20) أنه يتوجب عليها شرب الحليب بكثرة لإنتاج وإدرار الحليب، بل الذي يزيد من إنتاج إدرار الحليب أن يرضع الطفل وقت شاء (الرضاعة عند الطلب)؛ لأن كثرة الرضاعة تنشط إنتاج هرمون البرولكتين، الذي يساعد بدوره على إنتاج وإفراز الحليب (5).

21. أوضحت الدراسة أن كثيراً من الأمهات (39.5%) لا يعتقدن أنه يجب عليهن المباشرة بين الرضعات لفسح المجال لتعبئة الثدي بالحليب مرة أخرى، كما هو مبين في الجدول رقم (21)، بينما 29.5% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك .

أشارت دراسات ماستر وجونسون أن الأطفال الذين يرضعون بنظام غير مقيد يزيدون في الوزن وينمون أسرع من أولئك الذين يرضعون وفق نظام صارم، وأن الأطفال الذين يرضعون على فترات متقاربة ينمون أحسن من الأطفال الذين يرضعون على مدد متباعدة، مما يبين أن تعدد الرضاعة ومدتها عامل مهم لتنشيط إدرار وإنتاج حليب الثدي (3).

22. من الناحية الصحية فإن الاقتصار على إرضاع الطفل رضاعة طبيعية خالصة خلال الأشهر الستة الأولى من حياته أمر

يحظى بأهمية بالغة في نمو الطفل ونضجه الجسمي والنفسي والعاطفي؛ فهؤلاء الأطفال يكونون أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية والأمراض المعدية، وبناء على توصيات منظمة الصحة العالمية في أن يستمر الإرضاع لأطول فترة ممكنة، ويمكن للأم أن ترضع الطفل عامين دون خوف أو قلق، بشرط أن تقوم بتدعيم حليبها بأغذية أخرى معدة في المنزل بعد الشهر السادس من عمر الطفل؛ حيث ما زالت تلعب الرضاعة الطبيعية دوراً حاسماً في استعداده للنمو النفسي والاجتماعي (14). ومن أهم النتائج التي أفرزتها دراستنا الحالية أن 82% من الأمهات لا يوافقن بأنه لا فائدة من الرضاعة الطبيعية بعد الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل، كما تبين في الجدول رقم (22).

إن الرضاعة الطبيعية تحمي الطفل من الأمراض المستقبلية، وتقوي العلاقة بين الأم والطفل، وتعكس سلوكياته وتربيته في المستقبل.

23. الرضاعة من الثدي هي العملية التي يحصل الطفل فيها على تغذيته التي لا مثيل لها من أمه، إضافة إلى إحساسه بالدفء والحنان وتلامس جسماني لصيق بين الأم والطفل، وهما يعاملان معاً كثنائي متناغم؛ فرضاعة الطفل لا تعمل على تنشيط إنتاج الحليب وانسيابه، بل تضع حلمة الثدي في القالب المناسب لعملية الإرضاع من جانب الطفل، كما أن شخصيتي الأم والطفل يلتحمان في عملية إرضاء وسعادة مشتركة (3).

تشير الدراسة الحالية إلى أن 78.5% من الأمهات لا يوافقن على أن الرضاعة الطبيعية والصناعية متشابهان، وهذه نسبة جيدة جداً، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (23)؛ فالمكونات الغذائية في حليب ثدي الأم تشكل خليطاً متوازناً من الدهون والبروتينات واللاكتوز والمعادن والفيتامينات، محضرة طبقاً للتعليمات الموروثة والمبرمجة في خلايا الأم، (18، 3) وحليب الأم حيوي وديناميكي.

24. إن خروج الأم المرضع للعمل يحرم الطفل نسبياً فرص الرضاعة والرعاية، ولكن يمكن للأم العاملة المرضع أن توفر الالتزام بين عملها وكونها أمّاً مرضعاً، ولتحقيق ذلك يجب أن تثق بأن حليبها هو الغذاء الأمثل لتغذية الطفل (6، 18)، وأن تتعلم طرق زيادة إدرار الحليب وكيفية شطفه وتخزينه للطفل الرضيع، كما تحتاج إلى دعم وتشجيع من البيئة المحيطة بها للاستمرار بالرضاعة الطبيعية، وعدم إدراج وإعطاء الحليب الصناعي لطفلها أثناء وجودها خارج المنزل، وهذا ما أبدته الأمهات من عينة الدراسة، أن آراء 43% منهن بعدم موافقتهن على أن تقدم الأم المرضع، التي تعمل الحليب الصناعي، بينما 34.5% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك، كما هو مبين في الجدول رقم (24).

25. إن إعطاء الرضيع الماء المعقم أو أي شراب للمغص أو الحليب الصناعي أو الأطعمة الجاهزة من الأمور الضارة بصحة الرضيع، وأن أي رضعات إضافية من الماء أو الأعشاب أو الحليب الصناعي لن تؤدي إلا إلى إعاقة وإضعاف إدرار وإنتاج حليب ثدي الأم، وتقلل من قدرة الرضيع على مص الثدي.

تعتقد 36% من الأمهات أنه يجب إعطاء الطفل الرضيع مساء الكراوية أو أي أعشاب لتهدئته، وهذا اعتقاد خاطئ يجب العمل على تغييره، بينما 35% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك، كما هو مبين في الجدول رقم (25).

26. أما الرضاعة عند الطلب، أي كلما رغب الطفل في الرضاعة من الثدي الأم، فهي إحدى الخطوات العشر نحو رضاعة طبيعية ناجحة، والتي أوصت بها منظمة الصحة العالمية وهيئة اليونيسيف في البيان المشترك عام (1989). فمعظم الرضع الأصحاء مكتملو النمو يحتاجون ما بين (10-12) رضعات يومياً، وهو يسمح للطفل بالرضاعة حسب الطلب لإيجاد نظام مرن للتغذية.

ومن فوائد ومزايا الإرضاع عند الطلب زيادة إدرار وإنتاج الحليب، ويساعد الطفل في الحصول على غذائه عندما يحتاجه؛ فتصبح فترات الإرضاع مبنية على الاحتياجات الفردية لكل طفل.

ومن مميزات تجنب الطفل الرضيع الاصطدام المبكر مع البيئة؛ حيث إن متطلباته الفسيولوجية يستجاب لها فوراً، كما يجنب الأم الربط بين غذاء الطفل وبين متاعبه، مثل البكاء لأسباب أخرى. كما تفيد الرضاعة عند الطلب في الوقاية من مشكلة احتقان الحليب في الثدي (15، 18، 14).

تشير بيانات الدراسة الحالية إلى أن 53% من الأمهات لا يوافقن على تحديد فترة زمنية بين الرضعات والتقيدها حسب جدول زمني محدد/ كل 3-4 ساعات/ كما هو مبين في الجدول رقم (26).

