الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 2
كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم الاجتماع

الرضاعة الطبيعية في الجزائر
الانتشار، الاتجاهات والمحددات

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه (ل م د) في علم الاجتماع
تخصص ديموغرافيا

إعداد الطالبة:
عوشاش حنان

إشراف الأستاذ الدكتور:
رضوان مصلي

السنة الجامعية: 2026/2025

الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 2
كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم الاجتماع

الرضاعة الطبيعية في الجزائر
الانتشار، الاتجاهات والمحددات

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه (ل م د) في: علم الاجتماع
تخصص: ديموغرافيا

إعداد الطالبة:
عوشاش حنان

إشراف الأستاذ الدكتور:
رضوان مصلي

أمام اللجنة المشكلة من:

الإسم واللقب	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
سعدي رابح	أستاذ(ة)	جامعة البليدة 2	رئيسا
رضوان مصلي	أستاذ(ة)	جامعة البليدة 2	مشرفا ومقررا
كويحل فاروق	أستاذ(ة)	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
بو الفخار ناصر	أستاذ(ة)	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
اسيا شريف	أستاذ(ة)	المدرسة العليا للاقتصاد القليعة	عضوا مناقشا
واضح صليحة	أستاذ(ة)	المدرسة العليا للاقتصاد القليعة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 202/2025

الإهداء

أمي الحبيبة... كنتِ أول من آمن بي، وآخر من دعا لي، وأكثر من انتظر لحظة وضع هذه الكلمات على الورق.

رحلتِ قبل أن تطوي هذه الصفحات، لكن روحك كانت ترافقني في كل سطر كتبته، وفي كل فكرة تأملتها.

رحمك الله يا أغلى الناس، وجعل هذا العمل في ميزان حسناتك، وجمعني بكِ في جنات النعيم الفاتحة على روحها الطاهرة

شكر وتقدير

أتقدم بالشكر الجزيل والتقدير الوافي لأستاذي المشرف الأستاذ الدكتور: رضوان مصلي على عنايته الكبيرة وعلى التوجيهات السديدة التي أنارت درب هذا البحث، وأسأل الله العلي القدير أن يفتح له أبواب الخير وأن ينفع به وأن يجزيه عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر الوافر إلى مدير مخبر الدراسات السكانية الصحة والتنمية في الجزائر الأستاذ الدكتور:

محمد بدروني

على رعايته لمشروع التكوين.

لكما ولكل من أسهم في تكويننا خالص الشكر والتقدير

ملخص:

الرضاعة الطبيعية من الظواهر الاجتماعية المعقدة والمتعددة الأبعاد التي لها أهمية كبرى في صحة ورفاهية الرضع والأمهات، وانعكاسات مباشرة على صحة المجتمع في المستويين القريب والبعيد، وهي إضافة إلى ذلك من الظواهر التي لاتزال في حاجة إلى الاستكشاف في مستويات كثيرة، لهذا يصعب توفير فهم شامل لها بسبب ارتباطها بمجالات بحثية متنوعة بما في ذلك الصحة العامة وعلم الاجتماع وعلم النفس، ورغم أن الظاهرة قد حظيت بالكم الهائل من الدراسات إلا أنها لا تزال تفتقر إلى دراسات إحصائية معتمدة على مسوح ديموغرافية وطنية توفر الصورة الشاملة للظاهرة في المجتمع الواحد، ولعل المجتمع الجزائري من المجتمعات التي هي في حاجة ماسة إلى هذا النوع من الدراسات.

تهدف هذه الدراسة الإحصائية المعتمدة على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات المنجز في الجزائر في فترة 2013/2012 إلى الكشف عن وضعية سلوك الرضاعة من خلال عرض التصورات النظرية المفسرة له بوصفه سلوكا إنسانيا واجتماعيا، ورصد انتشاره في المجتمع الجزائري بعد الاستقلال، ليصل إلى الكشف عن اتجاهات الامهات الجزائريات نحو هذا السلوك الصحي، وإلى فحص العوامل والمحددات التي تؤثر على ممارسته.

تبدأ الدراسة بمراجعة الأدبيات التي تجتمع فيها الدراسات حول ظاهرة الرضاعة الطبيعية من مختلف التخصصات، هذه المراجعة بمثابة الحجر الأساس للتحقيقات الإحصائية، وكاشف للفجوات الحالية في هذا الموضوع، ثم تعطي صورة حول الجانب المنهجي والمفاهيمي الذي يؤطر الدراسة، ثم تعطي صورة عن أهم الأطر النظرية المفسرة والداعمة لهذا السلوك الصحي الاجتماعي مع إعطاء أمثلة عن الدراسات التي اعتمدت هذه الأطر في مجالها البحثي، لتفضي الدراسة بعدها لرصد انتشار الرضاعة الطبيعية والاتجاهات نحوها والعوامل والمحددات المؤثرة عليها في المجتمع الجزائري.

ينبني هذا التصور على طريقة البحث الإحصائية الشمولية المعتمدة على مسح واسع النطاق أجري لجمع بيانات متنوعة من بينها بيانات ممارسات الرضاعة الطبيعية والتي تتضمن العديد من العوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية المؤثرة في حياة الأم والطفل وانتشار سلوك الرضاعة الطبيعية ومدته، وهذا من خلال إجراء مقابلات ومناقشات مع الأمهات الجزائريات في استبيانات معدة بدقة سلفا لهذا الغرض.

ستسهم نتائج هذه الدراسة الاحصائية في إعطاء صورة شاملة وواضحة لظاهرة الرضاعة الطبيعية في الجزائر، من خلال الكشف عن أهمية الظاهرة في الصحة الاجتماعية، وتبيان سيرورتها ومدى انتشارها، والكشف عن اتجاهات الأمهات نحو هذا السلوك، مع قياس تأثير العوامل الفردية والاجتماعية والثقافية والبيئية والاقتصادية على ممارسات الرضاعة الطبيعية باستعمال الانحدار اللوجيستي الثنائي على نتائج المسح العنقودي في هذا المجال.

علاوة على ذلك، تسعى إلى استكشاف آثار الرضاعة الطبيعية على نمو الطفل، وصحة الأم، والآثار المجتمعية الأوسع؛ فالدراسة توفر فهما شاملا للرضاعة الطبيعية يمكن أن يوجه تطوير التدخلات والسياسات وأنظمة الدعم الفعالة لتعزيز ممارسات الرضاعة الطبيعية وحمايتها.

ولعل الهدف الأسمى لهذا البحث هو تعزيز المعرفة والوعي بسلوك الرضاعة الطبيعية، والدعوة إلى استراتيجيات قائمة على الأدلة يمكّن الأمهات ومقدمي الرعاية الصحية والمجتمعات من خلق بيئات داعمة لهذا السلوك، ولهذا تمتلك نتائج هذه الدراسة القدرة على إحداث تغيير إيجابي في سياسات الصحة العامة وممارسات الرعاية الصحية والمواقف المجتمعية تجاه هذا السلوك، مما يسهم في النهاية في تحسين صحة ورفاهية الرضع والأمهات والمجتمعات ككل.

فهرس المحتويات

العنوان **رقم الصفحة**

الإهداء

شكر وتقدير

ملخص

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة.....ب

1.الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة..... 7

1.1. أسباب اختيار الموضوع 7

2.1. أهمية الدراسة..... 8

3.1. أهداف الدراسة..... 10

4.1. الإشكالية..... 10

5.1. فرضيات الدراسة..... 13

6.1. الدراسات السابقة 13

7.1. الاطار المفاهيمي..... 26

1.7.1. مفهوم الرضاعة..... 26

1.1.7.1. مفهوم الرضاعة الطبيعية الحصرية..... 27

2.1.7.1. مفهوم الرضاعة الطبيعية الغالبة..... 27

3.1.7.1. مفهوم الرضاعة الصناعية..... 27

2.7.1. مؤشرات تقييم ممارسات الرضاعة الطبيعية والتعديلات التي طرأت عليها 28

1.2.7.1. معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية..... 28

2.1.7.1. معدل إدخال الأغذية التكميلية..... 29

3.1.7.1. معدل مواصلة الرضاعة الطبيعية 30

4.1.7.1. معدل البدء المبكر للرضاعة الطبيعية 31
5.1.7.1. معدل الرضاعة الصناعية..... 31
6.1.7.1. معدل الرضاعة الطبيعية السائدة أقل من 6 أشهر 32
7.1.7.1. متوسط مدة الرضاعة الطبيعية..... 32
8.1.7.1. معدل الرضاعة الطبيعية 32
2.7.1. نموذج الانحدار اللوجستي..... 33
1.2.7.1. مفهوم نموذج الانحدار اللوجستي 33
2.2.7.1. تحويلات الانحدار اللوجستي 35
3.2.7.1. خصائص النموذج اللوجستي 36
4.2.7.1. مزايا الانحدار اللوجستي 36
5.1.7.1. عيوب الانحدار اللوجستي..... 37
6.1.7.1. خطوات تحليل الانحدار اللوجستي..... 37
8.1.7.1. طريقة التحليل التدريجي..... 44
8.1. المناهج المستخدمة في الدراسة..... 44
1.8.1. المنهج الوصفي التحليلي:..... 44
2.8.1. المنهج الإحصائي الكمي..... 45
9.1. مصادر المعطيات 46
10.1. صعوبات الدراسة..... 47

2. الفصل الثاني: الأطر النظرية المفسرة لسلوك الرضاعة الطبيعية 512

تمهيد: 51
2.1. إطار نظرية الفعل المعقلن..... 52
1.1.2. مبادئ نظرية الفعل المعقلن 53
2.1.2. نظرية الفعل المعقلن والرضاعة الطبيعية 53
2.2. إطار نظرية السلوك المخطط..... 56
1.2.2. التعريف بالنظرية..... 56
2.2.2. مبادئ نظرية السلوك المخطط..... 57

1.2.2.2. السلوك 57
2.2.2.2. النية 58
3.2.2.2. الاتجاه 59
4.2.2.2. إدراك المعايير الاجتماعية 61
5.2.2.2. إدراك التحكم في السلوك 62
3.2.2. تطبيق نظرية السلوك المخطط في دراسات الرضاعة الطبيعية..... 66
3.2. إطار نظرية الكفاءة الذاتية 69
1.3.2. مفهوم الكفاءة الذاتية..... 70
2.3.2. مبادئ نظرية الكفاءة الذاتية 72
1.2.3.2. المعتقدات في الكفاءة الشخصية 72
2.2.3.2. توقعات النتائج 72
3.2.3.2. صعوبة المهمة..... 72
4.2.3.2. السيطرة المدركة 72
5.2.3.2. التنظيم الذاتي..... 73
6.2.3.2. التغذية الراجعة والخبرة..... 73
7.2.3.2. التأثير الاجتماعي..... 73
8.2.3.2. الإثارة العاطفية 73
3.3.2. تطبيق إطار الكفاءة الذاتية في مجال الرضاعة الطبيعية 77
4.2. إطار نظرية التمثل الاجتماعي: 82
1.4.2. مبادئ نظرية التمثيل الاجتماعي 87
1.1.4.2. المعرفة الفطرية 87
2.1.4.2. التثبيت والتشيء 87
3.1.4.2. السياق التاريخي والثقافي..... 88
4.1.4.2. الوظيفة..... 88
5.1.4.2. العناصر المحيطية والمركزية..... 88
6.1.4.2. الصراع والتغيير 88
7.1.4.2. التواصل والتأثير الاجتماعي 88
8.1.4.2. الهوية وديناميكيات المجموعة..... 89

2.4.2. التمثلات الاجتماعية والرضاعة الطبيعية..... 89
5.2. إطار المعتقد الصحي: 92
1.5.2. مبادئ نظرية المعتقد الصحي..... 92
1.1.5.2. القابلية للتأثر:..... 92
2.1.5.2. الخطورة المدركة..... 93
3.1.5.2. الفوائد الملموسة..... 93
4.1.5.2. العوائق المتصورة..... 93
5.1.5.2. الإشارات إلى الفعل 93
6.1.5.2. الكفاءة الذاتية..... 93
7.1.5.2. العوامل المعدلة 93
8.1.5.2. احتمالية اتخاذ إجراء..... 94
9.1.5.2. السياق الثقافي والاجتماعي 94
2.5.2. تطبيق إطار المعتقد الصحي في الرضاعة الطبيعية 94
1.2.5.2. الآثار الصحية للرضاعة الطبيعية على الرضع 95
2.2.5.2. الأثار الإيجابية للرضاعة لطبيعية على الأم..... 102
خلاصة الفصل 106
3. الفصل الثالث: مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر 108
تمهيد: 108
1.3. انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر..... 110
1.1.3. مسح سوء التغذية بالبروتين والطاقة (1975)..... 110
2.1.3. المسح الوطني لوفيات ومراضة الرضع (1989/1985) 111
3.2.3. المسح الصحي الوطني (1990)..... 112
4.2.3. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل (1992) 112
5.2.3. المسح الوطني لأهداف منتصف العقد (1995) 113
6.2.3. المسح الوطني لأهداف نهاية العقد (2000 MICS 2) 114
7.2.3. مسح صحة الأسرة (2002 EASF)..... 115
8.2.3. المسح الوطني متعدد المؤشرات (2006 MICS3) 115

9.2.3. مسح الرضاعة الطبيعية (2010)..... 116
2.3. انتشار الرضاعة الطبيعية حسب المسح العنقودي الرابع 2012-2013 117
1.2.3. نسب انتشار الرضاعة الطبيعية 118
2.2.3. انتشار البدء في الرضاعة الطبيعية 120
3.2.3. انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى غاية ستة أشهر 123
4.2.3. انتشار الرضاعة الطبيعية الغالبة 127
5.2.3. انتشار إكمال الرضاعة الى غاية 1عام..... 130
6.2.3. إكمال الرضاعة الطبيعية الى 2 عام..... 133
7.2.3. انتشار الرضاعة الاصطناعية 136
خلاصة الفصل 139
4. الفصل الرابع: اتجاهات ومحددات الرضاعة الحصرية في الجزائر 141
تمهيد: 141
1.4. الاتجاهات نحو الرضاعة 141
1.1.4. قياس الاتجاهات..... 141
1.1.1.4. مقياس ثرستون 142
2.1.1.4. مقياس ليكرت 144
3.1.1.4. مقياس جوتمان 145
4.1.1.4. مقياس البعد الاجتماعي لبوجاردس 145
2.1.4. قياس الاتجاهات نحو الرضاعة 146
1.2.1.4. الاتجاه الإيجابي نحو الرضاعة الطبيعية 147
2.2.1.4. الاتجاه السلبي نحو الرضاعة الطبيعية..... 147
3.2.1.4. الاتجاه نحو الرضاعة المختلطة..... 147
3.1.4. تطور اتجاهات الرضاعة الطبيعية في الجزائر من عام 2002 إلى غاية 2012 148
1.3.1.4. تطور نسب الرضاعة الطبيعية:..... 149
2.3.1.4. تطور نسب البدء بتلقي الرضاعة الطبيعية 149

3.3.1.4. تطور نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية والغالبة 150
4.3.1.4. تطور نسب إكمال الرضاعة الطبيعية 151
5.3.1.4. تطور نسب الرضاعة الاصطناعية 152
2.4. محددات الرضاعة الطبيعة الحصرية 153
.1.2.4. محددات الرضاعة الطبيعية في الدراسات التطبيقية 154
1.1.2.4. عمر الأم 154
2.2.1.4. المستوى التعليمي للأم 154
3.1.2.4. عدد الولادات 155
4.1.2.4. عمل الأمهات 155
5.1.2.4. ممارسات المستشفى 156
6.1.2.4. المكان 156
7.1.2.4. الولادة قيصرية 157
8.1.2.4. مشاكل الحلمة 157
9.1.2.4. دعم المهنيين الصحيين 158
10.1.2.4. الدعم الاجتماعي 158
2.2.4. محددات الرضاعة في المجتمع الجزائري من خلال مسح 2012 160
1.2.2.4. متغيرات الدراسة 160
2.2.2.4. التحليل الثنائي للمتغيرات 162
3.2.2.4. نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للعوامل المتعددة: 167
4.2.2.4. مناقشة النتائج 177
خلاصة الفصل 180
النتائج العامة للدراسة: 182
3.5. نتائج عامة: 191
خاتمة 195
قائمة المصادر والمراجع 201

قائمة الجداول

رقم الجدول	الصفحة
جدول رقم 1: الشكل العام لجداول التصنيف	42
جدول رقم 2: توزيع نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية حسب أهم المتغيرات في مسح 2012	118
جدول رقم 3: توزيع نسب وقت البدء في الرضاعة الطبيعية حسب أهم المتغيرات المدرجة في المسح 2012	121
جدول رقم 4: توزيع نسب انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال دون ستة أشهر حسب أهم المتغيرات في مسح 2012	124
جدول رقم 5: توزيع نسب انتشار الرضاعة الطبيعية الغالبة حسب أهم المتغيرات في المسح 2012	127
جدول رقم 6: توزيع نسب إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية 1عام	130
جدول رقم 7: توزيع نسب إكمال الرضاعة الى غاية 2 عام حسب أهم المتغيرات في المسح 2012	133
جدول رقم 8: توزيع نسب الرضاعة الاصطناعية حسب أهم المتغيرات في المسح 2012	136
جدول رقم 9: تطور نسب الرضاعة في الجزائر من 2002 إلى 2012	149
جدول رقم 10: تطور نسب البدء بتلقي الرضاعة الطبيعية في الجزائر من2002 إلى 2012.	150

جدول رقم 11: تطور نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية والغالبة في الجزائر من 2002 إلى 2012	151
جدول رقم 12: تطور نسب إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية1عام و2 عام في الجزائر من2002 إلى 2012	152
جدول رقم 13: تطور نسب الرضاعة الاصطناعية في الجزائر من 2002 إلى 2012	153
جدول رقم 14: يمثل التحليل الثنائي للارتباط بين الرضاعة الطبيعية الحصرية والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية للأم	162
جدول رقم 15: يمثل التحليل الثنائي بين الرضاعة الطبيعية الحصرية وخصائص الطفل	165
جدول رقم 16: التحليل الثنائي بين الرضاعة الطبيعية الحصرية والعوامل السياقية	166
جدول رقم 17: يمثل المعلومات الوصفية لعينة الدراسة	168
جدول رقم 18: تكرارات تقدير الثابت فقط النموذج اللوجستي	168
جدول رقم 19: تكرارات تقدير معلمات النموذج اللوجستي المتضمن المتغيرات التوضيحية وفق دالة الإمكان الأعظم باستخدام الطريقة التدريجية المشروطة باختبار والد	170
جدول رقم 20: اختبار هوزمر وليمشو لجودة المطابقة	171
جدول رقم 21: يمثل كفاءة تصنيف النموذج اللوجستي	172
جدول رقم 22: يمثل مقاييس الارتباط بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة	173
جدول رقم 23: اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج اللوجستي	173
جدول رقم 24: يمثل نتائج نموذج الانحدار اللوجستي الأمثل (النهائي)	174

قائمة الأشكال

عنوان الشكل	الصفحة
شكل رقم 1: نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية	127
شكل رقم 2: تطور نسب الرضاعة الطبيعية الغالبة حسب عمر الأطفال الاقل من 6 أشهر	130

مقدمة

مقدمة

تتفق الدراسات الحديثة على أن الرضاعة الطبيعية تعد أهم السلوكيات الاجتماعية الصحية التي تصب في تحسين صحة الرضع والأمهات معا، بل أنها تعتبرها من أهم العوامل الأساسية التي تساعد في تعزيز الوقاية من الأمراض والحالات الصحية التي تطال المجتمع على المديين القريب والبعيد.

ورغم أن الرضاعة الطبيعية كانت سلوك التغذية الذي رافق تاريخ البشرية؛ حيث كانت الأمهات ولا يزلن يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية، بل أنها كانت في العصور القديمة الطريقة الوحيدة لتغذية وإطعام المواليد الجدد حيث لم تكن هناك بدائل متاحة في كثير من المجتمعات، فإنه في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين في خضم التطورات الحاصلة أصبحت بدائل الرضاعة الطبيعية متاحة على نطاق واسع مما جعلها تتراجع في العالم، مهددة صحة الطفولة على المستوى الصحي والنفسي والاجتماعي الأمر الذي دفع الهيئات الصحية العالمية إلى دق نواقيس الخطر، والدعوة إلى العودة إلى سلوك الرضاعة الطبيعية؛ لما له من آثار ايجابية آمنة في شتى المستويات، كما عملت على زيادة التوعية بفوائده الصحية لكل من الأم والطفل، وعملت على دعمه وتعزيزه في برامج واسعة ومتعددة.

وبفضل هذا التوجه تم تسليط الضوء على الرضاعة الطبيعية بأنها أفضل طرق تغذية الرضع وتأمين صحتهم وسلامتهم، وبناء على تلك الأهمية أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة الرضاعة الطبيعية الحصرية حتى عمر 6 أشهر، على أن يتم توفيرها كذلك بشكل مستمر مع الأغذية الملائمة حتى عمر السنتين، ولكنه وبرغم الجهود المبذولة والتوصيات المتكررة لا يزال العالم يشهد تراجعا في نسبتها، مما سبب مخاطر صحية للأطفال والأمهات، وخلف آثارا سلبية على نموهم الطبيعي.

إضافة إلى تأكيد الدراسات على أهمية الرضاعة الطبيعية فإنها تؤكد كذلك على أن انتشارها يتأثر بعوامل عديدة كثقافة المجتمع وعاداته واقتصاديات الأسرة وظروف عمل الأم ومكان ونوع الولادة والمستوى الدراسي وعمر الأم وعدد ولاداتها، والوعي بالفوائد الصحية لهذا السلوك، ومنه فليس غريبا أن تشير

الإحصاءات العالمية إلى أنه في العالم النامي يتم إرضاع الأطفال حتى عمر 6 أشهر بنسبة 43٪ فقط، في مقابل 75٪ في الدول المتقدمة، ويعتقد الخبراء أن الفارق يعزى إلى عوامل كثيرة، من بينها عدم الوعي بالفوائد الصحية لحليب الأم في ظل التسويق القوي للحليب الصناعي.

وتعد الجزائر من البلدان التي عرفت تراجعا في الرضاعة الطبيعية، وانتشارا واسعا للصيغ والبدائل الصناعية التي تنجر عنها على الدوام مخاطر صحية جسيمة، فبعد أن كانت الرضاعة الطبيعية النمط السائد، أصبحت غالبية الأمهات يظهرن ميولا إلى الرضاعة الصناعية حسب نتائج المسوح الوطنية العديدة.

وتأسيسا على هذا التراجع تسعى هذه الدراسة إلى الكشف الإحصائي عن محددات ظاهرة الرضاعة الطبيعية وانتشارها في الجزائر بوصفها ظاهرة صحية، وتأثير اتجاهات الأمهات عليها، ما يعطينا صورة واضحة حول صحة المجتمع في الجزائر على الأقل خلال فترة الدراسة المرتبطة بزمن المسح 2012-2013، ما يتيح لنا توقع التطورات ضمن برنامج التنمية المستدامة لمنظمة الصحة العالمية.

من أجل ذلك قمنا بتقسيم بحثنا إلى جانبين، جانب نظري وآخر ميداني إحصائي متعلق بسلوك الرضاعة في الجزائر، تضمن الجانب النظري فصلين اثنين، تطرقنا في الفصل الأول الموسوم بـ: "**الإطار المنهجي للدراسة**" لإشكالية الدراسة وما يتعلق بها من فرضيات وأسباب اختيار الموضوع، وأهمية وأهداف الدراسة، وتحديد المفاهيم المتعلقة بالدراسة، والمقاربة النظرية المعتمدة، والمنهج، ومصادر المعطيات، وأدوات القياس التي تم العمل بها.

أما الفصل الثاني الذي جاء تحت عنوان: "**الأطر النظرية المفسرة لسلوك الرضاعة الطبيعية**" عرضنا فيه لمجموعة الأطر النظرية المفسرة للرضاعة الطبيعية من حيث هي سلوك من السلوكيات الاجتماعية التي يمكن تعزيزها بالعمل على فهم العوامل المؤثرة في الاتجاه نحوها، حيث عرضنا لنظرية السلوك المعقلن النواة الأولى لفهم النية والاتجاه نحو السلوك، ثم لنظرية السلوك المخطط المتطورة عنها والتي عالجت موضوع الاتجاه بطريقة مفصلة، تليها نظرية التمثلات الاجتماعية التي تقوم على تصور الذات والمجتمع،

وبعدها لنظرية الكفاءة الذاتية التي تجعل السلوك ناتجا للإحساس بالكفاءة والقدرة، وأخيرا تناول الفصل نظرية المعتقد الصحي التي تتمحور في هذا الموضوع حول تصورات الأمهات لفوائد ومخاطر الرضاعة على صحة كل من الأم والطفل والمجتمع ودور هذه التصورات في بناء اتجاهات نحو هذا السلوك.

وقد تبين من خلال عرض هذه النظريات المفسرة أن السلوكات الإنسانية قابلة للتحكم تعزيزا وتعديلا من خلال رصد النيات والاتجاهات والتمثلات الاجتماعية والكفاءة الذاتية والمعتقدات الصحية للقائمين بالسلوك، كما تبين أن سلوك الرضاعة الطبيعية من بين السلوكات التي تخضع لهذا المنظور، وقد تبين أن العديد من الدراسات طبقت تصورات هذه النظريات على هذا السلوك، لهذا يزخر هذا الفصل بعرض الكثير من الدراسات التي اختبرت فاعلية هذه النظريات المفسرة، والدافع وراء اشتغال الكثير من الباحثين على هذا الموضوع نابع من الإيمان بأن الوقاية من الأمراض الكثيرة العارضة والمزمنة التي يعاني منها المجتمع جسديا واجتماعيا ونفسيا متوقف على عنايته بالتغذية الأولى للرضيع التي تتمثل في الرضاعة الطبيعية.

وتناول الفصل الثالث المعنون بـ: " **مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر** "مؤشر انتشار ظاهرة الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال المسح الصحي العنقودي 2012-2013، وقد تتبع الفصل الوضعية الديموغرافية لانتشار الرضاعة انطلاقا من البدء في الرضاعة ثم الرضاعة الطبيعية إلى غاية ستة أشهر حسب ما أوصت منظمة الصحة العالمية، ثم إكمال الرضاعة إلى غاية العام ثم إلى غاية العامين، ولم يغفل البحث الحديث عن الرضاعة الاصطناعية وانتشارها المهدد لصحة الطفولة والأمومة في الجزائر، وقد عرض الفصل لهذا المؤشر من خلال العمل الاحصائي المستقى من قاعدة البيانات التي وفرها المسح العنقودي الرابع، والمسوح الوطنية السابقة لهذا المسح.

في حين تناول الفصل الرابع المعنون بـ "**اتجاهات ومحددات الرضاعة في الجزائر**" عنصرين أساسين أولهما الاتجاهات حيث تم التعريف بمقاييس الاتجاهات وأهميتها، والنماذج التي ابتكرت لتكميم هذا الموضوع الزئبقي، وتمت الإشارة فيه إلى إغفال المسح العنقودي الرابع لرصد عنصر الاتجاهات رغم أنه مؤشر

أساسي في الكشف عن وضعية المجتمع وتطوره في المستقبل، مما فرض علينا رصد الاتجاهات من خلال النسب المنتشرة للرضاعة رغم أن هذا الأسلوب مؤشر ضعيف للاستدلال، أما العنصر الثاني فتناول عوامل ومحددات الرضاعة الطبيعية الحصرية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأم والعوامل والمحددات المتعلقة بالطفل ثم العوامل السياقية وهي عوامل افترضت الدراسة تأثيرها على اتجاهات الأمهات الجزائريات نحو هذا السلوك، وتم الكشف عن أثر هذه العوامل التي تعد متغيرات مستقلة إحصائيا باستعمال الانحدار اللوجيستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في مجال الرضاعة وتغذية الطفل.

وقد أفضى البحث إلى عدد من النتائج والمؤشرات الإحصائية التي تم عرضها ومناقشتها في نهاية كل فصل، والتي تم تلخيصها مرتبة في نهاية البحث مرفقة بآفاق البحث وتوصياته.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

1.الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1.1. أسباب اختيار الموضوع

-**الأسباب الموضوعية:** من الأسباب الموضوعية التي ولدت لدي الرغبة في تقصي هذه الظاهرة في الجزائر والوقوف على واقعها ومدى انتشارها قلة الدراسات الديموغرافية في هذا المجال، وندرة الدراسات التي توضح مؤشرات الخطورة الصحية في انحسار هذا السلوك الصحي في الجزائر، والمحددات المتحكمة في الاتجاهات الإيجابية والسلبية في مدى انتشاره، لهذا تدعم هذه الأسباب الموضوعية التدخل العلمي لمعالجة الظاهرة، بهدف مشاركة السياسات في إيجاد حلول لدعم سلوك الرضاعة الطبيعية.

- الأسباب الذاتية

من الأسباب الذاتية التي دعتني لاختيار الموضوع، حب استكشاف ظاهرة الرضاعة الطبيعية في الجزائر بناء على ما لفت انتباهي من السلوكيات الدالة على وجود عزوف واضح عن هذا السلوك الصحي عند بعض الأمهات الجزائريات، مما يهدد ماهية الأمومة من جانب، ويبين عدم إعطاء الأهمية اللازمة للغذاء الصحي في حياة المواليد الجدد، والتساهل في استعمال البدائل وإدخال مواد تغذية إضافية في وقت مبكر من جانب آخر، الأمر الذي يعرض الأطفال الرضع والأمهات للعديد من الأمراض الخطيرة على المديين القريب والبعيد.

إضافة إلى هذه الأسباب فإن ما تعيشه الجزائر من تراجع في ممارسة الرضاعة الطبيعية منذ مدة طويلة، حسب ما أظهرته نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل المنجز سنة 1992 أن قرابة 25% من النسوة اللاتي وضعن مولودا لا يقمن بإرضاعه إرضاعا طبيعيا، وهذه النسبة تشكل معدلا مرتفعا، ومع ذلك لا نجد متابعات جادة للموضوع، حيث تكتفى مختلف المسوح الصحية الجزائرية بعرض معدلات انتشار

الرضاعة الطبيعية، دون اتباعها بدراسات معمقة حول واقع هذه الممارسة؛ ما جعل واقع الصحة الاجتماعية يسير في عتمة، ولهذه الأسباب تأتي هذه الدراسة في شكل محاولة لتسد هذه الثغرة.

2.1. أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تعنى بالكشف عن محددات سلوك الرضاعة الطبيعية في واقع الأمهات الجزائريات، فعلى الرغم من أن ممارسة الرضاعة عملية بيولوجية صرفه من جهة، فإنها مرتبطة باتجاهات الأمهات نحو هذا السلوك، وعلى اضطلاعهن بمسؤولياتهن ونشاطاتهن اليومية، وعلى صحتهن وصحة أطفالهن، وهي من جهة أخرى تحت وطأة مجموعة من الاعتبارات السياقية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المختلفة التي يمكن وصفها بالعوامل أو المحددات التي تؤثر سلبا أو إيجابا على ممارسة هذا السلوك الذي يدعم الرعاية الصحية، وبلا شك تشكل الإحاطة بهذا الواقع مجالا لإيجاد مقترحات تمكن من تحسين صحة المجتمع.

فإذا كانت الرضاعة الطبيعية سلوكا صحيا اجتماعيا له آثاره القريبة والبعيدة المدى على الرضع والأمهات فإن دراسة الرضاعة الطبيعية من منظور ديموغرافي توفر رؤى ذات قيمة حول العوامل التي تؤثر على ممارسة هذا السلوك، وتشمل العوامل الديموغرافية لهذا السلوك مجموعة واسعة من المتغيرات، بما في ذلك العمر والتعليم والدخل والموقع الجغرافي والأعراف الاجتماعية والثقافية، ولا شك أن فهم هذه العوامل ضروري لتطوير التدخلات والسياسات الهادفة لتعزيز ودعم هذا السلوك.

فعلى مستوى صحة الرضع ونموهم، أصبح معروفا على نطاق واسع أن الرضاعة الطبيعية هي المصدر الأمثل للتغذية، حيث توفر العناصر الغذائية الأساسية والأجسام المضادة والإنزيمات التي تدعم نموهم وتطورهم؛ فحليب الأم يقدم العديد من الفوائد الصحية، بما في ذلك تقليل مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية والحساسية والسمنة والحالات المزمنة مثل السكري والربو، لهذا تساعد دراسة الرضاعة الطبيعية من

منظور ديموغرافي في تحديد الفوارق في معدلات وأنماط الرضاعة الطبيعية، مما يسمح بالتدخلات المستهدفة لضمان حصول جميع الأطفال على مزايا صحية مرتبطة بالرضاعة الطبيعية.

وفي مستوى صحة الأم وسلامتها تقدم الرضاعة الطبيعية أيضا فوائد عديدة للأمهات؛ فهي تساعد على التعافي بعد الولادة، ويعزز الترابط العاطفي بين الأم والطفل من الاكتئاب، كما يقلل من خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان، مثل سرطان الثدي وسرطان المبيض وغيرها.

لهذا تساعد دراسة الرضاعة الطبيعية من منظور ديموغرافي إحصائي في تحديد العوائق التي تحول دون ممارسة هذا السلوك بين المجموعات الديموغرافية المختلفة. ويشكل ذلك التحديد نوعا من المعرفة المفيدة تدخلات أنظمة الدعم التي تعالج التحديات التي تواجهها الأمهات في السياقات الاجتماعية والديموغرافية المختلفة بغرض ضمان صحة الأم ورفاهها على النحو الأمثل.

أما على المستوى الاقتصادي والمجتمعي فلا شك أن للرضاعة الطبيعية آثارا اقتصادية على الأسر والمجتمعات؛ فحليب الأم يقلل العبء المالي على الأسر مقارنة بالتغذية الاصطناعية، وله تأثيرات إيجابية على نظم الصحة العامة من خلال تقليل تكاليف الرعاية الصحية المرتبطة بعلاج أمراض الرضع، وعليه يمكن أن تساعد دراسة الرضاعة من منظور ديموغرافي–إضافة إلى الفوائد الصحية–في تقدير المدخرات الاقتصادية وتوجيه صانعي السياسات في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تخصيص الموارد والاستثمار في برامج تعزيز الرضاعة الطبيعية.

ونظرا لأن معدلات ممارسة سلوك الرضاعة الطبيعية تختلف بشكل كبير عبر المجموعات الديموغرافية المختلفة، الأمر الذي يعكس التفاوتات الصحية القائمة في المجتمعات، فإن فهم الأبعاد الديموغرافية للرضاعة الطبيعية يتوقف على تحديد الفوارق والمحددات الاجتماعية التي تسهم في هذه التفاوتات، ويمكن للباحثين وصانعي السياسات من خلال نتائج الدراسات الإحصائية العمل على معالجة هذه التفاوتات وتعزيز العدالة الاجتماعية لضمان فرص متساوية في الحصول على فوائد الرضاعة الطبيعية.

من هذه المنطلقات توفر دراسة الرضاعة الطبيعية في الجزائر من منظور ديموغرافي أدلة لإثراء تطوير وتقييم السياسات والبرامج التي تهدف إلى دعم هذا السلوك من خلال فهم التحديات التي تواجهها المجموعات الديموغرافية المختلفة، مما يساعد واضعي السياسات على تصميم تدخلات دقيقة ومحكمة لاحتياجات السكان المتنوعة، كتوفير أماكن الإقامة في العمل، وتدريب مقدمي الرعاية الصحية، وشبكات دعم المجتمع، وحملات التوعية العامة، ويُمكّن المنظور الديموغرافي من تنفيذ استراتيجيات مستهدفة تراعي العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والجغرافية الفريدة التي تؤثر على ممارسات هذا السلوك الصحي.

3.1. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى الكشف إحصائيا عن وضعية ظاهرة الرضاعة الطبيعية في المجتمع الجزائري، ومدى انتشارها، والعوامل المؤثرة في الممارسة من الولادة الى حدود سن ستة أشهر، وتعيين الاتجاهات نحوها في الفترة التي حددها المسح العنقودي المتعدد المؤشرات.

4.1. الإشكالية

تمثل إشكالية هذه الدراسة في محاولة فهم ديناميكيات الرضاعة الطبيعية في الجزائر، وذلك من خلال رصد نسب الانتشار، وتحليل العوامل المؤثرة فيها منذ الولادة وحتى بلوغ الرضيع ستة أشهر، بالإضافة إلى اتجاهات الأمهات ومواقفهن تجاه هذه الممارسة. وإذ تعتمد الدراسة في ذلك على الاستعانة بنموذج الانحدار اللوجيستي الثنائي.

كما سبقت الإشارة، يقرر المختصون أن الرضاعة الطبيعية تعد أفضل الأشكال وأكثرها مناسبة لتغذية الرضع والأطفال الصغار؛ تأسيسا على عدد كبير من المنشورات العلمية التي تظهر مدى واسعا لفوائد الرضاعة الطبيعية على صحة الأم وصحة ونمو الأطفال، وتفضي هذه الدراسات إلى نتيجة أساسية

مفادها أن البداية الجيدة والموفقة لممارسة الرضاعة الطبيعية تزيد كثيرا من فرص الاستمرار فيها بشكل ناجح.[1]

ولأن الرضاعة الطبيعية تحمي الرضيع من عديد الأمراض الخطيرة مثل الاسهال والسعال، بفضل المضادات الحيوية التي يحتويها الحليب، الذي يحتوي مختلف العناصر الغذائية التي يحتاجها الرضيع للنمو في صحة جيدة.[2] توصي كل من منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للطفولة "اليونيسيف" الأمهات بإرضاع أطفالهن بشكل حصري حتى عمر ستة أشهر، وبعدها فقط يمكن إضافة الغذاء التكميلي المناسب، ولكن مع شرط استمرار الرضاعة الطبيعية حتى سن العامين، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن 35٪ فقط من الأطفال المولودين في جميع أنحاء العالم يرضعون رضاعة طبيعية حتى عمر ستة أشهر.[3]

وقد أعلنت الهيئات الدولية توصياتها ودعمها لممارسة الرضاعة الطبيعية منذ فترة طويلة بعدما لاحظت أن هذه الممارسة بدأت تختفي من عادات البلدان الصناعية والبلدان النامية، الأمر الذي نتج عنه مواجهة الأمهات والأطفال والمجتمعات لصعوبات عديدة، تسببت في مصاريف إضافية للأسر وللدولة على مستوى الصحة والتغذية.[4]

---

[1] Taleb, Salima, Hayet Oulamara, and Abdel Nacer Agli. "Factors facilitating and forcing the breast-feeding to Tebessa (East city Algerian)." *Food and Nutrition Sciences* 3.3 (2012): (310-316), P310.

[2]La tribune, Santé publique, L'allaitement maternel pour protéger le bébé des maladies infantiles, 25-08-2012. (Http:/ www.djazairess.com/Fr/la tribune/71674).

[3] Alemayehu, Tewodros, Jemal Haidar, and Dereje Habte. "Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia." *Ethiopian Journal of Health Development* 23.1 (2009). (18-12) P12

[4] S, H. L'allaitement maternel exclusif en déclin en Algérie, Liberté, jeudi le 26 Mai 2016.

في ظل التراجع العالمي لهذا السلوك يشهد معدل الرضاعة الحصرية إلى غاية عمر 6 أشهر تراجعا بالجزائر فهو لم يتجاوز 27٪ سنة 2012 بالرغم من أن 95٪ من الولادات تتم في وسط استشفائي داعم، مما يجعل الأمر في الجزائر متناقضا مع الدور التوعوي الذي يلعبه مكان الولادة. بالمقارنة مع الدور الذي يلعبه في الدول المتقدمة ففي الدول الإسكندنافية مثلا بلغ معدل اللجوء للرضاعة الطبيعية من 90٪ إلى 95٪ بفضل حملات التحسيس في دور الرعاية الصحية.[1]

كما أن العوامل الأساسية التي تقف وراء ممارسة سلوك الرضاعة تكون إما سوسيو–ديموغرافية أو طبية بحتة تتعلق بالولادة والحمل؛ فقد تلجأ الأمهات للرضاعة الاصطناعية بسبب المشاكل الصحية أو بسبب العوامل السياقية الأخرى.[2] فتبني هذا السلوك؛ بدايته ومواصلته يعتمد على الظروف المحيطة. وعليه يجب أن تفهم العوامل التي تتدخل في استمرار أو وقف الرضاعة الطبيعية بشكل أفضل لوضع استراتيجيات فعالة لتعزيز ودعمها اجتماعيا.