27. إن تغير محتويات حليب الأم وتركيبه منذ الولادة وحتى نهاية مرحلة الرضاعة، بما يتلاءم مع حاجة الطفل اليومية، كما يحتوي حليب الأم على مكونات عملية نمو ونضج الجهاز الهضمي، وهو سهل الهضم نتيجة وجود الماء والسكر بأول الرضعة، ويزداد الدسم في نهاية الرضعة، وهذا بدوره يؤدي إلى سهولة وسرعة هضم الحليب (10) لدى الطفل الرضيع والسؤال يطلب الإرضاع من الثدي، الذي بدوره يزيد من إنتاج حليب الأم؛ حيث أظهرت الدراسة الحالية أن 71% من الأمهات لا تعتقد أن الطفل الرضيع لا يشبع من الحليب الطبيعي؛ لأنه خفيف وغير دسم، كما هو مبين في الجدول رقم (27).

28. عند سؤال الأمهات المستهدفات: هل ميزة الحليب الصناعي بالقينية أن الأم تعرف كمية الحليب التي يتناولها الطفل الرضيع، فكانت النتيجة أن 45.5% موافقات على ذلك، وهي نسبة عالية كما هو مبين في الجدول رقم (28)، وقد يعزى ذلك الاعتقاد الخاطئ إلى أن كمية الحليب الصناعي بالقينية تكون محسوبة ومرئية ومقروءة لدى الأم، وهو عكس الثدي، الذي لا تعرف كم الطفل رضع وأخذ منه، علماً بأن الأم يمكنها معرفة الكمية عن طريق فحص وزن الطفل واختبار البلب للطفل (يتبول الرضيع من 4-6 مرات أو أكثر يومياً).

29. في مرحلة الحمل غالباً ما تكتسب الحامل ما بين 9 إلى 12 كيلوجراماً إضافية على وزنها أو أكثر، تفقد منها نحو 5-7 كيلوجرامات بعد الولادة مباشرة، أما الباقي فيحتاج تقريباً إلى 8-9 أشهر لاسترجاع وزنها إلى ما قبل الحمل، أي بمعدل خسارة نصف كيلو في الأسبوع الواحد؛ لذا ينصح الأطباء بالمهمل وعدم الاستعجال بإنقاص الوزن بشكل مفاجئ وسريع؛ فمن مزايا الرضاعة الطبيعية أنها تحرق ما يعادل 500 سعرة حرارية في اليوم الواحد، وبذلك تتخلص الأم المرضع من الوزن الزائد بسرعة أكبر (17).

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن 63% من الأمهات لا يعتقدن أن الرضاعة الطبيعية تزيد الأم سمناً، كما هو مبين في الجدول رقم (29).

30. أما ترهل الثدي فيصيب غالبية النساء في مرحلة ما من العمر، خاصة مع التقدم في السن أو نتيجة تكرار الارتفاعات والانخفاضات الشديدة في الوزن؛ لذا يجب المحافظة على وزن معتدل للجسم وتجنب تكرار الارتفاعات والانخفاضات الشديدة فيه، فهي عوامل مهمة في تقليل احتمالات الإصابة بترهل الثدي، وليست الرضاعة الطبيعية هي المسؤول الرئيس عن ذلك (3).

تشير الدراسة الحالية إلى أن 41% من الأمهات لا يعتقدن أن الرضاعة الطبيعية تسبب ترهل الثدي، كما هو مبين، بينما 5% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك، كما هو مبين في الجدول رقم (30).

31. الرضاعة الليلية مهمة للأطفال؛ حيث إن الطفل يحصل على كمية الحليب التي يحتاجها أثناءها، وهي من أهم الأسباب التي تساعد على استمرار إدرار وإنتاج حليب الثدي طوال اليوم للطفل؛ فالمسؤول عن إدرار وإنتاج حليب الثدي هو هرمون البرولاكتين، أو ما يسمى بهرمون الأمومة، الذي يصل في الدم أعلى مستوى له ليلاً، ويسجل الحد الأعلى له في الساعة الثانية وحتى السادسة صباحاً، وإن زيادة مص الثدي تؤدي لزيادة إفراز وإنتاج الحليب، والإقلال من مص الثدي مثل عرض الرضاعة الصناعية يؤثر ويقلل من إفراز وإنتاج حليب الثدي (9، 8، 7، 6).

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن 72% من الأمهات لم يوافقن على عدم تعويد الطفل الرضيع الرضاعة الطبيعية ليلاً، وهي نسبة عالية، كما هو مبين في الجدول رقم (31).

32. تشير الدراسة الحالية إلى أن نسبة عالية من الأمهات (67.5%) تعلم وتعتقد أن الطفل الذي يرضع رضاعة صناعية أكثر إصابة بالأمراض المعدية من الذي يرضع طبيعياً، كما هو مبين في الجدول رقم (32)؛ حيث إن الرضاعة الطبيعية تحمي الطفل من الأمراض المستقبلية، وتقوي العلاقة بين الأم والطفل، وتعكس سلوكياته وتربيته في المستقبل.

33. كما اتضح أيضاً في الدراسة الحالية أن 44% من الأمهات غير موافقات على تقديم وإعطاء رضعة صناعية ليلاً لينام الطفل، وهي مؤشر جيد لمستوى ثقافة ومعرفة الأمهات، بينما 33.5% من الأمهات لم يكن لهن رأي واضح وصريح حول ذلك، كما هو مبين في الجدول رقم (33).

34. الرضاعة الطبيعية هي أسهل وأكثر وأقدم الطرق الطبيعية إشباعاً لاحتياجات الطفل غذائياً وعاطفياً، وهي القاعدة الأساسية والرئيسية في تغذية الأطفال الرضع؛ فقد أظهرت الدراسة الحالية أن 82.5% من الأمهات لا يعتبرن الرضاعة الصناعية (من القنينة) هي أفضل وأرقى من الإرضاع الطبيعي، وهي نسبة عالية جداً، كما هو مبين في الجدول رقم (34)، وقد يعزى ذلك إلى أن المجتمع في الإمارات مازال يمارس ثقافة الأمهات والجندات في الإرضاع من الثدي.

35. بناء على توصيات منظمة الصحة العالمية وهيئة اليونيسيف، فإن التغذية المثالية للرضيع يجب أن تقتصر على الرضاعة من الثدي منذ الولادة وحتى اكتمال عمر ستة أشهر، وبعد ذلك تضاف الأغذية التكميلية المناسبة للطفل، مع الاستمرار في الإرضاع من الثدي حتى عمر سنتين أو أكثر. ويجب عدم إعطاء الطفل الرضيع المياه قبل عمر ستة أشهر ولو في الجو الحار صيفاً؛ فحليب الأم يحتوي على الماء بكمية كافية للطفل للرضيع؛ فالطفل لا يبدأ بشرب الماء إلا بعد أن يأكل الأطعمة الصلبة، ويفضل تقديمه للطفل بواسطة الكوب وليس بالقنينة، وإعطاء الرضيع الماء يملأ معدته بالمياه، وبالتالي يقلل من شهيته للرضاعة من الثدي، فيؤثر سلباً في كمية إنتاج وإدرار الحليب، أو أحياناً يؤدي إلى الإصابة بالإسهال والاستفراغ إن لم تكن المياه نظيفة، وفي حال إصابة الطفل بالإسهال أو القيء يجب زيادة عدد مرات الرضاعة لتعويض الطفل السوائل المفقودة من جسمه (21، 22، 23، 17، 16، 15، 14).