انطلاقا من هذه الخلفية المعرفية فإن إشكالية الدراسة تتمثل في بحث انتشار سلوك الرضاعة في الجزائر من خلال رصد محدداته واتجاهاته من خلال نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الرابع المنجز في 2012–2013

يمكن ترتيب عناصر هذه الإشكالية المهمة في التساؤلات التالية:

ما مدى اهتمام النظريات الاجتماعية والنفسية المختلفة بتفسير سلوك الرضاعة الطبيعية؟

ماهي وضعية الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال المسوح الصحية المختلفة؟

وما هي اتجاهات سلوك الرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال المسح العنقودي الرابع؟

---

[1] Moncef Wafi، Allaitement maternel : Les Algériennes n'aiment pas donner le sein ،Quotidien d'Oran le 06 - 08 - 2012، https://www.djazairess.com/fr/lqo/5171601.

[2] Demmouche, A. Beddek, F. Moulessehoul, S. Les déterminants du choix de l'allaitement chez une population de l'ouest de l'Algerie (ville de Sidi Bel Abbes). Antropo, 30. 2013.(61-69)P68, www.didac.ehu.es/antropo.

وما هي محددات ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية بالجزائر؟

5.1. فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى:

تفترض الدراسة أن انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر واتجاهات الأمهات نحوها يتحددان بثلاث فئات من العوامل: عوامل مرتبطة بالأم (ديموغرافية واقتصادية واجتماعية)، وعوامل مرتبطة بالطفل، وعوامل سياقية (صحية ومكانية). كما تفترض أن التراجع الملحوظ في الرضاعة يعود إلى خلل في هذه المحددات، مما يحتم دراستها بدقة لوضع استراتيجيات فعالة لدعم هذا السلوك الصحي.

الفرضية الثانية:

تذهب هذه الفرضية المضادة إلى أنه ليس للعوامل السياقية دور في بناء الاتجاهات نحو سلوك الرضاعة كما أنها ليست سببا في انخفاض مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية، وليس لانخفاض الرضاعة الطبيعية من أثر على الصحة العامة للمجتمع، وأن اختيار نمط الرضاعة تابع لاختيار نمط الحياة، فالإرضاع الطبيعي أو الاصطناعي اختيار نابع من القناعة الشخصية ولا علاقة له بمعرفة الفوائد الصحية لحليب الأم على صحة الرضيع الفيسيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية أو بحياة الأم الصحية، كما لا ارتباط لذلك الاختيار بالعوامل الخارجية المتعلقة بمستوى التعليم أو المعيشة، أو العمل، أو مكان ونوعية الولادة والخبرة بهذا السلوك، ولهذا فلا داعي لتكريس مجهودات الدعم المفترضة للتأثير على حرية الأمهات في هذا المجال، وخير دليل على عدم صحة الفرضية الأولى العلاقة بين نسبة الولادات في المشافي ونسبة انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر.

6.1. الدراسات السابقة

من الصعب متابعة كل الدراسات السابقة في مجال الرضاعة الطبيعية بغرض الاستفادة منها في دراستنا الحالية حول نفس الموضوع، فالشيء الملاحظ هو أن الأبحاث في هذا المجال كثيرة ومتعددة

التخصصات، لأن هذه الممارسة منتشرة في جميع المجتمعات وعبر جميع العصور، لكنها رغم ذلك قليلة في موضوع سلوك الرضاعة الطبيعية حول المجتمع الجزائري لا سيما المكتوب منها باللغة العربية.

وسيكون عرض هذه الدراسات على سبيل الانتقاء في هذا البحث وعلى مرحلتين؛ الأولى في عنصر الدراسات السابقة، والثانية تكون في الفصل الثاني عند عرض النظريات المفسرة لظاهرة الرضاعة نظرا لما تتضمنه تطبيقاتها على دراسة الاتجاهات والعوامل المحددة لهذا السلوك، وفيما يلي المرحلة الأولى من عرض هذه الدراسات وتناولت المجتمعات المختلفة أجنبية وعربية مع تخصيص جزء منها للدراسات التي تناولت عينات من المجتمع الجزائري.

<u>الدراسات الأجنبية:</u>

دراسة للباحثتين كومي كايرام وتومباح ناه Tampah-Naahand و Akwasi Kumi-Kyereme

بعنوان: "محددات الرضاعة الطبيعية بين الأمهات في غانا"

"Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study"

وهي دراسة مقطعية تمت باستخدام بيانات من المسح الديموغرافي الصحي لعام 2008 (GDHS) في غانا، واعتمدت عينة الدراسة على الرضع في عمر (0–5 أشهر) خلال فترة المسح، واستخرجت من مجموعة البيانات الفردية للأمهات، وعدد أفراد العينة فيها (316 طفل)، تم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة العلاقة بين المتغيرات المستقلة المختارة، حيث كان المتغير التابع هو الرضاعة الطبيعية الحصرية، أما المتغيرات المستقلة فقد استخدمت المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية التالية: عمر الأم، والحالة الزواجية، والتعليم، والمنطقة، وطريقة الولادة، وزيارات الرعاية السابقة للولادة، ومكان الولادة، وحجم الرضيع عند الولادة، وجنس الرضيع.

خلصت الدراسة بشكل عام إلى أن معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية بلغ 64 %، كما أثبتت أن ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية مرتبطة بالحالة الاجتماعية ومنطقة السكن ومكان الولادة، وأوضح

نموذج الانحدار اللوجستي أن الأمهات من منطقة فولتا، اللواتي وضعن مولودهن في منشأة صحية حكومية، والأمهات اللواتي أدركن أن أطفالهن متوسطي الحجم هن أكثر عرضة لممارسة الإرضاع الطبيعي الحصري[1].

أما الانتقاد الذي يمكن أن يوجه لهذه الدراسة فهو متعلق بحجم العينة المستخدمة في هذه الدراسة؛ فقد كان حجمها صغيرا، وكان من الممكن أن يكون قد أسهم فقط في عدد قليل من المتغيرات المرتبطة إحصائيا بممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية بواسطة التحليل متعدد المتغيرات، أما المنهج المقطعي المعتمد لهذه الدراسة فيقلل من قدرته على استخلاص الروابط السببية الاستنتاجية في التنبؤ بممارسة حصرية للرضاعة الطبيعية.

دراسة أخرى بعنوان "المحددات الاجتماعية والديموغرافية للأمهات المرتبطة بممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية في الكاميرون". " Maternal socio-demographic determinants of exclusive breastfeeding practice in Cameroon قام بها فرانكي فوبون Frankie E.E Fombong وآخرون.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العوامل الاجتماعية والديموغرافية المرتبطة بممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية بين الأمهات الكاميرونيات في سن الإنجاب، لأن ممارسات الرضاعة الطبيعية كانت دون المستوى الأمثل في العديد من البلدان النامية بما فيها الكاميرون، ولا سيما الحصرية منها على الرغم من الأدلة الموثقة والمنبهة على الدور الحيوي للإرضاع الطبيعي على صحة الرضع ونموهم.

منهجيا تم الحصول على بيانات من عينة تمثيلية على المستوى الوطني للأمهات (تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما) مع أطفال تتراوح أعمارهم بين 0–6 أشهر من المسح الديموغرافي والصحي للكاميرون

[1] Tampah-Naah, Anthony Mwinilanaa, and Akwasi Kumi-Kyereme. "Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study." *International breastfeeding journal* 8 (2013): 1-6.

لعام 2004، وتم استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي المتعدد لتحديد وفحص العوامل الأمومية للتنبؤ بممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية مع التحكم في الإرباك المحتمل.

خلصت الدراسة إلى أن 18.1 ٪ فقط من الأمهات يمارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية، حيث كانت النسبة الأعلى (35.2 ٪) عند الرضع من عمر 0–1 أشهر والأدنى (2.4 ٪) عند الرضع البالغة أعمارهم 6 أشهر (P <0.001)، وكان لدى المنطقة الشمالية أدنى نسبة (0٪) والمنطقة الشمالية الغربية أعلى نسبة (52.9٪)، من ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، كما تم الإبقاء على الأثنية والدين كأدوات تنبؤيه مهمة لممارسة هذا السلوك في التحليل متعدد المتغيرات.[1]

الدراسات العربية:

مقال علمي لكل من إيناس بوعنان، سناء المحمدي، أسماء سريحة، آمال بوصلاح ومحمد سلطاني بعنوان: " المعارف والممارسات في الإرضاع الطبيعي من الثدي لدى النساء في المنستير"

"Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel"

هدفت هذه الدراسة الميدانية إلى تقييم معدل انتشار الإرضاع الطبيعي، ومحدداته، ومعارف النساء ومواقفهن تجاه الرضاعة الطبيعية من خلال عينة مقدرة بـ: 354 من الأمهات اللواتي يزرن مراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة المنستير في تونس عام 2008.

خلصت الدراسة إلى أن متوسط عمر للأمهات 30 عاما، وأن معظم هؤلاء الأمهات 98٪ يعرفن أن الإرضاع الطبيعي يساعد في الوقاية من إصابة الأطفال من العدوى، إلا أن 38.5٪ منهن فقط يعرفن أن

[1] Frankie E.E Fombong, Beheshteh Olang. et al. Maternal socio-demographic determinants of exclusive breastfeeding practice in Cameroon. American Journal of Food and Nutrition, 2016, 4.4: 83-92Vol. 4, No. 4, 2016, pp. 83-92.

حليب الأم هو الوحيد الذي يمكنه أن يقدم للرضيع ما يحتاجه من التغذية الصحية حتى يبلغ الشهر السادس من العمر، ورغم أن94.4٪ منهن قد بدأن بإرضاع ولدانهن طبيعيا إلا أن1.9٪ فقط منهن استمر بالإرضاع رضاعة طبيعية حصرية حتى ست شهور، ولقد كانت من بين الأسباب الرئيسية لإيقاف الرضاعة الطبيعية الاعتقاد بأن حليب الأم غير كاف للتغذية أولا، ويليه عامل العودة إلى العمل في الدرجة الثانية.

وقد كان الاقتصار على الإرضاع الطبيعي لمدة 3 شهور بالتماس الحميم بين الأم والوليد بمعامل (الأرجحية 1.93 وفاصلة ثقة 95٪، إذ تراوحت القيم بين 1.016 و3.69) مرافقا لمعارف الأم عن فوائد حليب الأم بمعامل (الأرجحية 2.8 وفاصلة ثقة 95٪، إذ تراوحت القيم بين 1.2 و6.6) في حين تعلق الفطام المبكر باستخدام المصاصة بمعامل (الأرجحية 0.17 وفاصلة ثقة 95٪)، إذ تراوحت القيم بين (0.08 و0.36)، وكانت بدائل حليب الأم بمعامل (الأرجحية 0.14 وفاصلة ثقة 95٪، إذ تراوحت القيم بين 0.05 و0.3)[1].

مقال علمي آخر من إعداد وفاء قنديل وآخرين تحت عنوان: "محددات الرضاعة الطبيعية الحصرية عينة من الأطفال المصريين"

" Determinants of Exclusive Breastfeeding in a Sample of Egyptian Infants".

سعت هذه الدراسة لتقييم العوامل الاجتماعية للأم والطفل التي تعطل الرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من الحياة، وهي دراسة بأثر رجعي شملت 827 من أمهات الرضع الذين تزيد أعمارهم عن 6 أشهر (411 يرضعون رضاعة طبيعية حصرية و311 يرضعون صناعيا و105 تغذية مختلطة)، وأجريت مقابلات مع الأمهات للحصول على المعلومات الاجتماعية والديموغرافية، والسجل الطبي، وتاريخ الفترة المحيطة بالولادة، والتاريخ المفصل لتغذية الرضع.

---

[1] إيناس بوعنان، سناء المحمدي، أسماء سريحة، آمال بوصلاح، محمد سلطاني، المعارف والممارسات في الإرضاع الطبيعي من الثدي لدى النساء في المنستير (تونس)، المجلة الصحية لشرق المتوسط، المجلد السادس عشر، العدد الثامن، 2010، ص 879 -885.ص 879

وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك العديد من العوامل التي تدعم الرضاعة الاصطناعية على حساب الرضاعة الطبيعية الحصرية، بما في ذلك عمر الأمهات الأصغر من 25 سنة أكثر عرضة بـ 2.25 مرة تقريبًا للجوء إلى الرضاعة الاصطناعية مقارنة بالأمهات الأكبر سنًا (OR = 2.252)، ترتيب ولادة الطفل> الثالث، فلأمهات اللائي أنجبن طفلهن الرابع أو أكثر، أكثر عرضة بـ 2.44 مرة للجوء إلى الرضاعة الاصطناعية (OR = 2.436)، الولادة الاولى (OR = 1.878)، الأمهات في ولادتهن الأولى أكثر عرضة بـ 1.88 مرة للرضاعة الاصطناعية مقارنة بغيرهن، الحالة الاجتماعية الفردية للأم (OR = 2.762)،الامهات غير المتزوجات/المطلقات أكثر عرضة بـ 2.76 مرة للرضاعة الاصطناعية، وحالة الأطفال الخدج (OR = 3.287)، الأطفال الخدج أكثر عرضة بـ 3.29 مرة للحصول على رضاعة اصطناعية مقارنة بالأطفال كاملي النمو، والمخاض المعقد (OR = 1.841)، حالات المخاض العسير/المعقد أكثر عرضة بـ 1.84 مرة للجوء إلى الرضاعة الاصطناعية، كما شملت العوامل المؤدية إلى التغذية المختلطة: كالعملية القيصرية (OR = 2.004)،فلأمهات اللائي ولدن بعملية قيصرية أكثر عرضة مرتين للتغذية المختلطة مقارنة بالولادة الطبيعية ودخول العناية المركزة لحديثي الولادة (OR = 1.925) فلأطفال الذين دخلوا العناية المركزة أكثر عرضة بـ 1.93 مرة للتغذية المختلطة [1].

ومن توصيات الدراسة أنه يجب توجيه برامج التثقيف الصحي والتوعية حول أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية خاصة للأمهات لأول مرة، وتحسين الرعاية السابقة للولادة للحد من مشاكل الفترة المحيطة بالولادة وحديثي الولادة بالتدريب والمراقبة والإشراف على العاملين في مجال الرعاية الصحية في المجتمع، للتعرف

[1] Kandeel, Wafaa A., et al. "Determinants of exclusive breastfeeding in a sample of Egyptian infants." *Open access Macedonian journal of medical sciences* 6.10 (2018): 1818.1823, P 1818

على مضاعفات المخاض وتقديم الدعم والمعرفة للأمهات المرضعات، وما يؤخذ على هذه الدراسة أن العينة التي قامت عليها صغيرة وغير شاملة؛ ولهذا لا يمكن تعميم نتائجها على المجتمع ككل.

مقال علمي للباحث رياض الذهاب نشر عام 2017 تحت عنوان[1]: العوامل المؤثرة في الرضاعة الطبيعية الحصرية في تبوك، المملكة العربية السعودية.

"Factors influencing exclusive breastfeeding in Tabuk Saudi Arabia"

هدفت الدراسة الميدانية إلى تحديد مدى انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية في 6 أشهر والعوامل المرتبطة بها في تبوك، شمال غرب المملكة العربية السعودية. وذلك نظرا لأن أقلية فقط من الأمهات في المملكة العربية السعودية يرضعن أطفالهن حصريا، فسعت هذه الدراسة الى فحص العوامل المؤثرة لتشجيع المزيد من الأمهات على القيام بذلك.

أجريت مقابلات مع عينة تتكون من 589 أما من أمهات الأطفال الأصحاء، الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و24 شهرا أثناء حضورهن عيادات الطفولة، في 5 مراكز للرعاية الصحية الأولية، وانجزت المقابلات مستعينة باستبيان منظم لجمع المعلومات الاجتماعية والديموغرافية، والبيانات التفصيلية المتعلقة بممارسات الرضاعة الطبيعية، كما تم إجراء تحليل الانحدار اللوجستي على البيانات التي تم جمعها لتحديد العوامل المرتبطة بشكل مستقل بممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال الرضع في 6 أشهر.

وخلصت الدراسة فيما يخص الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى أنها تمارس فقط من قبل 31.4 ٪ من الأمهات خلال الأشهر الستة الأولى من حياة أطفالهن، كما أشارت نتائج الانحدار اللوجستي إلى أن الرضاعة الطبيعية الخالصة في سن 6 أشهر كانت نسبة ممارستها أقل في حالة عمل الأمهات، وفي حالة

[1] Alzaheb, Riyadh A. "Factors influencing exclusive breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia." *Clinical Medicine Insights : Pediatrics* 11 (2017) 1179556517698136.

الولادة القيصرية، وعند انخفاض أوزان المواليد، كما تشير الدراسة إلى أن وعي الأم السعودية بفترة الرضاعة الطبيعية الحصرية الموصى بها ارتبط بشكل إيجابي بالإرضاع الطبيعي الحصري[1].

وهناك رسالة دكتوراه في الطب من إعداد المغربية كيتاني سميحة Kitani Samiha تحت عنوان الإرضاع الحصري من الثدي عند المواليد الجدد: حالات الإصابة والعوامل المرتبطة بها والمعرفة والممارسات على مستوى مركز التوليد في مستشفى لالة مريم ذي العرائش".

L'allaitement maternel exclusif chez les nouveau-nés à terme en maternité : Incidence ، facteurs associés, connaissances et pratiques. Enquête au niveau de la maternité de l'hôpital provincial Lalla Meryem de Larache.[2]"

وهي دراسة رصدية، مستقبلية وصفية وتحليليه أجريت على مدى ثلاثة أشهر من 1 اكتوبر 2017 إلى 31 ديسمبر 2017، في جناح الولادة في مستشفى الاميرة لالة مريم ذي العرائش الذي يمثل الهيكل المرجعي للرعاية الصحية النسائية في هذه المقاطعة المغربية.

وتهدف الدراسة إلى تحديد معدل الإرضاع الطبيعي المبكر، وتشخيص العوامل المرتبطة به وتقييم معارف وممارسات الأمهات ومهنيي الصحة تجاه موضوع الرضاعة الطبيعية الحصرية في مستشفى الولادة.

فمن الناحية المنهجية تم جمع المعلومات باستخدام نوعين من الاستبيانات: استبيان أول مخصص للأمهات بعد الولادة، وآخر للمهنيين الصحيين؛ يتكون الاستبيان الخاص بالأمهات بعد الولادة من جزأين: الجزء الأول منه تضمن أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والإنجابية ونوع الحمل ورتبة المولود وتجربة الرضاعة الطبيعية السابقة، وعدد زيارات للمستشفى السابقة للولادة، وخصائص المواليد الجدد، والمشورة قبل الولادة على الرضاعة الطبيعية، في حين تضمن الجزء الثاني معلومات حول ممارسات الأمهات ومعرفتهن بالرضاعة الطبيعية.

---

[1] Ibid. P3

[2] Kitani, Samiha. L'allaitement maternel exclusif chez les nouveau-nés à terme en maternité : Incidence, facteurs associés, connaissances et pratiques. Enquête au niveau de la maternité de l'hôpital provincial Lalla Meryem de Larache. 2018. http://hdl.handle.net/123456789/16892

أما استبيان المهنيين الصحيين فقد شمل ثلاث أجزاء: جزء أول تضمن معلومات شخصية عن تجاربهم الخاصة في مجال الرضاعة الطبيعية، وجزء ثان كان عبارة عن أسئلة قصيرة الإجابة لاختبار المعرفة، وكان الجزء الثالث والأخير مركزا على تقييم ممارساتهم في هذا المجال.

تم جمع البيانات وترميزها على أجهزة الكمبيوتر باستخدام برنامج EXCEL وتحليلها باستخدام برنامج SPSS، وتم التعبير عن المتغيرات النوعية بالأرقام والنسب المئوية، وعن المتغيرات الكمية على أنها الانحراف المعياري، وتمت مقارنة المتغيرات النوعية باستخدام اختبار بيرسون كاي مربع، أو اختبار فيشر الدقيق. وأجري تحليل أحادي المتغير بواسطة نموذج الانحدار اللوجستي، وتم تقديم عتبة الأهمية في نموذج متعدد المتغيرات ثابت في 0.05 (ع <0.05)، كما تم إدخال جميع المتغيرات ذات p الأقل من(0.200) في نموذج متعدد المتغيرات.

خلصت الدراسة الى أن معدل انتشار الإرضاع الطبيعي الحصري بلغ في عينة الدراسة 25٪، أما العوامل المؤثرة على ممارسات الإرضاع الطبيعي الحصري فتمثلت في كل من: عمر الأمهات الذي لم يتعد 30 عاما (P =0.02)، واختيار نظام التغذية قبل الحمل (p=0,000)، والوزن الجيد للمواليد (0,000 =P)، والنصائح التي تلقتها الأمهات قبل الولادة حول الرضاعة الطبيعية (p=0,000)، وتجربة الرضاعة السابقة التي تزيد مدتها عن 6 أشهر (p=0,000).

أما فيما يخص مهنيي الصحة فإن 60 ٪منهم لديهم معلومات حول التوجيهات اللازمة لإنجاح الرضاعة الطبيعية و82٪ منهم قاموا بمساعدة الأمهات لإرضاع الأولاد خلال الساعة الأولى بعد الولادة؛ وفي ضوء ذلك كله ركزت الدراسة على أهمية تعزيز الرضاعة الطبيعية قبل الولادة وعند الولادة. [1]

<u>دراسات جزائرية:</u>

[1] Ibid p 145

الدراسات التي تناولت الرضاعة الطبيعية في الجزائر أو في مناطق معينة منها قليلة نذكر منها مقالا علميا باللغة الفرنسية لكل من مولسهول وبداك ودموش **Moulessehoul, Demmouche Beddek,** تحت عنوان: "محددات اختيار الرضاعة الطبيعية بين سكان غرب الجزائر (مدينة سيدي بلعباس)"

Les déterminants du choix de l'allaitement chez une population de l'ouest de l'Algérie (ville de Sidi Bel Abbes).

تتساءل الدراسة الميدانية حول أسباب ضعف معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية في الجزائر خلال الستة أشهر الأولى من ولادة الطفل مقارنة بالمستويات الدولية والإقليمية، وعن العوامل التي تؤثر على قرارات الأمهات فيما يتعلق بنمط الإرضاع.

في الجانب المنهجي تم إجراء مسح استطلاعي بمركز الأمومة والطفولة "عظيم فتيحة" بمدينة سيدي بلعباس (غرب الجزائر) خلال الفترة أفريل–ماي 2012 في مجتمع دراسة مكون من 100 امرأة مكان إقامتهن مدينة سيدي بلعباس، وتتراوح أعمارهن بين 20 و42 سنة، استخدمت في المسح استمارة مقابلة بها أسئلة مختصرة تتعلق بالحالة المدنية للمبحوثات، تتضمن اختيار نمط الإرضاع، رأي الزوج، أسباب اختيار نمط الإرضاع، وتجربة الإرضاع.

خلصت الدراسة إلى أن36 ٪ من النساء اخترن الرضاعة الصناعية، و32 ٪ الرضاعة الطبيعية الحصرية و32 ٪ الرضاعة المختلطة، وكانت العوامل التي تثني النساء عن الرضاعة متمثلة في العودة إلى العمل، حيث أن60.53 ٪ من الأمهات اللاتي اخترن التغذية الصناعية، يضاف إليها الحالة الصحية للأم حيث72.22 ٪ من النساء ممن أنجبن بعملية قيصرية اخترن الرضاعة الاصطناعية، كما أثر عمر

الأم أيضا بشكل إيجابي على الرضاعة الطبيعية، حيث 83.34 ٪ من النساء اللواتي تزيد أعمارهن عن 35 سنة يفضلن الرضاعة الطبيعية.[1]

تفتقر هذه الدراسة إلى إطار نظري ومنهجي صلب، فقد اعتمدت عينة صغيرة الحجم، وكانت الأسئلة المطروحة والمتغيرات المتضمنة في تحليل أسباب عدم الإرضاع قليلة جدا.

هناك مقال علمي أنجزه كل من عبد الناصر آكلي وحياة أولعمارة وطالب سليمة Salima Taleb، Abdel Nacer Agli،Hayat Oulamara تحت عنوان: "عوامل تيسير الرضاعة الطبيعية في تبسة" [2]. Factors Facilitating and Forcing the Breast-Feeding to Tebessa «City Algeria"

كان الهدف من الدراسة التعرف على وضعية الرضاعة الطبيعية (أنماط الرضاعة وبعض محدداتها) بولاية تبسة في الشرق الجزائري.

منهجيا تم إجراء تحقيق ميداني في الولاية على عينة تم اختيارها عشوائيا تتكون من 200 أم و200 طفل تتراوح أعمارهم بين 0 –24 شهرا، بأحد مراكز الأمومة والطفولة، الاستمارة التي تم تحضيرها مسبقا عرضت على الأمهات في يومين من الأسبوع، تأتي فيهن الأمهات لتطعيم أطفالهن، وخصت بها فقط الأمهات المرضعات فعليا، استخدمت الدراسة جداول الاقتران، اختبار كاي تربيع وحساب النسب المئوية، وتمت معالجة البيانات باستخدام برنامج (EPI Info) وبرنامج (Excel).

خلصت الدراسة إلى أن نسبة النسوة اللواتي يمارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية بلغت 50.5٪ أما اللواتي يمارسن الرضاعة المختلطة فقد بلغت نسبتهن40.91 ٪، ولوحظ أن نسبة الإرضاع الحصري ترتفع

---

[1] Demmouche, A., F. Beddek, and S. Moulessehoul. "Les déterminants du choix de l'allaitement chez une population de l'ouest de l'Algérie (ville de Sidi Bel Abbes)." *Antropo* 30 (2013): 61-69. P 61

[2] Taleb, Salima, Hayet Oulamara, and Abdel Nacer Agli. "Factors facilitating and forcing the breast-feeding to Tebessa (East city Algerian)." *Food and Nutrition Sciences* 3.3 (2012): 310-316.

عندما ينخفض المستوى التعليمي للأم حيث كانت النسبة في العينة 50.80٪ للمستوى التعليمي المنخفض مقابل46.15 ٪ للمستوى التعليمي المرتفع، وخلصت إلى أن معدل التغذية المختلطة والرضاعة الصناعية يزيد عندما يكون المستوى التعليمي للأم مرتفعا.

وكانت الأسباب الرئيسية للتوقف عن الرضاعة الطبيعية تدور حول صحة المرأة، وعدم كفاية الحليب، واستئناف العمل، وهناك أسباب أخرى تتعلق بجماليات المرأة وكذلك بالحمل الجديد؛ وقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي اخترن الرضاعة الطبيعية على أنها الأفضل لصحة الطفل 72.78 ٪، أما متوسط مدة الرضاعة فتحدد بـ (4.68 ± 4.437) شهرا عند تاريخ التحقيق الميداني.[1]

لم تراع الدراسة عند حساب المقاييس المدد الزمنية للإرضاع رضاعة حصرية إلى غاية ستة أشهر مثلا، وهذه المدد الزمنية لو تم رصدها لكانت الدراسة قد أعطت صورة أكثر وضوحا لمستويات الإرضاع الصحي بولاية تبسة.

إضافة إلى هذه المقالات العلمية هناك رسالة دكتوراه في الطب باللغة الفرنسية تم مناقشتها عام 2016 لكل من سهام تشنار وبومدين حنان Boumdiene Hanane et Tchenar Sihem تحت عنوان: الرضاعة الطبيعية الحصرية الى غاية ستة أشهر « L'allaitement maternel exclusif à 6mois».

تهدف الدراسة إلى تقييم معدل الإرضاع الحصري خلال الأشهر الستة الأولى من العمر عند الرضع المولودين في شهر نوفمبر 2016 في مستشفى تلمسان.

وفي الجانب المنهجي بحثت الدراسة وضعية 110 مولودا جديدا ولدوا خلال شهر نوفمبر 2016 وتتبعتهم إلى غاية 2017 في مستشفى الأمومة في ولاية تلمسان من خلال استبيان تكون من جزأين؛ تم

[1] Factors Facilitating and Forcing the Breast-Feeding to Tebessa (East City Algerian), PP 115-116

في الجزء الأول من الاستبيان إجراء مقابلة مع الأمهات أثناء إقامتهن في المستشفى، وفي الجزء الثاني منه وبعد 6 أشهر من الولادة؛ تم عن طريق الاتصال الهاتفي استجواب الأمهات حول مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية، وسبب التوقف المحتمل عنها قبل 6 أشهر.

خلصت الدراسة إلى أن 25٪ من الأطفال حصلوا على رضاعة طبيعية حصرية لمدة 6 أشهر، أما فيما يخص العوامل التي تؤثر عليها فتمثلت في عدم كفاية حليب الأم، وهو العامل الأكثر شيوعا للفطام المبكر والعزوف عن الرضاعة الطبيعية حيث يمثل 36 ٪ من معدل الفشل في عينة الدراسة، أما العوامل الأخرى فتتمثل في الإجهاد والتعب بنسبة 16 ٪، أما العودة إلى العمل فكانت بنسبة 13 ٪ من حالات العزوف.

كما لوحظ أنه يوجد رفض للرضاعة الطبيعية بنسبة 27٪ من النساء اللواتي تم استجوابهن عند الولادة، أما غالبية الأمهات اللواتي اخترن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لإرضاع أطفالهن فقد كان الدافع المفسر لهذا الاختيار في أكثر من 45 ٪ من الحالات متعلقا بالفوائد التي يمكن للطفل أن يستفيد منها، لهذا كان من نتائج الدراسة ما تعلق بتقييم وعي الأم حول الرضاعة الطبيعية من قبل أخصائي الصحة حيث كان الوعي بنسبة 11 ٪ وهي نسبة متدنية لا تكفي للانتشار المقبول لممارسة الرضاعة الطبيعية والاستمرار فيها.

أما ما يتعلق بالعوامل التي تؤثر على اتجاهات اختيار الرضاعة الطبيعية ومدتها؛ فقد تبين أن من بين النساء اللواتي بدأن بالرضاعة الطبيعية كانت النساء متعددات الولادة؛ فهن من قمن بإرضاع أطفالهن بمعدل 6 أشهر مقارنة بالمرأة التي تلد لأول مرة، وتبين أن معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية متشابهة نسبيا بين النساء في مستويات التعليم المختلفة، باستثناء النساء اللواتي لم يكملن تعليمهن حيث هناك زيادة

طفيفة، كما تسجل الدراسة نسبة مرتفعة جدا للرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر بين النساء اللواتي ولدن ولادة طبيعية (85.2٪) مقارنة باللواتي ولدن ولادة قيصرية.[1]

بناء على كم الدراسات الجزائرية التي تم ذكرها على أنها دراسات ميدانية يرصد بعضها العوامل المؤثرة في الانتشار، وبعضها الآخر يحاول ملامسة الاتجاهات عند الأمهات المرضعات، ولأنها دراسات قائمة على التحقيق الميداني الفردي في مجال جغرافي محدود من المجتمع الجزائري، ولا تستثمر المسوح الوطنية التي تعد أكثر شمولية وتعبيرا عن حالة المجتمع في مجال تغذية الطفل، فإنها لا تتيح رصد الانتشار الفعلي لظاهرة الرضاعة وتطوراتها في المجتمع ككل، كما لا تفسح المجال للديموغرافيا في توجيه السياسات أو على الأقل في التنبيه على المخاطر التي يمكن أن يواجهها الوضع الصحي للمجتمع، لهذا تتفرد الدراسة الحالية بالبعد الشمولي للظاهرة في المجتمع من خلال اعتمادها على الجانب الإحصائي المبني على الانحدار اللوجيستي الثنائي من جانب، واستغلالها للمسح الوطني العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات المنجز في فترة 2012-2013 الذي يضمن الشمولية في رؤية ظاهرة الرضاعة الطبيعية في المجتمع الجزائري من جانب آخر.

7.1. الاطار المفاهيمي

تتضمن الدراسة العديد من المفاهيم والمصطلحات البارزة في متن البحث لكننا سنكتفي ببعضها في هذا الفصل مع ظهور تفسير للبعض الآخر في الفصول اللاحقة مشروحة ضمن مسار البحث ومن أهم هذه المفاهيم والمصطلحات ما يلي:

1.7.1. مفهوم الرضاعة

[1] Tchenar, siham; Boumedine, hanane. L'allaitement maternel exclusif à 6mois. 2016. PhD Thesis. http://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/10273. Pp 41-42-43

هذا المفهوم من المفاهيم العامة والمركزية في الدراسة الذي يعني تغذية المولود بالحليب يتضح معناه أكثر فأكثر من خلال مجموعة من المصطلحات التي يتضمنها والدالة على أنماط تغذية الرضع، وهي كالتالي:

1.1.7.1. مفهوم الرضاعة الطبيعية الحصرية

الرضاعة الطبيعية الحصرية EBF هو مفهوم يعني تلقي الرضيع حليب الثدي فقط من والدته أو مرضعته.[1] وقد أضاف التعريف الجديد الذي نشرته المنظمة العالمية للصحة عام 2008، أنه بالإمكان أن يتناول الطفل أملاح الإماهة الفموية (ORS)، باعتبارها دواء للوقاية وعلاج الجفاف.[2] دون أن يؤثر على مفهوم هذا النمط من الإرضاع.

2.1.7.1. مفهوم الرضاعة الطبيعية الغالبة

يعني هذا المصطلح أنه عندما يكون مصدر تغذية الرضيع حليب الأم، قد يتلقى الطفل معه أيضا المياه أو المشروبات القائمة على المياه (المياه المنهكة والمحلاة، شاي الأعشاب ... الخ) أو عصير الفواكه، أو قطرات وشراب مشكل من الفيتامينات والمعادن والأدوية، وينظر إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية والرضاعة الطبيعية الغالبة معا على أنها رضاعة طبيعية كاملة.

3.1.7.1. مفهوم الرضاعة الصناعية

وتعني تلقي الرضيع طعاما سائلا أو شبه صلب من زجاجة بها حلمة[3]، وعلى الرغم من أن الرضاعة الصناعية ليست قسما من أقسام الرضاعة الطبيعية، إلا أنه من الضروري إدراجها

---

[1] World Health Organization, Indicators for assessing breastfeeding practices, Geneva, 1991, (WHO/CDD/SER/91.14), p 2.

[2] World Health Organization, Opcit, p 4

[3] World Health Organization, Op cit, p 2.

ضـمن المؤشـرات الرئيسـية لظاهرة الرضـاعة في المجتمع، بسـبب تأثيرها على انتشـار الرضـاعة الطبيعية.

2.7.1. مؤشرات تقييم ممارسات الرضاعة الطبيعية والتعديلات التي طرأت عليها

يشير هذا المفهوم إلى مجموعة المؤشرات التي يتم بها تقييم ممارسات الرضاعة الطبيعية وقد نشرتها منظمة الصحة العالمية واليونيسف سنة 1991، وتم استخدامها على نطاق واسع لتوجيه البرامج، لكنها قامت في عام 2008 بنشر وثيقة أخرى لمؤشرات تقييم ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال وتم فيها تعديل تعريف مؤشرين أساسيين هما: معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية ومعدل الوقت المناسب لإدخال الأغذية التكميلية.[1]

1.2.7.1. معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية

أوصت المنظمة العالمية للصحة عام 1991 أن جميع الأطفال يجب أن يرضعوا رضاعة طبيعية حصرية إلى غاية سن 4-6 أشهر، كما أن العمر المحدد لإدخال الأغذية التكميلية يختلف من طفل لآخر حسب هذه التوصية، لكن في عمر أقل من 4 أشهر يجب أن يرضعوا رضاعة طبيعية حصرية، وبعد مراجعة مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية، أقرت المنظمة العالمية للصحة أن المدة المثلى هي 6 أشهر، وبعدها فقط يمكن أن يتم إدخال الأغذية التكميلية المناسبة مع مواصلة الإرضاع الطبيعي إلى غاية عمر السنتين من حياة الطفل.[2]

- **معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية دون 6 أشهر**

[1] World Health Organization, PART 3, Op cit, P 1.

[2] World Health Organization, Indicators The optimal duration of exclusive breastfeeding, Report of an Expert Consultation, Geneva, 2001, p 1.

هو نسبة الأطفال في العمر (0–5) شهرا الذين يتغذون حصريا على حليب الأم حسب المعادلة التالية.

$$\frac{\text{الأطفال في العمر (0–5) شهرا الذين تلقوا حليب الأم فقط خلال ساعة السابقة للمسح 24}}{\text{الأطفال في عمر (0–5) شهرا}} =$$

من الأحسن تقسيم المؤشر أعلاه إلى الفئات العمرية (0–1) و(2–3) و(4–5) أشهر حيث أن المؤشر في الفئة العمرية (4–5) أشهر يوفر معلومات دقيقة عن المدة الفعلية لعملية الرضاعة الطبيعية الحصرية[1].

- **معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية أقل من 4 أشهر**

يمثل نسبة الأطفال دون 4 أشهر من العمر الذين حصلوا على رضاعة طبيعية حصرية.[2] حسب المعادلة التالية:

$$\frac{\text{الأطفال< 4أشهر (<120يوم) من العمر الذين حصلو على رضاعة طبيعية حصرية خلال 24 ساعة السابقة على المسح}}{\text{الأطفال< 4اشهر (120يوم) من العمر}} =$$

2.1.7.1. معدل إدخال الأغذية التكميلية

تم تعديل المؤشر القديم "معدل التغذية التكميلية في الوقت المناسب" إلى "معدل إدخال الأغذية الصلبة والشبه صلبة أو الأغذية اللينة" كما أن مواصلة الرضاعة الطبيعية لم يدرج في التعريف الجديد، وتم تخفيض العمر المقرر من (6–9 أشهر) إلى (6–8 أشهر)، كما أن المؤشر القديم، يتكون من نوعين

[1] World Health Organization, Indicators for assessing infant and young child feeding practices, Part 1, Definitions, Geneva, 2008, p 5.