تشير النتائج أن 60% من الأمهات المستهدفات في عينة الدراسة لم يوافقن على تقديم الماء للطفل الرضيع منذ ولادته، وهي نسبة جيدة، كما هو مبين في الجدول رقم (35).

36. التبكير في تقديم الأغذية المساعدة للطفل الرضيع قبل بلوغه عمر الستة أشهر قد يعرضه للإصابة بالإسهال، وذلك لعدم اكتساب جهازه الهضمي النضج التام، إلى جانب احتمال تلوث الأغذية أثناء إعدادها، كما أن تقديم الغذاء المكمل للطفل يؤدي إلى إحساسه بالشبع نظراً لمحدودية استيعاب معدة الطفل، وبالتالي يفقد الرغبة بالرضاعة، مما يقلل من إدرار وإنتاج حليب الأم (6).

أظهرت الدراسة أن نصف عينة الدراسة (53%) من الأمهات لم يوافقن على تقديم الوجبات الجاهزة للطفل الرضيع ابتداء من عمر أربعة أشهر، كما هو مبين في الجدول رقم (36).

37. يتضح من الجدول رقم 37 اعتقاد الأمهات المستهدفات في عينة الدراسة أن من أهم العوامل والأسباب التي تؤدي بالأم إلى عدم إرضاع طفلها طبيعياً خروجها من المنزل بقصد العمل بأجر أو للدراسة (33.5%)، وهي فترة تكون عادةً طويلة نوعاً ما لترك الطفل الرضيع في المنزل، مما يؤدي إلى اضطراب الشخص الذي يعتني بالطفل إلى إعطائه الحليب الصناعي، الذي بدوره يعمل على شعور الطفل بامتلاء معدته بالطعام، كما تؤدي عملية إعطاء الطفل الحليب الصناعي بالقبضة إلى تشويش عملية المص والرضاعة عند الطفل، وأيضاً بقاء الأم مدة طويلة بدون أن تشفط حليب الثدي يؤدي إلى انخفاض نسبة إنتاج وإدرار الحليب في الثدي.

كما ترى بعض الأمهات (18%) أن لعدم ثقة الأم بنفسها وبقدرتها على إنتاج الحليب وكفايته لطفلها أحد العوامل المساعدة للبدء بتقديم الحليب الصناعي للطفل.

وترى بعض الأمهات (14%) أن للحالة النفسية والقلق وعدم الاستقرار الأسري تأثيراً في إدرار وإنتاج حليب الثدي، وبالتالي يكون من العوامل المساعدة على عدم الإرضاع الطبيعي للطفل.

كما تعتقد بعض الأمهات (13.5%) أنه في حال إصابة الأم أو الطفل بأي مرض يجب عليها أن لا ترضع طفلها، كما ترى (13.5%) أن كثرة الأعباء المنزلية وكثرة الأبناء وقلة الوقت لدى الأم تؤدي إلى الإرضاع الصناعي؛ حيث إن الرضاعة من الزجاج لا تتطلب منها الحضور لإعطائها للرضيع.

وتصرح الأمهات بأن الخوف على شكل وجمال الجسد وإهمالها للتغذية الجيدة والمفيدة والخوف من ترهل الثدي (12%) هو أيضاً عامل مساعد للبدء بالحليب الصناعي وعدم الإرضاع الطبيعي. وترى الأمهات أن عدم تشجيع البيئة المحيطة بالأم على الإرضاع (11%) سواء من الزوج أو الأصدقاء أو الجدات والأمهات، وأيضاً من الخدمات المقدمة في المجتمع، مثل تخصيص أماكن خاصة لإرضاع الطفل في مراكز التسوق أو المطاعم أو المحلات الكبرى أو الحدائق، كما ترى الأمهات أن نمط وأسلوب الحياة (10%) يتطلب منها تقديم الرضاعة الصناعية للطفل مجارة للموضة، وكثرة خروجها من المنزل بحجة التسوق والترفيه والترويح عن النفس، بينما نسبة قليلة جداً من الأمهات يبيّن أن عدم معرفة الأم بأهمية الرضاعة وعدم تشجيع بيئة العمل على الإرضاع الطبيعي (2.5%) له نصيب في عزوف الأمهات عن الإرضاع الطبيعي. هذه الآراء يجب دراستها بعمق والبحث بين ثنائيا لمعرفة مدى صحتها والعمل على تعديلها وتصحيحها.

38. يتضح من جدول رقم 38 اعتقاد الأمهات المستهدفات لعينة الدراسة أن أهم العوامل المساعدة لاستمرار الإرضاع الطبيعي لمدة حولين كاملين هو زيادة التوعية التثقيفية والمعرفية للأم بأهمية الرضاعة لها ولطفلها، بنسبة (19.5%)، ويليه تشجيع بيئة العمل على الإرضاع الطبيعي (14%)، وذلك بتوفير حضانات في أماكن العمل، وإطالة إجازة الأمومة من عام إلى عامين، والسماح بالعمل بالدوام المرن أو بنصف الأجر.

كما يجب على الأم المحافظة على تغذيتها الجيدة والمتوازنة (14%) للاستمرار في إنتاج وإدرار حليب الثدي والمحافظة عليه، وتكثيف المحاضرات التوعوية (13%) الخاصة بالرضاعة الطبيعية بشكل عام ولجميع فئات المجتمع، ودروس الرضاعة قبل الولادة بشكل خاص للأمهات المقبلات على الأمومة. كما تلعب البيئة المحيطة بالأم (13%) من زوج وأصدقاء ومرافق عامة وإعلام دوراً في دعم وتشجيع الاستمرار على الرضاعة الطبيعية للطفل.

الراحة النفسية والاستقرار الأسري (10%) يلعب دوراً أيضاً في استمرار الرضاعة الطبيعية؛ فعملية الإرضاع والهرمونات تعتمد في إنتاجها على نفسية الأم الإيجابية .

بقاء الأم والطفل معاً كوحدة واحدة (8%) يؤدي لزيادة إنتاج وإدرار حليب الثدي واستمرارية إعطائه للطفل الرضيع وإرضاعه وقت طلبه . الإرضاع يحفز على إنتاج وإدرار حليب الثدي (10%)

كما أن للوازع الديني والإيمان بما أمر الله واتباع أوامره بإرضاع الطفل لعامين (6.5%) تأثيراً في الاستمرار في الإرضاع الطبيعي .

هذه العوامل المساعدة للاستمرار بإرضاع الطفل رضاعة طبيعية يجب تدعيمها وتشجيعها والتحفيز للعمل من خلالها .

الجدول

جدول (2) : العمر		
النسبة %	التكرار	الفئة العمرية
45.5	91	18 - لأقل من 30
49.5	99	30 - لأقل من 40
5	10	40 - لأقل من 50
100	200	المجموع

جدول (1) : الجنسية		
النسبة %	التكرار	الجنسية
89.5	179	مواطنة
10.5	21	مقيمة
100	200	المجموع

جدول (4) : عمر طفلك الحالي		
النسبة %	التكرار	عمر طفلك الحالي
26	52	أقل من 6 أشهر
23.5	47	6 أشهر لأقل من سنة
24.5	49	سنة لأقل من سنة ونصف
26	52	سنة ونصف فأكثر
100	200	المجموع

جدول (3) : المستوى التعليمي		
النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
1.5	3	ابتدائي أو أقل
6.5	13	إعدادي
47.5	95	ثانوي
39.5	79	جامعي
5	10	دراسات عليا
100	200	المجموع

جدول (6): مدة الرضاعة الطبيعية للطفل الحالي		
النسبة %	التكرار	مدة الرضاعة
33	66	أقل من 6 أشهر
29.5	59	6 أشهر لأقل من سنة
16	32	سنة لأقل من سنة ونصف
21.5	43	سنة ونصف فأكثر
100	200	المجموع

الجدول (5): نوع الرضاعة لطفلك الحالي		
النسبة %	التكرار	نوع الرضاعة لطفلك الحالي
32	64	طبيعي
29	58	صناعي
39	78	صناعي وطبيعي
100	200	المجموع

جدول (8): مصدر المعلومات عن الرضاعة		
النسبة %	التكرار	مصدر المعلومات
36	72	مدرسة / جامعة والمشفى
18.5	37	أصدقاء / أهل / جيران
9.5	19	وسائل إعلام
36	72	جميع ما ذكر
100	200	المجموع

جدول (7): هل سبق أن التحقت بمحاضرات أو دروس للرضاعة		
النسبة %	التكرار	محاضرات / دروس للرضاعة
64	128	نعم
36	72	لا
100	200	المجموع

جدول (10): مكان عملك يشجع على الرضاعة		
النسبة %	التكرار	مكان العمل يشجع الرضاعة
18	36	يشجع كثيراً
17.5	35	لا بأس
8.5	17	لا يشجع
56	112	لا تعمل
100	200	المجموع

جدول (9): هل تعملين خارج البيت		
النسبة %	التكرار	العمل خارج المنزل
44	88	نعم
56	112	لا
100	200	المجموع

جدول (12): كثير من الأمهات يعتقدن أن حليبهن غير كاف لطفلهن الرضيع		
النسبة %	التكرار	كثير من الأمهات يعتقدن أن حليبهن غير كاف لطفلهن الرضيع
10.5	21	أوافق بشدة
32.5	65	أوافق
32.5	65	نوعاً ما
16	32	لا أوافق
8.5	17	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

جدول 14: تحتاج الأم المرضعة أن تأكل وتشرب (عن اثنتين) عنها وعن طفلها لتنتج كمية أكبر من الحليب		
النسبة %	التكرار	
16	32	أوافق بشدة
27.5	55	أوافق
22	44	نوعاً ما
31	62	لا أوافق
3.5	7	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

جدول (16): من الطبيعي أن تكون الرضاعة الطبيعية مؤلمة		
النسبة %	التكرار	
11.5	23	أوافق بشدة
23.5	47	أوافق
35	70	نوعاً ما
23	46	لا أوافق

جدول (11): هل البيئة المحيطة تشجع الرضاعة الطبيعية		
النسبة %	التكرار	البيئة المحيطة والرضاعة
47.5	95	نعم
52.5	105	لا
100	200	المجموع

جدول (13): يحتاج الطفل الذي يرضع رضاعة طبيعية إلى الحليب الصناعي بعد عمر 6 أشهر من ولادته		
النسبة %	التكرار	
10	20	أوافق بشدة
28	56	أوافق
30	60	نوعاً ما
24.5	49	لا أوافق
7.5	15	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

جدول (15): على الأم المرضع إذا أصيبت بمرض مثل الزكام والتهاب اللوزتين أن تتجنب الرضاعة من ثديها		
النسبة %	التكرار	
6.5	13	أوافق بشدة
14.5	29	أوافق
15.5	31	نوعاً ما
49	98	لا أوافق

7	14	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

14.5	29	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (18): يجب التخلص من حليب اللبأ أو الصمغ لأنه غير مفيد في الأيام الأولى من الولادة		
النسبة %	التكرار	
4	8	أوافق بشدة
6	12	أوافق
7.5	15	نوعاً ما
28.5	57	لا أوافق
54	108	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (17): من علامات الجوع الأولى لدى الرضيع البكاء		
النسبة %	التكرار	
18.5	37	أوافق بشدة
37.5	75	أوافق
29	58	نوعاً ما
13	26	لا أوافق
2	4	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (20): يجب على الأم المرضع شرب الحليب بكثرة لتكون قادرة على إنتاج وزيادة الحليب لطفلها		
النسبة %	التكرار	
11.5	23	أوافق بشدة
26.5	53	أوافق
28	56	نوعاً ما
28.5	57	لا أوافق
5.5	11	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (19): لا يمكن للثدي الصغير إنتاج الحليب الكافي للطفل الرضيع		
النسبة %	التكرار	
2.5	5	أوافق بشدة
5.5	11	أوافق
12.5	25	نوعاً ما
40	80	لا أوافق
39.5	79	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (22): لا فائدة من الرضاعة بعد الأشهر الستة الأولى للطفل		
النسبة %	التكرار	
2.5	5	أوافق بشدة

الجدول (21): يجب على الأم المباشرة بين الرضعات لكي تفسح المجال لتعبئة الثدي بالحليب مرة أخرى		
النسبة %	التكرار	
7.5	15	أوافق بشدة

أوافق	9	4.5
نوعاً ما	22	11
لا أوافق	91	45.5
لا أوافق بشدة	73	36.5
المجموع	200	100

أوافق	47	23.5
نوعاً ما	59	29.5
لا أوافق	64	32
لا أوافق بشدة	15	7.5
المجموع	200	100

الجدول (24): لا بد للأم العاملة أن تقدم لطفلها الرضيع الحليب الصناعي		
التكرار	النسبة %	
أوافق بشدة	11	5.5
أوافق	34	17
نوعاً ما	69	34.5
لا أوافق	51	25.5
لا أوافق بشدة	35	17.5
المجموع	200	100
الجدول (26): يجب تحديد الفترة الزمنية بين الرضعات والتقيد بها (مبرمجة)		
التكرار	النسبة %	
أوافق بشدة	11	5.5
أوافق	37	18.5
نوعاً ما	46	23
لا أوافق	81	40.5
لا أوافق بشدة	25	12.5
المجموع	200	100

الجدول (23): الرضاعة الصناعية (الحليب الصناعي) تشبه إلى حد كبير الرضاعة الطبيعية (حليب الأم)		
التكرار	النسبة %	
أوافق بشدة	5	2.5
أوافق	10	5
نوعاً ما	28	14
لا أوافق	77	38.5
لا أوافق بشدة	80	40
المجموع	200	100
الجدول (25): يجب إعطاء الطفل الرضيع مساء الكراوية أو اليانسون المغلي للتخلص من المغص حتى ينام		
التكرار	النسبة %	
أوافق بشدة	18	9
أوافق	54	27
نوعاً ما	70	35
لا أوافق	44	22
لا أوافق بشدة	14	7
المجموع	200	100