[2] World Health Organization، Indicators for assessing breastfeeding practices، PART 3 opcit،p2

من الممارسات الأساسية هي استمرار الرضاعة الطبيعية، واستهلاك الأطعمة الصلبة والشبه صلبة أو اللينة لذلك لا يسهل تفسيره داخل مجموعة المؤشرات الجديدة، كما أن التغذية التكميلية لم يتم إيرادها في المؤشرات الجديدة لا سيما في موضوع إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية عمر العام والعامين.[1]

- **معدل إدخال الأغذية الجديد**

ويقصد به نسبة الأطفال في عمر (6-8) شهرا الذين أخذوا الأغذية الصلبة والشبه صلبة أو اللينة[2]. حسب المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{الأطفال في عمر (6-8) شهرا الذين أخذوا الأغذية الصلبة والشبه صلبة واللينة خلال 24 ساعة السابقة على المسح}}{\text{الأطفال في عمر (6-8) شهرا}}$$

- **معدل إدخال الأغذية التكميلية القديم**

ويعنى به نسبة الأطفال في عمر (6-9) شهرا الذين تلقوا حليب الثدي والأغذية التكميلية.[3] حسب المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{الأطفال في عمر (6 -9) شهرا (180-299 يوم) الذين يتلقوا حليب الأم والأغذية التكميلية خلال 24 ساعة السابقة على المسح}}{\text{الأطفال في عمر (6-9) شهرا(180-299 يوم)}}$$

3.1.7.1. معدل مواصلة الرضاعة الطبيعية

[1] World Health Organization، Indicators for assessing infant and young child feeding practices، PART 3, p3

[2] World Health Organization, Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1, op cit. p6

[3]، Indicators for assessing breastfeeding practices ،Op cit، p7

- **معدل مواصلة الرضاعة الطبيعية إلى عمر السنة**

ويقصد به نسبة الأطفال في عمر (12-15) شهرا الذين تلقوا حليب الأم[1].حسب المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{الأطفال في عمر (12-15) شهراالذين تلقوا حليب الأم خلال 24 ساعة السابقة على المسح}}{\text{الأطفال في عمر (12-15) شهر}}$$

- **معدل إكمال الرضاعة الطبيعية إلى عمر العامين**

ويقصد به نسبة الأطفال في عمر (20-23) شهرا، الذين تلقوا حليب الأم.[2] حسب المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{الأطفال في عمر (20-23) شهرا الذين تلقوا حليب الثدي خلال 24 ساعة السابقة على المسح}}{\text{الأطفال في عمر (20-23) شهرا}}$$

4.1.7.1. معدل البدء المبكر للرضاعة الطبيعية

هو نسبة الأطفال المولودين خلال 24 شهرا الماضية ورضعوا من الثدي خلال ساعة واحدة بعد الولادة[3] حسب المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{.الأطفال المولودين خلال 24 شهرا ورضعوا من الثدي خلال ساعة واحدة بعد الولادة}}{\text{الأطفال المولودين خلال 24شهر}}$$

5.1.7.1. معدل الرضاعة الصناعية

نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم (0-23) شهرا الذين يتلقون أي طعام أو شراب بواسطة زجاجة حسب المعادلة التالية:

---

[1]World Health Organization، Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1، op cit، p6.

[2] Ibid، p10

[3] Ibid، p5

الأطفال في العمر (0–23) شهرا الذين تلقوا أي طعام أو شراب بواسطة الزجاجة خلال24 ساعة سابقة على المسح

= ———————————————————

الأطفال في عمر (0–23) شهرا

ومن الأحسن تقسيم المؤشر الى فئات عمرية (0–5) أشهر، (6–11) أشهر، (12–23) أشهر للحصول على بيانات تفصيلية أكثر دقة.

6.1.7.1. معدل الرضاعة الطبيعية السائدة أقل من 6 أشهر

الأطفال في عمر (0–5) شهرا وتغذيتهم الغالبة هي الرضاعة الطبيعية حسب المعادلة التالية:

الأطفال في العمر (0–5) شهرا تغذيتهم الغالبة هي الرضاعة الطبيعية خلال 24 ساعة السابقة على المسح

= ———————————————————

الأطفال في العمر (0–5) شهرا

7.1.7.1. متوسط مدة الرضاعة الطبيعية

هي متوسط مدة الرضاعة الطبيعية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 36 شهرا حيث يكون:

العمر بالأشهر لـــ 50٪ من الأطفال في عمر (0–35) شهرا لم يناولوا حليب الثدي خلال اليوم السابق على المسح

8.1.7.1. معدل الرضاعة الطبيعية

هو نسبة الأطفال المولودين خلال 24 شهرا الماضية الذين تلقوا رضاعة طبيعية حسب المعادلة التالية:

الأطفال الذين ولدوا خلال 24 شهرا الماضية وحصلوا على رضاعة طبيعية

= ———————————————————

الأطفال الذين ولدوا خلال 24 شهرا الماضية

يمكن تقسيم المؤشر إلى (الأطفال الأحياء المولودين خلال 12 شهرا الماضية)، (الأطفال الأحياء المولودين بين 12و24 شهرا الماضية).

9.1.7.1. الرضاعة الطبيعية حسب العمر

نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (0–23) شهرا ورضعوا من الثدي بشكل صحيح، ويتم حساب هذا المؤشر من الكسرين التاليين[1].

$$= \frac{\text{حليب الثدي فقط خلال اليوم السابق على المسح الأطفال في عمر (0–5) شهرا الذين تلقوا}}{\text{الأطفال في عمر (0–5) شهرا}}$$

$$\frac{\text{الأطفال في عمر (6–23) شهرا الذين تلقوا حليب الثدي خلال اليوم السابق على المسح}}{\text{شهرا (6 – 23) عمر في الأطفال}}$$

2.7.1. نموذج الانحدار اللوجستي

يعد هذا المفهوم أداة إجرائية لتقييم الظواهر وقياس العوامل المتعلقة بها ويتضمن مجموعة من المصطلحات مفاهيمها كما يلي:

1.2.7.1. مفهوم نموذج الانحدار اللوجستي

نظرا لأن الدراسات الاجتماعية تهتم بتحليل الظواهر، وتبحث في العوامل التي ترتبط بها بغرض فهمها، والتنبؤ بحدوثها في المجتمع[2]، فإن استخدام أساليب تحليل العلاقات بين ما هو واقع وما يمكن أن يحدث في المستقبل ضروري، وليس هناك من شك في أن العديد من الأساليب العلمية المتفاوتة في الدقة كرست لهذا الأمر، ومن أبرزها الانحدار اللوجيستي[3]. الذي هو أسلوب إحصائي لفحص العلاقة بين

[1]World Health Organization، Indicators for assessing infant and young child feeding practices، Part 1: Definitions، p11

[2] فهمي محمد شامل، الإحصاء بلا معاناة، المفاهيم مع التطبيقات الجزء الثاني، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية. القاهرة،2005، ص13.

[3]عبد الحميد العباسي، أحمد عبد المنعم، الأساليب الإحصائية الحديثة لتحليل البيانات باستخدام الحزم الإحصائية، الجزء الأول، 2015، ص175.

المتغيرات التابعة ذات المستوى الاسمي والمتغيرات المستقلة المفسرة[1]، وهو أنواع منها البسيط والثنائي والمتعدد.

وفي هذه الدراسة الديموغرافية المتعلقة بظاهرة الرضاعة في الجزائر يستخدم الانحدار اللوجستي في تحليل مجموعة من البيانات المأخوذة من المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات لفحص العلاقة بين متغير تابع ثنائي القيمة هو الرضاعة الطبيعية، ومتغير واحد أو أكثر من المتغيرات المستقلة أيا كان نوعها، ونظرا الأمر متعلق بتحليل متغير ثنائي القيمة فإن نوع الانحدار في هذه الدراسة سيكون انحدارا لوجستيا ثنائيا Binary Logistic Regression.

- **الانحدار اللوجستي الثنائي:** الانحدار اللوجستي ثنائي الحدين binomial logistic regressionيدعى أيضا بالانحدار اللوجستي الثنائيbinary logistic regression، وهو من أشهر أنواع الانحدارات اللوجستية، ويستعمل في تفسير أثر المتغيرات على الاستجابات الثنائية، بمعنى تفسير قدرة مجموعة من المتغيرات المستقلة ذات المستويات المختلفة على التنبؤ بمتغير واحد تابع يكون ثنائي التفرع dichotomous مثل(ذكر/أنثى، مريض/معافى...)[2]، لذلك تكون القيم الناتجة عنه إما موجودة(إيجابية) وتأخذ القيمة**1** أو غير موجودة (سلبية) وتأخذ القيمة**0**، وتركز العمليات الإحصائية في التحليل على فحص الاستجابات عند كل مستوى من مستويات المتغير المستقل الذي يُعتقد أن له علاقة بها.

تعمل معادلة الانحدار اللوجستي ثنائي الحدين كالتالي:

---

[1] Walker, Jonathan, Methodology Application، Logistic Regression Using the CODES Data. Developed for Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration (NHTS), Washington DC, April 30, (1996). p32.

[2] David Aaron Maroof; Statistical Methods in Neuropsychology, springer, (2012), P 67-75.

$$Y=b_0+b_1x_1+b_2x_2+\ldots+b_rx_r$$

- $Y=$ تمثل المتغير التابع.

$b_0=$ تمثل العامل المستقل.

$b_rx_r=$ تمثل قيمة اللوجيت بالنسبة للمتغيرات المستقلة.[1]

2.2.7.1. تحويلات الانحدار اللوجستي

- **الاحتمال :** الاحتمال **Probability** هو عبارة عن عدد يتراوح ما بين الصفر والواحد الصحيح، وهي تعبر عن أرجحية (**likelihood**) وقوع حدث معين فعلى سبيل المثال، احتمال فوز فريق ما هو عبارة عن عدد مرات الفوز مقسوم على العدد الكلي للمباريات، وبهذا المعنى فإن الاحتمال هو عبارة عن حاصل قسمة عدد مرات النجاح على العدد الكلي للمحاولات[2].

- **معامل الترجيح أو المفاضلة**

معامل الترجيح أو المفاضلة Odds هو عبارة عن طريقة للتعبير عن مدى احتمال حدوث شيء ما مقارنة باحتمال عدم حدوثه، وغالبا ما يتم التعبير عنه على شكل نسبة بين العددين .ويمكن التعبير عنه كما في المعادلة التالية:

$$\mathbf{odds} = \left(\frac{\boldsymbol{p}}{\mathbf{1}-\boldsymbol{p}}\right) = \mathbf{exp}[\boldsymbol{b}_{\mathrm{o}} + \boldsymbol{b}_1\boldsymbol{x}_1 + \cdots + \boldsymbol{b}_{\mathrm{r}}\boldsymbol{x}_{\mathrm{r}}]$$

$$\mathbf{0> odds <} \infty$$

حيث أن:

Odds : هي معامل ترجيح حدوث الشيء.

P : هي احتمال حدوث ذلك الشيء.

1-p : هي احتمال عدم حدوث ذلك الشيء.

---

[1] محمد أمين دعيش، محمد ساري، نموذج الانحدار اللوجستي: مفهومه، خصائصه، تطبيقاته" مع مثال تطبيقي للانحدار اللوجستي ثنائي الحدين على برنامج Spss 2017 مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع : العدد الأول، مارس 2017 م، ص126.

[2] Walker, Jonathan. Op.cit. P34

x_r: المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج.

b : معاملات المتغيرات المستقلة.[1]

- **لوغاريتم معامل الترجيح**

لوغاريتم معامل الترجيح (Log Odds (Logit هو اللوغاريتم الطبيعي لمعاملات الترجيح Odds، وهو تركيب خطي من المتغيرات المستقلة، ويمكن التعبير عن نموذج الانحدار اللوجستي بالعلاقة الخطية مع لوجت الاحتمال، وفقا للمعادلة التالية:

$$\textbf{logit} = ln\left[\frac{p}{p-1}\right] = b_0 + b_1x_1 + \cdots + b_rx_r$$

0 <،< +∞ odds ration

3.2.7.1. خصائص النموذج اللوجستي

للنموذج اللوجستي بعض الخصائص التي تميزه عن النماذج الأخرى وهذه الخصائص يمكن تلخيصها فيما يلي:

-لا يضع هذا النموذج أي شروط مسبقة على المتغيرات التفسيرية.

-لا يحدد النموذج إلى أي المجتمعات تنتمي المشاهدات الجديدة فقط، ولكنه يحدد احتمال هذا الانتماء.

تستخدم طريقة الإمكان الأعظم فيه (ML) لتقدير معالمه ؛ وبالتالي تتوافر شروط الجودة في هذه التقديرات.

-سهولة الحسابات المستخدمة في صياغة النموذج.

وبهذه الخصائص يصبح الانحدار اللوجستي من أكثر النماذج ملاءمة لتحليل المتغير التابع الوصفي الثنائي[2].

4.2.7.1. مزايا الانحدار اللوجستي

-يتعامل مع المتغيرات الوصفية أو الكمية ويتضمن حدودا للتفاعلات واختبارا لدلالة المعاملات.

---

[1] Pample, Fred C. Logistic Regression A primer. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences. (No.07-132). Beverly Hills, CA: Sage. (2000). p123

[2] عبد الحميد العباسي، المرجع السابق، ص 176.

-يعطي الباحث فكرة عن مقدار تأثير كل متغير مستقل على متغير الاستجابة الثنائية.

- يرتب الانحدار اللوجستي تأثير المتغيرات مما يسمح للباحث بالاستنتاج بأن متغيرا ما أقوى من المتغير الأخر.

- يعتبر أقل حساسية اتجاه انحرافات عن اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة.

- تقدير المعالم Parameter estimation وفق النموذج اللوجستي تعد مقبولة في ظل غياب بعض القيود المفروضة على الانحدار الخطي واللوغاريتمي.

5.1.7.1. عيوب الانحدار اللوجستي

يرى كاران وآخرون أن هذا النموذج يواجه مشكلة عدم القدرة على التعامل مع البيانات التي تعتمد على التغير في النقطة الزمنية التي تسبق حدوث الحدث خاصة في الدراسات المقطعية Cross Sectional[1].

6.1.7.1. خطوات تحليل الانحدار اللوجستي

قبل البدء في التحليل وفق نموذج الانحدار اللوجستي لابد من تفحص البيانات؛ للبحث عن الترابط بين المتغيرات المستقلة كما هو الحال في نماذج الانحدار العامة الأخرى، حيث أن الترابط بين المتغيرات المستقلة يمكن أن يؤدي إلى تقديرات متحيزة للمعالم وتضخيم في قيمة الخطأ المعياري، وهناك عادة ثلاث خطوات عامة في التحليل وفق نماذج الانحدار اللوجستي وهي[2]:

توفيق النموذج الخام
النموذج المعدل
اختبار الفرضيات

---

[1] Karen، Leffondré. Michal، Abrahamowicz. Jack، Siemiatycki. "evaluation of coxs Model and logistic regression for matched case-control data with time-dependent covariates: a simulation study" ، Wiley, (2003). vol.22, N 24. P3781-3799.

[2] عكاشة، محمود، استخدام نظام spss في تحليل البيانات الإحصائية، الطبعة الأولى، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين، 2002، ص496.

- **أولا: التحقق من ملاءمة النموذج ككل**

إن أول خطوة في عملية تقويم ملائمة النموذج الذي تم توفيقه عادة ما تكون تقويم دلالة المتغيرات ككل في النموذج، بمعنى تحديد ما إذا كانت المتغيرات المستقلة ككل في النموذج ترتبط بشكل دال إحصائيا بالمتغير التابع أم لا[1]. وهناك عدة مقاييس مهمة تساعد على تقويم النموذج النهائي الذي تم توفيقه للبيانات وهي: تحليل الرواسب، والفروق وإحصاءات R^2، واختبار هوزمر – ليمشو لجودة المطابقة، وجداول التصنيف اضافة إلى تحليل منحنىROC .

- **نسبة الإمكان الأعظم:**

يعد اختبار نسبة الإمكان الأعظم Maximum likelihood أهم اختبارات كفاية النموذج وجودته، ويتم استخدام نسبة الإمكان الأعظم (log likelihood ratio) الذي يتبع توزيع كاي مربع المستخدم لتحديد معنوية النموذج إحصائيا لأي متغير مستقل، وذلك من خلال اختبار LR(k) للنموذج الذي يحتوي ذلك المتغير، مقارنة مع النموذج الذي لا يحتوي ذلك المتغير المستقل، وعليه فالإحصائية تقوم على اختبار الفرضية التالية:

$$H_0 : \beta_1=\beta_2= \dots \beta_k$$
$$H_1 : \exists\ \beta_t \neq 0$$

فإذا كانت LR(k) معنوية أي ($sig \leq \alpha$) فإنه يتم رفض فرضية العدم؛ وبالتالي فإنه يوجد على الأقل متغير مستقل واحد مساو للصفر، وإن هذه المتغيرات لها القدرة على التنبؤ بالمتغير التابع، أما بالنسبة للصيغة الرياضية لتقدير هذه الإحصائية فتكتب على النحو التالي:

$$-2\log [L(\beta_0) - L(\beta_0, \beta_t)] = LR(k)$$

$L(\beta_0)$: يمثل قيمة دالة الإمكان أو الترجيح للنموذج المختزل الذي يحتوي على معلمة التقاطع فقط.

[1] Hosmer Jr, David W., Stanley Lemeshow, and Rodney X. Sturdivant. Applied logistic regression. Vol. 398. John Wiley & Sons, 2013. p12

$L(\beta_0, \beta_t)$: يمثل قيمة دالة الإمكان الأعظم للنموذج ككل؛

LR(k) : إحصائية نسبة الإمكان الأعظمX^2 تتوزع بدرجة حرية مساوية لـ k والتي تمثل عدد المتغيرات التفسيرية للنموذج[1].

فنسبة الإمكان الأعظم هي طريقة تقدير تستخدم في تقييم النماذج الاحتمالية، وتستند على فرضية معينة بشأن توزيع البيانات؛ يتم استخدام هذه الطريقة لتحديد القيمة الأكثر احتمالا للمعلمات الموجودة في النموذج، أي القيم التي تحقق أعلى درجة من التوافق مع البيانات المرصودة.

عملية تقييم النموذج باستخدام نسبة الإمكان الأعظم تتضمن مقارنة القيم الفعلية للمتغير المستقل بالقيم المتوقعة من النموذج، ويتم تعديل المعلمات في النموذج بحيث يتم تحقيق أعلى قدر من المطابقة بين القيم الفعلية والمتوقعة، في حين يتم قياس درجة التطابق باستخدام وظيفة الإمكان الأعظم، والهدف هو تحقيق أقصى قيمة ممكنة لهذه الوظيفة.

- **مقاييس الارتباطات المتعددة بين المتغيرات المستقلة والتابعة:**

يمكن تقييم الأداء العام للانحدار اللوجيستي باستخدام (R-squared) من خلال مجموعة من المقاييس التي تشير فيها قيمة Pseudo R^2 إلى قوة العلاقة بين المتغيرات النوعية المستخدمة في النموذج، ويطلق عليه أيضا إحصائية McFadden R^2 ويتم حساب الأداء وفق العلاقة التالية:

$$R^2=\frac{LR(k)}{-2logl(\beta_0)} \text{ أو } R^2=1-\left[\frac{-2logL(\beta_0,\beta_t)}{-2logL(\beta_0)}\right]$$

علما أن $-2\log L(\beta_0)$ تعبر عن أقصى قيمة يأخذها سالب ضعف دالة لوغاريتم المعقولية في الحالة التي تكون فيها كل معاملات النموذج β_t معدومة باستثناء الثابت (constant)، أما

[1] مصطفى طويطي وآخرون، منهجية تحليل الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في تصنيف المؤسسات "دراسة ميدانية على عينة من أصحاب المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا. المجلد رقم15، العدد 21، السنة 2019، ص 512.

$-2\log L\ (\beta_0,\beta_t)$ والتي تشير إلى أعظم قيمة يأخذها سالب ضعف دالة لوغاريتم المعقولية في الحالة التي يتضمن النموذج جميع معاملات النموذج β_t بما فيها الثابتβ_0 .

وبالنظر إلى خصوصية نموذج الانحدار اللوجستي في تقدير المعلمات يتم الاستعاضة عن معامل التحديد R^2 الذي يستخدم لمعرفة مدى ملائمة نماذج الانحدار المقترحة لبيانات الدراسة بإحصائيتي التوفيق (R^2 Nagelkerke) و(R^2 Cox and Snell) اللتين لهما نفس الهدف الإحصائي من خلال تحديد نسبة التباين المفسر في النموذج المقدر[1].

- **اختبار هوزمر– ليمشو لجودة المطابقة**

اختبار هورمز وليمشو (Hosmer–Lemeshow test) هو أحد الأدوات المستخدمة في تقييم النموذج الكلي للانحدار اللوجستي، يهدف إلى تقييم مدى تطابق النموذج اللوجستي الذي تم تحديده بواسطة البيانات الفعلية.

يتم استخدام الاختبار للتحقق من تطابق التوقعات النسبية للنموذج اللوجستي مع التوزيع الفعلي للبيانات، ويستند إلى تقسيم البيانات إلى مجموعات (bins) بناء على التوقعات النسبية المشتقة من النموذج اللوجستي، ثم يتم حساب الفروق بين التوقعات النسبية والتوزيع الفعلي للأحداث في هذه المجموعات.

بعد حساب الفروق، يتم استخدام اختبار الفاصلة (chi–square test) لتقييم مدى التطابق بين التوزيع المتوقع والتوزيع الفعلي؛ إذا كانت الفروق غير ذات دلالة إحصائية، فإن ذلك يشير إلى توافق جيد بين التوقعات النسبية والتوزيع الفعلي، وبالتالي يعزز ثقة النموذج الكلي للانحدار اللوجستي.

يستخدم هذا الاختبار إذن لمعرفة ما إذا كان النموذج يمثل بشكل جيد أم لا، ولتقييم الفرق بين القيم المشاهدة والمتوقعة واختبار الفروض التالية:

---

[1] بهاء عبد الرزاق قاسم، تحليل أثر بعض المتغيرات في الإصابة بمرض اللثة ب استخدام نموذج الانحدار اللوجستي "مجلة العلوم الاقتصادية، جامعة البصرة، العراق، المجلد 07 العدد 27، 2011، ص144.

H_0: تساوي الحالات المشاهدة مع الحالات المتوقعة أي أن النموذج يمثل البيانات بشكل جيد.

H_1 : عدم تساوي الحالات المشاهدة مع الحالات المتوقعة أي أن النموذج لا يمثل البيانات بشكل جيد.

يكون القرار بقبول فرضية العدم إذا كانت القيمة الاحتمالية لإحصاءة كاي مربع معنوية (significance) أي أكبر من مستوى المعنوية المحدد من قبل الباحث.[1]

جدول التصنيف Classification Table : هو أداة مهمة في تقييم النموذج الكلي للانحدار اللوجستي وغيرها من النماذج الإحصائية، يساعد على تقييم أداء النموذج من خلال قياس قدرته على التنبؤ بالتصنيفات الصحيحة للمشاهدات، يقوم بتقسيم البيانات إلى أربع فئات رئيسية:

– True-Positives (TP) يمثل عدد المشاهدات التي تم تصنيفها بشكل صحيح كموجب بواسطة النموذج.

– True-Negatives (TN) يمثل عدد المشاهدات التي تم تصنيفها بشكل صحيح كسلبي بواسطة النموذج.

–False Positives (FP) مثل عدد المشاهدات التي تم تصنيفها بشكل خاطئ كموجب بواسطة النموذج.

– False Négatives (FN) يمثل عدد المشاهدات التي تم تصنيفها بشكل خاطئ كسلبي بواسطة النموذج.

استنادا إلى هذه الفئات، يمكن استخدام جدول التصنيف لاحتساب مجموعة من المقاييس والمعايير التقييمية لأداء النموذج الكلي للانحدار اللوجستي، بما في ذلك:

– الدقة (Accuracy) يتم حسابها بالقسمة بين مجموع عدد التصنيفات الصحيحة (TP + TN) على إجمالي عدد المشاهدات.

– التحسن النسبي (Precision) يتم حسابها بالقسمة بين عدد المشاهدات التي تم تصنيفها بشكل صحيح كـ الموجب (TP) على مجموع عدد المشاهدات التي تم تصنيفها كـ الموجب.(TP + FP)

– التغطية (Recall) يتم حسابها بالقسمة بين عدد المشاهدات التي تم تصنيفها بشكل صحيح.

[1] Cook, D., et al. "Binary response and logistic regression analysis." Part of the Iowa State University NSF/ILI project Beyond Traditional Statistical Methods (2001): 1-23.

هذا الجدول يوضح عدد الحالات المشاهدة التي تمتلك صفة ما، وعدد الحالات المشاهدة التي لا تمتلك تلك الصفة في مقابل عدد الحالات المتوقعة التي تمتلك الصفة، وعدد الحالات المتوقعة التي لا تمتلك تلك الصفة بحيث يوضح الجدول عدد الحالات التي تم تصنيفها بطريقة صحيحة وعدد الحالات التي تم تصنيفها بطريقة خاطئة.[1] وتعتمد فكرة استخدام هذا التحليل على أن النموذج إذا قام بتوقع تصنيف الحالات بشكل صحيح اعتمادا على معيار ما فإن ذلك يعطي برهانا بأن النموذج يطابق البيانات المشاهدة. أما الشكل العام لجداول التصنيف فهو:[2]

جدول رقم 1: الشكل العام لجداول التصنيف

التصنيف		المتوقع		التصنيف الصحيح
		الموجب	السالب	
المشاهدات	الموجب P	الموجب الصحيح TP	السالب الخاطئ FN	P
	السالب N	الموجب الخاطئ FP	السالب الصحيح TN	P'
النسبة الإجمالية		Q	Q'	1

ثانيا: فحص الدلالة الإحصائية لكل متغير مستقل على حدة:

عند تطبيق الانحدار اللوجستي، يحسب مستوى الدلالة الإحصائية للعوامل المستقلة لتحديد ما إذا كانت تؤثر بشكل معنوي على المتغير التابع أو لا، لهذا تشير الدلالة الإحصائية إلى قوة العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرة التابعة في عينة محددة، ويتم تحديد الدلالة الإحصائية عادة بواسطة قيمة p (قيمة الاحتمال) المستخدمة لتقدير مدى تأكيد أو رفض فرضية المحاكمة النيولية (أو فرضية عدم وجود علاقة)

[1] Soderstrom, Irina R., and Dennis W. Leitner. "The Effects of Base Rate, Selection Ratio, Sample Size, and Reliability of Predictors on Predictive Efficiency Indices Associated with Logistic Regression Models." (1997).

[2] Ferrer, Alvaro J. Arce, and Lin Wang. "Comparing the Classification Accuracy among Nonparametric, Parametric Discriminant Analysis and Logistic Regression Methods." (1999). p8

بين المتغيرات؛ فإذا كانت قيمة p أقل من مستوى الاحتمال المحدد مسبقًا (مثلا 0.05 أو 0.01)، فإن هذا يشير إلى وجود دلالة إحصائية ووجود علاقة قوية بين المتغيرات.

ولاختبار الدلالة الإحصائية لكل من معاملات الانحدار اللوجستي تستخدم مجموعة من الأساليب كإحصاءة والد (Wald Statistique) والإحصاء الجزئي (Partial R) R^2 والتحليل التدريجي.

-اختبار والد:

لبيان أهمية معاملات نموذج الانحدار اللوجستي يستخدم ما يعرف باختبار Wald Statistic والذي له توزيع مربع كايX^2 اذ تقارن القيمة الاحتمالية significance لإحصاء (Wald) مع مستوى المعنوية المحدد مسبقا لمعرفة ما إذا كان المتغير المحدد معنويا أو لا؛ اذ يكون معنويا إذا كانت القيمة الاحتمالية لإحصاءة (Wald) أقل من مستوى المعنوية (Sig) .[1]

إن هذه الإحصاءة تعاني من التحيز عندما تكون قيم المعاملات كبيرة، الأمر الذي يقلل من دقتها وسلامة استخدامها في مثل هذه الأوضاع، وذلك لأن تلك التأثيرات الكبيرة تقود أحيانا الى أخطاء معيارية كبيرة، ومن ثم إلى قيم صغيرة لـ x^2wald وقد تم استبدالها بالإحصاءة الجزئية ($Partial\ R^2$) التي تعتبر بديلا أفضل من إحصاءة Wald Statistic لتقويم المساهمة والأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة في نماذج الانحدار اللوجستي.[2] ولأن الإحصاءة تعتمد على قيمة X^2، فإنه إذا كانت قيمة X^2 دالة إحصائيا، فهذا يعني أن المتغيرات المستقلة المدخلة في النموذج لها دلالة إحصائية، أما إذا كانت الإحصاءة غير

---

[1] فيصل ناجي نامق، استخدام تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة وتقنية الانحدار الخطي المتعدد لتشخيص العوامل المؤثرة في ارتفاع نسب الرسوب في التعليم العالي، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الثالث والأربعون 2015، ص93.

[2] Garson, David. Logistic Regression. (w.d2006.) Available at:

http://www2.class.ncsu.edu/garson/pa765/logistic.htm

دالة إحصائيا؛ فهذا يعني أن المتغيرات المدخلة في النموذج ليس لها تأثيرات ذات دلالة إحصائية؛ وبالتالي لا تدخل هذه المتغيرات المستقلة في النموذج الكلي أو النهائي.[1]

8.1.7.1. طريقة التحليل التدريجي

في هذا الأسلوب يتم إدخال المتغيرات المستقلة إلى معادلة الانحدار على خطوات بحيث؛ يتم ادخال المتغير المستقل ذي الارتباط الأقوى مع المتغير التابع شرط أن يكون هذا الارتباط ذا دلالة إحصائية (أي يحقق شرط الدخول إلى معادلة الانحدار)، وفي الخطوات التالية يتم إدخال المتغير المستقل ذي الارتباط الجزئي الأعلى الدال إحصائيا مع المتغير التابع بعد استبعاد أثر المتغيرات التي دخلت إلى المعادلة، ثم فحص المتغيرات الموجودة في معادلة الانحدار فيما إذا لازالت تحقق شروط البقاء في معادلة الانحدار أو لا، فإذا لم يحقق أحدها شرط البقاء في المعادلة فإنه يخرج من المعادلة، تنتهي عملية إدخال أو إخراج المتغيرات المستقلة عندما لا يبقى أي متغير يحقق شرط الدخول إلى المعادلة أو شرط البقاء فيها[2].

8.1. المناهج المستخدمة في الدراسة

يقصد بالمنهج مجموعة من القواعد التي يتم تتبعها للوصول إلى حقيقة موضوع ما أو بغرض البرهنة عليها لمن لا يعرفها، ولإنجاز هذه الدراسة استخدمنا كلا من المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الإحصائي الكمي، لوصف واقع الرضاعة في الجزائر، عرض تصورات النظريات المفسرة والداعمة لهذا السلوك الصحي، ثم الكشف عن المتغيرات المستقلة التي تؤثر في سلوك الرضاعة عند الأمهات الجزائريات ودورها بتشكيل الاتجاهات نحو.

1.8.1. المنهج الوصفي التحليلي:

[1] Poston, Duley L. op cit. p3.

[2] نافذ محمد بركات، المرجع السابق، ص115.

هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على المعلومات الكافية والدقيقة حول ظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية ثم تفسيرها وتحليلها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة، وقد ساعد هذا المنهج على تعريف ظاهرة الرضاعة بصفة عامة كسلوك إنساني فطري وصحي، والتفسيرات النظرية المختلفة لسيرورة هذا السلوك ضمن الشروط الاجتماعية، كما ساعد على بناء تصور واضح لتطورات هذا السلوك في المجتمع الجزائري، منذ الاستقلال إلى غاية فترة المسح العنقودي الرابع، هذا المسح الذي من خلاله تم توصيف العوامل المتعلقة بالرضاعة الطبيعية، بوصف إحصاءاته مؤشرات على واقع هذا السلوك.

2.8.1. المنهج الإحصائي الكمي

يتمثل هذا المنهج في تطبيق الوسائل الرياضية على الظاهرة الاجتماعية فهو يعكس نتائج البحث في صورة رياضية بأرقام ورسوم بيانية ساعدت على عملية المقارنة والارتباط بين العوامل وانتشار الظاهرة.

فالمنهج الإحصائي منهج داعم لقراءة النسب الميدانية، أما المنهج الوصفي التحليلي فيستخدم لوصف أبعاد الفرضيات وتحليل مؤشراتها.

9.1. مصادر المعطيات

اعتمدنا في هذه الدراسة على بيانات مسوح مختلفة أجريت في الجزائر بعد الاستقلال تضمنت سلوك الرضاعة الطبيعية، لكنها اعتمدت حصريا على المسح العنقودي الرابع متعدد المؤشرات Multiple Indicator Cluster Survey، في تحليل العوامل المرتبطة بسلوك الرضاعة ويعرف تحت اختصار MICS4؛ وهو برنامج عالمي تقوم به اليونيسف (UNICEF) بالتعاون مع الجهات المعنية في البلدان المختلفة، ويهدف هذا البرنامج إلى جمع البيانات حول حالة الأطفال والأسر في مختلف المجالات، مثل التعليم والصحة والتغذية والمياه والصرف الصحي وغيرها من المؤشرات الهامة.

مسح MICS4 تم إجراؤه في الجزائر عامي 2012–2013، من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بدعم تقني ومالي من اليونيسف ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان[1]، وهو كما سبق مسح عنقودي متعدد المؤشرات، ينتج إحصاءات دقيقة عن حالة الأطفال، من النساء والأسر على المستوى الوطني، حسب مناطق الإقامة الحضرية والريفية، وكذلك حسب منطقة البرمجة الإقليمية (المركز الشمالي، الشمال الشرقي، الشمال الغربي، المرتفعات الوسطى، المرتفعات الشرقية، غرب وجنوب الهضاب العليا)، ووفقا للخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد الأسرة في مختلف المجالات المتعلقة بالصحة والتعليم والحماية وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والظروف المعيشية للسكان؛ وهدف المسح دعم الأهداف الإنمائية للألفية وكذلك أهداف التنمية الوطنية ولا سيما تلك التي تؤثر على رفاهية الأسرة والأطفال والنساء في الجزائر، وقد استهدف MICS4 عينة من 28000 أسرة موزعة وفقا لمناطق البرمجة الإقليمية السبعة وبالتالي توفر إحصائيات تمثيلية عن السكان الجزائريين على المستوى الوطني.

[1] MSPRH, UNESCO, FNUAP, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013, Algérie 2015

10.1. صعوبات الدراسة

من أهم الصعوبات التي واجهت الدراسة قلة الدراسات الديموغرافية التي تختص بدراسة ظاهرة الرضاعة الطبيعية عموما والجزائر بصفة خاصة بالرغم من أهميتها في الحفاظ على صحة الطفل والام والمجتمع.

صعوبة المقارنة بين بعض المحددات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية نظرا لعدم توفر المقارنة في قاعدة البيانات الخاصة بالمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012–2013 لكن هذه الصعوبات وأخرى كانت بمثابة الحافز لنا للاجتهاد أكثر والاستمرار في عملية البحث بغية تحقيق الأهداف المنشودة.

الفصل الثانـي

الأطر النظريـة المفسرة لسلوك الرضاعة الطبيعيـة

الفصل الثاني: الأطر النظرية المفسرة لسلوك الرضاعة الطبيعية

تمهيد:

هناك الكثير من الأطر النظرية التي تنافست في تفسير طبيعة ومكونات ودوافع السلوكات الإنسانية في مظهريها الإيجابي والسلبي، كما أن هناك تنافسا كبيرا بين هذه الأطر في بناء نماذج تعزيز أو تعديل هذه السلوكات، وفي ظل هذا التنافس حظيت الرضاعة الطبيعية بقسط كبير من الاهتمام على مستوى التفسير وبناء نماذج التعديل[1] لاسيما وأنها متعلقة باستراتيجيات الصحة العامة واقتصادياتها، مما جعلها مركز اهتمام الهيئات الدولية للصحة، ونقطة أساسية في المسوح الصحية المختلفة.

وفي هذا الفصل سنحاول أن نقدم عددا من الأطر النظرية التي أسهمت بتصوراتها وأبحاثها في تقديم تفسيرات لسلوك الرضاعة الطبيعية انطلاقا من تصور هذا السلوك في أبعاده المتعددة، ورصد الاتجاهات نحوه إيجابا أو سلبا، لأن رصد الاتجاهات باعتبارها حالات الاستعداد العقلي والعصبي[2] يتيح مراقبة حركية السلوك وإمكانات العمل على تعزيزه أو تعديل الاتجاهات نحوه حسب الأهداف المخطط لها من طرف الفاعلين الاجتماعيين، في إطار الأهمية التي يكتسيها هذا السلوك الإنساني.

ومن منطلق أن الرضاعة الطبيعية سلوك مرتبط بصحة الطفل والأم وبالصحة العامة للمجتمع في المديين القريب والبعيد، تم في أدبيات هذا الموضوع النظر إلى تغذية الرضيع في مرحلة ما قبل الفطام على أنها الوسيلة التي تحميه وتؤهله التأهيل المناسب لمراحل لاحقة من حياته، مما يجعل كل تغذية غير صحية عائقا لنموه نموا سليما، بل تجعله عرضة لمخاطر الأمراض المحيطة؛ وهذا ما يدعو إلى تسليط الضوء

---

[1] Amoo, T.B., Popoola, T. & Lucas, R. Promoting the practice of exclusive breastfeeding: a philosophic scoping review. BMC Pregnancy Childbirth **22**, (2022).p380 https://doi.org/10.1186/s12884-022-04689-w

[2] نصرالدين جابر ولوكيا الهاشمي، مفاهيم أساسية في علم النفس الاجتماعي، دار الهدى، الجزائر، 2006، ص90

على الدور الفعال لهذا السلوك في حماية الأم من عديد الأمراض الفيزيولوجية والنفسية الخطيرة، ونتيجة لذلك يجب التنبيه على الآثار الصحية الإيجابية الكثيرة المرتبطة بهذا السلوك، كما أن يجب رفع نسبة الوعي بالآثار السلبية الوخيمة المترتبة عن العزوف عنه في جميع الأصعدة.[1]

ومن هذا الأساس تذهب هذه الأطر التفسيرية إلى أن معرفة العوامل المتعددة المحيطة بالأشخاص تتيح تصميم التدخلات اللازمة لدعم أو تعديل مختلف السلوكات[2]؛ وغالبا ما تستخدم الخلفية المعرفية والعوامل السياقية بمستوياتها المختلفة في البحوث التي تسهم في فهم السلوك الصحي، وتؤكد هذه الأطر على أن أنجح برامج الصحة العامة هي تلك البرامج القائمة على فهم سياق السلوكات الصحية وفهم أطر تعديلها واستخدامها بمهارة، خاصة تلك المبنية على الدراسات الديموغرافية العالية الجودة، وفيما يلي عرض لتلك الأطر النظرية وبعض الدراسات التي أنجزت في سياقها:

2.1. إطار نظرية الفعل المعقلن

نظرية الفعل المعقلن Theory of Raisonned Action(TRA) من أوائل النظريات الحديثة المفسرة للسلوكات الإنسانية تفسيرا منطقيا، حيث قام كل من مارتن فيشبن Fishbein Martin وإساك أجزين Ajzen Icek بين عامي 1975 و1980 بتطوير إطار نظري عام يمكن من التنبؤ بنوايا الأفراد إزاء أداء السلوكات، وعرف هذا التصور بنظرية الفعل المعقلن[3] Theory of Reasoned Action ويتأسس هذا الإطار النظري على فكرة مفادها أن كل فعل أو سلوك يجب أن يكون خاضعا لمنطق ما، وأن هذا المنطق الذي يترتب عليه السلوك نابع من القيمة التي تعطى للسلوك نفسه.

---

[1] Brahm, Paulina, and Veronica Valdes. "Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding." Rev Chil Pediatr 88.1 (2017): 15-21.

[2] Schwarzer, Ralf. "Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors." Applied psychology 57.1 (2008): 1-29.

[3] Fishbein, Martin. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Psychology Press, 2007.p5

1.1.2. مبادئ نظرية الفعل المعقلن

يقوم الإطار النظري لنظرية الفعل المعقلن على ثلاثة مبادئ عامة تشكل منطق أداء مختلف السلوكات الإنسانية وهي[1]:

- النية السلوكية Intention Behavioral
- الاتجاه Attitude
- المعيار الذاتي Subjective Norm

تفترض النظرية أن النية هي أكثر شيء مهم للتنبؤ بأداء السلوك، لكنها تتأثر بأمرين اثنين أولهما اتجاهات الشخص نحو القيام به، والثاني هو المعيار الذاتي للشخص حول السلوك؛ ويتحدد مبدأ الاتجاه بالمعتقدات حول كل من النتائج والمميزات المرتبطة بالسلوك، في حين يقوم المعيار الذاتي على المعتقدات المعيارية للشخص والتي تعكس كيف يقدر الناس المرجعيون السلوك بشكل إيجابي أو سلبي، ويتمثل هؤلاء المرجعيون في أسرة الشخص وطبيبه وأقرانه، أو كل قدوة أو مثل أعلى يقتدي به.[2]

2.1.2. نظرية الفعل المعقلن والرضاعة الطبيعية

نظرا لأن هذا الإطار النظري يتضمن تصورات علمية جديدة فقد عملت دراسات عديدة على مقاربة السلوكات الإنسانية في ضوئه، كما كان لموضوع الرضاعة الطبيعية نصيب وافر من هذه الدراسات، فنجد مثلا دراسة (مانستيد، وبروفيت، وسمارت، 1983) Manstead, A. S. R, Proffitt, C. and Smart, J. L. التي جاءت تحت عنوان:"التنبؤ وفهم نوايا الأمهات في تغذية الرضع واختبار السلوك في نظرية الفعل المعقلن "

---

[1] Callahan, Gordon Lewis. A meta-analysis of the Fishbein and Ajzen theory of reasoned action. University of Idaho, 1998.p 25-31

[2] Ajzen, Icek. "Attitude structure and behavior." Attitude structure and function. Psychology Press, 2014. 241-274.

Predicting and Understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior testing the theory of reasoned action

وقد سعت هذه الدراسة لفهم نوايا الأمهات المرضعات تجاه الرضاعة الطبيعية بوصفها سلوكا إراديا، ومعرفة المدة الفعلية لممارسة هذا السلوك، من خلال عينة تتكون من 123 أم تلد للمرة الأولى و127 أم متعددة الولادات تتراوح أعمارهن بين 16و40 سنة، وقد خلصت إلى أن هذا السلوك يمكن أن تشكله الاتجاهات والمعايير الذاتية، وأن القدرة على التنبؤ بالنوايا تجاه السلوك تزداد عند الاقتران بالتجربة السابقة مقارنة مع نتائج نية النساء اللواتي يلدن لأول مرة أي اللواتي ليس لديهن تجربة سابقة في الرضاعة الطبيعية.[1]

وتخلص الدراسة في شأن اختبارها للنظرية إلى أنه رغم أسبقية الاتجاهات على النية، فإن نظرية الفعل المعقلن في هذا الاختبار لا تفسر العوامل التي تسبب الاتجاهات المؤدية إلى النية، فهي تركز على السلوك الطوعي وليس على السلوك القائم على المهارات لذلك يعتقد أن تنبؤ النموذج بالنية يكون أقل فعالية[2] لأنها تنطبق على سلوكات الشخص الذي يتصرف بإرادته الحرة.[3]

وهناك دراسة لـكارتر. وليم. ب Carter, W. B سنة (1990) بعنوان: "السلوك الصحي كعملية عقلية: نظرية الفعل المعقلن ونظرية المنفعة المتعددة السمات"

---

[1] Manstead, Anthony S., Christine Proffitt, and J. L. Smart. "Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action." Journal of personality and social psychology 44.4 (1983): 657 .

[2] Conner, M. & Sparks, P. "Theory of Planned Behaviour and Health Behaviour," in Predicting Health Behaviour, 2nd end, M. Conner & P. Norman, eds., Open University Press, Maidenhead, 2005, pp. 170-222.

[3] Madden, Thomas J., Pamela Scholder Ellen, and Icek Ajzen. "A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action." Personality and social psychology Bulletin 18.1 (1992): 3-9 .

Health behavior as a rational process: theory of reasoned action and multi attribute utility theory[1].

تتناول منظورين نظريين واعدين علميا: منظور نظرية الفعل المعقلن ومنظور نظرية المنفعة المتعددة السمات وتستندان في التنبؤ بالقيمة إلى تراكم من المعرفة النفسية التي تتبلور في أحدث نماذج للتنبؤ بكل من نوايا الشخص لأداء سلوك معين، والقرارات الشخصية المتعلقة بأداء أو عدم أداء السلوك.

يوفر النموذجان طرق تحديد المشكلات الأكثر أهمية بشكل منهجي لقرار الشخص بشأن أداء سلوك معين حيث يمكن تكييف هذه المعلومات بسهولة مع التدخلات السلوكية وأدوات اتخاذ القرار في التثقيف الصحي.

وهناك دراسة أخرى انجزها آمي س هامفرايسHumphreys Amy. S وآخرين سنة 1998 بعنوان:" تقييم نية الرضاعة الطبيعية باستخدام النموذج العابر للنظريات ونظرية الفعل المعقلن"

Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action.

طبقت هذه الدراسة النموذج العابر للنظريات Transtheoretical ونظرية الفعل المعقلن **TRA** لفهم النية في بدء الرضاعة الطبيعية بين النساء الحوامل المحرومات اجتماعيا واقتصاديا، تضمنت أهداف الدراسة تقييم جدوى استخدام النظريتين لتفسير نية القيام بسلوك الرضاعة الطبيعية، وفحص العلاقات المتبادلة بين النظريتين فيما يتعلق بالموضوع، إضافة إلى تبيين دورهما في فحص العوامل المتعلقة بنية الرضاعة الطبيعية وفعالية الإجراءات في تحسين استراتيجيات تعزيز السلوك على المستوى الاجتماعي؛ بحثت هذه الدراسة في التطور الأولي لأدوات موثوقة نسبيا لتقييم نية الرضاعة الطبيعية، وتبين أنها تمكنت من وصف النية بنجاح في عينة من 1001 من النساء الحوامل المنخفضات الدخل، علاوة على ذلك،

[1] Carter, W. B. Health behavior as a rational process: theory of reasoned action and multiattribute utility theory. In Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (eds), Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. Jossey-Bass, San Francisco, (1990) pp. 63-91.

تضمنت النظريتان العديد من التركيبات المماثلة والمترابطة بشكل كبير مع بعضها البعض مما جعل الدراسة تخلص إلى أن أبحاث سلوك الرضاعة الطبيعية، وتطوير استراتيجيات دعمه المبنية عليهما يساعد على تحسين معدلات بدء الرضاعة الطبيعية من خلال بناء ودعم نية المرأة في القيام بهذا السلوك.[1]

2.2. إطار نظرية السلوك المخطط

1.2.2. التعريف بالنظرية

نظرية السلوك المخطط(TPB) The Theory of Planned Behaviourمن النظريات التي أسهمت بشكل مؤثر في تفسير السلوكات الإنسانية، وهي ليست نظرية جديدة كليا بل هي تطوير من حيث المصطلحات والإجراءات والنطاق لنظرية الفعل المعقلن TRA السابقة؛ وقد قام ايساك أجزين عام 1985 ببناء إطارها العام بعدما تلقت انتقادات كثيرة في الجدوى والمنهج الذي اتبعته في تحليل الظواهر، وقد ظهرت تصورات النظرية من خلال مقال له بعنوان: "من النوايا إلى الأفعال: نظرية السلوك المخطط"[2]. From intentions to actions: The theory of planned behavior وسع فيه نطاق دراسة السلوك مضيفا مصطلحات جديدة مؤطرة للتحليل.

إضافة إلى ما ذهبت إليه نظرية الفعل المعقلن من أن السلوك يتحدد من خلال نوايا البشر لأداء السلوك، وأنها تسبق السلوك مباشرة، وتمثل نقطة التقاء العمليات المعرفية والمؤثرات الداخلية المرتبطة بالسلوك، ترى أن النوايا هي أفضل متنبئ بالسلوك المتعمد، وتفترض أن هذه النوايا وظيفة لثلاثة عوامل؛ أولها يتمثل في الاتجاهات نحو السلوك Attitudes Toward the Behaviour أي المعتقدات حول النتائج المرتبطة بأداء سلوك معين، وثانيها يتمثل في المعايير الذاتية Subjective Norms ويعني بها

[1] Humphreys, Amy S. and Thompson, Nancy J. and Miner, Kathleen R, Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action, Health Education Research 09, 1998, v13, n3, p331-341.

[2] Ajzen, Icek. "From intentions to actions: A theory of planned behavior." Action control: From cognition to behavior. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1985. 11-39

التصورات حول كيفية التمكن من الحكم على شخص نتيجة لأدائه لسلوك معين، أما ثالثها فيتمثل في الضبط المدرك على السلوك Perceived Control over the Behaviour ويقصد به التقدير الذاتي لكل من القدرة، أو المهارة، والفرصة لأداء السلوك.

كما توسعت هذه النظرية لتشمل متغيرات توقعية جديدة توفر إمكانية التفسير، والتنبؤ، وتغيير السلوك في الوضعية الاجتماعية سواء كان هذا السلوك بسيطا أو مركبا متعلقا ببعد اجتماعي صرف أو متعدد الأبعاد: اقتصادي، اجتماعي، بيئي، تربوي.

ويتلخص تصورات هذه النظرية في أن كل سلوك بشري يمكن التنبؤ به انطلاقا من نية الفرد؛ فإذا تعرفنا على نية شخص معين حول إقدامه على القيام بسلوك من السلوكات، يمكن التنبؤ بتنفيذه للسلوك أو عدمه؛ فالنية من جهتها متعلقة بالاتجاه نحو السلوك، ولهذا فالتنبؤ يكون بإدراك المعايير الاجتماعية وبإدراك التحكم في السلوك.

2.2.2. مبادئ نظرية السلوك المخطط

ترتكز هذه النظرية على خمسة مبادئ أساسية هي: السلوك، النية، الاتجاه نحو السلوك، إدراك المعايير الاجتماعية، وإدراك التحكم السلوكي، هذه المفاهيم مترابطة ترابطا شديدا يلعب عنصر النية دور الوسيط بينها، وفيما لي تعريف بهذه المبادئ:

1.2.2.2. السلوك

السلوك هو الاستجابة الظاهرة والملاحظة تجاه هدف معين وفي وضعية محددة، ويفرق كل من آيزن وفيشبين بين السلوك المحدد بمؤشر واحد كما في حالة سلوك فريد، وبين السلوك المحدد بعدة مؤشرات في حالة سلوك متعدد[1] ؛ فالسلوك الواحد الذي يقوم به الفرد، وحتى يمكن قياسه فإن تعريفه يجب أن يكون

[1] Fishbein, Martin, and Icek Ajzen. "Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria." Psychological review 81.1 (1974): 59.

في وضوح تام بحيث لا يثير عدة تأويلات، أما السلوك المتعدد فهو محصلة السلوكات الفردية غير القابلة للملاحظة مباشرة، ولكن يمكن إرجاعها إلى سلسلة من السلوكات التي يمكن أن تمثلها وتعبر عنها وتظهرها في مختلف الأنساق عبر الزمن، ويقترح آيزن أربعة عناصر لقياس السلوك هي: الفعل، الهدف من السلوك، السياق الذي يتم فيه، والزمن الذي يجري فيه.

2.2.2.2. النية

تشير النية حسب أجزن وفيشبين إلى ما يفكر الناس في القيام به تجاه شيء ما، أي تشير إلى أي حد يعزم الشخص على الشروع في سلوك وبالخصوص تبني سلوك يعبر عن الاحتمال التقديري للشروع فيه، وبذلك تمثل النية العوامل المحفزة التي تحدد السلوك البشري[1].

ففي منطق نظرية السلوك المخطط تعد نية الشخص للشروع في الفعل العامل الأساس والمباشر الذي يحدد شروعه الحقيقي في ذلك الفعل، فكلما كانت النية قوية، كلما كان احتمال إنجاز الفعل مرتفعا، وإذا تمت معرفة نية الأشخاص في تبنى السلوك من عدمه، وبعبارة أوضح كلما كان عامل النية معروفا بصفة جيدة، كلما كان التنبؤ بالسلوك دقيقا، مع العلم أن ثبات النية أمر مهم جدا في التنبؤ بالسلوك، ويرتبط هذا الأمر بالزمن حيث كلما كان الزمن الفاصل بين قياس النية وملاحظة أو قياس الفعل قصيرا، كلما ارتفعت دقة التنبؤ، لأن ذلك يقلل من ارتفاع احتمال حدوث وتدخل عوامل جديدة تساهم في تغيير النية. وتقاس النية بأسئلة يطلب فيها من الأشخاص ما إذا كانت لديهم نية في تبني سلوك معين، مثل السؤال الموجه إلى الأمهات: هل لديكن نية لإرضاع أطفالكن رضاعة حصرية؟ أما السلم الأكثر انتشارا لقياس النية فهو مقياس ليكرت Likert الشهير.[2]

---

[1] Ajzen, Icek, and Martin Fisbbein. "Factors influencing intentions and the intention-behavior relation." Human relations 27.1 (1974): 1-15.

[2] Willits, Fern K., Gene L. Theodori, and A. E. Luloff. "Another look at Likert scales." Journal of rural social sciences 31.3 (2016): p 126.

3.2.2.2. الاتجاه

ويقصد به الاستعداد للإجابة بالقبول أو الرفض لشيء، أو شخص، أو مؤسسة أو حدث وهو استعداد وجداني وتقييمي[1] وهو يختلف عن السمات الشخصية؛ فالاتجاهات لها خصائص مميزة بأن تكون وجدانية وتقييمية وكذلك موجهة نحو الهدف، في مقابل السمات الشخصية التي هي استعدادات عامة، وتتميز الاتجاهات أيضا بأنها قابلة للتعديل مبدئيا عندما تتوفر معطيات جديدة، على عكس السمات الشخصية فهي استعدادات تتميز بنوع من الثبات[2].

أما فيما يتعلق بالاتجاه نحو السلوك لدى الشخص فهو الحكم الشخصي الصالح أو غير الصالح للشروع في الفعل، تبعا للدرجة التي من خلالها يقيم الشخص قبول أو رفض السلوك الذي هو محل المبادرة[3]، فالاتجاه بهذا المعنى يترجم القيمة التي ينسبها الشخص للسلوك، ولأن الاتجاهات أحكام قيمية على السلوك فإنها تختلف من شخص لآخر فالبعض يحكم على نفس السلوك بالإيجاب والبعض الآخر بالسلب[4].

ويؤكد أجزن على أنه إضافة لقدرة الاتجاه التنبؤية فإنه يسمح بالحصول على فهم أفضل للسلوك المرتقب القيام به[5]؛ فالاتجاه نحو سلوك معين ينجم عن مجموعة من الاعتقادات المرتبطة بهذا السلوك، ويكون هذا الاعتقاد غالبا الاحتمال الشخصي للعلاقة بين الشيء الذي هو موضوع الاعتقاد

---

[1] Ajzen, I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: Dorsey. (1988). P42

[2] Fishbein, M., &Ajzen, I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Journal of Research in Personality, 25, (1975). 285-301

[3] Ajzen, I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 195, (1991). 179–211.

[4] Pryor, Brandt W. "Understanding belief, attitude, and behavior: How to use Fishbein and Ajzen's theories in evaluation and educational research." (2022).p9

[5] Ajzen, I. Attitudes, personality, and behavior Opcit p: 48

وأشياء أخرى؛ فالاعتقاد نحو شيء ما يستند إلى إشراك خاصية أو عدة خصائص لهذا الشيء[1]. وإشراك التبعات الإيجابية والسلبية للفعل المستهدف وتقييمها، إيجابا أو سلبا ما ينتج عنه آليا اتجاه نحو السلوك.

ويؤكد كل من أجزن وفيشبين أن اتجاه شخص نحو سلوك معين ليس مرتبطا بمعتقد واحد بل بكل متكامل من المعتقدات[2]. ونتيجة لذلك يتم تحديده بناء على سلسلة من الاعتقادات البارزة المتعلقة بهذا السلوك، كما أن الاتجاه المناسب حيال السلوك يفسر أن المعني يشرك أكبر مجموعة من العواقب الايجابية لهذا السلوك، وأن الاتجاه السلبي يفسر كذلك إشراك المعني أكبر مجموعة من العواقب السلبية له، فكلما كانت هذه العواقب مرغوبة، كلما كان تقبل الشخص لنوعية السلوك .

وبحسب الطبيعة التقييمية للاتجاهات، فإن" فشبين "و" أجزن "يقترحان بأن تقاس وفقا لسيرورة تضع المستجيب على سلم تقييمي ثنائي القطب لقياس الاتجاه مباشرة من خلال تطبيق طريقة المميزات الدلالية التي تتضمن تقييم الفعل بواسطة مجموعة من الثنائيات من الصفات المشتركة تقع على سلم ثنائي القطب يتكون من 7 مستويات مثل مرغوب غير مرغوب، مستحب / غير مستحب.[3] في حين يكون قياس الاتجاه بطريقة غير مباشرة بتطبيق نموذج توقع القيمة Expectancy value وبحسب هذا النموذج، فإن السلوك البشري مرتبط بالأثر المركب من العواقب المنتجة عبر الفعل والقيمة المتعلقة بكل عاقبة على حدى وذلك بضرب قوة الاعتقاد (C) لتبني سلوك مرتبط بنتيجة معطاة من طرف القيمة (V) المتعلقة بهذه العاقبة وبذلك نحصل على نتيجة إجمالية نحو السلوك: ATind= Ci* Vi

حيث:

ATind: تعني الاتجاه

[1] Fisbein & Ajzen Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research Opcit 22

[2] Ajzen, I The theory of planned behavior. P200

[3] Osgood et al., C.E. Osgood, W.H. May, M.S. Miron Cross-Cultural Universals of Affective Meaning. University of Illinois Press, Urbana, IL (1975)

Ci: اعتقاد المستجيب إذا كانت العاقبة (i) تحدث إذا تبنى السلوك .

VI : القيمة التي يعزوها المستجيب للعاقبة (i)

4.2.2.2. إدراك المعايير الاجتماعية

إدراك المعايير الاجتماعية يقصد به مجموع التأثيرات أو الضغوطات التي يدركها الشخص أثناء تشكل النية في القيام بالفعل، ويجعل أجزن وفيشبين التأثيرات مرتبطة بما ينتظره الأشخاص المهمون من المستجيب أي ما سيقوم به من مبادرة تجاه سلوك معين وهؤلاء الأشخاص المهمون لديه قد يكونون الأب والأم، الإخوة والأخوات، الأصدقاء، زملاء الدراسة والعمل الزوج والأولاد[1] هؤلاء الأشخاص يطلق عليهم مصطلح "الأشخاص المرجعيون" فهم يشكلون ضغوطا على الشخص لتبني السلوك، حيث تتوقف نيته على مقدار ذلك تلك الضغوطات .

وعلى غرار الاتجاهات، فإدراك المعايير الاجتماعية مؤسس على سلسلة من المعتقدات التي تكمن في الاحتمال المرتبط باستحسان أو استهجان السلوك من طرف الأشخاص المرجعيين، وبعبارة أوضح يوجد سياق معرفي محيط بالشخص قيد الاشتغال حيث؛ يأخذ الشخص ضمنه في الحسبان وجود أشخاص آخرين في المحيط يفكرون بأنه يجب عليه القيام بالفعل أو الإحجام عنه، هذه المجموعة المرجعية تدخل في تكوين بنية المعتقدات والتصورات.

يمكن قياس إدراك المعايير الاجتماعية قياسا مباشرا وذلك بالطلب من المستجوب الإقرار بمدى تقديره للأشخاص المهمين في محيطه على أن يوافق أو لا يوافق على تبني سلوك معين، وإلى أي حد ينتظرون منه الشروع في الفعل، ويكون القياس باستعمال سلم ليكرت الذي تتراوح درجاته بين (موافق تماما

[1] Ajzen, I. and Fishbein, M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. (1980) P40

إلى غير موافق تماما) وعادة ما يكون هذا القياس مرتكزا على سؤال واحد؛ بند واحد مرجعي يخص الأشخاص المهمين للمستجوب أو بالأحرى عدة أسئلة مرجعية تخص شخصا معينا.

أما القياس غير المباشر لإدراك المعايير الاجتماعية فيكون بطريقة مماثلة لتلك التي في قياس الاتجاهات وبالتحديد يطلب أولا من أفراد العينة الإشارة على سلم يتراوح ما بين: (غير محتمل– إلى جد محتمل) بأنه يعتقد أن تبني ذلك السلوك سيوافق عليه الأشخاص المرجعيون أو لا يوافق، ثم مرة أخرى نطلب منهم الإشارة على سلم يتراوح ما بين: (غير موافق تماما إلى– موافق تماما) في مستوى دافعيتهم المتطابق مع توقعات المرجعيين.

5.2.2.2. إدراك التحكم في السلوك

إذا كان السلوك متعلقا بإرادة الشخص أي؛ إذا كان هذا الشخص قادرا على أن يقرر تبني السلوك من عدمه، فإن الاتجاه وإدراك المعايير الاجتماعية معياران كافيان للتنبؤ به، في حين إذا كان هذا الشخص في وضعية التداخل مع متغيرات أخرى، فإن درجة التحكم التي يعتقد أنها لديه للتحكم في السلوك ستكون المعيار الجديد للتنبؤ هذا المعيار يسميه أجزن بالتحكم في السلوك المدرك[1].

رغم أن مفهوم إدراك التحكم في السلوك يرجع إلى إدراك الأشخاص لسهولة أو صعوبة السلوك، إلا أن هذا المفهوم يتضمن مفهومين اثنين :الأول يخص **مركز التحكم** الذي يعني الاعتقاد العام لدى الشخص فيما إذا كان باستطاعته التأثير على مجرى حياته، أما المفهوم الثاني فيخص **الفعالية الذاتية** وتعني إدراك الشخص لقدرته على إنجاز سلوك معين ومدى ثقته في نفسه.

وتكمن إشكالية مركز التحكم، كما تم تجريبها بأنها غير قابلة للتعميم كليا، سواء كهدف أو سياق، ذلك أن المعتقدات المرتبطة بمركز التحكم لا يمكن أن تتطابق كليا مع السلوك المقصود، وبذلك فإن

[1] Icek Ajzen, The theory of planned behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Opcit p203.

المصداقية التنبؤية حول السلوك توحي قياسيا بأنها ضعيفة، وبذلك فهو لا يؤثر في السلوك البشري إلا إذا أثر أولا في التصور الذي لدى الأشخاص حول التحكم في السلوك.

أما مفهوم الشعور بالفعالية فيرجع إلى تصور الشخص لقدرته على إنجاز السلوك ويرتكز على فكرة مفادها بأنه كلما كان لدى الشخص الثقة في ذاته، كلما أدرك بأنه قادر على القيام به.

وحفاظا على الصفة التحكمية، يقف مفهوم تصور التحكم في السلوك على نفس المسافة من الشعور بالفعالية، فهي تنطلق من فكرة أن الشخص الذي يثق في قدراته في الشروع في سلوك ما يكون مدفوعا أكثر على تجريبه، فكلما اجتهد في الشروع في السلوك، كلما كان التحكم في العوامل المعيقة الداخلية والخارجية كبيرا، وبالتالي زاد احتمال الوصول إلى مقصده .

وينتج عن هذا أن الأشخاص يمكن أن تكون لديهم تصورات واقعية أو غير واقعية حول صعوبات أداء السلوك، فإذا كانت العوامل المانعة متصورة بصفة واقعية، فإن تصور التحكم في السلوك يعد مؤشرا ومنبئا مهما بالسلوك عن طريق تأثيره على النية، وفي المقابل إذا تم تصور الاكراهات بصفة غير واقعية فإن الشخص ستكون نيته غير قابلة للتنفيذ .

كما لا يجب الخلط بين العوامل والمعلومات القادرة على تغيير النية، ففي حالة تغيير النية التي تعزى إلى اكتشاف معلومات جديدة، فإن التأثير سيؤدي إلى تغيير المعتقدات والاتجاهات، أما في حالة العوامل المعيقة فعلى العكس يمكن أن تبقي النية غير متغيرة، أما الشخص فيمكن أن يترجم نيته على القدرة على القيام بالسلوك كما يمكن أن يخفق في القيام بذلك بناء على بعض المواقف، فما دامت النية الفورية غير متأثرة، فإن المحددات الأساسية لا تتغير.

فمن الجانب التصوري، يكون إدراك التحكم في السلوك مُنبئا بالنية بصفة مستقلة عن الاتجاه نحو السلوك وعن إدراك المعايير الاجتماعية؛ أي عندما يتطابق التحكم المدرك والتحكم العقلي، فإن إدراك التحكم في السلوك يُنبئ مباشرة بالسلوك .

ومثلما تصدر تصورات المعايير الاجتماعية عن المعتقدات، فإن تصور التحكم في السلوك يصدر هو الآخر عن سلسلة من المعتقدات المتعلقة بتوفر المصادر الضرورية، وبوجود أو غياب الفرص الضرورية للشروع في السلوك، وبحسب أجزن فإن الأشخاص كلما اعتقدوا بأنهم يمتلكون المصادر والفرص كلما استبقوا أقل العوائق كلما زاد تمكنهم المدرك حول السلوك.[1]

ومنذ بداية طرح نظرية السلوك المعقلن، اقترح كل من أجزن وفيشبين توسيع النظرية لمتغيرات جديدة، مع احترام المتطلبات التقنية للنموذج، فنظرية السلوك المخطط نشأت بإضافة متغير التحكم السلوكي المتصور لنظرية السلوك المعقلن، فتم اقتراح مجموعة من العوامل المتممة للمتغيرات لتوسيع قاعدة نظرية السلوك المخطط، بهدف زيادة مصداقية النموذج النظري وقد لامس هذا الاستكمال عدة متغيرات منها متغير المعيار الاجتماعي الذي تم تدعيمه بالمعايير الأخلاقية حيث أصبحت لها المكانة المركزية تفسير السلوك، وبحسب **شوارتز** فإن هذه المعايير بمثابة توقعات مكونة من طرف الإنسان عندما يستدخل بنفسه بعض القيم دون المرور عبر نسق خارجي مفروض [2]. هذه التوقعات تدفع الإنسان إلى الإحساس بنوع من الالتزام لتبني سلوك معين، وهذه المعايير الشخصية موجودة لدى الأفراد ضمنيا وبدرجات مختلفة.

كما تم توسيع متغير المعايير الوصفية والمتعلق بتأثير قبول ورأي الجماعة المرجعية حول سلوك الفرد، هذا النوع من التأثير الاجتماعي سمي بالمعايير الوصفية وقد تم إدماجها ضمن المعايير الاجتماعية بغرض تحسين تفسير النية، يوصى بإدماج المعايير الإيعازية والوصفية لتكريس تفسير المعايير الاجتماعية لهذا النموذج[3]، ليسمح بتوسيع الكشف عن العديد من ميكانيزمات التفاعل الاجتماعي فيما يخص قرارا من

---

[1] Ajzen, The theory of planned behavior op cit p2007

[2] Shalom, NSF Grant SOC 72-05417 supported H. Schwartz, Normative Influences on Altruism11This work. I am indebted to L. Berkowitz, R. Dienstbier, H. Schuman, R. Simmons, and R. Tessler for their thoughtful comments on an early draft of this chapter., Editor(s): Leonard Berkowitz, Advances in Experimental Social Psychology, Academic Press, Volume 10, 1977, Pages 221-279

[3] Ajzen, Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior, Opcit, p22

القرارات، كما تم أيضا توسيع متغير معتقدات التحكم السلوكي بعدما لاحظت دراسات عديدة ثغرات حدود هذا المتغير.

تعد نظرية السلوك المخطط من النظريات الخصبة الناتجة من التقاء عدة رؤى تربوية اجتماعية اقتصادية و صحية، فهي تسمح للفرد تصور السلوك والاتجاه نحوه رغم محدودية معرفته و قدراته على المعالجة [1] فهو يتخذ قراراته آخذا بعين الاعتبار العوامل المتاحة في السلوك بأقل تكلفة معرفية دون أن يعالج كل البدائل إلا تلك التي تقوده إلى نتائج محتملة والقابلة للتقويم بكل سهولة، وبالموازاة يحلل نموذج (قرار/ سلوك) القرار انطلاقا من مفهوم القيمة المرجوة أو المنفعة الشخصية المتوقعة، حيث تقييم السيناريوهات ينتج قواعد تحكيمية عقلية معيارية[2] .

وبذلك فإن البعد التقييمي والمعرفي الذي يلف القرار في نظرية السلوك المخطط يعتبر نموذجا مكيفا لتحليل السلوك المرتقب اجتماعيا، خاصة أمام نظر معظم الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين إلى نظرية السلوك المخطط على أنها من النظريات الأكثر عقلانية مقارنة بباقي النظريات التي درست السلوك.

مما يتميز به نموذج نظرية السلوك المخطط التحكم بصفة كلية في محددات السلوك المدروس، مع السماح بعزل المحدد الرئيسي في سياق معين وفي عينة محددة، ومن بين هذه المحددات نذكر تأثير المعايير الاجتماعية والشخصية أو العلاقات المتبادلة، وكذلك تأثير الآخر تجاه نتائج السلوك أو على إحساس الفرد بقدرته على التأثير على النتيجة النهائية من خلال سلوكه المتبنى.

إضافة إلى إمكانية التحديد النظري للعوامل التي لها تأثير على السلوك، تمكن نظرية السلوك المخطط من تنظيم هذه العوامل في صورة سياق سببي، ثم تصور التدخلات الممكنة لتعديل السلوك، كما

---

[1] Ajzen, Sexton, J. & I. Depth of processing, belief congruence, and attitude-behavior correspondence. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), Dual-process theories in social psychology. The Guilford Press. (1999) (117–138)

[2] Kaiser, Florian G., Gundula Hübner, and Franz X. Bogner. "Contrasting the theory of planned behavior with the value-belief-norm model in explaining conservation behavior 1." Journal of applied social psychology 35.10 (2005): 2150-2170.

تسمح كذلك بإدماج سلسلة طويلة من الإكراهات الموضعية التي لا يمكن التحكم فيها من طرف الفرد، خاصة عندما لا يمكن الإحاطة بكل العناصر بداية من القرار إلى غاية نتيجته، كما تسمح نظرية السلوك المخطط بتطبيق قسط معتبر من النتائج على العلاقة(اتجاه – سلوك) داخل نموذج إجرائي، ففي هذه النظرية يمكن للاتجاه أن يجمع ويغير استجابة لمتطلبات المقاربة الزمنية، أي إمكانية ربط دوافع الآخرين وغايات الفرد من نتائج سلوكه.

رغم التشابه الكبير بين نظرية السلوك المخطط و المعقول TBP و TRA إلا أنه يوجد فرق جوهري يميز أحدهما عن الآخر؛ فنظرية السلوك المعقول TRA مؤسسة على افتراض جوهري مفاده أن جل الأفعال في الحالات الاجتماعية تحت التحكم الإرادي volitional control ولكن بعد ثبوت نقص التحكم الذي يعيق الأفراد من أجل تكريس نياتهم، اضطر أجزن إلى توسيع إطار نظرية السلوك المعقلن من أجل استدراك النقص، ومن أجل ذلك قام بإضافة متغير تكميلي في إطار نظرية السلوك المخطط وهو التحكم السلوكي المتصور وبذلك فأصبح القيام بالسلوك لا يتوقف على **النية** وحدها، ولكن كذلك على العوامل الخارجية.

3.2.2. تطبيق نظرية السلوك المخطط في دراسات الرضاعة الطبيعية

أجريت عدة دراسات كمية لتقييم الصلاحية التنبؤية لنظرية السلوك المخطط، وفهم التفضيلات والاتجاهات والنوايا في الرضاعة الطبيعية نذكر منها:

دراسة لـ: كليوبلن ترافر توسون ومينر Kloeblen–Tarver Thompson, & Miner سنة 2002 بعنوان: "نية الرضاعة الطبيعية: تأثير المواقف والأعراف والتكافؤ والخبرة"

Intent to breast-feed: the impact of attitudes, norms, parity, and experience

هدفت إلى توقع وفهم نوايا النساء إطعام أطفالهن، واستكشاف تأثير اتجاهات الرضاعة الطبيعية، والمعايير الاجتماعية والخبرة السابقة على التنبؤ بنوايا الرضاعة الطبيعية باستخدام نظريتي الفعل المعقلن والسلوك

المخطط، استهدفت الدراسة (963) من النساء الحوامل ذوات الدخل المنخفض واستخدم استبيانا بناء على النظرية، حيث قررت نتائج الدراسة أن الاتجاهات كانت أكثر تنبؤية بالنية للرضاعة الطبيعية من المعايير الاجتماعية، بغض النظر عن عدد الأطفال أو السلوك السابق وبين النساء متكررات الولادات، حيث أسهم مقدار الخبرة السابقة للرضاعة الطبيعية بشكل مستقل في التنبؤ بنوايا الرضاعة الطبيعية.

وخلصت الدراسة إلى أن النتائج تدعم التصورات النظرية، وينبغي أن يرتكز الدعم المتعلق بالرضاعة الطبيعية الذي تستهدف النساء ذوات الدخل المنخفض على تعزيز الاتجاهات الشخصية للمرأة نحو الرضاعة الطبيعية، وأن تشجع خصوصا فيما بين النساء اللواتي يلدن لأول مرة، لأن تشجيع الاتجاهات الإيجابية في هذا الموضوع من الأمور الهامة في الصحة العامة.[1]

وفي دراسة لـ: باي وآخرين سنة 2011 تحت عنوان: "توقع النوايا لمواصلة الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر: مقارنة بين المجموعات العرقية / الإثنية"

Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: A comparison among racial/ethnic groups

أنه في 3 أشهر بعد الولادة، كانت الأمهات اللواتي ينوين الرضاعة الطبيعية حصريًا لمدة 6 أشهر أكثر عرضة للرضاعة الطبيعية بشكل حصري بنسبة 65٪ عند مقارنتها مع الامهات اللواتي ليس لديهن مثل هذه النوايا.[2]

وقد وجدت دراسة لـ: لاوتن وآخرين سنة 2012 تحت عنوان:"استخدام نظرية موسعة للسلوك المخطط للتنبؤ بنية الرضاعة الطبيعية، والبدء، والصيانة لدى الأمهات البريطانيات البيض وجنوب آسيا اللاتي يعشن في برادفورد"

---

[1] Koeblen-Tarver, Amy S, Thompson, Nancy J., ET Miner, Kathleen R. Intent to breast-feed: the impact of attitudes, norms, parity, and experience. American journal of health behavior, 2002, vol. 26, no 3, p. 182-187.

[2] Bai, Y, Wunderlich, S. M., & Fly, A. D. Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: A comparison among racial/ethnic groups. Maternal and Child Health Journal, (2011). 15(8), 1257–1264. https://doi.org/10.1007/s10995-010-0703-7

Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford .

وجدت أن الأمهات اللائي لديهن نوايا قوية للرضاعة الطبيعية كن أكثر عرضة للبدء المبكر للرضاعة الطبيعية ولكنهن لم يكن أكثر عرضة للإرضاع الحصري لغاية 6 أشهر بعد الولادة.[1]

في دراسة عربية لـ: عارف ليلى وآخرين سنة تحت 2017 تحت عنوان:"المعرفة والسلوك تجاه الرضاعة الطبيعية الحصرية بين النساء السعوديات في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة جدة، المملكة العربية السعودية"

Knowledge and Attitude of Exclusive Breast-Feeding Among Saudi Women in Primary Health Care Centers in Jeddah City, Saudi Arabia

لتقييم مستويات المعرفة الاتجاهات نحو الرضاعة الطبيعية الحصرية بين النساء السعوديات في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة جدة، تم استخدام نظرية السلوك المخطط كإطار نظري لتوجيه هذه الدراسة من خلال دراسة وفهم اتجاهات المرأة والمعايير الذاتية والسيطرة السلوكية المتصورة. لعينة تتكون من(315) أمهات الأطفال من العمر (6–12) شهر، حيث أظهرت الدراسة أن غالبية النساء لديهن معرفة لا بأس بها حول الرضاعة الطبيعية الحصرية وكانت مصادر المعرفة على النحو التالي؛ العائلة والأصدقاء، الطبيب والممرضات والإنترنت. ووجدت أن معظم النساء لديهن اتجاه محايد نحو ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، كما أن العوامل التي تؤثر على هذه الممارسة عند الأمهات السعوديات تنقسم الى نوعين:

عوامل تعزز ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية وتتمثل في المعرفة الكافية حول هذه الممارسة، ودعم الأسرة والإعداد الصحيح للرضاعة الطبيعية خلال فترة ما قبل وبعد الولادة. وعوامل تعوق النساء عن

[1] Lawton, R., Ashley, L., Dawson, S., Waiblinger, D., & Conner, M.. Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. British Journal of Health Psychology, 17(4), (2012) 854–871. https://doi.org/10 .1111/j.2044-8287.2012.02083. x.

إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية وتتمثل في الاعتقاد بعدم كفاية الحليب، ونقص كل من المعرفة ودعم الأسرة حول الرضاعة الطبيعية الحصرية.[1]

وفي دراسة عربية أخرى لنادين يحيى وآخرين سنة 2017 تحت عنوان:" التحقق من صحة النسخة العربية لمقياس نوايا تغذية الرضع بين النساء اللبنانيات"

Validation of the Arabic Version of the Infant Feeding Intentions Scale Among Lebanese Women

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من صحة النسخة العربية من مقياس نوايا تغذية الرضع وفحص قدرتها على التنبؤ بالرضاعة الطبيعية الخالصة في عمر الشهر أو ثلاثة أو ستة أشهر لدى النساء اللبنانيات الحوامل تم اختبار صلاحية تطبيق المقياس على 50 امرأة حامل (المجموعة 1). في حين تم اختبار القدرة التنبؤية على 196 امرأة حامل (المجموعة 2)، اللواتي شملهن الاستطلاع الشهري حول طريقة تغذية أطفالهن حتى 6 أشهر وخلصت الدراسة إلى أن مقياس نوايا تغذية الرضع هو أداة موثوقة وفعالة لتقييم نوايا تغذية الأمهات في السياق اللبناني والتنبؤ بضعف سلوك الرضاعة الطبيعية الحصرية في 3 أشهر ولكن ليس في 1 أو 6 أشهر. ورغم جدية الدراسة إلا أن هناك حاجة إلى تكرار هذه النتائج في سياقات عربية أخرى.[2]

3.2. إطار نظرية الكفاءة الذاتية

من الأطر النظرية التي تفسر السلوكات الإنسانية إطار الكفاءة الذاتية Self-efficacy The theoretical الذي يرتكز مضمونه على ثقة الفرد في قدرته على الانجاز الحقيقي، أي اتخاذ قرارات

[1] Arafat, Layla E., S. Yousuf, and J. Al-Battawi. "Knowledge and Attitude of Exclusive Breast-Feeding Among Saudi Women in Primary Health Care Centers in Jeddah City, Saudi Arabia." IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) 6.6 (2017) : 01-08.

[2] Yehya, Nadine, et al. "Validation of the Arabic Version of the Infant Feeding Intentions Scale among Lebanese Women." Journal of Human Lactation 33.2 (2017) : 383-389.

صائبة تخص خيارات سلوكية بعينها؛ فالأفراد الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية عالية تنشأ لديهم اعتقادات قوية حول قدرتهم على إحداث سلوكات، وفق استراتيجية صحيحة.

هذا المفهوم مستمد من نظرية المعرفة الاجتماعية لـ ألبرت باندورا Albert Bandoura التي ترى أن الكفاءة الذاتية أساس ثقة الافراد، ومؤشر قدرتهم المتصورة في أداء سلوك معين[1]، ولأن ما يهم الدراسة في هذا الشأن هو مدى قدرة هذا المفهوم على تعديل السلوك فإن الأبحاث قد اثبتت قدرته على تكوين التدخلات في تصورات السلوكات.[2]

ولأن الكفاءة الذاتية تتطور من خلال الخبرات النشطة ذات المعنى في حياة الأفراد، فإنها تشكل تصورات الفرد حول مستوى فاعلية قدراته الذاتية وما تشمله من مقومات عقلية معرفية وانفعالية واقعية للتعامل مع المواقف أو المشكلات.[3] فهي من هذا المنظور محدد لسلوك المبادرة، والمداومة، وموجه لمعتقداته حول سلوكاته في مجابهة تحديات الحياة والظروف المحيطة، وهي إضافة إلى ذلك تقييم ذاتي حول مدى إمكانية الإنجاز والأداء العقلي، وتمثيل كلي للتوقعات والأحكام الذاتية العقلية والجسمية والاجتماعية، والانفعالية التي يتم تفعيلها عند مواجهة المواقف.