الجدول (28): من فوائد الرضاعة الصناعية بالقينية أن الأم تعرف كمية الحليب التي تناولها طفلها الرضيع		
النسبة %	التكرار	
8.5	17	أوافق بشدة
37	74	أوافق
22	44	نوعاً ما
24	48	لا أوافق
8.5	17	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (27): الطفل الرضيع لا يشبع من الحليب الطبيعي لأنه خفيف وغير دسم		
النسبة %	التكرار	
4	8	أوافق بشدة
9	18	أوافق
16	32	نوعاً ما
44	88	لا أوافق
27	54	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (30): الرضاعة الطبيعية تسبب ترهل الثدي (تشوه الثدي)		
النسبة %	التكرار	
10	20	أوافق بشدة
20.5	41	أوافق
28.5	57	نوعاً ما
29.5	59	لا أوافق
11.5	23	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (29): الرضاعة الطبيعية تزيد الأم سمناً (زيادة في وزن الأم)		
النسبة %	التكرار	
6.5	13	أوافق بشدة
10.5	21	أوافق
20	40	نوعاً ما
39	78	لا أوافق
24	48	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (32): الطفل الذي يرضع رضاعة صناعية أكثر إصابة بالأمراض المعدية من الذي يرضع طبيعياً		
النسبة %	التكرار	
33	66	أوافق بشدة
34.5	69	أوافق
16.5	33	نوعاً ما
9.5	19	لا أوافق

جدول (31): تعويد الطفل الرضيع على الرضاعة الطبيعية ليلاً		
النسبة %	التكرار	
6	12	أوافق بشدة
6.5	13	أوافق
15.5	31	نوعاً ما
42	84	لا أوافق

6.5	13	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

30	60	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (34): الرضاة الصناعية أفضل وأرقى من الرضاة الطبيعية (نمط متحضر ومعاصر)		
النسبة %	التكرار	
2	4	أوافق بشدة
6	12	أوافق
9.5	19	نوعاً ما
37.5	75	لا أوافق
45	90	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (33): يجب إعطاء الطفل الرضيع رضعة صناعية واحدة فقط ليلاً لينام		
النسبة %	التكرار	
7.5	15	أوافق بشدة
15	30	أوافق
33.5	67	نوعاً ما
26.5	53	لا أوافق
17.5	35	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع

الجدول (36): يجب البدء بتقديم الوجبات الجاهزة للطفل الرضيع ابتداءً من عمر 4 أشهر		
النسبة %	التكرار	
6	12	أوافق بشدة
21.5	43	أوافق
19.5	39	نوعاً ما
32.5	65	لا أوافق
20.5	41	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع
الجدول (38): برأيك ما هي أهم العوامل المساعدة للأم لكي تستمر بإرضاع طفلها حولين كاملين (عامين) اذكريها رجاء		
النسبة %	التكرار	

جدول (35): يجب إعطاء الطفل الرضيع الماء المغلي والمعقم منذ ولادته بعد كل رضعة		
النسبة %	التكرار	
8	16	أوافق بشدة
11.5	23	أوافق
20.5	41	نوعاً ما
34.5	69	لا أوافق
25.5	51	لا أوافق بشدة
100	200	المجموع
الجدول (37): برأيك ما هي أهم العوامل والأسباب التي تؤدي بالأم إلى عدم إرضاع طفلها طبيعياً؟		
النسبة %	التكرار	

19.5	39	زيادة ومعرفة الأم بأهمية الرضاعة لها ولطفلها
14	28	تشجيع بيئة العمل على الإرضاع الطبيعي
14	28	التغذية الجيدة والمتوازنة للأم
13	26	تكثيف المحاضرات والتوعية بأهمية الإرضاع الطبيعي
13	26	تشجيع البيئة المحيطة للأم على الإرضاع الطبيعي
12	24	الاستقرار الأسري والراحة النفسية للأم
10	20	الرغبة بإرضاع الطفل كلما طلب
8	16	بقاء الأم مع الطفل معاً كوحدة واحدة
6.5	13	أمر من الله تعالى فهو فرض على الأم وحق للطفل
110	220	مجموع الإجابات

33.5	67	خروج الأم من المنزل للعمل أو الدراسة
18	36	عدم ثقة الأم بنفسها وبكفاية حليبها
14	28	الحالة النفسية للأم
13.5	27	إصابة الأم أو الطفل بالمرض
13.5	27	كثرة الأبناء والأعباء المنزلية
12	24	الخوف على قوامها وترهل ثديها وإهمال تغذيتها
11	22	عدم تشجيع البيئة المحيطة على الإرضاع الطبيعي
10	20	نمط وأسلوب الحياة يتطلب ذلك
2.5	5	عدم تشجيع بيئة العمل على الإرضاع الطبيعي
2.5	5	عدم معرفة الأم بأهمية الرضاعة الطبيعية
130.5	261	مجموع الإجابات

الاستنتاجات

- الرضاعة الطبيعية هي وظيفة بيولوجية تؤمن الأم من خلالها الغذاء المثالي لطفلها الرضيع .
- إن سلوك الأم الخاص بالإرضاع الطبيعي يعتمد اعتماداً كبيراً على الوسط الاجتماعي والثقافي الذي نشأت فيه منذ نعومة أظافرها .
- إن تحضير الأم للرضاعة الطبيعية نفسياً ومعنوياً يبدأ في فترة ما قبل الولادة؛ حيث إن المناقشات الفردية والجماعية تساعد على إيجاد سلوك إيجابي لدى الأم اتجاه الرضاعة الطبيعية .
- إن آراء ووجهات نظر الأم المرضع كثيراً ما تكون انعكاساً لآراء الأسرة التي تشجع وتدعم الرضاعة الطبيعية أو عكس ذلك .
- تؤثر الرعاية الصحية في مدى اكتساب الأم معارف ومعلومات تجاه الرضاعة الطبيعية ، ولكن مازالت البيئة المحيطة بالأم لها التأثير الأكبر في ممارساتها للرضاعة وسلوكياتها الصحية والغذائية المكتسبة .
- إن للمستوى التعليمي للأم وعمرها وخبرتها الإنجابية تأثيراً في مدى إقبالها على نوع الرضاعة للطفل .
- يعد حليب الأم وحده الغذاء الأمثل للطفل خلال الأشهر الستة الأولى من عمره ، ثم يبدأ بالأغذية التكميلية المعدة في المنزل ، مع الاستمرار بالإرضاع من الثدي حتى عمر السنتين من عمر الطفل أو أكثر .
- بالرغم من أن معظم الأمهات المستهدفات حضرن دورس الرضاعة الطبيعية قبل الولادة نجد أن بعض الأسئلة لم تبدِ الأمهات فيها رأياً صريحاً حولها ، وهناك بعض المعتقدات الخاطئة المتداولة بين الأمهات بالرغم من وجود نسبة جيدة من الأمهات لديهن اعتقادات صحيحة بشأن الرضاعة الطبيعية .
- مصدر المعلومات حول الرضاعة الطبيعية هو الكادر الصحي ، أما الإعلام فلم يكن له صدى ، ربما يرجع ذلك لأسباب عدة ؛ منها أن الحديث عن الرضاعة الطبيعية موضوع محرج وحساس ، وربما يتجنب الجميع الخوض فيه لاعتبار أن ثدي المرأة من الأجزاء الجنسية المثيرة ، فيتجنب مناقشتها على الملأ ، أو لاعتبار أن الرضاعة الطبيعية هي بالفطرة الغذاء الطبيعي للطفل فلا داعي للتحدث عن شيء عادي وطبيعي .
- الأمهات أنفسهن حددن ما هي العوامل التي تؤثر سلباً على الرضاعة الطبيعية ، ويجب علينا دراسة كل سبب بدقة وتأنٍ ، وإيجاد الحل المناسب له ؛ لمساعدة الأمهات على تخطي واجتياز الصعاب .
- الأمهات أنفسهن أيضاً حددن العوامل المساعدة لإنجاح عملية الرضاعة الطبيعية ، التي تؤثر إيجابياً فيها ، ويجب منا تشجيعها ودعم وحماية هذه العوامل ونشرها بين الأمهات .
- حماية ودعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية هي مسؤولية الجميع وليس الأم فقط .
- يجب توفير أجواء عمل تهتم بالأم وتراعي احتياجاتها وتقلل العبء الملقى عليها ؛ من أجل التوازن بين رعاية طفلها وعملها .