1.3.2. مفهوم الكفاءة الذاتية

يعد مفهوم الكفاءة الذاتية المدركة من مفاهيم علم النفس الحديث حيث أشار إليه باندورا في نظرية المعرفة الاجتماعية، حيث عرفها بأنها "الأحكام التي يصدرها الأفراد على قدراتهم، لتنظيم وإنجاز الأعمال التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء[4]" وأنها توقعات الفرد عن أدائه للسلوك **في** مواقف تتسم

---

[1] Bandura, A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997.

[2] Dennis, Cindy-Lee. "Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework." Journal of human lactation 15.3 (1999): 195-201.

[3] الزيات، فتحي ، علم النفس المعرفي، ج2، مداخل ونماذج ونظريات، القاهرة، دار النشر للجامعات :(2001) ص: 112

[4] Bandura;A self- efficacy; the exercise of control,W.H freeman new York. (1997): 123

بالغموض، وتنعكس **هذه** التوقعات على اختيار **الفرد** للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك[1].

وللكفاءة الذاتية علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتفاعل مع الصعوبات ومواجهتها بمقدار الجهد الذي سيبذلونه [2] فالأمر لا يتعلق فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد وإنما كذلك بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها[3].

وتصورات الأشخاص حول الكفاءة الذاتية تحدد مستوى الدافعية كما تنعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم والمدة التي يصمدون فيها في مجابهة الصعوبات، فكلما تزايدت ثقة الأشخاص في فاعلية الذات لديهم كلما زادت مجهوداتهم ويزيد إصرارهم على أداء السلوك.

قدم بندورا نظرية متكاملة للكفاءة الذاتية تأسست على قواعد نظرية المعرفة الاجتماعية مؤكدا أنها نتاج لسنوات من البحث السيكولوجي، وعبر عن الكفاءة الذاتية بأنها قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء أداء الأفراد في المجالات المختلفة، ومنه فإن إدراك الفعالية الذاتية يسهم في فهم وتحديد أسباب المدى المتنوع من السلوك الفردي والمتضمنة في التغيرات، وفي سلوك المثابرة الناتج عن حالات الأفراد المختلفة، ومستويات ردود، وضبط الذات، والمثابرة في إنجاز السلوك.[4]

ويؤكد باندورا على دور العوامل المعرفية للشخصية، ويفترض أن العلاقة بين ما يتوقعه الأشخاص لأنفسهم وما هم قادرين على عمله في الواقع يعد قوة دافعة، فاعتقاد الفرد في قوته يجعله يحدث أداء قويا[5].

---

[1] Bandura,A .Self – efficacy in H. Fridman (ed), Encyclopedia of mental Health, San Diago, Academic press(1998) .p50 ,47

[2] الدريدي، عبد المنعم أحمد دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، عالم الكتب، القاهرة، (2004) ص: .209

[3] قطامي، يوسف محمود، واليوسف رامي محمود ، الذكاء الاجتماعي للأطفال النظرية والتطبيق، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع،2010، ص 65.

[4] حسن أبو هاشم، مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود، (2005) ص 37.

[5] دغيم عبد المحسن، الفاعلية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط كمتغيرات محكية للتمييز بين الأمل والتفاؤل، مجلة دراسات عربية في علم النفس، م7، ع 1 (2008)،85-150.

2.3.2. مبادئ نظرية الكفاءة الذاتية

تتكون الكفاءة الذاتية، من عدة مبادئ نظرية تشكل مجتمعة الإطار العام لهذا المفهوم، تساعد في تفسير كيفية تأثير معتقدات الكفاءة الذاتية على السلوك والتحفيز والأداء النفسي العام، وفيما يلي تلك المبادئ النظرية الرئيسية[1]:

1.2.3.2. المعتقدات في الكفاءة الشخصية

هذا هو العنصر الأساسي للكفاءة الذاتية، ويشير إلى إيمان الفرد بقدرته على أداء مهمة محددة بنجاح أو تحقيق هدف معين، يمكن أن يختلف هذا الاعتقاد من مهمة إلى أخرى ويمكن أن يكون خاصا بالموقف.

2.2.3.2. توقعات النتائج

ترتبط الكفاءة الذاتية بتوقعات الفرد حول نتائج أفعاله؛ فإذا اعتقد شخص ما أنه قادر على أداء مهمة ما بنجاح من المرجح أن يتوقع نتائج إيجابية من تلك المهمة، وعلى العكس من ذلك، إذا شكك في قدراته سيتوقع نتائج سلبية أو غير ناجحة.

3.2.3.2. صعوبة المهمة

يميل الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية العالية إلى النظر إلى المهام الصعبة على أنها تحديات يجب التحكم فيها، في حين أن الأشخاص ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة قد يرونها كتهديدات يجب تجنبها.

4.2.3.2. السيطرة المدركة

[1] Bandura, A, & wood. Effect of Perceived Controllability and Performance Standards Self-Regulation of Comples Decision Making. Journal of Personality and Social Psychology, 56(5), (1989) 805–814

ترتبط الكفاءة الذاتية بإدراك السيطرة على أفعال الفرد فعادة ما ترتبط الكفاءة الذاتية العالية بالشعور بالسيطرة والقوة، في حين أن انخفاض الكفاءة الذاتية يرتبط دائما بالشعور بالعجز.

5.2.3.2. التنظيم الذاتي

الأفراد الذين يتمتعون بالكفاءة الذاتية هم من يضعون أهدافا محددة بالتخطيط للسلوكات، وهم أكثر مراقبة لتقدمهم نحو تلك الأهداف فهم يظهرون دائما تنظيما ذاتيا أفضل، ما يؤدي إلى أداء أكثر فعالية للسلوك.

6.2.3.2. التغذية الراجعة والخبرة

تلعب التغذية الراجعة من التجارب السابقة دورا حاسما في تشكيل الكفاءة الذاتية حيث تعمل خبرات النجاح على تعزيز الكفاءة الذاتية، أما الفشل فيقلل منها.

7.2.3.2. التأثير الاجتماعي

يمكن للعوامل الاجتماعية، مثل التشجيع والدعم ونماذج القدوة، أن تؤثر بشكل كبير على الكفاءة الذاتية؛ فملاحظة الآخرين الذين يشبهونهم وهم ينجحون في مهمة ما يمكن من تعزيز معتقدات الكفاءة الذاتية لدى الفرد.

8.2.3.2. الإثارة العاطفية

يمكن أن تؤثر الحالات العاطفية، مثل القلق أو الثقة، على الكفاءة الذاتية. يمكن لمستويات القلق العالية أن تقلل من الكفاءة الذاتية، في حين أن المشاعر الإيجابية يمكن أن تعززها ولهذا تعد إدارة العواطف أمرا بالغ الأهمية للحفاظ على مستوى الكفاءة الذاتية.

9.2.3.2. أسلوب الإسناد

كيفية عزوف الأفراد أسباب نجاحاتهم وإخفاقاتهم يمكن أن يؤثر على الكفاءة الذاتية، إن إرجاع النجاح إلى قدرات الفرد وجهوده والفشل إلى عوامل خارجية أو قلة الجهد يمكن أن يحافظ على الكفاءة الذاتية أو يزيد منها.

10.2.3.2. خصوصية السياق والموقف

يمكن أن تختلف معتقدات الكفاءة الذاتية بحسب السياق والموقف المحدد؛ فعلى سبيل المثال، قد تكون لدى شخص ما كفاءة ذاتية عالية في البيئات الأكاديمية ولكن كفاءة ذاتية أقل في المواقف الاجتماعية.

تشكل هذه العناصر النظرية بشكل عام معتقدات الكفاءة الذاتية للفرد، وتؤثر بدورها على سلوكه ودوافعه، وتهتم نظرية الفاعلية الذاتية بشكل رئيس بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة، التابع للنظرية المعرفية الاجتماعية، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة، وتؤكد نظرية الفاعلية الذاتية على معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، ففاعلية الذات لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد وإنما كذلك بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها.

ويقوم الأفراد بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم، وتنظيم سلوكهم الاختياري، وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات وبالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالفاعلية الذاتية القدرات الخلاقة والاختيار المحدد للأهداف، والأحداث ذات الأهداف الموجهة، والجهد المبذول لتحقيق الأهداف والإصرار على مواجهة الصعوبات والخبرات الانفعالية [1].

ويؤكد **باندورا** على وجود نوعين من التوقعات يرتبطان بنظرية الكفاءة الذاتية ولكل منهما تأثيراته القوية على السلوك وهما: التوقعات الخاصة بفاعلية الذات والتوقعات المتعلقة بالنتائج، وفيما يتعلق بالتوقعات المرتبطة بفاعلية الذات فإنها تتعلق بإدراك الفرد لقدرته على القيام بأداء سلوك محدد، وهذه التوقعات يمكنها أن تساعد على تمكن الفرد من تحديد ما إذا كان قادرا على القيام بسلوك معين، وتحدد مقدار الجهد المطلوب منه للقيام بهذا السلوك.[2]

---

[1] Bandura, A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. Journal ofClinical and Social Psychology, 4, (1986b). 359-373. doi: 10.1521/jscp.1986.4.3.359.

[2] عبد العزيز، مفتاح محمد، مقدمة في علم نفس الصحة، عمان، دار وائل للنشر، (2010) ص 160.

أما النوع الثاني وهو التوقعات الخاصة بالنتائج فيعني الاعتقاد بأن النتائج يمكن أن تنتج من الانخراط في سلوك محدد، وتظهر العلاقة بوضوح بين توقعات النتائج وتحديد السلوك المناسب للقيام بمهمة معينة، في حين أن التوقعات الخاصة بفاعلية الذات مرتبطة بشكل واضح بالتنبؤ بأفعال الفرد المستقبلية.

وتأخذ توقعات النتائج ثلاثة أشكال حيث تعمل التوقعات الإيجابية كبواعث في حين تعمل التوقعات السلبية كعوائق للآثار البدنية والسلبية التي ترافق السلوك، وتتضمن الخبرات الحسية السارة والألم، وعدم الراحة الجسدية، والآثار الاجتماعية السلبية والايجابية فالآثار الإيجابية تشمل التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كتعبيرات الانتباه، والموافقة، والتقدير الاجتماعي والتعويض المادي ومنح السلطة أما الآثار السلبية فهي تشمل عدم الاهتمام، وعدم الموافقة، والرفض الاجتماعي، والنقد والحرمان من المزايا وإيقاع العقوبات . وأخيرا ردود الفعل الإيجابية والسلبية للتقييم الذاتي لسلوك الفرد، فتوقع التقدير الاجتماعي والإطراء، والتكريم، والرضا الشخصي يؤدي إلى أداء متفوق في حين أن توقع خيبة أمل الآخرين، وفقدان الدعم، ونقد الذات يقدم مستوى ضعيفا من الأداء.

وعليه فإن المعتقدات المتعلقة بالكفاءة الذاتية تؤثر على عمليات التفكير إما بطريقة مساعدة للذات أو بطريقة معيقة للذات، فالأفراد الذين يملكون إحساسا قويا بالفاعلية الذاتية يركزون انتباههم على تحليل المشكلة، ويحاولون التوصل إلى الحلول المناسبة وبالمقابل فإن الأفراد الذين يساورهم الشك في الفاعلية الذاتية لديهم يحوّلون انتباههم إلى الداخل ويغرقون أنفسهم بالهموم عندما يواجهون مطالب البيئة الصعبة، فهم يهتمون بجوانب النقص، وعدم الفاعلية الشخصية لديهم، كما يتصورون فشلهم الذي يؤدي إلى نتائج سلبية[1].

[1] Bandura,A. Self – efficacy in H. Fridman (ed), Encyclopedia of mental Health, San Diago, Academic press(1998),p50 ,43

هذا النوع من التفكير السلبي يولّد التوتر والضغط، ويحدّ من الاستخدام الفعال للقدرات المعرفية من خلال تحويل الانتباه عن كيفية تلبية المتطلبات بأفضل شكل ممكن إلى إثارة القلق حول العجز الشخصي، واحتمالية الوقوع في الفشل[1].

يمكن قياس توقعات الكفاءة الذاتية تبعا لثلاث سمات أساسية، أو أبعاد تحدد معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية متعلقة أولا قدر الكفاءة ويقصد به مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة، ويتعلق بتعقد وصعوبة المشكلة، فالإنسان يستطيع أن يجمع خبرة كفاءته الذاتية تجاه المشكلات البسيطة والشديدة.[2] وثانيا بالتعميم وتعني انتقال توقعات الفاعلية إلى مواقف مشابهة، فالأفراد غالبا ما يعممون إحساسهم بالفاعلية في المواقف المشابهة للمواقف التي يتعرضون لها[3] وثالثا بقوة فعالية الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى ملاءمتها للموقف ويقصد أيضا بالقوة والثبات حتى عند وجود خبرات متناقضة، فتوقعات الكفاءة الذاتية القوية تظل أكثر قدرة على المقاومة على الرغم من وجود مجموعة من الخبرات المتناقضة، في حين أن التوقعات الضعيفة يمكن أن تنطفئ بسهولة من خلال القدرات المتناقضة[4].

ويذكر أنها تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف وأن الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه المثابرة في العمل، وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الشاقة، ويؤكد على أن قوة توقعات فاعلية الذات تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف.

---

[1] Bandura& Wood, Effect of Perceived Controllability and Performance Standards Self-Regulation of Comples Decision Making, Opcit, p55

[2] رضوان سامر جميل :(1997) توقعات الكفاءة الذاتية– البناء النظري والقياس، مجلة شؤون اجتماعية ع55 ، الشارقة 1977، ص: 25.

[3] علي، غالب بن محمد، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة دكتوراه غير منشورة، مكة المكرمة، جامعة أم القرى،2008، ص86.

[4] رضوان سامر جميل، توقعات الكفاءة الذاتية– البناء النظري والقياس، ص28

ويؤكد في هذا الصدد أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة، التي سوف تؤدى بنجاح كما يذكر أيضا أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية، فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة.[1]فمن خلال عملية تسمى التعلم بالملاحظة فإننا نتعلم أشياء عن العالم، وعن أنفسنا من خلال ملاحظة الآخرين، نحن لسنا بحاجة لأن نعايش كل شيء مباشرة لنتعلمه.[2]ويذكر في هذا الصدد أن معظم الناس تعلموا الحكم على ذواتهم، من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستثارة الانفعالية فالذين يخبرون خوفا شديدا أو قلقا حادا، يغلب أن تكون فاعليتهم منخفضة.

إن مفهوم الكفاءة الذاتية المنبثق من نظرية التعلّم الاجتماعي التي ترفض النظرة أحادية البعد لتفسير السلوك الإنساني، مستبدلا ذلك بفكرة التوازن الديناميكي بين البيئة والسلوك والمتغيرات الشخصية، مؤكدا على العوامل المعرفية ودورها في التطور الشخصي، حيث وضح هذا النموذج قيمة التوقعات كقوة دافعة للأشخاص لإنجاح مهامهم، وإنجازاتهم الذاتية؛ فمعتقدات الفرد التي تشعره بإمكانية تأثيره على البيئة، تزيد في كفاءته لتحدي معوقات الواقع، والاستمرار في بذل الجهد ومضاعفته كلما لزم الأمر وعليه فإن مفهوم الكفاءة الذاتية يعد مفهوما محوريا يمكن الاعتماد عليه في فهم السلوك الإنساني.

3.3.2. تطبيق إطار الكفاءة الذاتية في مجال الرضاعة الطبيعية

استخدمت نظرية الكفاءة الذاتية في تصور العوامل التي تؤثر على قدرة الأم في ممارسة السلوك الأمثل للرضاعة الطبيعية، كما استخدمت كثيرا في دراسة هذا الموضوع باعتبارها مؤشرا هاما لبدء الرضاعة الطبيعية ومدتها، وحصريتها، في العديد من انحاء العالم.[3]

---

[1] علي، غالب بن محمد، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، ص86.

[2] برفين، لورانس، علم الشخصية، ترجمة عبد الحليم السيد وآخرون، مصر، المركز القومي للترجمة،2010، 142 .

[3] Blyth, Rosemary, et al. "Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory." Birth 29.4 (2002): 278-284.

وتعد ساندي لي دينيس أهم ممثلات البحث في هذا المجال وترى أن مستوى الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية لدى الأمهات مرتبط بأربعة مصادر للمعرفة أولها التجربة الشخصية؛ فالأمهات ذوات التجربة الناجحة في الرضاعة الطبيعية يمتلكن كفاءة عالية عكس الأمهات اللواتي ليس لديهن تجربة سابقة.[1] وثانيها التجربة غير المباشرة بمعنى أن النساء اللواتي شاهدن الرضاعة الطبيعية الناجحة من قبل الأمهات الأخريات، يملكن كفاءة عالية في الرضاعة الطبيعية، عكس الأمهات اللواتي لم يشاهدن ذلك. وثالثها الإقناع اللفظي ويقصد به التشجيع اللفظي أي أن الأمهات اللواتي يتلقين التشجيع الإيجابي تتشكل لديهن كفاءة ذاتية أكثر من اللواتي لا يتلقين أي دعم. وآخرها العوامل الفيزيولوجية والعاطفية؛ حيث الأمهات اللواتي يتمتعن بالاسترخاء والهدوء سوف تكون لديهن كفاءة ذاتية عالية للرضاعة الطبيعية عكس الأمهات اللواتي يشعرن بالقلق والآلام، واللواتي يعانين صعوبات في الرضاعة الطبيعية في الأسبوع الأول لديهن أعراض اكتئاب عالية، وهذه الأعراض ترتبط سلبا بمدة الرضاعة الطبيعية، وقد أظهرت تلك النسوة انخفاضا في الكفاءة الذاتية، وزيادة في عدم الرضا عن الرضاعة الطبيعية، مع زيادة المخاوف بشأن عدم كفاية الحليب[2].

وفيما يلي عرض لأهم الدراسات التي حاولت لفهم وتحسين ثقة الأمهات ونجاحهن في الرضاعة الطبيعية. من خلال التصورات النظرية لإطار الكفاءة الذاتية:

دراسة قدمها غروسمان، ل. كي، وهارتر، سي، وساكس. ل Grossman, L. K, Harter, C., & Sachs, L سنة 1984 بعنوان[3]: "العلاقة بين ثقة الأم بنفسها والرضاعة الطبيعية"

The relationship between maternal self-confidence and breastfeeding.

---

[1] Dennis, C. L. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28(5), 1999. 674-681.
[2] Dennis, C., & McQuenn, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Pédiatrique, 96, 2007. 590-594.
[3] Grossman, L. K., Harter, C., & Sachs, L. Journal of Human Lactation, 1(3), 1984. 145-151.

تستكشف هذه الدراسة أحد مكونات الكفاءة الذاتية والمتمثلة في العلاقة بين ثقة الأم بنفسها وسلوكيات الرضاعة الطبيعية، أو بعبارة أخرى كيفية تأثير المعتقدات الذاتية على ممارسات الرضاعة الطبيعية.

ودراسة لدينيس، سي إل Dennis, C. L سنة (1999) بعنوان[1]:" الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية: مراجعة نقدية للأدوات المتاحة" A critical review of available instruments. تم التركيز فيها على عرض أدوات الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية، وتناقش هذه الورقة كيف تؤثر الكفاءة الذاتية على ممارسات الرضاعة الطبيعية باعتبارها سلوكا صحيا.

دراسة ثانية للباحثة نفسها (2003). بعنوان[2] " مقياس الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية: التقييم السيكومتري للنموذج القصير". The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form.

تركز فيها على تطوير مقياس الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية (BSES) والتحقق منه كأداة لتقييم الكفاءة الذاتية للأمهات في الرضاعة الطبيعية، وتم استخدام هذا المقياس على نطاق واسع في دراسات الرضاعة الطبيعية اللاحقة.

دراسة ثالثة للباحثة نفسها بعنوان[3] " الأسس النظرية للثقة بالرضاعة الطبيعية: إطار الكفاءة الذاتية" Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework.

تناقش هذه الدراسة تطبيق نظرية باندورا للكفاءة الذاتية على الرضاعة الطبيعية وتسلط الضوء على كيفية تأثير معتقدات الكفاءة الذاتية على بدء الرضاعة الطبيعية ومدتها وصحة الأم.

---

[1] Dennis, C. L. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28(5), 1999. 674-681.
[2] Dennis, C. L. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 32(6), 2003. 734-744.
[3] Dennis, C. L Journal of Human Lactation, 19(3), . (2003). 278-284

دراسة لمكارتر–سبولدينج، دي إي، وكيرني، إم إتش Spaulding, D. E., & Kearney, M. H سنة (2001) بعنوان[1] "الكفاءة الذاتية لدى الأبوة والأمومة وإدراك عدم كفاية حليب الثدي" Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk .

تستكشف هذه الدراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية للأمهات في الرضاعة الطبيعية وتصورهن لعدم كفاية حليب الثدي، مع تسليط الضوء على أهمية الكفاءة الذاتية في تجارب الرضاعة الطبيعية للأمهات.

دراسة لأوتسوكا، ك.، دينيس، سي. إل، وتاتسوكا، إتش، وجيمبا، إم. سنة (2008) بعنوان[2] "العلاقة بين الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية وعدم كفاية الحليب لدى الأمهات اليابانيات" The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers.

تتناول العلاقة بين الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية وعدم كفاية الحليب لدى الأمهات اليابانيات، مع تسليط الضوء على الجوانب الثقافية والكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية.

دراسة لتوثيل، إي إل، ماك غراث، جي إم، وغرابر، إم Tuthill, E. L., McGrath, J. M. Graber, M سنة (2016) بعنوان[3] " إشارات إلى الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية في أول 24 ساعة بعد الولادة" Cues to breastfeeding self-efficacy in the first 24 hours postpartum.

[1] Spaulding, D. E., & Kearney, M. H parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk the relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers .Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 30(5), 2001. 515-522.

[2]Otsuka, Keiko, et al. "The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37.5,2008. 546-555.

[3] Tuthill, Emily L., et al. "Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments." *Journal of human lactation* 32.1 (2016): 35-45.

تستكشف هذه الدراسة العوامل المؤثرة على الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية في فترة ما بعد الولادة المبكرة، مع التركيز على أهمية الخبرات والدعم الفوري.

دراسة لمكارتر–سبولدينج، د، ودينيس، سي. إل، وليتورنو، إن .McCarter-S paulding, D. Dennis, C. L, Letourneau, N. سنة (2006) بعنوان[1] "تطوير واختبار القياس النفسي لمقياس الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية"

Development and psychometric testing of the Breastfeeding self-efficacy scale .

يقدم هذا البحث مقياس الكفاءة الذاتية للرضاعة الطبيعية (BSES) ويؤكد صحة استخدامه كأداة لتقييم الكفاءة الذاتية للأمهات فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية.

دراسة لريمبل، ل، أ، ريمبل، ج، ك، ومور كس,Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore سنة (2004) بعنوان[2] "العلاقات بين التدخلات في الفترة المحيطة بالولادة، والكفاءة الذاتية، ومدة الرضاعة الطبيعية" Relationships among perinatal interventions, self-efficacy, and breastfeeding duration.

تسلط هذه الدراسة الضوء على العلاقات بين التدخلات في الفترة المحيطة بالولادة والكفاءة الذاتية للأمهات ومدة الرضاعة الطبيعية.

دراسة لميديا، س، وفاهي، ك، وكابل، أ. Meedya, S., Fahy, K, Kable, A. سنة (2010) بعنوان[3]" العوامل التي تؤثر بشكل إيجابي على مدة الرضاعة الطبيعية إلى 6 أشهر: مراجعة الأدبيات

[1] McCarter-S paulding, D, Dennis, C. L., & Letourneau, N. Research in Nursing & Health, 29(4), (2006) 278-286.

[2] Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore, K. C. Journal of Human Lactation, 20(1), (2004) 25-32.

[3] Meedya, Shahla, Kathleen Fahy, and Ashley Kable. "Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review." Women and birth 23.4 (2010): 135-145.

Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review.

قامت هذه الدراسة بمراجعة الأدبيات المتعلقة بالعوامل الإيجابية التي تسهم في مدة الرضاعة الطبيعية، بما في ذلك الكفاءة الذاتية للأمهات.

دراسة لأوتسوكا، ك، دينيس، سي. إل، وتاتسوكا، هـ Otsuka. K. Dennis, C. L. Tatsuoka, H سنة (2008) عنوان[1]" مقياس جيمبو للكفاءة الذاتية ومدة الرضاعة الطبيعية"

Jimbo Self-efficacy scale and breastfeeding duration .

تبحث هذه الدراسة في العلاقة بين الكفاءة الذاتية للأمهات ومدة الرضاعة الطبيعية باستخدام مقياس جيمبو للكفاءة الذاتية.

هذا الكم من الدراسات وغيرها تدل على الاستخدام الواسع لنظرية الكفاءة الذاتية في تفسير وتعديل سلوك الرضاعة الطبيعية، من خلال تسليط الضوء على كيفية تأثير معتقدات الكفاءة الذاتية على ممارسات وقرارات وخبرات الرضاعة الطبيعية لدى الأمهات، مع تأكيد أهمية الدعم والتدخلات التي تستهدف ثقة الأم في الرضاعة الطبيعية.

4.2. إطار نظرية التمثل الاجتماعي:

منظور التمثلات الاجتماعية في تفسير السلوكات من المنظورات والمفاهيم العريقة، حيث دخل في مجال اهتمام الفلاسفة حينما طرحوا تساؤلات عن العلاقات الموجودة بين المواضيع والأفراد، ويعد إمانويل كانط kant. E من هؤلاء الفلاسفة الذين أشاروا إلى دور الوسائط والتفاعل بين الفرد ومواضيع المعرفة.

ثم ظهر هذا المفهوم في علم الاجتماع من طرف إيميل دوركايم Durkeim.E في صيغة التمثلات الاجتماعية ليعبر عن دور الجماعة كموضوع أساسي في تفسير ما يجري داخل المجتمع بمهارة أكاديمية

[1] Otsuka, Keiko, et al. "The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers." Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 37.5 (2008) 546-555.

واضحة في كتابه الذي صدر عام1889 تحت عنوان "أشكال الحياة الدينية" les formes de la vie religieuse وقد أبرز فيه فكرة أساسية مفادها أن الفكر المنطقي الذي يسير حياة الأفراد صادر عن المجتمع وليس صفة طبيعية للفرد، بعبارة أوضح أن سلوكات الأفراد نابعة من التمثلات الاجتماعية.[1]

هذه الفكرة تشكل نواة التمثلات الاجتماعية التي تطورت في علم النفس الاجتماعي لاعتبار دورها الديناميكي لكن هذا المفهوم اختفى لفترة استمرت مدة نصف قرن من الزمن بعدما كان منتظرا أن يكون أكثر استخداما في علم الاجتماع لما له من أهمية[2] إلى أن تم بعثه من جديد من قبل موسكوفيسيMoscovici، وأتباعه.

تم إعادة المصطلح والمفهوم إلى الواجهة سنة 1950 من خلال دراسة سيرج موسكوفيسي لموضوع التمثلات الجماعية، بتحديد الآليات النفسية التي تنتج وتسوغ المادة التمثيلية، وأظهر في دراسته أن تمثلات المجتمع الفرنسي للتحليل النفسي أصبحت آلية ووظيفة في صياغة وتوجيه السلوكيات، لأن دراسة التمثلات الاجتماعية في رأيه تدفعنا إلى خوض غمار الكشف عن الصراعات الثقافية والممارسات المهمة في المجتمع.[3]

دراسات موسكوفسي الي تكرست للأحداث اليومية أتاحت تغييرا في النظر إلى تصورات أفراد المجتمع لكينوناتهم وسلوكاتهم وإلى الفضاء الذي يمارسون فيه تلك السلوكات؛ فمن خلال دراسة جمع فيها بين ما هو نظري وتطبيقي في تحليل مقابلات واستبيانات وزعت على 2265 شخص إلى جانب تحليله 1640 مقالا انتقاه من 230 جريدة ومجلة في الفترة الزمنية الممتدة بين جانفي1952 وجويلية1956، استطاع أن يجسد مفهوم التمثلات الاجتماعية في موضوع التحليل النفسي، وذلك بتوظيفه لوسائل منهجية جعلته ينظر إلى مفهوم التمثلات على أنه الوحيد الذي يستطيع أن يضبط ويتنبأ بالواقع وبالسلوكيات المرتبطة به، وبهذا

---

[1] Durkheim E Sociologie et philosophie, Edition puf, paris (1967) : p 40
[2] Moscovici, S. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pourune histoire. In D. Jodelet, (Ed.), Les représentations sociales. : PUF. Paris. (1989). p62-86
[3] Moscovici, S. Opcit.p68

المنحى التنبئي الذي سبغ به سيرج موسكوفيسي المفهوم يكون أول من اقتحم عالم التمثلات في الواقع الاجتماعي، بعيدا عن المجتمعات البدائية أو عالم الطفولة، أو الاضطرابات النفسية التي كانت شائعة في التحليل النفسي، وهو منحى جديد يركز على إنسان المجتمع وعلى ما يفكر فيه تجاه المواضيع التي تحيط به.

بعد هذه الدراسة أخذ هذا المفهوم موقعه مرة أخرى في مجالات علم النفس الاجتماعي وأضحى مقاربة فكرية، ومحورا تتراكم الدراسات والأبحاث حوله يوما بعد يوم، بل أصبح أداة مفضلة لدراسة العلاقات بين الأفراد والمحيط، وقد تنوعت اتجاهات البحث لهذه المقاربة واختلفت الدراسات في ما بينها، وتشعبت إلى مدارس لكل منها خصائصها، منها ما ينطلق من فكرة أن للتمثلات الاجتماعية نواة ومحركا أساسيا لاتخاذ أي موقف، وهذه النواة تسمح بالربط بين الحركية الاجتماعية وحركية معرفة الفرد، وأن التمثلات الاجتماعية تظهر أولا من خلال المواقف التي يتخذها الأفراد وثانيا من خلال نقاط استدلال مشتركة رمزية ومنظمة بطرق متغيرة حسب كيفية تدخلها في مختلف العلاقات الاجتماعية[1] فهي شكل فريد من التفكير الرمزي، مكون من صور ملموسة ومجموعة من الارتباطات الرمزية التي ترسم معنى عاما وواسعا لهذه الصور الواقعية، وهي إضافة إلى ذلك أشكال ديناميكية ذات طابع متحرك وانتقالي، تنساب بسهولة وبساطة تربط بين الحياة المجردة للمعرفة ومعتقدات الأفراد.[2]

وفكرة وجود اختلاف بين تمثلات الأفراد دفعت وليم دواز Doise Willem إلى البحث عن تقنيات منهجية متعددة الأبعاد تسمح بدراسة المبادئ التنظيمية للاختلافات الفردية وتجيب عن إشكالية دور الاختلافات وعدم التجانس في دراسة التمثلات الاجتماعية. ويؤكد باحثون من هذه المدرسة نذكر منهم

---

[1] Doise, W. Les représentations sociales : définition d'un concept [Social representations: Definition of the concept]. *Connexions, 45,* (1985). 243–253.

[2] Doise W, Clemence A., Florenzi-Cioldi F. Représentations sociales et analyses de données, Grenoble, P.U.G. (1992) pp 99, 100

بورنزي كيولدي ودواز .Porenzi.F –Cioldi ، Doise.W Elemence أن التمثلات هي في حقيقة الأمر معرفة مشتركة تساهم في تشكيل وصياغة اتخاذ القرارات والاتجاهات ورفع التحديات.

وهناك مدرسة أخرى اهتمت بوصف مضمون وبنية التمثلات والتغيرات التي تطرأ عليها حسب المحيط النسقي الذي توجد فيه، فحسب جون كلود أبريد تعد التمثلات جملة منظمة من الآراء والاتجاهات والمعتقدات والمعلومات ذات المرجعية، وأن النواة الصورية Noyau Figuratif التي استخدمها طرح سيرج موسكوفيسي، لا تعدو أن تكون نقطة ارتكاز لبناء وصياغة مفهوم التمثلات.[1] لهذا فالتمثلات الاجتماعية وفق هذه المدرسة مفهوم يعبر عن مجموعة عناصر وعلاقات بين هذه العناصر، ومن هذه العناصر ما هو مركزي ومنها ما هو محيطي يحدد طبيعة الموضوع بالإضافة إلى علاقة الأفراد مع هذا الموضوع.

تمثل العناصر المركزية العناصر الأكثر استقرارا للتمثلات بحيث تشكل ما يعرف بالنواة، وتقوم بوظيفتين أساسيتين؛ وظيفة النشأة من خلالها يتم نشوء وتحول معنى العناصر المكونة لتمثل الشيء الذي يكسبها قيمة ومعنى، ووظيفة تنظيمية تحدد نوعية وشكل الارتباطات التي تجمع بين مختلف عناصر التمثل، باعتبارها العنصر المركزي الموحد والمثبت للتمثل، فمن خلالها تنتظم بنية التمثل ويكتمل شكلها، مكونة ما يعرف بالعناصر المحيطية أو النظام المحيطي الذي يقوم بدور ترسيخ التمثل في الواقع اليومي للأفراد والجماعات، ويتميز هذا الجزء بنشاط كبير، ومع ذلك فهو الأكثر سهولة لتحديده والتعرف عليه فمسألة بعد المسافة أو قربها من النواة المركزية تسهم في شرح وتفسير هذا المعنى.

هذه المدرسة تصورت التمثلات في نسق مزدوج[2]؛ نظام مركزي يتميز بالذاكرة الجمعية التي ينتمي إليها الأفراد، يشمل منظومة القيم والمعايير والجوانب الأيديولوجية، ونظام محيطي مرتبط بخصائص الفردية

---

[1] Abric J.C. L'étude expérimentale des représentations, In Jodelet D., Les représentations sociales, Paris, P.U.F. sociologie aujourd'hui, (1993), p187- 203

[2] Abric J.C, Pratiques sociales et représentations, Paris, P.U.F, 1994 :p20,30

ومميزات المحيط. لهذا يعرفها أبريك على أنها سلم لقراءة وفك شفرة الواقع، وتفسير وضعياته باستخدام نظام تصنيفي مناسب ومستقر[1].

أما التصورات الاجتماعية فمفهوم يعبر عن التصريحات والتفسيرات المستعملة في الحياة اليومية سواء كان ذلك في السياق الفردي أو الجماعي والتي تعمل على توجيه الناس في العالم وتوفر رمز التبادل الاجتماعي، كما تستخدم في تسمية وتصنيف الأشياء والظواهر الإنسانية الاجتماعية وهي تعبيرات لغوية تستمد معناها من النشاط الاجتماعي في هذا العالم.[2]

وهناك مدرسة أخرى تقودها دونيس جوديلي Denis Jodelet تتركز حول وظيفة الرمزية في الفكر الاجتماعي وجانبه الانفعالي ومظاهره خلال الممارسات اليومية، تذهب إلى أن التفكير في معناه العام نظام اجتماعي وأن الثقافة خلفية لهذا النظام، وهما جانبان ضروريان لفهم الخطاب وتشكيل فضاء للمتكلم، وهذا يعني أنها في ترابط وتكامل شامل، وتفاعل متلازم، فالتمثلات الاجتماعية حسب جوديلي شكل من أشكال المعرفة، المطورة والمشتركة اجتماعيا لها هدف عملي، وتسهم في تشكيل واقع عام لأي تجمع اجتماعي[3] أي أنها نموذج تفكير العملي موجهة للاتصال، للفهم والتحكم في المحيط الاجتماعي المادي منه والمعنوي وهذا التصور أضاف بعدا جديدا في مسار التمثلات الاجتماعية.

نظرية التمثلات الاجتماعية بهذا التصور مصطلح يرمي إلى التعبير عن نمط من أنماط المعرفة الخاصة، معرفة المعنى المشترك فهو عملية عقلية وفكرية، تحدث حينما ينشغل الفرد بموضوع ما؛ شخصا كان، أو حدثا، أو فكرة أو نظرية، وقد يكون هذا الموضوع واقعيا مجسدا أو خيالا.[4] وهي شكل معرفي

---

[1] Doise, W. Les représentations sociales. Paris : Delachaux et Nestlé. (1986), p 3

[2] محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2002.

[3] Jodelet D. Les représentations sociales, Paris, PUF . (1989). p43

[4] Fischer. N : Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Dunod Paris.2005. P130.

مشترك مبني اجتماعيا، له وجهة تطبيقية تهدف لبناء حقيقة مشتركة خاصة بمجموعة اجتماعية. وهي كذلك شكل من أشكال المعرفة التي تسمح بتحديد وتفسير عناصر من حياتنا اليومية[1].

إن تلامذة موسكوفيسي Moscovici وجدوا أنفسهم أمام مجال واسع، مضامينه خصبة حدوده غامضة، وقد عبر عن هذا بقوله إن التمثلات الاجتماعية أداة عمل من الصعب التحكم فيها[2]. وهذا ما جعل تعريف التمثلات تعريفا دقيقا أمرا صعبا بسبب اختلاف المداخل النفسية والاجتماعية التي تتناوله، والملاحظ أن أغلبية الدراسات تقف عند تعريف موسكوفيتسي وهارزليش في هذا المجال[3].

1.4.2. مبادئ نظرية التمثيل الاجتماعي

تقوم هذه النظرية التي طورها سيرج موسكوفيسي في الستينيات والتي تعد إطارا لفهم الطرق التي يقوم بها الناس بشكل جماعي ببناء وتبادل المعرفة والأفكار حول الجوانب المختلفة لعالمهم الاجتماعي على مجموعة من المبادئ تتمثل ف ما يلي:

1.1.4.2. المعرفة الفطرية

تفترض نظرية التمثيل الاجتماعي أن الأفراد والجماعات يطورون المعرفة الفطرية أو المعتقدات المشتركة حول الأشياء أو الأحداث أو المفاهيم الاجتماعية، تساعد هذه المعتقدات المنطقية الأشخاص على فهم بيئتهم والتفاعل مع بعضهم البعض.

2.1.4.2. التثبيت والتشيء

[1] Jodelet.D: Folies et représentations sociales, préface de serge Moscovici .Puf. 1989.p 51.
[2]Doise, W. Les représentations sociales. Paris: Delachaux et Niestlé, (1986). p83
[3] Jonathan potter and Ian Liton, some problems underlying the theory of social representations, British Journal of social Psychology, Printed in Great Britain, 1985, P82.

تتشكل التمثيلات الاجتماعية من خلال عمليتي التثبيت والتشيؤ. يتضمن التثبيت ربط المفاهيم الجديدة أو غير المألوفة بالمفاهيم الموجودة والمألوفة أكثر، أما التشيؤ فهو عملية تمثيل الأفكار المجردة أو المعقدة بعبارات ملموسة ومحسوسة، تسهل هاتين العمليتين على الأفراد فهم الظواهر الاجتماعية والتواصل بشأنها.

3.1.4.2. السياق التاريخي والثقافي

تتشكل التمثيلات الاجتماعية من خلال السياق التاريخي والثقافي الذي تظهر فيه، فتؤثر المعتقدات والأفكار التي يحملها المجتمع في وقت معين على كيفية تمثيل الظواهر الاجتماعية وفهمها.

4.1.4.2. الوظيفة

تقوم التمثيلات الاجتماعية بدور وظيفي في المجتمع، تساعد الأشخاص على التنقل في عالمهم الاجتماعي واتخاذ القرارات والتواصل مع الآخرين. ويمكن لهذه التمثيلات أيضا أن تعزز الأعراف والقيم الاجتماعية.

5.1.4.2. العناصر المحيطية والمركزية

غالبا ما تتكون التمثيلات الاجتماعية من عناصر مركزية ومحيطية. العناصر المركزية هي الأفكار أو المعتقدات الأساسية التي تعتبر ضرورية للتمثيل، في حين أن العناصر الطرفية أو المحيطية هي تفاصيل وارتباطات إضافية قد لا تكون مركزية ولكنها تساهم في الفهم الشامل للتمثيلات.

6.1.4.2. الصراع والتغيير

التمثيلات الاجتماعية ليست ثابتة يمكنها أن تتطور وتتغير، بل تتعرض لصراعات عندما تحمل مجموعات مختلفة تمثيلات متباينة لنفس الظاهرة الاجتماعية يؤدي إلى صراعات، كما أنه يمكن أن تؤدي التغييرات في المجتمع أو المعلومات والمعارف الجديدة إلى تحولات في التمثيل الاجتماعي بمرور الوقت.

7.1.4.2. التواصل والتأثير الاجتماعي

تؤكد نظرية التمثيل الاجتماعي على دور التواصل في نشر المعتقدات المشتركة والتفاوض بشأنها، يدخل الناس في حوارات ومناقشات لإنشاء فهم مشترك للظواهر الاجتماعية، وتلعب وسائل الإعلام على وجه الخصوص، دورا كبيرا في تشكيل ونشر التمثيلات.

8.1.4.2. الهوية وديناميكيات المجموعة

ترتبط التمثيلات الاجتماعية ارتباطا وثيقا بالهوية وديناميكيات المجموعة؛ فهي تساعد في تحديد وتعزيز هوية الأفراد داخل تلك المجموعات.

وكخلاصة لما سبق توفر نظرية التمثيل الاجتماعي إطارا نظريا لفهم السلوك الاجتماعي، بتفسير كيفية بناء المعتقدات والمعارف المشتركة حول الظواهر الاجتماعية، وتؤكد على دور الثقافة والتواصل والسياق الاجتماعي في تشكيل هذه التمثيلات من خلال المبادئ التي تقوم عليها.

2.4.2. التمثلات الاجتماعية والرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية في إطار تفسيرات مفهوم التمثلات الاجتماعية قرار فردي لكنه قرار لا يحدث بشكل مستقل عن مجموعة من التصورات أو التمثيلات المعنوية والرمزية للمجتمع، وتمثلات هذا الموضوع ليست متمركزة فقط حول سلوك الرضاعة الطبيعية بل يتوزع التركيز كذلك على تمثل المرأة والطفل والصحة، من هذه التمثلات ما هو موروث قديم صادر عن المعتقدات الشعبية، ومنها ما هو حديث يعكس أحدث حالة للمعرفة الطبية، ومنها ما هو مرتبط بالعرق يعود إلى عدة أجيال ينتقل عن طريق الآباء أو الأجداد أو الأمهات.

وهكذا فان تمثل الرضاعة الطبيعية والظروف التي تمارس فيها والفوائد التي يمكن أن تمنحها تختلف من حالة الى أخرى.[1] ولا يمكن فهم ظاهرة الرضاعة الطبيعية إلا ضمن مجموعة من المحددات، من انتماء

[1]Séverine ،Gojard. L'allaitement, une norme sociale. Spirale 3 (no 27),2003. p 133-137
DOI 10.3917/spi.027.0133

المرأة داخل الأسرة نفسها، فبناء هذه التمثلات الاجتماعية يتشكل بطريقة مشتركة بين الأجيال على أساس العملية التواصلية.

مجال دراسة التمثيل الاجتماعي يقدم خصوصية مزدوجة في كونه على اتصال خاص مع موضوع الصحة والمنظور الثقافي[1] كما يرتبط بموضوع الرضاعة الطبيعية ارتباطا وثيقا ومفاهيم الأمومة والطفولة، وهي مفاهيم متغيرة تاريخيا وثقافيا.[2] فالرضاعة الطبيعية هي في الواقع مادة خصبة خاصة في دراسات التمثيل الاجتماعي، لأنها كانت ولا تزال ممارسة أساسية لضمان بقاء الإنسان ماديا ومعنويا.[3] والتأصيل الثقافي للرضاعة الطبيعية واختلافاتها على مدى القرون هو شهادة على حقيقة أن هذه الممارسة، بالتأكيد أكثر من غيرها من السلوكيات الجسدية، تشتغل تحت سيطرة النظم والقيم المعيارية التي يمكن أن تناقض فيما بينها.

وفي إطار تطبيق هذا الإطار النظري هناك العديد من الدراسات الحديثة التي قامت بتفسير سلوك الرضاعة الطبيعية من منظور إطار التمثلات الاجتماعية نذكر منها على سبيل التمثيل:

دراسة لكل من مولر، وفابيانا سوين، وإيسيليا أباريسيدا سيلفا Müller, Fabiana Swain, and Isilia Aparecida Silva بعنوان[4]: "تمثلات اجتماعية حول دعم الرضاعة الطبيعية لدى مجموعة من النساء المرضعات".

Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women

---

[1] Jodelet, Denise. Culture et pratiques de santé. Nouvelle revue de psychosociologie, 2006, 1 : 219-239.

[2] Yvonne Knibiehler "L'allaitement et la société." Recherches féministes 162 (2003) p 11–33.

[3] Augusto Palmonari, Giuseppina Speltini, « Allaitement, corps et contamination : notes sur les racines multiples de la connaissance sociale », in Angela Arruda et al, Une approche engagée en psychologie sociale : l'œuvre de Denise Jodelet, ERES « Hors collection », 2008. p 199-205.

[4] Müller, Fabiana Swain, and Isilia Aparecida Silva. "Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women." Revista Latino-Americana de Enfermagem 17 (2009): 651-657.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على التمثيلات الاجتماعية حول دعم الرضاعة الطبيعية لدى مجموعة من الأمهات المرضعات، وكذلك التعرف على الإجراءات في بيئتهن الاجتماعية التي تعتبرها داعمة لعمليات الرضاعة الطبيعية، تم جمع البيانات باستخدام المقابلات شبه المنظمة المسجلة، والتي تم تنظيمها وفقا لخطاب الموضوع الجماعي وتم تحليلها في إطار نظرية التمثيلات الاجتماعية. أظهرت النتائج أن تمثيل الأمهات في هذه الدراسة حول دعم الرضاعة الطبيعية يتكون من الإجراءات المتاحة في سياقات المستشفى والأسرة والعمل، ومن وجهة نظر الأمهات يعد الدعم ضروريا ويجب أن يشمل جوانب التشجيع والترويج والحماية للرضاعة الطبيعية.

دراسة موريرا، وميشيل أراوجو، وإنيلدا روزيندو دو ناسيمنتو، وميريان سانتوس بايفا Moreira, Michelle Araújo, Enilda Rosendo do Nascimento, and Mirian Santos Paiva بعنوان[1]:

"التمثيلات الاجتماعية المتعلقة بممارسات الرضاعة الطبيعية للنساء من ثلاثة أجيال".

Social representations concerning the breastfeeding practices of women from three generations

تنظر هذه الدراسة إلى سلوك الرضاعة الطبيعية على أنه ممارسة تنبني على التدريس والتعلم عبر الأجيال، فتحتاج النساء اللاتي يرضعن إلى نماذج تأتي من أمهاتهن وجداتهن؛ ولذلك، كان هدف هذه الدراسة هو التقاط التمثيلات الاجتماعية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية التي تحتفظ بها النساء من ثلاثة أجيال مختلفة من نفس الأسرة وتحديد الاستمرارية والانقطاع في الممارسة والتمثيل المتعلق بالظاهرة، وتم تطوير هذه الدراسة النوعية المبنية على نظرية التمثيلات الاجتماعية في مستشفى إيتابونا بالبرازيل. وتكونت العينة من 21 امرأة، كان جمع البيانات بين أكتوبر 2009 ويوليو 2010. وتبين من الدراسة أن التمثيلات تتحرك بين التصورات الإيجابية والسلبية، وأن عملية التعليم والتعلم تتم عبر الأجيال، وخاصة من قبل المرضعات،

[1] Moreira, Michelle Araújo, Enilda Rosendo do Nascimento, and Mirian Santos Paiva. "Social representations concerning the breastfeeding practices of women from three generations." *Texto & Contexto-Enfermagem* 22 (2013): 432-441.

من خلال الملاحظة ووسائل الإعلام، وتخلص الدراسة إلى أنه من الضروري جدا فهم التمثيلات من وجهة نظر فردية وجيلية.

5.2. إطار المعتقد الصحي:

يعد إطار المعتقد الصحي Health Belief نموذجا سيكولوجيا تأسس حوالي عام 1952 ويعتبر بشكل عام البداية المنهجية، والنظرية المؤسسة على بحث في السلوك الصحي، وقد تأسس هذا النموذج على يد كل من جودفري هوتشباوم Godfrey Hochbaum وإيرفن روزنستوك Irwin Rosenstock وستيفن كيجلز Kegles Stephen ، الذين تدربوا في حقل علم النفس الاجتماعي، وقد تطوير النموذج في أواخر عام 1988 ليتسع لشواهد التطور الناتجة داخل المجتمع الصحي حول الدور الذي تؤديه المعرفة والتصورات في المسؤولية الشخصية، وقد تطور هذا النموذج في الأساس كطريقة منهجية لتفسير والتنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي، وعلاقة السلوكيات الصحية بتطبيق واستخدام الخدمات الصحية. كما تمت مراجعة النموذج في السنوات الأخيرة؛ ليتضمن الدوافع الصحية العامة؛ بهدف توضيح دور السلوك المرضي Behaviour Role–Sick من السلوك الصحي واعتبر هذا النموذج – بشكل عام – البداية المنهجية، التي تفترض أن دافعية الناس لتغيير سلوكهم تتأثر باستعدادهم للاعتقاد بالمرض، وخطورة المرض، وبفوائد تغيير هذا السلوك.

1.5.2. مبادئ نظرية المعتقد الصحي

يعتمد نموذج المعتقد الصحي على مجموعة من المبادئ والمفاهيم الأساسية التي تساعد في تفسير السلوكيات المتعلقة بالصحة والتنبؤ بها، وتعد هذه المبادئ محورية في فهم كيفية إدراك الأفراد للتهديدات والتدخلات الصحية والاستجابة لها. فيما يلي عرض لهذه المبادئ:

1.1.5.2. القابلية للتأثر:

يقوم الأفراد بتقييم مدى تعرضهم لتهديد أو حالة صحية معينة فإذا اعتقدوا أنهم معرضون للخطر، فمن المرجح أن يتخذوا إجراءات وقائية.

2.1.5.2. الخطورة المدركة

يشير هذا المبدأ إلى تقييم الفرد لخطورة مشكلة أو حالة صحية ما؛ فإذا اعتقدوا أن مشكلة صحية خطيرة يمكن أن يكون لها عواقب سلبية كبيرة عليهم، فمن المرجح أن يتخذوا إجراءات لمنعها أو التخفيف منها.

3.1.5.2. الفوائد الملموسة

يقيس الأفراد الفوائد المحتملة لاتخاذ إجراء محدد متعلق بالصحة مقابل التكاليف أو العوائق المتصورة، فإذا اعتقدوا أن اتخاذ إجراء سيؤدي إلى نتائج إيجابية، فمن المرجح أن ينخرطوا في هذا السلوك.

4.1.5.2. العوائق المتصورة

تمثل العوائق المتصورة العوائق أو التحديات التي يراها الأفراد على أنها عوائق أمام اتخاذ الإجراءات المتعلقة بالصحة، يمكن أن يؤدي تقليل هذه الحواجز إلى زيادة احتمالية تغيير في السلوك.

5.1.5.2. الإشارات إلى الفعل

الإشارات إلى الفعل هي محفزات خارجية أو داخلية تدفع الأفراد إلى اتخاذ إجراء يمكن أن تأتي هذه الإشارات من مصادر مختلفة، مثل الحملات الإعلامية، أو متخصصي الرعاية الصحية، أو التجارب الشخصية.

6.1.5.2. الكفاءة الذاتية

على الرغم من أنها لم تكن في البداية جزءا من نموذج المعتقد الصحي، إلا أن الكفاءة الذاتية المستعارة من نظرية باندورا دمجت في النموذج، لأنها تشير إلى اعتقاد الفرد بقدرته حول أداء سلوك معين بنجاح حيث ترتبط الكفاءة الذاتية الأعلى باحتمالية أكبر للقيام بالسلوك.

7.1.5.2. العوامل المعدلة

العوامل المعدلة هي الخصائص والمتغيرات الفردية التي يمكن أن تؤثر على كيفية إدراك الناس للتهديدات الصحية وقدرتهم على اتخاذ الإجراءات اللازمة، وتشمل هذه العوامل المتغيرات الديموغرافية والنفسية والاجتماعية والثقافية.

8.1.5.2. احتمالية اتخاذ إجراء

يشير هذا المبدأ إلى أن الأفراد أكثر عرضة لاتخاذ إجراءات متعلقة بالصحة إذا تصوروا أنهم معرضون للخطر، واعتقدوا أن المشكلة الصحية خطيرة، ورأوا أن فوائد الإجراء أكبر من الحواجز.

9.1.5.2. السياق الثقافي والاجتماعي

يشير هذا المبدأ إلى أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية في تشكيل المعتقدات والسلوكيات الصحية فهي تلعب دورا مهما في تبني سلوكيات صحية محددة.

2.5.2. تطبيق إطار المعتقد الصحي في الرضاعة الطبيعية

ورغم أن مكونات نموذج المعتقد الصحي مفيدة لاتخاذ القرارات الصحية، فإننا نجد أن أحد المشكلات التي تعد مصدر إزعاج لهذا النموذج هي الأسئلة المختلفة المستخدمة في الدراسات الكثيرة لتحديد نفس المعتقدات حيث فمن الصعب تصميم اختبار ملائم للنموذج لمقارنة النتائج بين مختلف الدراسات.

رغم المشكلات التي تقف في طريق نموذج المعتقد الصحي تبقى مبررات الارتقاء بالصحة أكثر بروزا في الاقناع في تعديل السلوك، كما تتميز النماذج الأكثر فاعلية بتركز اهتمامها على اختبار المدركات حول مدى قابلية التعرض للمخاطر الصحية، لأن معدلات التعرض للمخاطر الصحية مرتبطة بالظروف التي تتلازم مع السلوكيات المضرة بالصحة وتشمل هذه المخاطر العديد من الأمراض الفيسيولوجية والنفسية والاجتماعية وقد تكون هذه الامراض مرحلية أو مزمنة أي تكون بآثار قريبة وبعيدة المدى[1] ولهذا

[1] – أحمد محمد شويخ هناء، علم النفس الصحي، مكتبة الانجلو مصرية، مصر ط1، 2012، ص : 60

يلجأ هذا النوع من النماذج إلى الاقناع بالسلوك الصحي الوقائي health protective behaviour المتمثل في التغذية الصحية وطرقها السليمة، ولعل أول غذاء يتلقاه الكائن البشري عند مقدمه إلى الحياة يكون عبر الرضاعة الطبيعية السلوك المثالي للتغذية الصحية، الذي يجمع بين الوقاية الجسدية الفيسيولوجية والوقاية من الأمراض النفسية والعقلية للأم والطفل معا.

فالرضاعة الطبيعية وحدها تلبي الاحتياجات التغذوية للرضع خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة، ولها كما سبق آثار مفيدة كثيرة على صحة الطفل على المدى القصير والطويل، وكذلك على صحة الأم[1]. وهي كما وصفها غودفري ولورانس بأنها أكثر بكثير من التغذية؛ إنها تهتم بإنشاء شخص جديد، وإنشاء نظام مناعة فعال، وبناء وظائف الدماغ، وتطوير التنشئة الاجتماعية، وتعزيز الصحة على المدى الطويل.[2]

ولأن البحوث الطبية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بالآثار الصحية للرضاعة الطبيعية كثيرة، وهي في السنوات الأخيرة أكثر جودة وتحسنا، فإن ذلك يسمح ببناء تصور متكامل حول المعارف الصحية لهذا السلوك مما يوجه نموذج المعتقد الصحي توجيها سليما لفائدة الصحة الاجتماعية.[3]وفي هذا الجزء سنحاول عرض أهم الفوائد والمخاطر الصحية التي توصلت إليها الدراسات، في هذا الموضوع.

1.2.5.2. الآثار الصحية للرضاعة الطبيعية على الرضع

تقر الدراسات أن هناك عددا كبيرا من الفوائد التي يحظى بها الرضيع من حليب الأم، لكن أكثرها اقناعا هو أنها تعتبر الطريقة الأولى لخفض الوفيات بين المواليد الجدد؛ حيث ثبت من خلال الدراسات الإحصائية

---

[1] Turck, Dominique, et al. "Plan d'action : Allaitement maternel." Médecine & Nutrition 46.3-4 (2010): 25-47.p7.

[2] Godfrey, J. R., & Lawrence, R. A. Toward optimal health: The maternal benefits of breastfeeding. Journal of Women's Health, 19, (2010). 1597-1602.

[3] Raynault, Marie-France, and Fred Paccaud. Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse : travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé (Fondation 19). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2000, p10.

أن الرضاعة الطبيعية الحصرية تنقذ 13٪ الأطفال من الوفاة دون سن الخامسة في البلدان ذات الدخل المنخفض.[1] أما الفوائد الصحية الأخرى التي خلصت إليها الدراسات فهي كثيرة ومنها:

- **الوقاية من العدوى:**

حيث تؤكد نتائج الدراسات الطبية التي أجريت حتى الآن أن الرضاعة الطبيعية يمكن أن تمنع إصابات العدوى لدى الأطفال الصغار، بغض النظر عن المستوى الاجتماعي والاقتصادي للبلد[2]حيث يتميز الجهاز المناعي للأطفال حديثي الولادة بعدم النضوج، لذلك فهو يحتاج إلى حماية فعالة إلى أن يتمكن من تجميع دفاعه الخاص. ويشارك حليب الأم في تكوينه على عدة مستويات، حيث تساعد بروتينات حليب الأم في توفير التغذية الكافية للرضع، وتعمل في الوقت نفسه على الدفاع ضد العدوى وتسهل التطور الأمثل للوظائف الفسيولوجية المهمة لدى المولودين حديثا، وهناك العديد من البروتينات في حليب الأم لها أنشطة مثبطة ضد البكتيريا المسببة للأمراض والفيروسات والفطريات.[3]

- **الوقاية من الإسهال الحاد:**

الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية، لديهم انخفاض في نسبة الالتهاب الحاد للمعدة والأمعاء، مقارنة مع أولئك الذين يتغذون بالحليب الاصطناعي، وذلك بسبب وجود عوامل متعددة مضادة للالتهاب في حليب الأم والتي لا تتوفر في الحليب الاصطناعي.[4] وبالإضافة إلى ذلك، هناك علاقة قوية بين مدة

---

[1] Mathur, N. B., and Dhulika Dhingra. "Breastfeeding." The Indian Journal of Pediatrics 81.2 (2014).p143-149.

[2] Comité de nutrition – Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutrition Santé 2005. P28, 31

[3] Lönnerdal, Bo. "Nutritional and physiologic significance of human milk proteins." The American journal of clinical nutrition 77.6 (2003) p 1537-1543.

[4] Coppa, Giovanni V., et al. "Human milk oligosaccharides inhibit the adhesion to Caco-2 cells of diarrheal pathogens: Escherichia coli, Vibrio cholerae, and Salmonella fyris." Pediatric research 59.3 (2006): 377-382.

الرضاعة الطبيعية وانخفاض معدل الإسهال الحاد فالرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر يقلل بشكل كبير من خطر الإسهال الحاد في السنة الأولى من العمر مقارنة مع ثلاثة أشهر من الرضاعة الطبيعية.[1]

وقد بيّن استعراض لثماني عشرة دراسة أجريت في الدول النامية أن الأطفال الذين لا يتغذون على حليب الأم أي أنهم يتناولون المنتجات البديلة لحليب الأم/ أو الحليب من مصدر حيواني هم 14.4 مرات أكثر عرضة لخطر الوفاة و 10.5مرات أكثر عرضة لخطر الوفاة نتيجة الإسهال خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة. أما الرضع الذين يتغذون على حليب الأم جزئيا، فهم 2.8 مرة أكثر عرضة لخطر الوفاة و4.6 مرة أكثر عرضة لخطر الوفاة نتيجة الإسهال.

- **الوقاية من أمراض الجهاز التنفسي:**

في دراسة ثبت أيضا أنها فعالة في الوقاية من الربو Asthma لدى الرضع الذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرا لمدة ثلاثة أشهر على الأقل[2] . فقد أجرى أودي وآخرون دراسة لتقييم العلاقة بين مدة الرضاعة الطبيعية وحدوث الربو لدى الأطفال منذ الولادة وحتى 6 سنوات من العمر، حيث أظهرت هذه دراسته انخفاضا كبيرا في خطر الإصابة بالربو لدى الأطفال الذين يرضعون طبيعيا من الولادة حتى عمر 4 أشهر على الأقل.[3]

- **الوقاية من الحساسية:**

[1]Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie, Op cit, P8

[2] Gdalevich, Michael, Daniel Mimouni, and Marc Mimouni. "Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies." The Journal of pediatrics 139.2 (2001): 261-266.

[3] Oddy, W. H., et al. "Association between breast feeding and asthma in 6-year-old children: findings of a prospective birth cohort study." Bmj 319.7213 (1999): 815-819.

الحساسية الغذائية هي من الأمراض الشائعة ويتجاوز انتشارها 5٪ لدى الأطفال في سن المدرسة.[1] أظهرت إحدى الدراسات أن الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة ترتبط مع انخفاض معدلات الإصابة بالتهاب الجلد الإكزيما الجلدية (Atopic Eczema) خلال مرحلة الطفولة لدى الأطفال الذين لديهم تاريخ عائلي من مرض الإكزيما الجلدي، ويضعف هذا التأثير ولا يكاد يذكر لدى الأطفال الذين ليس لديهم آباء مصابين بالمرض. ولذلك يجب أن يوصى بالرضاعة الطبيعية لأمهات الرضع الذين لديهم تاريخ عائلي من المرض كوسيلة ممكنة لمنع الأكزيما الجلدية.[2]

وفي دراسة لكرامر في بيلاروسيا ضمن المجموعة التي استفادت من تدخل المهنيين الصحيين لتعزيز الرضاعة الطبيعية، لوحظ انخفاض بنسبة 46٪ من حدوث الأكزيما[3]. كما أظهرت دراسة أخرى نشرت عام 2010 أن الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 4 أشهر أو أكثر تقلل من خطر الإصابة بالربو حتى عمر 8 سنوات، ولها إضافة إلى ذلك تأثيرات إيجابية على وظائف الرئة[4]. ولهذا يوصى بالرضاعة الطبيعية باعتبارها الخيار الأول للوقاية من خطر الحساسية لدى الرضع في فرنسا من طرف الجمعية الفرنسية لطب الأطفال[5].

- **الوقاية من السمنة لدى الأطفال:**

التأثير الوقائي المحتمل للرضاعة الطبيعية على حدوث السمنة مثار جدل بين الدراسات، ومع ذلك أظهرت العديد من الدراسات انخفاضا في انتشار ظاهرة السمنة لدى الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية

---

[1] Rancé, F. "Quoi de neuf dans l'allergie alimentaire en 2003 ?" Archives de pédiatrie 10.11 (2003) : 1016-1020.

[2] Gdalevich, Michael, et al. "Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies." Journal of the American Academy of Dermatology 45.4 (2001): 520-527.

[3] Kramer, Michael S., et al. "Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus." Jama 285.4 (2001): 413-420.

[4] Kull, Inger, et al. "Breast-feeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren." Journal of Allergy and Clinical Immunology 125.5 (2010): 1013-1019.

[5] Turck D. Allaitement maternel, Epidémiologie et impact sur la santé publique. Journées nationales de pédiatrie Progrès en pédiatrie. 2004 : p 103- 117

فقد أجريت أولى الدراسات في بافاريا في عام 1999على عينة مكونة من 357 9 من الأطفال في عمر 6 سنوات حيث كان انتشار السمنة بنسبة 4.5٪ بين الأطفال الذين لم يسبق لهم أن تلقوا الرضاعة الطبيعية و بنسبة أدنى منها قدرت 2.8٪ فقط لدى الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية، وقد زاد انتشار هذه الظاهرة المرضية بنسبة 3.8 ٪ بين الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة شهرين فقط، لتنخفض بعد ذلك إلى 2.3٪ عندما استمرت الرضاعة الطبيعية الحصرية من ثلاثة أشهر إلى خمسة أشهر، و1.7 ٪ لمدة الرضاعة الطبيعية من ستة إلى اثني عشرة شهرا و0.8 ٪ عند استمرار الرضاعة الطبيعية لأكثر من عام واحد[1].

كما أشارت الدراسات إلى أن هناك انخفاضا في خطر الإصابة بالسمنة بين 20 و25٪ من العينة خلال مرحلة الطفولة والمراهقة إذا كانت مدة الرضاعة الطبيعية 6 أشهر و35 إلى 40٪ وإذا كان هناك استمرار حتى 12 شهر[2].

وفي دراسة أخرى نشرت عام 2018 درست العلاقة بين زيادة الوزن لدى الرضع والرضاعة الطبيعية والرضاعة الطبيعية المختلطة وكذلك تلقي الأغذية التكميلية، حيث توصلت إلى أن الرضاعة الطبيعية ترتبط عكسيا مع سرعة زيادة الوزن ومؤشر كتلة الجسم وخطر زيادة الوزن في مرحلة الطفولة، وهذا الارتباط يعتمد على الجرعة، ويتقلص جزئيا عندما يتم تغذية حليب الثدي مع إضافة الحليب الاصطناعي، ويضعف بشكل كبير عند إضافة التغذية التكميلية بعد فترة حديثي الولادة أي بعد المدة الموصي بها للرضاعة الطبيعية الحصرية[3].

---

[1] Von Kries, Rüdiger, et al. "Breast feeding and obesity: cross sectional study." Bmj 319.7203 (1999) : 147-150.

[2] Marie Thirion, Les conséquences à plus ou moins long terme des allaitements mal adaptés. Dans L'art de nourrir les bébés. Albin Michel. 2007. P211

[3] Azad, Meghan B., et al. "Infant feeding and weight gain: separating breast milk from breastfeeding and formula from food." Pediatrics 142.4 (2018): e20181092. www.aappublications.org/news.

وفي دراسة أجريت للتحقيق فيما إذا كان الفطام المبكر يشكل عامل خطر لزيادة الوزن في سن ما قبل التمدرس وتحديد العوامل الأخرى التي تؤثر على هذا الارتباط، تتكون العينة من 366 طفل تتراوح أعمارهم بين 2 إلى 6 سنوات (176 صبيا و190 فتاة) من ثلاث مدن. وكانت النتائج كالتالي:

(OR = 1.69 ; 95% CI : 1.10−2.60; p = 0.02)

في التحليل الثنائي ولكن في التحليل متعدد المتغيرات

(OR = 1.42 ; 95% CI : 0.86−2.34; p = 0.17)

بعد ضبط عوامل الخطر الرئيسية. حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن التأثير الوقائي المحتمل للرضاعة الطبيعية ضد زيادة الوزن بين الأطفال في مرحلة ما قبل التمدرس هو أضعف من العوامل الوراثية والبيئية[1].

- الوقاية من السكري:

أكدت دراسة بحثية تمت مراجعتها من قبل الباحثين على عينة تتكون من 517 طفلا؛ 249 فتاة و268 ولدا من السويد، وعينة أخرى تتكون من 286 طفلا؛ 153 فتاة و133 ولدا من ليتوانيا تتراوح أعمارهم بين 0 و15 عاما، من أجل "تحديد ما إذا كانت التغذية المبكرة قد تمثل عامل خطر مستقل لمرض السكري.

استندت فرضية هذه الدراسة إلى التشخيص المتزايد في الآونة الأخيرة لمرض السكري من النوع الأول بين الأطفال إلى جانب انخفاض عدد النساء اللائي يرضعن أطفالهن، استخدمت الدراسة لمقارنة مجموعات من الأطفال الذين تم إرضاعهم حليب الأم بأولئك الذين تم إطعامهم بصيغة تجارية أو بديلا يستخدم بشكل شائع في هذا الجزء من العالم، كان يطلق على بديل حليب الثدي اسم c−Milk الذي كان

[1] Balaban G, Motta ME, Silva GA. Early weaning and other potential risk factors for overweight among preschool children. Clincs; 65(2) 2010:181-7.

عبارة عن مزيج محلي الصنع من ماء الذرة –الأرز والشعير والقمح أو الحنطة السوداء –وتم خلطه بنسبة اثنين إلى واحد مع حليب البقر. على وجه التحديد، وقد أظهر الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين خمس إلى تسع سنوات داخل الدراسة والذين كانوا يرضعون حصريا من الثدي خلال الشهرين الأولين من العمر اتجاها وقائيا من الإصابة بمرض السكري. على الرغم من ذلك، فقد خلص إلى أن الفترة الطويلة من الرضاعة الطبيعية الخالصة والكاملة، حتى سن 12 شهرا، أظهرت ملامح وقائية ضد تطور مرض السكري[1].

- **تعزيز الذكاء العاطفي للطفل:**

الذكاء العاطفي يشير الى الإدراك والسيطرة على العواطف والمشاعر والانفعالات وتقييمها، وهو سمة فطرية يمكن الاستفادة منها وتعزيزها، ويبدأ التعزيز من بداية تعرف الطفل بوالدته وبدء الرضاعة الطبيعية ويوصف الذكاء العاطفي بالقدرة على فهم الذات وتقدير مشاعر ومخاوف ودوافع الآخرين، ويتطور من لحظة ولادة الطفل ويتأثر بممارسات فترة ما حول الولادة، حيث أن فصل الطفل عن أمه يسبب ضررا بالغا على النمو العاطفي وانعدام مراكز الأمان وتحمل ضغوطات الحياة والاستقرار والتوازن.

وعلى الرغم من الفوائد الكبيرة للرضاعة الطبيعية على صحة الطفل إلا أنها وفي بعض الحالات يكون لها تأثير سلبي ويوصى بعدم اعتمادها حفاضا على سلامته، حيث تم التشكيك في الإجماع العلمي على فوائد الرضاعة الطبيعية من خلال الاعتبارات المتعلقة باكتشاف العديد من السموم البيئية ومؤخرًا بالمخاطر المعدية ذات الطبيعة الفيروسية بشكل أساسي. على سبيل المثال التلوث بالسموم بحيث يُنصح الأمهات اللواتي تعرضن بشكل كبير لمركبات ثنائي الفينيل متعدد الكلور والمبيدات الحشرية والمعادن الثقيلة بعدم إرضاع أطفالهن حديثي الولادة . وكانت هناك توصيات أخرى أكثر دقة في كندا التي تفرض اختبارات لبن الثدي قبل الرضاعة الطبيعية.

[1] Sadauskaitė-Kuehne, Vaiva, et al. "Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood." Diabetes/metabolism research and reviews 20.2 (2004): 150-157.

ورغم احتواء حليب الأم على دور وقائي مضاد للعدوى والالتهابات عند المواليد والرضع إلا أنه يمكن أن ينقل العوامل المعدية، وخاصة الفيروسات التي قد تكون موجودة في حليب الأم والتي تنتقل إلى الطفل أثناء الرضاعة، مثل فيروس نقص المناعة البشرية وفيروسات التهاب الكبد، والفيروسات القهقرية مثل (فيروس غرب النيل، حمى الضنك، فيروس زيكا أو فيروس إبولا)

يمكن إذن أن يتسبب انتقال الفيروسات إلى الطفل من خلال الرضاعة الطبيعية في حدوث عدوى لها عواقب وخيمة مثل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. بالنسبة للفيروسات الأخرى، غالباً ما يصعب توثيق انتقال العدوى من خلال الرضاعة الطبيعية وقد تكون دون عواقب وخيمة على الطفل. لذلك تسترشد استراتيجيات الوقاية بالبحث عن توازن دقيق بين فوائد الرضاعة الطبيعية ومخاطر انتقال العدوى الفيروسية[1].

2.2.5.2. الأثار الإيجابية للرضاعة لطبيعية على الأم

هناك الكثير من الفوائد التي تعود على صحة الأم الفيزيولوجية والنفسية نرصد بعضها فيما يلي:

- **الرضاعة الطبيعية ونزيف ما بعد الولادة:**

تؤدي الرضاعة الطبيعية المبكرة، في غضون 30 دقيقة من الولادة، إلى إفراز الأوكسيتوسين الذي يقلل من خطر النزف التالي للوضع مباشرة بسبب تأثيره على عضلة الرحم، مما يؤدي إلى التئام الرحم بسرعة عن طريق الرضاعة المتكررة.

- **الرضاعة الطبيعية ومنع الحمل:**

[1] Van de Perre, Philippe. "Infections virales transmissibles par l'allaitement maternel." Revue Francophone des Laboratoires 2018.503 (2018) p 30-41

الرضاعة الطبيعية تساعد على التباعد بين الولادات، ففي أفريقيا وأجزاء من آسيا بالرضاعة الطبيعية يتم تجنب المزيد من الولادات أكثر من أي وسيلة أخرى لمنع الحمل، وقد أجمع الدراسات على أن طريقة منع الحمل القائمة على الرضاعة فعالة أكثر من 98٪ عندما يتم استيفاء ثلاثة شروط[1]:

1-الرضاعة الطبيعية الحصرية أو شبه الحصرية،

2-طوال أول 6 أشهر بعد الولادة،

3-انقطاع الطمث.

- الرضاعة الطبيعية والسمنة:

حرق السعرات الحرارية العالية لتغذية الرضع يشجع النساء المرضعات لاستعادة أوزانهن بعد الحمل بسرعة، ويبدو أن الرضاعة الطبيعية على المدى الطويل ستكون عاملا في الوقاية من السمنة لأنها تقلل من تراكم الوزن الزائد بعد كل فترة حمل[2]. وهناك العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين الرضاعة الطبيعية ووزن الأم ومن الأمثلة على ذلك دراسة برازيلية، صدرت نتائجها في أوت 2013 توصلت الى أن أفضل وقت لفقدان الوزن هو 6 و12 و18 و24 شهرا بعد الولادة وذلك يتناسب مع مدة الرضاعة الطبيعية وحصريتها[3].

لكن مع ذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار أنه ليس لأن الأمهات يرضعن يجب عليهن "تناول طعام شخصين" بل يجب اتباع نظام غذائي متوازن لتسهيل فقدان الوزن دون التأثير على نمو الطفل، وبتخفيضهن السعرات الحرارية إضافة إلى ممارسة النشاط البدني المنتظم يمكنهن التخلص من الوزن الزائد[4].

---

[1] Raynault MF, Paccaud F. Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 54), 2000 p11

[2] Raynault, Marie-France, and Fred Paccaud.op cit,p13

[3] Da Silva, Maria da Conceição M., et al. "Breastfeeding and maternal weight changes during 24 months post-partum: a cohort study." Maternal & child nutrition 11.4 (2015): 780-791.

[4] Lovelady CA et al. « The effect of weight loss in overweight lactating women on the growth of their infant s », New England Journal of Medicine 2000 ; 342 p 449-453

- الرضاعة الطبيعية وسرطان الثدي وسرطان المبيض

الدراسات المختلفة التي ناقشت علاقة الرضاعة الطبيعية بانخفاض خطر الإصابة بسرطان الثدي لن يكون لها سوى قدر ضئيل من الإسهام في تطوير موقف قريب إلى الرضاعة الطبيعية. بعض الدراسات لا تظهر أي ارتباط في حين أن البعض الآخر يظهر تأثيرا وقائيا ضعيفا وخاصة بالنسبة لسرطان الثدي الذي يحدث لدى النساء قبل انقطاع الطمث. لذلك لا يمكننا أن نخلص إلى أن هناك ارتباطا واضحا بين الرضاعة الطبيعية وسرطان الثدي، ولكن إذا وجدت مثل هذه الرابطة، فإنه بالتأكيد يذهب في اتجاه تأثير وقائي، ويتجلى هذا التأثير في النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 25 سنة عند أول تجربة للرضاعة الطبيعية وأرضعن أطفالهن لأكثر من ستة أشهر.

- الرضاعة الطبيعية ومرض السكري:

ضمن عدد 16 يناير من سنة 2019 في مجلة «جاما» للطب الباطني JAMA Intern Med، الصادرة عن الرابطة الأميركية للطب (AMA)، نشرت دراسة فريق من الباحثين من مركز كيسير بيرمينت الطبي في أوكلاند بكاليفورنيا، ومن جامعة بريمنغهام في ألاباما، ومن جامعة ميناسوتا، وكانت بعنوان: "مدة فترة الرضاعة والإصابة بمرض السكري. دراسة لمدة 30 عاما " حيث لاحظ الباحثون في نتائج دراستهم، التي تُعتبر الدراسة الطبية الأطول حتى اليوم في تتبع الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية، أن ثمة تأثيرات صحية وقائية للرضاعة الطبيعية في حماية الأم المُرضعة من الإصابة بمرض السكري، وتحديدا أفادت نتائج الدراسة أن الأمهات اللواتي يُرضعن أطفالهن لمدة 6 أشهر أو أكثر تقل لديهن احتمالات الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري بنسبة تقارب 50 في المائة، وذلك خلال فترة سنوات الإنجاب من أعمارهن؛ أي قبل بلوغ سن اليأس من المحيض.

وعلقت الدكتورة إريكا جوندرسون، الباحثة الرئيسية في الدراسة الباحثة العلمية المتقدمة في قسم الأبحاث بمركز كيسير بيرمينت الطبي في أوكلاند، بقولها: لقد وجدنا ارتباطا قويا جدا بين طول فترة تقديم

الرضاعة الطبيعية وتدني خطورة الإصابة بمرض السكري. ولاحظ الباحثون أن المرأة التي تُقدم رضاعة طبيعية لطفلها لفترة 6 أشهر أو أكثر، في كل الولادات التي تحصل لها، تنخفض لديها احتمالات الإصابة بمرض السكري بنسبة 47 في المائة، وذلك بالمقارنة مع غيرهن من النساء، وتقل نسبة خفض احتمالات الإصابة بمرض السكري لتصل إلى 25 في المائة لدى الأمهات اللواتي أرضعن أطفالهن لفترة تقل عن 6 أشهر[1].

- الفوائد النفسية:

تستفيد الأمهات نفسيا من الرضاعة الطبيعية على الرغم من العيش في مجتمع غير داعم للرضاعة، حيث يخلق البرولاكتين هدوءا داخل الأم، وقد أظهرت الأمهات أن ردود أفعالهن تجاه الأدرينالين تصبح أقل أثناء الرضاعة الطبيعية، وباختصار، يمكن القول إن الرضاعة الطبيعية تخلق شعورا بالسلام والهدوء وإحساسا فطريا بالراحة النفسية لدى الأمهات، لذا يمكن أن يكون سلوك الرضاعة الطبيعية مفيدا جدا لنفسية الأم عند مواجهتها لجدول مزدحم بضغوط الحياة[2].

بناء على زيادة الوعي بالفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية والتحسيس بالمخاطر المكنة الوقوع الأمران اللذان يشتغل وفقهما الإطار النظري للمعتقد الصحي، فدعم فكرة أن الرضاعة الطبيعية هي طريقة لا مثيل لها لتوفير الغذاء المثالي للنمو الصحي للرضع[3]. واعتبار أن الرضاعة الطبيعية من المحددات المباشرة لسوء التغذية، وأن تعرض الطفل الأقل من عامين لسوء التغذية حسب المحددات السوسيولوجية يتسبب في إعاقته واضطرابات في معدلات نموه خلال فترات من حياته يبنى عند الأم المرضعة والمجتمع ككل اتجاها إيجابيا إزاء هذا السلوك، كما يرفع من حساسية المرأة تجاه المخاطر الصحية التي تحيط بها.

---

[1] Rebel Misbah Rameez، and all. Association of Maternal Lactation with Diabetes and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open. 2019;2(10): e1913401. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.13401

[2] Dermer, A. A well-kept secret: Breastfeeding's benefits to mothers. La Lech. League. 18(4), 124-127. (2001). Retrieved from http://www.llli.org/nb/nbjulaug01p124.