التوصيات والاقتراحات

بالرغم من الجهود المكثفة من قبل وزارة الصحة والجهات الصحية بدولة الإمارات العربية المتحدة والمنظمات الدولية، في تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية، إلا أن مستوى نسبة الإرضاع الطبيعي مازالت دون المستوى المطلوب، وهذا يبين أن النشاطات والبرامج المرتبطة بتشجيع الرضاعة الطبيعية مازالت تعاني من بعض القصور، وتحتاج إلى دعم وحماية وتشجيع، كما يجب تقوية هذه البرامج المرتبطة بالإرضاع الطبيعي ومعرفة السلبيات والإيجابيات بشكل دوري ودائم، ويجب معرفة سبب الاعتقادات الخاطئة في المجتمع والمتداولة بين الأمهات، التي تحتاج أيضاً للبحث عنها والعمل بجهد لتقليصها وإزالتها.

وبناء على ما سبق من نتائج فإن الدراسة توصي وتقترح ما يلي :

1. التركيز على نشر الثقافة الغذائية للأطفال الرضع بين الأمهات، خاصة البكرات، اللاتي ليس لديهن خبرة بالرضاعة الطبيعية؛ لترسخ في أذهانهن المعلومات الصحيحة، قبل أن تطغى عليهن العادات والممارسات الغذائية الخاطئة، والعمل على تصحيح المعتقدات الخاطئة الخاصة بصحة الأم والطفل وتغذيتهم والمتوارثة عبر الأجيال.
2. استخدام عبارات إرشادية موجزة وبسيطة من خلال اللوحات والنشرات الإرشادية والتوعوية التثقيفية مثل :
- الرضاعة الطبيعية مسؤولية الجميع في المجتمع / جميع الأمهات لديهن القدرة على إنتاج حليب الثدي للرضيع .
3. إدخال مفاهيم الإرضاع من الثدي في المناهج المدرسية بالتعليم الأساسي والعام منذ نعومة أظافر الطلبة .
4. ضرورة إجراء دراسات واسعة وعميقة للتعرف أكثر عن أسباب عزوف الأمهات عن الإرضاع الطبيعي والعوامل المساعدة لذلك، وإجراء بحوث بصفة دورية للأمهات بمختلف المراكز الصحية؛ لتحديد صعوبات وتحديات الإرضاع من الثدي وإيجاد الحلول المناسبة لها .
5. التنسيق مع وسائل الإعلام المختلفة؛ لبث التوعية الصحية الغذائية السليمة (الإرضاع الطبيعي) والغذاء الجيد المتوازن للأم والطفل، ومواجهة الإعلانات التجارية التي تحفز على الدعاية للحليب الصناعي بهدف الكسب المادي .
6. العمل على تشجيع الإرضاع الطبيعي، من خلال إصدار بعض التشريعات والقوانين التي تحد من استخدام الحليب الصناعي، وبيعه في الصيدليات فقط وبوجود وصفة طبية مراقبة .
7. تمديد إجازة الأمومة إلى 6 أشهر أو أكثر بدلاً من شهرين (بدون راتب بعد الشهرين أو بنصف راتب) مع ضمان إعادة الأم إلى وظيفتها السابقة؛ حتى لا يؤثر ذلك في رعاية وتغذية الطفل الرضيع وتمديد ساعة الإرضاع للطفل لغاية السنة بدلاً من الأشهر الستة الأولى بعد الولادة لبعض الحالات الخاصة، مثل (التوائم أو أكثر، وجود شفة أرنبية عند الطفل، إصابة الطفل بمتلازمة داون، أو الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة).
8. العمل على إنشاء غرف خاصة لحضانة الطفل الرضيع في أماكن العمل؛ وذلك للإعطاء فرصة للأم لإرضاع طفلها ورعايته دون الإخلال بأنظمة وقوانين مكان العمل، وتفعيل ساعات الدوام المرنة للأمهات المرضعات .
9. توعية المسؤولين وأفراد المجتمع نحو أهمية الرضاعة الطبيعية للطفل والأم والأسرة والمجتمع .
10. اتخاذ إمارة الشارقة نموذجاً يحتذى به بإطلاق حملة مبادرة «الشارقة مدينة صديقة للطفل» فإمارة الشارقة تسعى للحصول على شهادة ولقب عالمي من منظمة الصحة العالمية واليونسيف، بأن «الشارقة صديقة الأم والطفل» في عام 2015 وتعد المبادرة الأولى من نوعها على المستوى المحلي والشرق الأوسط .

الخاتمة

1. إن التطور والتغيرات التي حدثت طوال القرون تشير إلى تأرجح الممارسات باستمرار، مع العودة إلى الطريقة الطبيعية للتغذية؛ لما لها من مزايا للأم والطفل. الرضاعة الصناعية تلقن للأمهات بالتعليم والملاحظة والتنقل غير الرسمي وتولد لدى الأم شكوكاً ومخاوف بشأن أحسن طريقة لتغذية الرضع. إن هناك حاجة إلى رفع مستوى وعي المجتمع بخصوص بعض المشكلات المرتبطة بتغذية الطفل والتزويد بالكتيبات والنشرات.
2. سن القوانين والتشريعات الصحية والاجتماعية التي تتسم بالقوة والفاعلية؛ لأنها تزرع بذور الصحة للأمة (تحمي الطفل والأم) مثل إعطاء الأم إجازة كافية لرعاية الطفل مع تخصيص فترات للإرضاع عندما تعود إلى العمل. وإنشاء دور الحضانة وتوفيرها في أماكن العمل أو بالقرب من مكان العمل، سوف يساعد على إتاحة الفرص للأم العاملة كي ترضع طفلها أثناء العمل.
3. منع أو الحد من الترويج غير الأخلاقي لمنتجات الألبان، وذلك بسن قوانين وتشريعات وتوفير الدعم لتدريس أهمية الرضاعة من الثدي في المناهج الدراسية والمعاهد والجامعات، وتفعيل دور الكوادر الصحية بتشجيع ودعم وحماية الرضاعة الطبيعية.
4. أوضحت عدد من الدراسات أن الأم المرضع تحتاج إلى شيئين مهمين هما: معلومات تفصيلية عن النواحي المختلفة للرضاعة من الثدي، ومساندة عاطفية خاصة في الأيام الأولى من الرضاعة، تقدم من أشخاص توليهم الثقة؛ فإذا أنجز هذان الشرطان أثناء كل اتصال بين الأم والعاملين الصحيين فإنها ستكون أكثر ميلاً لإرضاع طفلها من الثدي.