[3] WHO: Global strategy for infant and young child feeding? Geneva: Swaziland; 2003.p5-13

خلاصة الفصل

نخلص من هذا الفصل إلى أن الأطر النظرية المفسرة للسلوك الإنساني كرست جانبا كبيرا دراساتها التطبيقية لسلوك الرضاعة الطبيعية بوصفها سلوكا إنسانيا صحيا له فوائده على المديين البعيد فبحثت نوايا الشروع في السلوك وتشكل الاتجاهات نحوه وكيفية التحكم فيه، والتمثلات الاجتماعية المؤثرة على إنجاز السلوك انطلاقا من معرفة أثر المرجعيين في منجز السلوك، كما تناولت موضوع القدرة والكفاءة الذاتية التي تنبئ بالسيطرة على القرار في الإنجاز، وكان لنظرية المعتقد الصحي الطريقة المباشرة في بناء التصور الصحي من خلال إطلاع القائم بالسلوك على الفوائد والمخاطر التابعة للسلوك الأمر الذي يدفعه إلى اتخاذ القرار المناسب، والملاحظ على تطبيقات هذه النظريات من خلال عرض الدراسات المتنوعة أنها تعمل تعزيز سلوك الرضاعة من خلال اعتبارها الغذاء المثالي للرضع.

إذا كان انتشار سلوك الرضاعة الطبيعية دليلا على البناء السليم لصحة المجتمعات من الناحية النظرية لأن رضيع اليوم هو رجل/ امرأة الغد، وإذا كانت الدراسات الإحصائية الديموغرافية لمنظمات الصحة تقرع نواقيس الخطر تنبيها على تراجع نسبة الرضاعة الطبيعية، فلا شك أن صحة المجتمعات في خطر والمجتمع الجزائري ليس بعيدا عن هذه الوضعية فما هي وضعية سلوك الرضاعة الطبيعية فيه، وماهي العوامل المتحكمة في تلك الوضعية من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات.

الفصل الثالث

مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر

الفصل الثالث: مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر

تمهيد:

يشير مصطلح الانتشار إلى نسبة الأفراد في السكان الذين لديهم خاصية أو حالة معينة في نقطة زمنية معينة[1]، يمكن أن تكون هذه الخاصية أو الحالة مرضا أو سلوكا أو موقفا أو أي ظاهرة أخرى قابلة للقياس، ويتم التعبير عن الانتشار عادة كنسبة مئوية أو نسبة من إجمالي السكان على سبيل المثال، فيمكن التعبير عن انتشار مرض السكري بين السكان كنسبة مئوية من الأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم بالسكري من إجمالي السكان.

وتكمن أهمية الكشف عن نسبة الانتشار في الدور الذي تلعبه تلك النسبة في مساعدة الباحثين وصناع السياسات على فهم توزيع الخصائص والظروف المختلفة داخل السكان، فمن خلال قياس الانتشار، يمكن للباحثين تحديد المجموعات الأكثر تأثرا بحالة معينة، مما يمكن أن يساعد في توجيه التدخلات والسياسات أو تحسين تلك الحالة.

يتم التعبير عن الانتشار كنسبة مئوية في المجال الديموغرافي الصحي، بقسمة عدد الأشخاص المصابين بالحالة الصحية أو المرض على إجمالي السكان المعرضين للخطر، ويختلف معدل الانتشار اعتمادا على السكان قيد الدراسة والإطار الزمني المستخدم والمعايير المستخدمة لتحديد الحالة الصحية أو المرضية.

ومن فوائد استخدام معدل الانتشار المساعدة في تحديد عبء المرض وعوامل الخطر لدى السكان كما يساعد على تحديد المجموعات التي قد تكون أكثر عرضة لأخطار صحية معينة، فهو مقياس مهم في أبحاث الصحة العامة وهو وسيلة أساسية لإعلام سياسات الصحة العامة ومصدر لبناء تدخلاتها المادية والمعنوية.

---

[1] Kier KL. Biostatistical applications in epidemiology. Pharmacotherapy. 2011 Jan ; 31(1) : 9-22.

يمكن رؤية أحد الأمثلة على استخدام الانتشار في الصحة العامة في حالة مرض السكري. وفقا لدراسة نُشرت في مجلة Diabets Care، تم تقدير انتشار مرض السكري بين البالغين في الولايات المتحدة بنسبة 10.5٪ في عام 2018؛ وتمثل هذه النسبة المئوية زيادة كبيرة عن التقديرات السابقة، وتسلط النسبة كذلك الضوء على أهمية الجهود المستثمرة للوقاية من هذا المرض والسيطرة عليه.

من هذا المنطلق تعد نسب الانتشار مفهوما رئيسيا في دراسات علم الأوبئة خصوصا والصحة العامة عموما، من خلال المساهمة في تحديد مكان انتشار الأمراض ومعرفة الظروف المحيطة بالمجموعات السكانية، ومن خلال معرفة نسب الانتشار يمكن لمهنيي الصحة العامة تطوير الاستراتيجيات الفعالة للوقاية والتوجيه، وتوضح الأمثلة الكثيرة النطاق الواسع لتطبيقات الانتشار في أبحاث الصحة.

لقياس مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية في بلد من البلدان، أو منطقة من المناطق، يتم استخدام مؤشرات مختلفة لتقييم نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن إرضاعا طبيعيا في مراحل محددة من الحياة، ويمثل معدل الرضاعة الحصرية الذي تمت الإشارة إليه في الفصل الأول أحد المؤشرات الشائعة في هذا المجال، فهو المؤشر الذي يقيس النسبة المئوية للأطفال الذين يتلقون حصرا الرضاعة الطبيعية في أعمار معينة، في الأشهر الأولى من الحياة (الرضاعة الحصرية لمدة ستة أشهر على سبيل المثال)؛ يعتبر هذا المؤشر مهما جدا لأنه ينظر إلى الرضاعة الحصرية على أنها الأفضل على الإطلاق لصحة الطفل في هذه المرحلة.

وبناء على ذلك يتم جمع هذه البيانات عادة من خلال الاستطلاعات والدراسات التي تشمل عينة من النساء اللاتي لديهن أطفال في الفئة العمرية المستهدفة، ثم يتم تحليل البيانات المجمعة لتحديد النسب المئوية للرضاعة الحصرية وتقدير مستويات انتشارها في البلد، أو المنطقة مجال الدراسة مع مراعاة العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تؤثر على ممارسة سلوك الرضاعة الطبيعية في تحليل البيانات وتفسيرها، ويمكن لتلك العوامل أن تشمل على سبيل التمثيل لا الحصر معدلات الوظيفة بين الأمهات وما

يتعلق بها من توفر إجازات الأمومة، وتوفر الدعم والتثقيف الصحي حول سلوك الرضاعة الطبيعية، والعوامل الثقافية التي تؤثر على نظرة المجتمع تجاه الرضاعة.

وتحرص في هذا المجال منظمات دولية مثل: منظمة الصحة العالمية واليونيسف على تجميع البيانات وتحليلها لقياس انتشار الرضاعة الطبيعية في مختلف البلدان بغرض رصد الرعاية الصحية في المجتمعات من خلال برامج ومسوح دورية بالتعاون مع الدول لمراقبة الوضع الصحي في العالم، إضافة للجهود الوطنية لوزارات الصحة لمختلف البلدان، والتي تعمل بالتعاون مع وزارات السكن لرصد الوضع الديموغرافي الصحي الداخلي.

أما عن وضع الرضاعة الطبيعية في العالم فإن المسوح التقارير المختلفة قد بينت تراجع نسب الرضاعة الطبيعية أمام الرضاعة الاصطناعية، منبهة إلى المخاطر المترتبة عن هذا الأمر صحيا واقتصاديا على المستوى القريب والبعيد.

1.3. انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر

تشهد الرضاعة الطبيعية في الجزائر تراجعا واضحا، رغم أن هذا الأمر قد يبدو متناقضا مع ثقافة المجتمع، ومع ذلك، فإن الأرقام الموجودة تعكس الوضع المثير للقلق، فمن خلال المسوح المتعددة التي قامت بها جهات رسمية في الجزائر بعد الاستقلال ثبت أن سلوك الرضاعة الطبيعية دون المستوى المطلوب وفيما يلي عرض عام لتطورات هذا السلوك عبر مجموعة من المسوح الممتدة بين 1975 و2012

1.1.3. مسح سوء التغذية بالبروتين والطاقة (1975)

كان الهدف من هذا المسح تحديد مدى انتشار سوء التغذية بالبروتين والطاقة لمختلف الفئات السكانية، وسلط المسح الضوء على عوامل الخطر الصحي من خلال إجراء استطلاع في الفترة من 1 فبراير إلى 31 مارس 1975 على عينة عشوائية تم اختيار بياناتها من 30 قطاعا من القطاعات الصحية، وأظهرت نتائج المسح بالنسبة للرضاعة الطبيعية أن 89.9% من الأطفال تقل أعمارهم عن 3 أشهر و81% من

الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 إلى 9 أشهر يستفيدون من الرضاعة الطبيعية وهي نسبة انتشار مثالية للرضاعة الطبيعية، وفي مقابل هذه النسبة يحصل 5.10% فقط من الأطفال على الرضاعة الصناعية بين 0 و6 أشهر، أما متوسط سن الفطام هو 18 شهرا بنسبة 16.22%.[1] ولأن الحليب الطبيعي غني بالبروتين والطاقة فإن مؤشر التغذية الصحية للرضع في الجزائر في هذه الفترة كان إيجابيا، كما أن نسبة انتشار سلوك الرضاعة الطبيعية كانت مثالية.

2.1.3. المسح الوطني لوفيات ومراضة الرضع (1989/1985)

كان الهدف الأساسي من هذا المسح هو البحث في أسباب ارتفاع وفيات الرضع، والسعي إلى خفض هذه النسبة إلى 50% عبر تنفيذ برنامج خاص امتد من عام 1985 إلى 1989. وقد تم ذلك بإجراء مسح مقطعي على عينة بلغ حجمها 25,442 أسرة عادية، تتألف من 30,437 عائلة نووية تضم 31,443 طفلاً ناجياً تقل أعمارهم عن خمس سنوات. كما شملت العينة 1,351 رضيعاً لم يتجاوز عمرهم السنة الأولى.

أظهرت النتائج التي تم الحصول عليها في مجال تغذية الأطفال أن 64.5% من الناجين من أقل من عامين يتلقون الرضاعة الطبيعية 38.6% منهم يتلقون رضاعة طبيعية حصرية و25.9% رضاعة مختلطة.

وتشير النتائج كذلك إلى أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية في تلك الفترة قد بلغت 82.6% لمن هم أقل من شهر واحد و17.4% لمن تتراوح أعمارهم بين 18 و24 شهرا لكلا الجنسين، كما أن 73% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 إلى 11 شهرا يستفيدون من نظام غذائي متنوع، وهذا التنويع أعلى بين الأمهات المتعلمات، في المناطق الحضرية وفي شمال البلاد.[2]

---

[1] Enquête nationale sur la malnutrition protéino-énergétique (MPC), 1975.
[2] Institut national de santé publique et l'Office national des statistiques, Enquête nationale santé, 1990.

3.2.3. المسح الصحي الوطني (1990)

هذا المسح من تنفيذ المعهد الوطني للصحة العمومية INSP بالتعاون مع المكتب الوطني للإحصاءات ONS ويهدف إلى وضع مؤشرات صحيحة حول الحالة الصحية للسكان الجزائريين، تم إجراؤه على أربع فترات خلال العام على عينة مكونة من 12.041 أسرة تم سحبها عن طريق عينة عشوائية مسجلة على مستوى جميع القطاعات الصحية في البلاد.

وتكشف نتائج المسح أن الرضاعة الطبيعية مست نسبة 93.4% من الأطفال، بمتوسط مدة 12.3 شهرا، أما متوسط عمر التنويع الغذائي فهو 7 أشهر، ويبين المسح أن 80٪ من الأطفال قد تلقوا نظاما غذائيا متنوعا ابتداء من عمر 10 أشهر[1]، وهذا يبين أن الرضاعة الطبيعية كانت إلى غاية تاريخ جمع البيانات بواسطة المسح كانت عالية الانتشار في الجزائر.

4.2.3. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل (1992)

وشمل هذا المسح[2] عينة مكونة من 6000 أسرة، وأظهرت نتائجه أن الرضاعة الطبيعية تمثل النظام الغذائي الرئيسي بالنسبة للأطفال وخاصة حديثي الولادة أن 1 من كل 3 أطفال بعد عمر 3 أشهر لا يزالون يرضعون رضاعة طبيعية، أظهر تقاربا في النسب بين الأولاد 32% والفتيات 31%، كما بين أن نسبة الرضاعة الطبيعية في المناطق الريفية كانت 37% وهي أعلى من نسبة المناطق الحضرية التي بلغت 25%.

واشتغل المسح بإبراز علاقة الرضاعة الطبيعية بمجموعة من العوامل كعامل المنطقة ريف /مدينة وكشفت بياناته علاقته بمدتها مبينا أن متوسط المدة 3.2 شهرا، لكنه يظل أطول منه في المناطق الريفية بمتوسط بلغ 3.7 أشهر، أما في المناطق الحضرية فقد بلغ 2.5 شهرا، كما ربط المدة بالمستوى التعليمي،

---

[1] Institut National de la Santé Publique : Enquête Nationale Santé. Année 1990 (1). Alger, imprimerie Sonatrach, 1992.

[2] MSP- ONS- Ligue des Etats arabes, 1993, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992.

حيث اثبت أن سلوك الرضاعة يزيد عن 4 أشهر للأمهات اللائي لم يلتحقن بالمدرسة، وهو بمتوسط 2.5 شهرا للواتي لم يكملن التعليم الابتدائي في حين يكون المتوسط 1.8 شهرا للمرحلتين الابتدائية والإعدادية ليرتفع إلى 2.6 شهرا للأمهات ذوات مستوى الثانوي وما فوق.

أما بالنسبة لعادات الرضاعة الطبيعية، يتم إرضاع 5/4 طفلا خلال النهار وفقا لطلبهم، وتقل نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية عند الطلب أثناء الليل (69%) منه خلال النهار (78%). وتظل هذه النتيجة صحيحة لجميع فئات المتغيرات (الحضر، الريف، ومستوى التعليم، وما إلى ذلك)؛ فنسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية في أوقات محددة ترتفع أثناء الليل (31%) مقارنة بالنهار (22%).

ويحدث إدخال الزجاجة في وقت مبكر جدا بالنسبة للأطفال الذين لم يناولوا الزجاجة قط ترتفع بنسبة 75% بالنسبة للأطفال في عمر 10 أشهر، وتستقر عند حوالي 40% بين 4 أشهر و11 شهرا.

يزداد متوسط مدة الرضاعة الطبيعية مع تقدم عمر الأم، فتبدأ من 10 أشهر الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20–24 سنة، وعند 13 شهرا لمن تتراوح أعمارهن بين 30–34 سنة، ويصل إلى 15 شهرا بالنسبة للواتي تتراوح أعمارهن أكبر من 35 سنة؛ حيث يقدر متوسط مدة الرضاعة الطبيعية في هذا العمر بمتوسط 12.5 شهرا[1].

يبدو انطلاقا من المقارنة البسيطة بين نتائج المسحين السابقين وهذا المسح أن تراجع الرضاعة الطبيعية مقابل ارتفاع نسبة الرضاعة الاصطناعية في الجزائر كان في الفترة القريبة من التسعينيات من القرن الماضي.

5.2.3. المسح الوطني لأهداف منتصف العقد (1995)

يهدف هذا المسح إلى معرفة صحة الأم والطفل، وتتكون العينة التي اشتغل عليها من 1631 طفلا تقل أعمارهم عن سنتين 52.2% ذكور، و47.8% إناث؛ ما يقرب من49.4٪ طفلا تقل أعمارهم عن 12

[1] MSP- ONS- Ligue des Etats arabes, 1993, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992

شهرا، و50.6% منهم بلغت أعمارهم سنة واحدة، و16.4% أقل من 3 أشهر، وتبلغ نسبة الذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرية قبل عمر 4 أشهر 56%، وأظهر المسح أن هناك اختلاف كبير حسب عامل الجنس فكانت النسبة 48% للإناث و65% للذكور، أما عامل البيئة فلم يظهر اختلافا كبيرا فالنسبة كانت 52% في المناطق الحضرية و61% في المناطق الريفية.

أما عامل المنطقة أو الإقليم فقد أثبت تفاوتا كبيرا فمنطقة وهران كانت أقل نسبة 38% من وقسنطينة التي كانت بنسبة عالية بلغت 64%، وأثبتت المعطيات أن نسبة الرضاعة الطبيعية تنخفض بشكل ملحوظ مع تقدم عمر الطفل، فنسبة 54% من الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 9 أشهر الذين يرضعون طبيعيا مع المكملات من الأغذية الصلبة أو شبه الصلبة، كما تستمر الرضاعة الطبيعية مع 49% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و15 سنة شهر.[1]

6.2.3. المسح الوطني لأهداف نهاية العقد (2 MICS 2000)

المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2، نفذه المعهد الوطني للصحة العامة بدعم من اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، ويقدم معلومات مفصلة عن إنجاز مهمة البرامج الوطنية لصحة الأم والطفل؛ جرى هذا المسح في 5 مناطق على مستوى 18 قطاعا صحيا شاملا لعينة تمثيلية مكونة من 5250 أسرة، ومن 1,711 طفلا تقل أعمارهم عن عامين، ومن 1,644 من الأمهات، ويتوزع التركيب الجنسي بنسبة 52% للأولاد و48% للفتيات.

تبين المعطيات أن نسبة الرضاعة الطبيعية مع التقدم في السن؛ تبلغ 74.2 ± 3% خلال السنة الأولى من العمر و40.8 ± 3.4% خلال السنة الثانية من العمر، وتبلغ نسبة الرضاعة الطبيعية 94.5% قبل عمر 3 أشهر و70.4% للأطفال بين 3 إلى 5 أشهر، فإذا كانوا أقل من 6 أشهر كان معدل انتشار

[1] MSP, Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie. Santé de la mère et de l'enfant. MDG Algérie 1995. En association avec : UNICEF, OMS, FNUAP, Alger.1996

الرضاعة الطبيعية 81.8%، ثم تنخفض النسبة من 6 إلى 11 شهرا إلى 65.5%، وتتراجع بين 12 إلى 17 شهرا إلى 54.3%، أما في المرحلة العمرية بين 18 إلى 23 شهرا فتصل النسبة إلى 27.8%.

ويبين المسح أن الرضاعة الطبيعية للذين يرضعون رضاعة طبيعية حصرية قبل عمر 4 أشهر يقدر بنسبة 15.9%. أما الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 9 أشهر، ويحصلون على أغذية تكميلية صلبة أو شبه صلبة فتقدر بنسبة 38%.[1]

7.2.3. مسح صحة الأسرة (EASF 2002)

تم تنفيذه في عام 2002، وكانت أهدافه الحصول على المعلومات اللازمة للقياس لتمكين صناع القرار في الدول العربية من تحليل وتقييم البيانات، وبهدف القدرة على تخطيط ومراقبة البرامج والسياسات الصحية المختلفة لمنظمة الصحة العالمية، وكانت عينة كبار السن في المسح 4,343 أما عينة الشباب فبلغت 5440.

وفيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية في هذا المسح فقد تبين أن 40% فقط من الأطفال يرضعون رضاعة طبيعية حصرية، و60% من الأطفال تتم تغذيتهم بالزجاجة، ويختلف متوسط مدة الرضاعة الطبيعية حسب العوامل المحيطة، ويظهر المسح أن 59.5% من الأمهات يمارسن الرضاعة الطبيعية المختلطة للأطفال بين عمر 2 و11 شهرا.[2] وهذا ينبئ بالاتجاه السلبي نحو الرضاعة الطبيعية الحصرية الموصى بها خلال فترة 6 أشهر من ميلاد الطفل.

8.2.3. المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3 2006)

[1] MSP, Enquête nationale sur les objectifs de la Fin décennie. Santé de la mère et de l'enfant.2001

[2] MSPRH, ONS Enquête algérienne sur la santé de la famille– Alger (Office).2002

شمل المسح عينة مكونة من 29478 أسرة، وكانت نتائج مسح الرضاعة الطبيعية على المستوى الوطني والإقليمي بتقسيم مكان العينة إلى شرق وغرب كما يلي[1]:

المستوى الأول في عمر أقل من ساعة على المستوى الوطني هو 49.5٪ في الشرق وفي الغرب 54.2%.

ويبلغ معدل الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال دون سن 6 أشهر في الشرق 6.9% في الغرب 3.8%.

وتبلغ نسبة الرضاعة الطبيعية المستمرة 46.5% في الشرق وفي الغرب 27.7%.

ويبلغ معدل التغذية التكميلية التي تبدأ في الوقت المحدد 39% في الشرق و26.7% في الغرب.

أما نسبة الانتشار الوطنية للرضاعة الطبيعية الحصرية فلم تتجاوز 12%

9.2.3. مسح الرضاعة الطبيعية (2010)

قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2010 بالتعاون مع INSP واليونيسف بتنفيذ حملات توعية لأول مرة حول مستوى عامة السكان والمهنيين الصحيين، من أجل تقييم وضع معارف ومواقف وممارسات الأم الجزائرية فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية الحصرية وبغرض تقدير مدى انتشار سلوك الرضاعة الطبيعية.

شمل هذا الاستطلاع عينة عشوائية مكونة من 6668 امرأة، وأظهرت نتائجه أن[2]:

سبعين في المئة من الأمهات لديهن معرفة حول الرضاعة الطبيعية و67.9% لديهن معرفة بمدة الرضاعة الطبيعية الحصرية 6 أشهر، وأن أكثر من 75% منهن أدخلن الرضاعة الطبيعية المختلطة قبل الأشهر الثلاثة الأولى بسبب العودة إلى العمل و25.8% منهن يقمن بالإرضاع رضاعة طبيعية حصرية لمدة تصل إلى 4 أشهر، كما تبين أن 12% فقط من الأمهات يرضعن رضاعة طبيعية حصرية لمدة تصل إلى6 أشهر.

[1] ONS/MSPRH, Résultats de l'enquête Nationale à Indicateurs Multiples MICS 3 Algérie, Rapport Principal, Alger, 2008

[2] INSP, Enquête sur l'allaitement. 2010

يظهر من متابعة المسوح التي أنجزت في الجزائر والتي تتضمن الحالة الصحية للأم الجزائرية ورضيعها، كما تتضمن نسب انتشار ظاهرة الرضاعة الطبيعية في عينات محددة أن حالة التغذية الصحية للرضع كانت صحية خلال السبعينات وبداية الثمانينات، وأن الارتباك والتراجع في الرضاعة الطبيعية بدأ في الفترة القريبة من التسعينات.

وعليه فإن وضعية انتشار الرضاعة الطبيعية إلى غاية فترة المسح الحالي–المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات الذي تستكشف الدراسة الرضاعة من خلاله–دون المستوى المطلوب وتدل عن الحالة الصحية غير السليمة للأم والطفل والمجتمع ككل فترة ما قبل المسح.

2.3. انتشار الرضاعة الطبيعية حسب المسح العنقودي الرابع 2012–2013

انطلاقا من أن الانتشار مقياس مهم في دراسة سلوك الرضاعة الطبيعية من حيث قدرته على التعبير عن مدى ممارسة هذا السلوك في المجتمع خصوصا، وعن مدى انتشار الظواهر عموما، ومن أن الانتشار يمكن قياسه بناء على عدد من المؤشرات التي تشكله[1]، فقد ركزت الدراسة في هذا الجزء على 8 مؤشرات أساسية ترصد وضعية وحركية سلوك الرضاعة في المجتمع الجزائري من خلال المسح الوطني العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات 2012 وهي:

- نسبة الرضاعة الطبيعية
- البدء المبكر للرضاعة
- نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية لأقل من ستة أشهر.
- نسبة الرضاعة الطبيعية الغالبة.
- نسبة إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية 1عام.
- نسبة إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية عامين.

[1] الحوسين طلباوي، واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019 Mics6، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع1، م14، مارس 2022، ص (443-462).

- نسبة الرضاعة الاصطناعية

وعملت الدراسة على التحقق من انتشار سلوك الرضاعة الطبيعية حسب مجموعة المتغيرات المدرجة ضمن المسح، وتتمثل هذه المتغيرات في:

- مناطق البرمجة الإقليمية.
- مكان الإقامة.
- المستوى الاقتصادي.
- عمر الطفل.
- جنس الطفل.
- المستوى التعليمي للأم.

1.2.3. نسب انتشار الرضاعة الطبيعية

جدول رقم 2: توزيع نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية حسب أهم المتغيرات في مسح 2012

المتغيرات		نسبة الرضاعة الطبيعية (%)	عدد الذين الأطفال المولودين خلل العامين السابقين للمسح الذين تلقوا رضاعة طبيعية	عدد الأطفال الذين ولدوا خلال العامين السابقين للمسح
مناطق البرمجة الإقليمية	شمال وسط	88.9	1797	2022
	شمال شرق	87.6	596	680
	شمال غرب	87.4	737	482
	الهضاب الوسطى	93.9	413	440
	الهضاب الشرقية	89.5	793	887
	الهضاب الغربية	89.2	302	339

	الجنوب	93.5	638	682
مكان الإقامة	حضر	89.8	3195	3599
	ريف	89.2	2080	2332
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	90.5	875	966
	ابتدائي	91.3	904	991
	متوسط	88.9	1622	1824
	ثانوي	88.7	1260	1420
	جامعي	89.2	614	698
المستوى الاقتصادي	أكثر فقرا	90.1	1168	1296
	الفقيرة	90.3	1183	1310
	متوسط	87.3	1035	1186
	الغنية	89.9	1017	1132
	الأكثر غنى	90.1	872	968
المجموع		89.5	5275	5891

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح MICS4 لسنة 2012

يبين الجدول رقم (2) أن عدد الأطفال المولودين خلال العامين الماضين للمسح الذين تلقوا رضاعة طبيعية هو 5275 طفل من أصل 5891 بمعدل انتشار قدر بـ 89.5%؛ ويبين الجدول عدم وجود فوارق كبيرة في نسب الانتشار بالنظر المتغيرات التي تم اختيارها من متغيرات المسح (مناطق البرمجة الإقليمية، مكان الإقامة، المستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة).

ففيما يخص متغير البرمجة الإقليمية نجد أن المنطقة الشمالية للبلاد والمقسمة إلى ثلاث مناطق فرعية؛ شمال وسط قدرت فيها النسبة بـ 88.9%، وشمال شرق بنسبة 87.6%، وشمال غرب بنسبة 87.4% أما منطقة الهضاب والمقسمة كذلك إلى ثلاث مناطق فرعية، فقد كانت النسبة في الهضاب الوسطى 93.9%، وفي الهضاب الشرقية كانت النسبة، 89.5%، أما في الهضاب الغربية فكانت النسبة 89.2%، المنطقة الجنوبية البلاد فإن النسبة قريبة جدا من النسب في الشمال والهضاب وقد قدرت بـ89.2%، وهذا التقارب في نسب انتشار الرضاعة يدل على النظرة المشتركة إلى هذا السلوك في المجتمع الجزائري.

هذا التقارب الكبير في نسب الرضاعة الطبيعية بين مناطق البلاد يتكرر مع متغير مكان السكن حيث قدرت النسبة بـــ .89.8 % في الحضر و89.2% في الريف حيث يتبين أنه لا توجد فروقات بين تعامل المرأة في الريف وتعاملها في المدينة مع سلوك الرضاعة.

الأمر نفسه في متغير المستوى التعليمي للأم؛ فالأمهات اللواتي ليس لديهن مستوى دراسي حسب المسح أرضعن أولادهن بنسبة 90.5% وذوات المستوى الابتدائي بـ 91.3 % والمتوسط بـ 88.9% والثانوي بـ 88.7%والجامعي بـ 89.2%، ونسب الانتشار هذه جد متقاربة ودالة على التقارب في النظرة إلى هذا السلوك.

وفيما يخص متغير المستوى الاقتصادي للأم فنلاحظ كذلك أن النسب متقاربة، فالأمهات ذات المستوى الاقتصادي المتوسط والغنيات أرضعن على التوالي بنسبة 87.3% و89.9%، بيمنا نجد تساو في نسب الإرضاع بين الأمهات الأكثر فقرا والأكثر غنى وقدر بـ 90.1%، أما الأمهات الفقيرات فقدرت النسبة لديهن بـ 90.3%.

2.2.3. انتشار البدء في الرضاعة الطبيعية

وفي مايلي جدول لنسب بدء الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب مسح 2012

جدول رقم 3: توزيع نسب وقت البدء في الرضاعة الطبيعية حسب أهم المتغيرات المدرجة في المسح 2012

المتغيرات		نسبة البدء في الرضاعة خلال ساعة بعد الولادة %	نسبة البدء في الرضاعة خلال اليوم بعد الولادة%	عدد الأطفال المولودين خلال العامين السابقين للمسح
مناطق البرمجة الاقليمية	الشمال وسط	33,8	69,2	2022
	الشمال الشرقي	33,5	63,8	680
	الشمال الغربي	36,6	72,3	842
	الهضاب الوسطى	42,0	76,6	440
	الهضاب الشرقية	30,1	69,1	887
	الهضاب الغربية	40,4	71,4	339
	جنوب	43,4	77,1	682
مكان الإقامة	ريف	35,4	69,8	3559
	حضر	36,2	71,9	2332
عمر الطفل بالأشهر	0-11 شهرا	36,4	71,9	3011
	1-23 شهرا	35,6	70,2	2687
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	43,3	75,7	966
	ابتدائي	34,4	72,8	991
	متوسط	35,3	70,6	1824

	ثانوي	34,8	69,2	1420
	جامعي	29,9	63,3	689
مؤشر الثروة	الأكثر فقرا	37,2	73,0	1296
	الفقير	35,8	72,1	1310
	المتوسط	35,5	67,8	1186
	الغني	39,0	71,1	1132
	الأكثر غنى	30,0	68,2	968
المجموع		35,7	70,6	5891

المصدر: التقرير الرئيسي للمسح الرابع المتعدد المؤشرات(MICS4) 2012

من خلال الجدول رقم (3) نلاحظ أن نسبة انتشار البدء في الرضاعة الطبيعية خلال ساعة بعد الولادة في الجزائر حسب مسح 2012 لم تتعد 35,7%، وذلك رغم أهمية البدء المبكر بالطبيعية لصحة الطفل لما في حليب الأم مابعد الولادة مباشرة من مواد غنية يفتقدها فيما بعد.

وحسب متغير المناطق الإقليمية نجد الرضاعة الطبيعية المبكرة أكثر انتشارا في الجنوب بنسبة 43,4%، تليها الهضاب الوسطى والغربية بنسبة 42%، وتبين بيانات المسح أنها أقل انتشارا في الهضاب الشرقية بنسبة 30,1%.

أما حسب متغير المستوى التعليمي للأم فيبين المسح أن أعلى نسبة كانت لدى الأمهات اللواتي هن بدون مستوى تعليمي بنسبة 43.3%، وأن أدنى نسبة كانت عند ذوات المستوى الجامعي وقدرت بـ 29.9%.

كما توجد اختلافات طفيفة في نسب انتشار البدء في الرضاعة خلال الساعة الأولى حسب متغير المستوى الاقتصادي للأم حيث تبين من بيانات المسح أن أعلى نسبة عند الأمهات الغنيات قدرت بـ 39%،

تليها مباشرة الأمهات الأكثر فقرا بنسبة 37.2%، أما أدناها فكانت في وسط الأمهات الأكثر غنى بنسبة 30,0٪.

كما نلاحظ أنه لا توجد هناك فروق كبيرة في النسب حسب متغيري مكان الإقامة بين الريف الذي كانت نسبة بدء الرضاعة فيه35.4٪ والحضر الذي نسبته 36.2٪، والأمر نفسه بالنسبة لعمر الطفل في العينتين العمريتين: من العمر 0 إلى 11 شهر بنسبة 36.4٪ ومن العمر 1إلى 23 شهر بنسبة٪ حيث جاءت نسب الانتشار متقاربة تقاربا كبيرا في الساعة الأولى من الولادة.

أما توزيع نسب بدء الرضاعة الطبيعية خلال اليوم الأول بعد الولادة فلم يختلف كثيرا عن توزيعها خلال الساعة الأولى حسب نتائج المسح، فنلاحظ فحسب متغير المنطقة الإقليمية أن الجنوب في سلوك الرضاعة الطبيعية يبقى دائما بأعلى نسبة انتشار ويقدر بـ 77,1% تليها منطقة الهضاب الوسطى بنسبة 76.6 % وأقل نسبة انتشار نجدها في منطقة الشمال الشرقي للبلاد بنسبة 63,8%.

أما حسب متغير المستوى التعليمي للأم نجد أن الأمهات بدون مستوى تعليمي كن الأكثر إرضاعا خلال يوم بعد الولادة بنسبة 75,7%، وأقلهن ارضاعا الأمهات ذوات المستوى الجامعي بنسبة 63,3%. وفي متغير المستوى الاقتصادي حسب مؤشر الثروة نجد أن النساء الأكثر فقرا هن الأكثر إرضاعا خلال يوم بعد الولادة بنسبة 73 %، تليها الأمهات الفقيرات بنسبة 72.1% وأقلهن إرضاعا هن الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط بنسبة 67,8%.

أما حسب متغيري الإقامة وعمر الطفل فالنسب متقاربة حيث قدرت بـ 69.8% في الريف مقابل 71.9% في الحضر و71.9% عند الأطفال من 0 –11شهرا، و70.2% وعند الأطفال من 12 شهرا إلى 13 شهرا.

3.2.3. انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى غاية ستة أشهر

جدول رقم 4: توزيع نسب انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال دون ستة أشهر حسب أهم المتغيرات في مسح 2012

المتغيرات		نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية (%)	عدد الأطفال دون 6 أشهر الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية الحصرية	عدد الأطفال دون 6 أشهر
المنطقة	شمال وسط	28	172	616
	شمال شرق	38.3	80	210
	شمال غرب	30.7	72	237
	الهضاب الوسطى	11.1	14	133
	الهضاب الشرقية	18.7	43	232
	الهضاب الغربية	15.3	13	89
	الجنوب	22.1	43	198
الجنس	ذكر	24.8	218	877
	انثى	26.7	442	838
مكان الإقامة	حضر	25.3	265	1047
	ريف	26.4	176	6681
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	23.6	69	295
	ابتدائي	28.2	76	273
	متوسط	26.3	144	550

	ثانوي	24.4	90	373
	جامعي	26.5	59	224
مؤشر الثروة	أكثر فقرا	25.7	105	409
	فقير	23.1	88	382
	متوسط	29.4	84	287
	غني	21.4	71	334
	الأكثر غنى	30.3	91	303
عمر الطفل بالأشهر	0 شهر	53	130	247
	1 شهر	43.4	109	253
	2 شهر	25.9	76	296
	3 شهر	20.2	61	306
	4 شهر	13.5	40	294
	5 شهر	7	22	319
المجموع		25.7	441	1715

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح MICS4 لسنة 2012

من خلال الجدول رقم(4) يلاحظ أن عدد الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية الحصرية هو 441 من أصل 1715 طفلا دون الستة أشهر، إذ أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية الأقل من ستة أشهر في الجزائر هو27%، حيث سجلت أعلى نسبة انتشار في منطقة الشمال (شمال شرق –شمال غرب–شمال وسط) حيث قدرت بنسب 38.3% و30.7% و28% على التوالي، ويلي منطقة الشمال في الترتيب

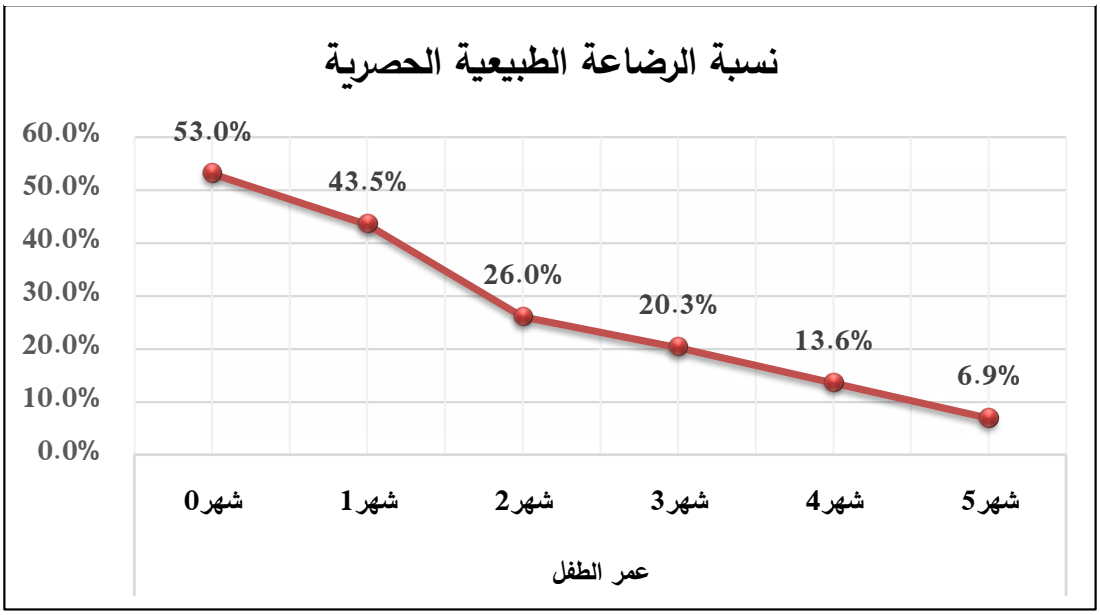
الجنوب بنسبة قدرت بـ 22.1%، في حين سجلت أدنى النسب في مناطق الهضاب العليا ؛ الهضاب الشرقية بنسبة 18.7%، والهضاب الغربية بنسبة 15.3%، والهضاب الوسطى بنسبة 11.1%.

ولم تسجل فوارق كبيرة بالنسبة لمكان الإقامة وجنس الطفل إذ قدرت النسب بـ 25.3% في المناطق الحضرية و26.4% في المناطق الريفية، كما كانت النسب المتعلقة بجنس الرضيع مقدرة بـ 24.8 %للذكور ، وبنسبة 26.7% للإناث.

أما متغير المستوى التعليمي والاقتصادي للأم فيبين أن هناك اختلافات في انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية، لكنها في الحقيقة اختلافات طفيفة جدا ففي إطار المستوى التعليمي كانت الأمهات ذوات المستوى الابتدائي أكثر إرضاعا رضاعة حصرية بنسبة 28.2%، تليها الأمهات ذوات المستوى الجامعي بنسبة وذوات المستوى المتوسط بـ 26.5% ثم الثانوي 24.3%، وكانت الأمهات بدون مستوى تعليمي أقلهن إرضاعا حصريا بنسبة 23.6%، أما في المستوى الاقتصادي فقد كانت نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية بـ25.7% عند الأمهات الأكثر فقرا و23.1% عند الفقيرات، و29.4%عند الأمهات ذات المستوى الاقتصادي المتوسط، و21.4%الغنيات، أما الأمهات الأكثر غنى فقدرت بـ 30.3%.

أما عن علاقة عمر الطفل بالرضاعة الحصرية فهناك فوارق واضحة وكبيرة حيث سجلت أعلى نسبة لانتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية عندما في عمر 0 شهر الطفل أي الأيام الأولى من ولادته بنسبة 53% لتتناقص تدريجيا في الشهور الموالية كما يلي: من 43.4% في الشهر 1إلى 25.9% في الشهر الثاني إلى 20.2% في الشهر الثالث إلى 13.5% في الشهر الرابع لتصل الى أدنى نسبة وهي 7% في الشهر الخامس كما هو مبين في خلال المنحنى البياني رقم (01).