المراجع

1. دليل رعاية الأم والطفل، د. هاجر الحوسني، أبوظبي: وزارة الصحة والاتحاد النسائي العام، 2001م.
2. ذكاء الجنين، د. النابلسي (محمد أحمد)، بيروت، دار النهضة - 1988م.
3. الرضاعة الطبيعية هي الخيار البيولوجي، الطبعة العربية صادرة عن المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط، التابع لمنظمة الصحة العالمية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، أكتوبر 1981.
4. الرضاعة الطبيعية وطاقم الطفل وتغذيته، الدكتور يوسف خليل أبو اصبع، دار الوصل للعلوم والنشر 2000-.
5. تشجيع الأمهات على الإرضاع الطبيعي، الدكتورة فيليستي سفج كنج، طبعة منقحة ومزودة، مترجمة، دلمون للنشر 1991-.
6. تغذية الرضيع (المبادئ العلمية والعملية)، الدكتور محمد اسائي وآخرون، دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع 2005-.
7. اللبأ معجزة الله في الأرض، د. جميل القدسي، شراب ودواء ووقاية وشفاء، الأردن: مؤسسة الدكتور جميل القدسي، 2006م.
8. أمهات موفورات الصحة أطفال سعداء، جيني هامبتون وجوليا كليفز موس، البحرين: دلمون للنشر، 1994م.
9. نمو الطفل وأسس رعايته، د. رعدة خالد شكري، سلطنة عمان: مكتبة الفلاح، 2008م.
10. أولادنا من الولادة حتى المراهقة، ريتا مرهج، بيروت: أكاديميا إنترناشيونال، 2001م.
11. سبوك "ترجمة" عدنان كيالي وايلي لأوند، موسوعة العناية بالطفل، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1990م.
12. أخلاق المسلم وكيف نربي أبنائنا عليها، مبيض (محمد سعيد)، سوريا: مكتبة الغزالي، دار الثقافة، 1991م.
13. حماية الأمومة في العمل من منظور الرضاعة الطبيعية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط.
14. Baby-Friendly Hospital Initiative, Unicef /Who Breastfeeding Promotion And Support In A Baby-Friendly Hospital-20 Hour Course ,Revised ,Updated And Expanded For Integrated Care 2009
15. Counseling The Nursing Mother A Lactation Consultant's Guide, Fourth Edition, Lauwers and Swisher, Gones and Bartlett publishers
16. Breastfeeding And Human Lactation , Jan Riordan and Kathleen Gand Auerbach ,Second Edition ,Jones and Bartlett publishers
17. Core Curriculum For Lactation Consultant Practice < Marsha Walker, Jones and Bartlett publishers ,2002
18. جمعية أصدقاء الرضاعة الطبيعية بالمجلس الأعلى لشؤون الأسرة [www . bffriends . ae](http://www.bffriends.ae)
19. لغة الجسد، الآن و باربارا بيبز، كتاب إلكتروني مترجم، [www . alkottob . com](http://www.alkottob.com)
20. حملة إمارة الشارقة صديقة الطفل [http : // www . sharjahbabyfriendly . ae](http://www.sharjahbabyfriendly.ae)
21. موقع منظمة الصحة العالمية [/http : // www . who . int](http://www.who.int)

- 22 . الأهداف الإنمائية التنموية [/http://web.worldbank.org](http://web.worldbank.org)
- 23 . ايفان [/http://www.ibfanaw.com](http://www.ibfanaw.com)
- 24 . دراسات في الغذاء والتغذية في البحرين ، الدكتور عبد الرحمن مصقير ، سلسلة الدراسات والبحوث العلمية .
- 25 . دراسة بعنوان : "محددات الرضاعة الطبيعية المطلقة بين الأمهات في المستشفى بعجمان - دولة الإمارات العربية المتحدة" **determinant of Exclusive Breast Feeding among mothers . hospital based study in ajman uae** ، الدكتورة ليديا الحايك ، رسالة ماجستير ، كلية الخليج الطبية بعجمان ، 2013 .
- 26 . دراسة وطنية بدولة الإمارات العربية المتحدة حول الرضاعة الطبيعية مقدمة من الإدارة المركزية لرعاية الأمومة والطفولة - وزارة الصحة - أبوظبي 2007- .
- 27 . دراسة ميدانية بعنوان "مستوى المعرفة والمعتقدات والممارسات لمقدمي الرعاية الصحية حول الرضاعة الطبيعية" استشارية الرضاعة الطبيعية ندى الحاج ، مركز مشيرف الصحي بعجمان ، 2010 .

الملاحق

استبانة لاستطلاع رأي الأمهات بنوع الرضاعة لأطفالهن وعلاقتها ببعض الظروف البيئية والعائلية والثقافية تسلسل الاستمارة

الأخوات الأمهات المشاركات؛ نشكر لكن حسن تعاونكن معنا والإجابة عن الاستبانة التي ستتناول نوع الرضاعة المقدمة من قبل الأمهات لأطفالهن، وعلاقتها ببعض الظروف البيئية والعائلية والثقافية، نرجو الإجابة على كل فقرات الاستبانة لكي نستطيع أن نخلص إلى نتائج ذات مردود نفعي أكيد بإذن الله تعالى.

أولاً: المعلومات الشخصية والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية

1. الجنسية: مواطنة مقيمة
2. العمر: (18- لأقل من 30) (30- لأقل من 40) (40 فأكثر)
3. المستوى التعليمي: ابتدائي أو أقل إعدادي ثانوي جامعة دراسات عليا

الحالة الاجتماعية:

4. عمر طفلك الحالي (الأخير)
 - أقل من ستة أشهر ستة أشهر لأقل من سنة سنة لأقل من سنة ونصف سنة ونصف فأكثر
 5. نوع الرضاعة لطفلك الحالي
 - طبيعي صناعي صناعي وطبيعي
 6. مدة الرضاعة الطبيعية لطفلك الحالي
 - أقل من ستة أشهر ستة أشهر لأقل من سنة سنة لأقل من سنة ونصف سنة ونصف فأكثر
 7. هل سبق أن التحقت بمحاضرات أو دروس تشجع على الرضاعة الطبيعية؟
 - نعم لا
 8. معلوماتك حول الرضاعة الطبيعية مستمدة من
 - المدرسة / الجامعة / المشفى الأصدقاء/ الأهل / الجيران وسائل الإعلام المرئية وغير المرئية
 - جميع ما ذكر:
 9. هل تعملين خارج البيت؟
 - نعم لا
- في حال الإجابة بلا انتقلي إلى سؤال 11 رجاء (اتركي سؤال 10 من غير إجابته).
10. هل يشجع مكان عملك الرضاعة الطبيعية بإعطائك ساعتين أو أي فترة زمنية محددة لإرضاع الطفل أو شفط وتخزين الحليب بمكان العمل؟
 - يشجع كثيراً لا بأس لا يشجع

11. هل البيئة المحيطة بك من زوج ، حماة ، أفراد أسرتك لها دخل أو تأثير بقرار نوعية الرضاعة لطفلك؟
□ نعم □ لا

ثانياً: تأثير المعتقدات والمعرفة الثقافية

12. كثير من الأمهات تعتقد أن حليبها غير كافٍ لطفلها الرضيع -

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

13. يحتاج الطفل الذي يرضع رضاعة طبيعية إلى الحليب الصناعي بعد عمر 6 أشهر من ولادته

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

14. تحتاج الأم المرضع أن تأكل وتشرب (عن اثنين) عنها وعن طفلها لتنتج كمية أكبر من الحليب

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

15. على الأم المرضع إذا أصيبت بمرض مثل الزكام والتهاب اللوزتين أن تتجنب الرضاعة من ثديها

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

16. من الطبيعي أن تكون الرضاعة الطبيعية مؤلمة للثدي -

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

17. من علامات الجوع الأولى لدى الرضيع البكاء

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

18. يجب التخلص من حليب اللبأ أو الصمغ في الأيام الأولى من الولادة لأنه غير مفيد

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

19. لا يمكن للثدي الصغير إنتاج الحليب الكافي للطفل الرضيع

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

20. يجب على الأم المرضع شرب الحليب بكثرة لتكون قادرة على إنتاج وزيادة الحليب لطفلها

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

21. يجب على الأم المبعادة بين الرضعات لكي تفسح المجال لتعبئة الثدي بالحليب مرة أخرى

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

22. لا فائدة من الرضاعة الطبيعية بعد الأشهر الستة الأولى للطفل لأن القيمة الغذائية للحليب تقل

□ أوافق بشدة □ أوافق □ نوعاً ما □ لا أوافق □ لا أوافق بشدة

23. الرضاعة الصناعية (الحليب الصناعي) تشبه إلى حد كبير الرضاعة الطبيعية (حليب الأم)

24. لا بد للأم العاملة أن تقدم لطفلها الرضيع الحليب الصناعي
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
25. يجب إعطاء الطفل الرضيع مساء الكراوية أو اليانسون المغلي للتخلص من المغص حتى ينام
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
26. يجب تحديد الفترة الزمنية بين الرضعات والتقييد بها (مبرمجة)
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
27. الطفل الرضيع لا يشبع من الحليب الطبيعي (حليب ثدي الأم) لأنه خفيف وغير دسم
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
28. من فوائد الرضاعة الصناعية بالقنينة أن الأم تعرف كمية الحليب التي تناولها طفلها الرضيع
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
29. الرضاعة الطبيعية تزيد الأم سمناً (زيادة في وزن الأم)
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
30. الرضاعة الطبيعية تسبب ترهل الثدي (تشوه الثدي)
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
31. يجب عدم تعويد الطفل الرضيع على الرضاعة الطبيعية ليلاً
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
32. الطفل الذي يرضع رضاعة صناعية أكثر إصابة بالأمراض المعدية من الذي يرضع طبيعياً
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
33. يجب إعطاء الطفل الرضيع رضعة صناعية واحدة فقط ليلاً لينام
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
34. الرضاعة الصناعية أفضل وأرقى من الرضاعة الطبيعية (نمط متحضر ومعاصر)
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
35. يجب إعطاء الطفل الرضيع الماء المغلي والمعقم منذ ولادته بعد كل رضعة
 أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة
36. يجب البدء بتقديم الوجبات الجاهزة أو المعدّة في البيت للطفل الرضيع ابتداءً من عمر 4 أشهر

أوافق بشدة أوافق نوعاً ما لا أوافق لا أوافق بشدة

37. برأيك ما هي أهم العوامل والأسباب التي تؤدي بالأم إلى عدم إرضاع طفلها طبيعياً؟

.1

.2

.3

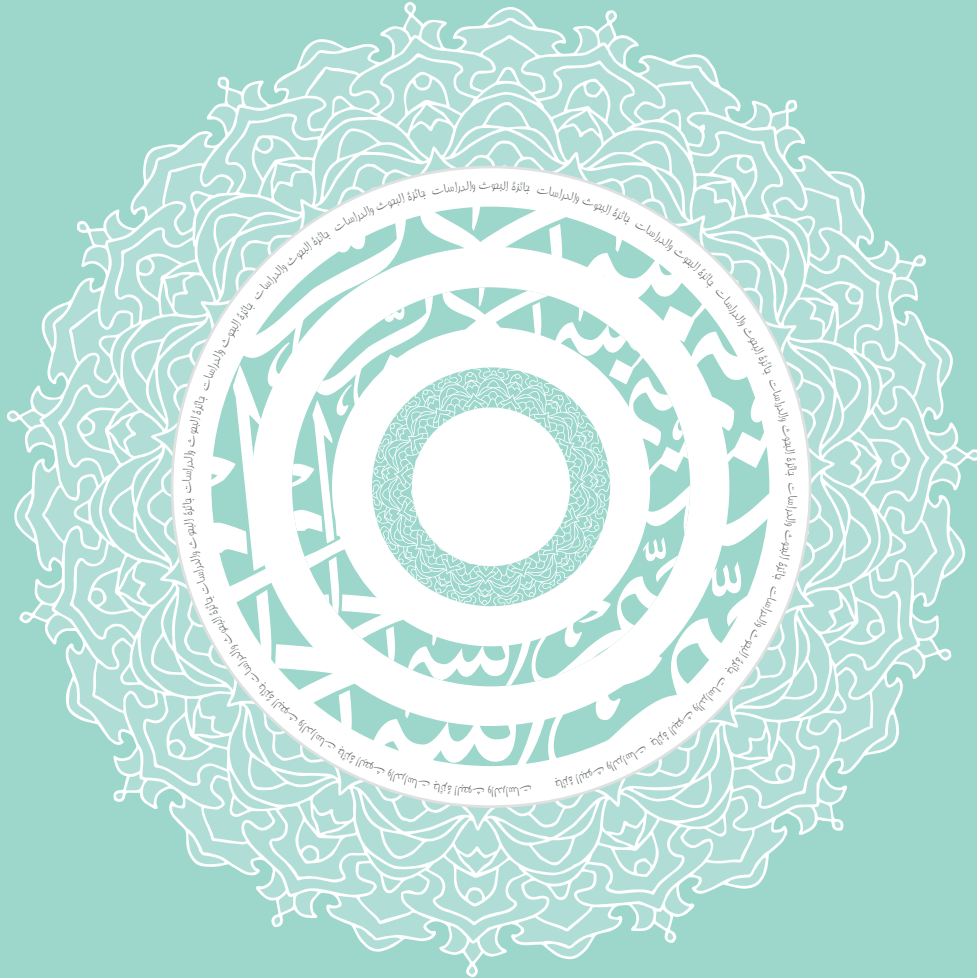
38. برأيك ما هي أهم العوامل المساعدة للأم لكي تستمر بإرضاع طفلها حولين كاملين (عامين) اذكرها رجاء

.1

.2

.3

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



إدارة مراكز التنمية الأسرية
Department of Family Development Center

06 506 55 54 ☎

06 506 55 04 📠

2064, Sharjah, UAE 📍

www.fdc-shj.ae 🏠

info_tanmya@fdc.shj.ae ✉

@FDctanmya 🐦

@FDctanmya 📌

@FDctanmya 📺

@FDctanmya 📷

@FDctanmya 📱