شكل رقم 1: نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية



المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على الجدول رقم (4)

4.2.3. انتشار الرضاعة الطبيعية الغالبة

جدول رقم 5: توزيع نسب انتشار الرضاعة الطبيعية الغالبة حسب أهم المتغيرات في المسح 2012

المتغيرات		نسبة الرضاعة الطبيعية الغالبة (%)	عدد الأطفال دون 6 أشهر الذين تلقوا رضاعة غالبة	عدد الأطفال دون 6 أشهر
مناطق البرمجة الإقليمية	شمال وسط	46.2	284	616
	شمال شرق	57.4	121	210
	شمال غرب	50.4	119	237
	الهضاب الوسطى	43.3	58	133
	الهضاب الشرقية	42.9	100	232

	الهضاب الغربية	51.9	46	89
	الجنوب	48.9	97	198
الجنس	ذكر	47.6	418	877
	انثى	48.5	406	838
مكان الإقامة	حضر	48.3	506	1047
	ريف	47.7	318	668
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	54.0	159	295
	ابتدائي	50.2	137	273
	متوسط	46.5	252	550
	ثانوي	45.8	171	373
	جامعي	45.4	102	224
مؤشر الثروة	أكثر فقرا	47.1	193	409
	الفقيرة	48.6	186	382
	متوسط	47.4	136	287
	الغنية	43.5	145	334
	الأكثر غنى	54.2	165	303
عمر الطفل بالأشهر	0 شهر	78.5	194	247
	1 شهر	69.2	175	253
	2 شهر	57.8	171	296
	3 شهر	41.2	126	306

	4 شهر	31.7	93	294
	5 شهر	20.1	64	319
المجموع		48.1	824	1715

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح MICS4 لسنة 2012

من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أن عدد الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية غالبة هو 824 من أصل 1715 وذلك بنسبة 48.1%، حيث كانت الرضاعة الطبيعية الغالبة أكثر انتشارا في الشمال الشرقي للبلاد بنسبة 57.4% تليها الهضاب الغربية بنسبة 51.9% بينما كانت أقل انتشارا في الهضاب الشرقية بنسبة 42.9%.

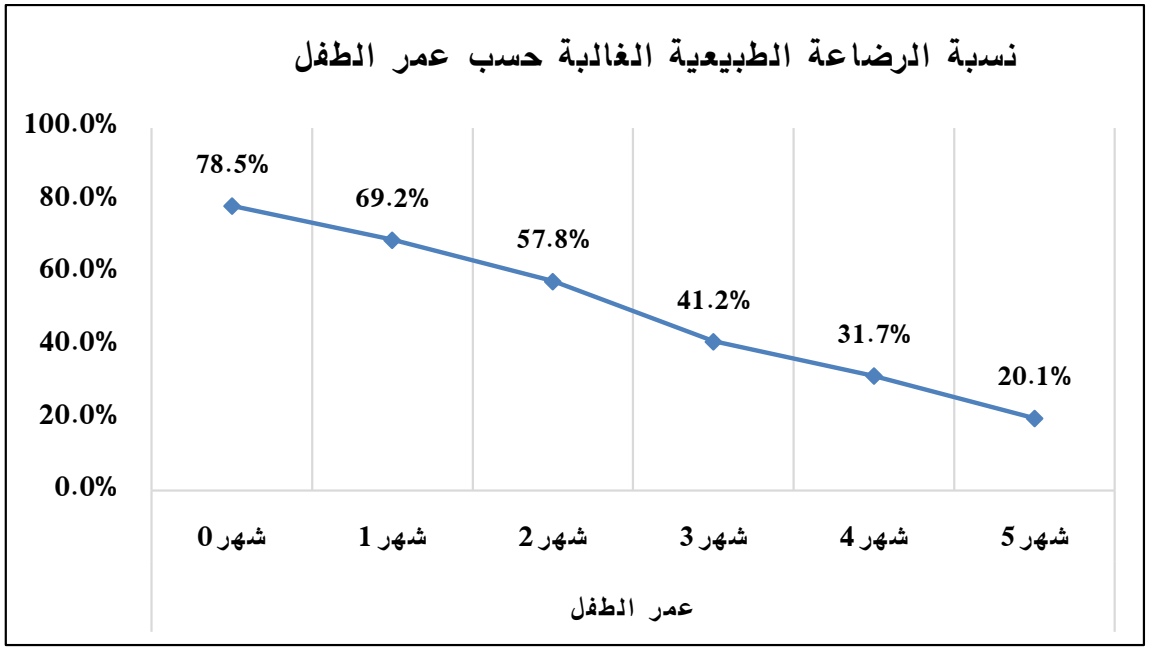
ولا يوجد تفاوت في نسب الانتشار حسب الجنس ومكان الإقامة سوى بنقطة واحدة، حيث كانت نسبة هذا النوع من الرضاعة 48.5% للإناث مقابل نسبة 47.6% للذكور، أما مكان الإقامة فكانت نسبة الرضاعة المرتبطة به 48.3% في المناطق الحضرية مقابل نسبة 47.7% في المناطق الريفية.

أما المستوى التعليمي للأم فنجد أن الرضاعة الغالبة أكثر انتشارا في وسط الأمهات اللواتي ليس لهن مستوى تعليمي بنسبة 54%، تليها الأمهات ذوات المستوى الابتدائي بنسبة 50.2% في حين كانت أقل انتشارا عند ذوات المستوى الجامعي والثانوي بنسبة 45.4%و45.8% على التوالي.

كما انه لا يوجد هناك تفاوت كبير في توزيع نسب الرضاعة الغالبة حسب المستوى الاقتصادي للأم حيث نجد أن أعلى نسبة هي 54.2% في وسط الأمهات الأكثر غنى بينما أقل نسبة هي 43.5% عند الأمهات الفقيرات.

كان التباين واضحا عند التوزيع حسب عمر الطفل حيث سجلت أعلى النسب خلال الأيام الأولى من عمر الطفل (0 شهر) بنسبة 78.5% لتتناقص تدريجيا لتصل إلى أقل نسبة في الشهر الخامس من عمر الطفل وهي 20.1% كما هو موضح في الرسم البياني الموالي.

شكل رقم 2: تطور نسب الرضاعة الطبيعية الغالبة حسب عمر الأطفال الاقل من 6 أشهر



المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على الجدول رقم (5)

5.2.3. انتشار إكمال الرضاعة الى غاية 1عام

جدول رقم 6: توزيع نسب إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية 1عام

المتغيرات		نسبة إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية 1عام (%)	عدد الأطفال (12-15شهر)
مساحات البرمجة الإقليمية	شمال وسط	45.2	375
	شمال شرق	46.8	118
	شمال غرب	33.8	139
	الهضاب الوسطى	63.3	76
	الهضاب الشرقية	41.5	136
	الهضاب الغربية	51.8	52

	الجنوب	58.9	128
الجنس	ذكر	45.8	552
	انثى	47.7	504
مكان الإقامة	حضر	47.7	633
	ريف	45.1	392
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	54.3	169
	ابتدائي	47.8	181
	متوسط	45.0	329
	ثانوي	41.0	233
	جامعي	50.5	114
المستوى الاقتصادي	أكثر فقرا	45.1	244
	الفقيرة	47.0	233
	متوسط	46.4	186
	الغنية	50.7	201
	الأكثر غنى	44.2	162
المجموع		46.7	1025

المصدر: التقرير الرئيسي للمسح الرابع المتعدد المؤشرات(MICS4) 2012

من خلال الجدول رقم (6) المشتق من المسح، يلاحظ أن رصد انتشار وتوزيع حركة الرضاعة الطبيعية إلى غاية عمر 1 عام للطفل الجزائري في علاقتها بالمتغيرات المختلفة المشتغل عليها أن نسبة إكمال الرضاعة حسب التقسيم الإقليمي الوطني تختلف من منطقة إلى أخرى، ففي الشمال نجد تقاربا بين

منطقة شمال شرق بنسبة 46.8% في عينة تتكون من 118 طفلا ومنطقة شمال وسط بنسبة 45% في عينة 375 طفلا، ثم تليها منطقة شمال غرب بفارق معتبر بنسبة 33.8% في عينة مكونة من 139 طفلا.

أما منطقة الهضاب فقد أظهرت نسب الرضاعة فيها تفاوتا بين المناطق التي تنتمي إليها، فشهدت الهضاب الوسطى أعلى نسبة مقدرة بـ 63.3% في عدد 76 طفلا ثم تليها الهضاب الغربية بنسبة 51.8% في عينة مكونة من 52 طفلا، وتأتي في المرتبة الدنيا الهضاب الشرقية نسبة 41.2% في عينة تتكون من 136 طفلا، والملاحظ وجود فوارق كبيرة بين مناطق الهضاب لاسيما بين الوسطى والشرقية.

أما مناطق الجنوب فقد كانت نسبة الرضاعة الطبيعية الأعلى بـ 58% في عينة مكونة من 136 طفلا، والملاحظ عند مقارنة نسب الانتشار أن تأثير طبيعة المنطقة على استمرار الرضاعة لا يظهر بقوة نظرا لتقارب هذه النسب فيما بينها.

ويظل جنس الرضيع ومكان الإقامة غير مؤثرين على استمرار الرضاعة الطبيعية، فبخصوص جنس الطفل نجد أن نسبة الذكور الذين تم إرضاعهم طبيعيا إلى غاية 1 عام هو 45.8% من عينة مكونة من 552 طفلا، أما نسبة الإناث اللواتي رضعن رضاعة طبيعية فهو 47.7% من عينة مكونة من 504. والأمر نفسه لمكان الإقامة ففي المناطق الحضرية بلغت نسبة الإرضاع 47.7% من عينة مكونة من 633 طفلا، وفي المناطق الحضرية كانت النسبة 45.1% في عينة مكونة من 392 طفلا وهي نسب متقاربة، مما يدل على أن المجتمع الجزائري لا يقوم بالتمييز والمفاضلة في التغذية بين الذكور والإناث، يدل على تشابه في التعامل مع سلوك الرضاعة بين الريف والمدينة.

ويبين الجدول اختلافات طفيفة في أثر متغير المستوى التعليمي والاقتصادي على سلوك الرضاعة الطبيعية؛ ففي المستوى تبين أن الأمهات اللواتي هن دون مستوى تعليمي قد قمن بالإرضاع الطبيعي بنسبة 54.3% في عينة مكونة من 169 طفلا وهي الأعلى انتشارا، ثم تأتي في الترتيب الأمهات ذوات التعليم الجامعي بنسبة 50.5% في عينة مكونة من 114 طفلا، ثم الأمهات ذوات المستوى الابتدائي بنسبة

47.8%، وتليها الأمهات ذوات مستوى التعليم المتوسط بنسبة 45% وفي المرتبة الأخيرة الأمهات ذوات مستوى التعليم الثانوي بنسبة41%، وهي نسب متقاربة لا تعكس التأثير على استمرار الرضاعة الطبيعة، ولا يعكس فيها مستوى التعليم الأثر المنشود.

أما متغير المستوى الاقتصادي، فهو الآخر لم يعكس ذلك الأثر، ويظهر من خلال الجدول أن الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي الغنيات قد أرضعن طبيعيا بنسبة 50.7% في عينة مكونة من 201 طفلا وهي النسبة الأعلى، تليهن الأمهات الفقيرات بنسبة 47% من عينة مكونة من 233 طفلا، وتليها في الترتيب المتوسطات بنسبة 46.4%، ثم الأكثر فقرا بنسبة 45%، وفي الأخير الأمهات الأكثر غنى بنسبة 44.2% وهي نسب لا تعكس تأثير الحالة الاقتصادية على الاستمرار في الرضاعة نظرا لتقاربها الشديد حيث لا فرق بين الأكثر فقرا والأكثر غنى.

ويبرز الجدول أن نسبة انتشار الرضاعة واستمرارها لغاية 1 عام من عمر الطفل هي 44.2% في ظل المتغيرات المختلفة وفي عينة مكونة من 1025 طفلا شملهم المسح.

6.2.3. إكمال الرضاعة الطبيعية الى 2 عام

جدول رقم 7: توزيع نسب إكمال الرضاعة الى غاية 2 عام حسب أهم المتغيرات في المسح 2012

المتغيرات		نسبة اكمال الرضاعة الطبيعية الى غاية 2 عام (%)	عدد الأطفال (20-23 شهر)
مساحات البرمجة الإقليمية	شمال وسط	28.2	321
	شمال شرق	25.2	113
	شمال غرب	26.0	138

	الهضاب الوسطى	28.1	73
	الهضاب الشرقية	24.3	171
	الهضاب الغربية	27.2	63
	الجنوب	26.2	122
الجنس	ذكر	27.5	516
	انثى	25.7	486
مكان الإقامة	حضر	25.3	644
	ريف	28.9	358
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	22.4	178
	ابتدائي	29.9	187
	متوسط	24.8	272
	ثانوي	33.3	236
	جامعي	19.2	129
المستوى الاقتصادي	أكثر فقرا	26.2	207
	الفقيرة	28.2	201
	متوسط	25.3	193
	الغنية	27.4	221
	الأكثر غنى	25.6	181
المجموع		26.6	1002

المصدر: التقرير الرئيسي للمسح الرابع المتعدد المؤشرات(MICS4) 2012

من خلال الجدول رقم (7) المشتق من المسح، يلاحظ أن رصد انتشار وتوزيع حركة الرضاعة الطبيعية إلى غاية عمر 2 عام للطفل في علاقتها بالمتغيرات المختلفة المشتغل عليها يبين أن إكمال الرضاعة حسب مساحات البرمجة الإقليمية في تناقص، وجاءت نسبها متقاربة في كل المناطق، ففي الشمال نجد منطقة شمال شرق بنسبة 25.2% في عينة تتكون من 113 طفلا ومنطقة شمال وسط بنسبة 28.2% في عينة مكونة من 321 طفلا، أما منطقة شمال غرب فبنسبة 26% في عينة في عينة مكونة من 138 طفلا.

أما منطقة الهضاب فقد أظهرت نسب الرضاعة فيها كذلك تقاربا بين المناطق التي تنتمي إليها، فشهدت الهضاب الوسطى أعلى نسبة مقدرة بـ 28.1% في عينة عددها 73 طفلا، ثم تليها الهضاب الغربية بنسبة 27.2% في عينة مكونة من 63 طفلا، وتأتي في المرتبة الدنيا الهضاب الشرقية نسبة 24.3% في عينة تتكون من 171 طفلا، أما مناطق الجنوب فقد كانت نسبة الرضاعة الطبيعية مقدرة بـ 26.2% في عينة مكونة من 122 طفلا، والملاحظ عند مقارنة نسب الانتشار أن النسب أشد تقاربا، لكن النسب تناقصت بشكل كبير، والسبب في ذلك يعود إلى تقدم عمر الرضيع.

جنس الرضيع ومكان الإقامة يظلان غير مؤثرين على استمرار الرضاعة الطبيعية إلى عمر 2عام، فبخصوص جنس الطفل نجد أن نسبة الذكور الذين تمت إرضاعهم طبيعيا إلى غاية 2 عام هو 27.5% من عينة مكونة من 516 طفلا، أما نسبة الإناث اللواتي رضعن رضاعة طبيعية إلى هذا العمر فهو 25.7% من عينة مكونة من 486. والأمر نفسه لمكان الإقامة ففي المناطق الحضرية بلغت نسبة الإرضاع 25.3% من عينة مكونة من 644 طفلا، وفي المناطق الحضرية كانت النسبة 28.9% في عينة مكونة من 358 طفلا.

ويبين الجدول اختلافات طفيفة في أثر متغير المستوى التعليمي والاقتصادي على سلوك الرضاعة الطبيعية؛ ففي المستوى التعليمي تبين أن الأمهات اللواتي هن دون مستوى تعليمي قد قمن بالإرضاع

الطبيعي للطفل إلى غاية عمر 2 عام بنسبة 22.4% في عينة مكونة من 178 طفلا، أما الأمهات ذوات التعليم الجامعي بنسبة19.2% في عينة مكونة من 129 طفلا، أما الأمهات ذوات المستوى الابتدائي فبنسبة 29.9%، في حين كانت نسبة إرضاع الأمهات ذوات مستوى التعليم المتوسط 24.8%، أما النسبة الأعلى فكانت للأمهات ذوات مستوى التعليم الثانوي بنسبة33.3%، وهي نسب متقاربة لا تعكس التأثير على استمرار الرضاعة الطبيعية إلى عمر 2 عام.

أما متغير المستوى الاقتصادي، فهو الآخر لم يعكس ذلك الأثر، ويظهر من خلال الجدول أن الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي الغنيات قد أرضعن طبيعيا بنسبة 27.4% في عينة مكونة من 221 طفلا، أما الأمهات الفقيرات فأرضعن بنسبة 28.2% من عينة مكونة من 201 طفلا، ونجد المتوسطات قد أرضعن بنسبة 25.3%، والأكثر فقرا بنسبة 26.2%، أما الأمهات الأكثر غنى فبنسبة 25.6%وهي نسب لا تعكس تأثير الحالة الاقتصادية على الاستمرار في الرضاعة إلى هذه المرحلة العمرية.

ويبرز الجدول أن نسبة انتشار الرضاعة واستمرارها لغاية 2 عام من عمر الطفل هي 26.6% في ظل المتغيرات المختلفة وفي عينة مكونة من 1002 طفلا شملهم المسح، مع ملاحظة تناقص الرضاعة الطبيعية في هذه المرحلة.

7.2.3. انتشار الرضاعة الاصطناعية

جدول رقم 8: توزيع نسب الرضاعة الاصطناعية حسب أهم المتغيرات في المسح 2012

المتغيرات		نسبة الرضاعة الاصطناعية	الأطفال (0-23) شهرا الذين تلقوا الرضاعة الاصطناعية	عدد الأطفال (0-23) شهرا
	شمال وسط	50.8	1125	2214
	شمال شرق	42.8	322	754

مناطق البرمجة الإقليمية	شمال غرب	57.1	526	921
	الهضاب الوسطى	46.5	218	468
	الهضاب الشرقية	42.9	406	946
	الهضاب الغربية	45.9	170	372
	الجنوب	49.5	364	735
الجنس	ذكر	51.0	1680	3293
	انثى	46.8	1450	3117
مكان الإقامة	حضر	47.6	1874	3935
	ريف	50.8	1257	2475
عمر الطفل	(5-0)	44.4	762	1715
	(11-6)	54.7	890	1627
	(23-12)	48.2	1478	3068
المستوى التعليمي للأم	بدون تعليم	50.0	542	1084
	ابتدائي	46.2	498	1078
	متوسط	47.8	947	1980
	ثانوي	49.7	759	1528
	جامعي	52.0	394	789
المستوى الاقتصادي	أكثر فقرا	43.9	618	1408
	الفقيرة	52.1	741	1421
	متوسط	50.2	623	1241

	الغنية	49.5	620	1254
	الأكثر غنى	48.7	529	1087
المجموع		48.4	3131	6410

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح MICS4 لسنة 2012

من خلال الجدول رقم (8) نلاحظ أن 3131 طفل من أصل6410 في عمر (0-23 شهرا) قد تلقوا الرضاعة الاصطناعية أي بنسبة 48.4%، حيث سجلت أعلى نسبة في شمال غرب البلاد قدرت بـ 57.1%، أما أدنى نسبة فكانت في كل من الهضاب الشرقية ومنطقة الشمال الشرقي وقدرت بـ 42.9% و42.8% على التوالي، وتختلف نسب الرضاعة الاصطناعية حسب مكان الإقامة بقرابة ثلاث نقاط لصالح الريف 50.8% مقابل 47.6% للحضر.

أما فيما يخص جنس الطفل فكان هناك اختلاف بقرابة خمس نقاط لصالح الذكور 51% مقابل 46.5% للإناث، وكانت هناك اختلافات طفيفة في النسب حسب عمر الطفل حيث كان الأطفال في الفئة العمرية (6-11) أكثر تلقي للرضاعة الصناعية بنسبة 54.7 % والأطفال في عمر (0-5 أشهر) كانت أقل تلقي بنسبة 44.4% أما الأطفال في عمر (12-23 شهر) فكانت 48.2%.

أما فيما يخص متغير المستوى التعليمي للأم فكانت الأمهات ذات المستوى الجامعي أكثر استخداما للرضاعة الاصطناعية بنسبة 52% تليها الأمهات بدون تعليم بنسبة 50% وكانت ذوات المستوى الابتدائي أقلهن بنسبة 46.2%.

أما عن استخدام الرضاعة الاصطناعية بحسب متغير المستوى الاقتصادي للأم فنجد أن الأمهات الفقيرات كن أكثر استخداما للرضاعة الاصطناعية بنسبة 52.1%، تليها الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط بنسبة 50.2% بينما كانت الأمهات الأكثر فقرا أقل استخداما للرضاعة الاصطناعية بنسبة 43.9%.

خلاصة الفصل

يمكن أن نخلص في نهاية الفصل إلى أن انتشار سلوك الرضاعة في الجزائر يعبر عن وضعية تغذية الرضع والصحة العامة لهم، وقد ثبت من خلال تتبع وضعية الرضاعة منذ السبعينات من القرن الماضي إلى غاية المسح موضوع الدراسة أن مستوى الرضاعة الطبيعية بصفة عامة والرضاعة الطبيعية الحصرية رغم التحسن الطفيف في النسبة العامة إلا أنه يبقى دائما دون المستوى الموصى به دوليا، وذلك رغم تطور الظروف الاجتماعية للأسرة والتطور في المراقبة الصحية والتوعوية على مستوى المؤسسات الصحية للمجتمع.

الفصل الرابع

اتجاهات ومحددات الرضاعة الحصرية في الجزائر

الفصل الرابع: اتجاهات ومحددات الرضاعة الحصرية في الجزائر

تمهيد:

1.4. الاتجاهات نحو الرضاعة

سبق في الأطر النظرية المفسرة للرضاعة القول إن مصطلح الاتجاه يشمل المعتقدات والقيم والميول السلوكية التي توجه السلوك وردود الفعل تجاه المحفزات أو المواقف المختلفة، وأنه عنصر حاسم في إنجاز السلوك، وإنه كذلك يؤثر تأثيرا مباشرا على صنع القرار في حياة الفرد، ولا يختلف الأمر في أهميته على مستوى تسيير المؤسسات الاجتماعية؛ كمؤسسات الصحة العامة التي تهم برقابة الوضع الصحي والاجتماعي، فمعرفة الاتجاهات نحو السلوكات ضرورية في اتخاذ الإجراءات، شرط الاستناد إلى الدراسات الإحصائية والديموغرافية الدقيقة، لأن قياس ظاهرة السلوك وتحويلها إلى إحصاءات دالة أمر أساسي في تقدير طرق وكلفة التدخل المناسبة.

1.1.4. قياس الاتجاهات

تعد عملية قياس الاتجاهات محاولة لحساب درجة الالتزام بالتصورات والمعتقدات، كما تعد تكميما للسلوك وفقا لمعايير معينة[1]، وينظر لهذه العملية على أنها أهم إجراء يقوم به الباحث في مجال الديموغرافيا، ورغم أن مصطلح القياس يشير إلى الدقة من خلال التقنيات التي يستخدمها الباحثون للربط بين أكثر من وحدة قياس بغرض تكميم وتقييم الظاهرة، إلا أن عملية بناء المقاييس في العلوم الإنسانية والاجتماعية تواجه عددا من المعوقات؛ كتحديد صفات العينة، ووضع الوزن المناسب، وارتباط الفقرات بموضوع المقياس ارتباطا منطقيا وهذه المعوقات تجعل المقاييس غير متسمة بالعدالة والمساواة على الدوام، وقد تظهر العوائق حتى على مستوى المقياس الواحد، ومن مؤشرات عدم الدقة في مقاييس العلوم الإنسانية أن معرفة العينة

[1] – فضيل دليو، مقاييس الاتجاه في العلوم الإنسانية، مجلة العلوم الإنسانية، ع10، 1998 (159–168) ص: 63

البشرية المبحوثة بمحاولة القياس يعرض العملية لانعدام التلقائية، وهو ما يسبب تغييرا في الاتجاهات على مستوى الاستجابة .

وعلى الرغم من تلك العوائق يستخدم الباحثون في العلوم الإنسانية والاجتماعية من أجل تكميم الظاهرة عدة وسائل للقياس والاختبار تتفاوت في الدقة والسهولة في التطبيق، ويعقدون آمالا كبيرة على ابتكار وتطوير وسائل جديدة تستخدم فيها التكنولوجيا تقنيات تعتمد على طرق وأساليب ثبتت التجربة سلامة استخدامها خصوصا وأن استخدام المنطق الرياضي في العلوم الانسانية يسهل على الباحث كثيرا من الصعاب التي يصادفها في الدراسات الوصفية[1].

وتعود محاولات قياس الظواهر الاجتماعية الى مطلع القرن العشرين حيث برزت عدة طروحات علمية تؤكد أن الظواهر الاجتماعية قابلة للقياس وسنعرض فيما يلي أهم المقاييس التي يمكن استخدامها في قياس الاتجاهات نحو السلوك.

1.1.1.4. مقياس ثرستون

يعتبر مقياس ثرستون Thurston Scale من المقاييس التمييزية ذات البعد الواحد التي تهدف إلى قياس الاتجاهات باعتبارها حالة من استعداد الفرد المستجيب إيجابيا او سلبيا لموضوع أو موقف معين، وعلى هذا يتخذ الاتجاه مدى توزيعيا معينا يتدرج من الإيجابية المتطرفة الى السلبية المتطرفة، قد قسم ثرستون **Louis Leon Thurstone (1887-1955)** مقياسه الذي يعد أول مقياس لقيس الاتجاهات إلى إحدى عشر درجة يمثل كل منها حالة معينة للاتجاه، فتمثل الدرجة الأولى الإيجابية المتطرفة للاتجاه والدرجة الأخيرة حالة السلبية المتطرفة للاتجاه وتتكون هذه الطريقة من تدريجات متساوية المسافات.

وتصميم هذا المقياس يعمل على أربع خطوات، تهتم الخطوة الأولى بجمع عدد من العبارات التي تمثل كافة الجوانب المتعلقة بالموضوع المراد دراسته أو قياسه أي تغطي موضوع الاتجاه نحو هذا الموضوع،

[1] Oppenheim, A. N. (1992). Questionnaire design, interviewing and attitude measurement (New ed). Pinter Publishers. p191

ويشترط أن تكون العبارات واضحة ودقيقة، على أن تمثل كل عبارة فكرة واحدة مستقلة، وأن تكون متدرجة من التأثير القوي إلى الرفض الشديد مرورا بالحياد الذي يمثل وسط التدريج .

أما الخطوة الثانية فتتضمن عرض هذه العبارات على المحكمين، حيث يطلب من المحكمين تصنيفها على التدريج وفقا لتسلسل وحدات المقياس، وفي هذه الخطوة يتم استبعاد الفقرات التي لا يتفق المحكمون على تحديد وزن لها، وتتضمن الخطوة الثالثة إجراء بعض العمليات الإحصائية لعبارات المقياس، لمعرفة مدى الاتفاق بين المحكمين حول تقييم العبارات لتحديد الوزن الذي تستحقه كل عبارة، توزيع العبارات في الاستمارة التي توزع على أفراد العينة، ويطلب من أفراد العينة وضع علامة أمام كل عبارة من عبارات المقياس، أو إعطاء درجات لكل إجابة.

وفي الخطوة الرابعة يقوم بتصنيف الإجابات الى مجموعات في الشكل التالي :

مؤيد

محايد

معارض جدا

أما تصنيف وقراءة النتائج فيكون باعتبار متوسط الأوزان المتدرجة للعبارات التي اختارها فرد العينة مقياسا لاتجاهه[1].

إن إعداد هذا المقياس يتطلب جهودا مكثفة لجمع العبارات ودراستها وتبويبها لذلك فإنها عملية شاقة ومرهقة وتطلب وقتا وجهدا كبيرين وخبرة عالية، كما أن أوزان العبارات قد تتأثر بتحيز بعض المحكمين تبعا لانتماءاتهم، ثم أن اعتبار المسافات بين وحدات المقياس غير دقيق، وذلك لاختلاف وجهة نظر المحكمين مع أفراد العينة في بعض التقييمات للعبارات التي يتم تصنيفها ضمن فئة واحدة، بغض النظر عن صعوبة توفير المستلزمات المادية والكادر الفني والإداري لإنجاز القياس في ظروف مواتية.

---

[1] بلقاسم سلاطنية، حسان الجلاني، أسس المناهج الاجتماعية، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2012، ص40

2.1.1.4. مقياس ليكرت

مقياس ليكرت Likert Scale صممه رنسيس ليكرت (1903-1981) عام 1932، لدراسة الاتجاهات نحو ظاهرة الامبريالية والسلام العالمي، يعتبر أكثر المقاييس انتشارا، لأنه يتصف بالموضوعية والسهولة في التطبيق.

يقوم مقياس ليكرت على فكرة التجميع؛ فكل ما يشتغل عليه الإنسان في حياته يخضع لعملية التجميع مثل: المعلومات، والسلوكات، وبناء على هذا التجميع فهي قابلة لعمليات القياس، ويتكون مقياس ليكرت من خمس مستويات ترصد القيمة؛ حيث تعبر عملية تقييم الاتجاه عن ثلاثة أفكار أساسية هي الإيجاب والحياد والسلب من خلال عبارات: موافق جدا، موافق، محايد، معارض، معارض جدا، حيث والملاحظ أن المستويين المتعلقين بالإيجاب والسلب مقسمان إلى درجتين للاتجاه ترصدان درجة الأهمية فهناك (الموافق) فقط وهناك (الموافق جدا) في جانب الإيجاب وفي الطرف الآخر المتعلق بالسلب هناك (المعارض) فقط و(المعارض جدا)، وهو بلا شك رصد لشدة التعلق بموضوع القياس[1].

وبناء على ذلك يقوم أفراد العينة باختيار عبارة تقييمية واحدة من عبارات المقياس في موضوع واحد، تعكس اتجاه الفرد بصدده، ثم تحسب معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وتستبعد بعد ذلك كل العبارات التي لا ترتبط ارتباطا عاليا بالدرجة الكلية للمقياس.

تم بناء المقياس وفق مجموعة من الخطوات الواضحة المعالم والعبارات؛ فالخطوة الأولى متعلقة ببناء الفقرات، وهي الجزء المركزي في تصميم المقياس، وتخضع لمجموعة من المعايير كالوضوح والدقة والشمولية في صياغة العبارة، ودلالتها المباشرة على موضوع القياس أو الاتجاه، وفي الخطوة الثانية يتم إخضاع العبارات للتجريب على عينة صغيرة بهدف معرفة مدى انسجامها مع الموضوع، ومعرفة مدى سلاستها في التطبيق.

[1] Questionnaire design, interviewing and attitude measurement.Op cit.p196

في الخطوة الثالثة إفراغ العبارات في استبانة تقدم لأفراد العينة لاختيار عبارة واحدة من الاستبانة، وآخر خطوة في المقياس تتعلق بتحليل العبارات المتضمنة لاستجابة الأفراد، والتي تظهر دلالات الاتجاه لديهم نحو موضوع القياس.

يلاحظ أن مقياس ليكرت بسيط التصميم، واضح وسهل التطبيق، نتائجه يمكنها أن تكون عالية الثبات، وهو غير مكلف من ناحية التصميم وهذا سر شيوعه وانتشاره في هذا المجال.

3.1.1.4. مقياس جوتمان

مقياس جوتمان Guttman Scale مقياس أحادي البعد وضعه لويس جوتمان(1916-1987) Louis Guttman عام 1948، لقياس الاتجاهات ومن مميزاته أنه يساعد على التخلص من صعوبة مركزية تتعلق ببناء واختبار العبارات، وهو مؤلف من عدد من العبارات المتدرجة، بحيث إذا وافق فرد العينة على عبارة، فإنه لابد أن يكون قد وافق على العبارات المتدرجة تحتها في المقياس، لهذا يراعي عند الصياغة التسلسل والتدرج في الاتجاه الواحد، وأن تكون العبارات مخصصة لقياس الرأي فقط، أين تكون الإجابة مقتصرة على الموافقة بـ(نعم) أو الرفض بـ(لا)، ولا توجد في هذا المقياس درجة للحياد[1].

ويكون التأكد من طبيعة الاتجاهات من خلال النظر الى طبيعة ردود أفعال أفراد العينة حيال جمل وعبارات المقياس، فاذا كانت إجاباتهم متناسقة مع تدريجات المقياس فان المقياس جيد وثابت Consistent من حيث البناء، لأن العبارات مبنية في درجات متسلسلة؛ فالتدرج التجميعي شرط أساس في نظر جوتمان وهذا الشرط لا يتوفر في أي مقياس آخر من مقاييس الاتجاهات .

4.1.1.4. مقياس البعد الاجتماعي لبوجاردس

[1] Oppenheim, A. N. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement (New Ed). Pinter Publishers.1992.p202.

يقصد بعبارة البعد الاجتماعي درجات الصلات المتبادلة بين أفراد المجتمع، اذ تتدرج العلاقات من الصلة الوثيقة الى اللامبالاة وعدم الثقة إلى والرفض والعداء، ويجب على الفرد تعيين الموضوع البعد كأن يكون شخصا أو قيمة أو سلوكا.

صمم مقياس Bogardus Scale من طرف العالم إيموري ستيفن بوجاردوس (1882-1973) Emory Stephen Bogardus عام 1925، بعد إجرائه عدة بحوث تدور كلها حول قياس وتحليل الاتجاهات التي يحملها أبناء المجتمع نحو الأقليات القومية والعنصرية في المجتمع.

يتألف هذا المقياس من سبعة درجات؛ تمثل كل واحدة منها درجة البعد الاجتماعي، وتعبر عن الاتجاه المستهدف قياسه، ويطلب من العينة تبيين استجاباتها تجاه العبارات الممثلة للوحدات على الأساس المنطقي للاتجاه، وليس على أساس الانطباع، وبعد توزيع الاستجابات على هذه العبارات تحسب النسبة المئوية المعبرة عن كل استجابة، يفرز الباحث تلك الاستجابات ويرتب نسبها المئوية للوصول على نتيجة الاتجاه نحو موضوع القياس[1].

2.1.4. قياس الاتجاهات نحو الرضاعة

يلعب فهم مواقف الأمهات تجاه الرضاعة الطبيعية دورا في تطوير وتنفيذ سياسات الصحة العامة، وكذلك في تقييم التدخلات التي تهدف إلى زيادة معدل الرضاعة الطبيعية، لهذا السبب هناك حاجة ملحة إلى ابتكار أدوات حديثة وموثوقة لقياس وتقييم المعرفة والاتجاهات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية، ويبدو أن الفهم الأكثر شمولا للعوامل التي تؤثر على قرارات المرأة ومواقفها فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية أمر ضروري في هذا المجال، لأنه لا يزال يتعين على الباحثين إجراء الدراسات المكثفة والدقيقة حول اتجاهات الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية باستخدام أدوات موحدة بغرض التمكن من بناء التدخلات من خلال الدعم

[1] – فؤاد البهي السيد، سعد عبد الرحمن، علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999، ص: 265

الاجتماعي، انطلاقا من تحديد نسب الأمهات المعرضات لخطر عدم ممارسة الرضاعة الطبيعية أو ممارستها دون المستوى الأمثل.

ولا شك أن اتجاهات الرضاعة تختلف عند الأمهات بناء على المحددات والعوامل المختلفة المحيطة بهن كالثقافة والتقاليد والدين والمعتقدات الشخصية والخلفية الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية وغيرها من العوامل، وبناء على ذلك يمكن رصد اتجاهات الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية كما يلي:

1.2.1.4. الاتجاه الإيجابي نحو الرضاعة الطبيعية

وهو الاتجاه الطبيعي والنموذجي الذي يفترض أن تكون عليه الأمهات، حيث يتحدد منظور الرضاعة الطبيعية على أنه الأساس الذي يجب أن ينبني عليه مفهوم الأمومة، انطلاقا من الفوائد التي يوفرها هذا السلوك لصحة الأطفال والأمهات؛ كالوقاية من الأمراض، وتقوية العلاقات العاطفية والاجتماعية على المديين القريب والبعيد. ولهذا يجد هذا الاتجاه تشجيعا ودعما من معظم الهيئات الاجتماعية الوطنية والدولية.

2.2.1.4. الاتجاه السلبي نحو الرضاعة الطبيعية

ويعبر هذا الاتجاه عن رفض الأمهات للرضاعة الطبيعية؛ رفضا مباشرا أو غير مباشر، حيث تختار بعض الأمهات الرضاعة بالزجاجة بدلا من الرضاعة الطبيعية، وذلك لأسباب مختلفة مثل: صعوبة الرضاعة الطبيعية، أو عدم التوفر الكافي لحليب الأم، أو التأثير على جماليات الأم أو غيرها من الأسباب والدواعي.

3.2.1.4. الاتجاه نحو الرضاعة المختلطة

يعبر هذا الاتجاه في معظم الحالات عن عدم الاقتناع الراسخ بفوائد التغذية الطبيعية للطفل، ودورها في بناء إنسان سليم على المديين القريب والبعيد، لهذا يميل كثير من الأمهات إلى الرضاعة المخلوطة

مدفوعات بمبررات مثل: وجود صعوبة في الرضاعة الطبيعية، أو الرغبة في زيادة كمية الحليب للطفل، عندما يحتاج الطفل لتغذية إضافية.

3.1.4. تطور اتجاهات الرضاعة الطبيعية في الجزائر من عام 2002 إلى غاية 2012

انطلاقا من فحص الأسئلة الموجهة إلى الأمهات في المسوح المختلفة، نجد أن الاستبيانات التي تم ملؤها لا تخصص سؤالا مباشرا للأمهات لتبين اتجاهاتهن أو مواقفهن تجاه الرضاعة الطبيعية، كما لا تطرح أسئلة على الأمهات حول فائدة الرضاعة الطبيعية للرضيع والأم؛ مما يعرض الاستبيان إلى الانتقاد؛ لأن هذه المسوح القائمة على الاستبيانات الهدف منها مراقبة وتصحيح مسار السلوكات حول ظواهر الصحة الاجتماعية، وتعزيز بعضها بغرض التنمية المستدامة التي سطرتها المنظمات الصحية العالمية؛ الأمر الذي يجعل عملية فحص الاتجاهات ديموغرافيا مسألة صعبة بل شبه مستحيلة، مما ألجأنا إلى بناء تصور لهذه الاتجاهات من خلال ناتج انتشار الرضاعة في المسح العنقودي الرابع والمسوح التي قبله، وهي طريقة غير مباشرة في التعامل مع الاتجاهات والمواقف، وتبقى الأسئلة المباشرة في الاستبيانات هي الوحيدة التي يمكنها أن تزودنا بالإحصاءات الدقيقة لتصريحات الأمهات حول المواقف والاتجاهات حيال سلوك الرضاعة وهي التي تكشف أثر العوامل في توجيه السلوك.

والواقع أن تطبيق مقياس من مقاييس الاتجاهات السابقة الذكر في هذه الدراسة أضحى مستحيلا، فالاستبيان الذي تم تنفيذه في المسح العنقودي الرابع لم يوفر مساحة لرصد اتجاهات الأمهات نحو سلوك تغذية الطفل، واكتفى برصد الحقائق العامة نحو هذا السلوك، رغم أن رصد الاتجاهات يوفر معلومات هامة حول الوضعية الحالية ويتيح مؤشرات الآفاق المستقبلية للتطورات الديموغرافية لسلوك الرضاعة خصوصا وصحة السكان عموما.

1.3.1.4. تطور نسب الرضاعة الطبيعية:

جدول رقم 9: تطور نسب الرضاعة في الجزائر من 2002 إلى 2012

المؤشر	(PAPFA)2002	(MICS3)2006	(MICS4)2012
نسبة انتشار الرضاعة	%92.7	%93.5	%89.5
وسيط الرضاعة	13.3 شهر	/	13.3 شهر
متوسط الرضاعة $\frac{P}{I}$	14.9 شهر	11.65 شهر	/

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات تقارير مسوح (PAPFAM2002،MICS3، MICS4)

من خلال الجدول رقم (9) نلاحظ أن هناك انتشارا كبير للرضاعة الطبيعية خلال العشر سنوات الماضية عن مسح 2012 إلا أنه أصبح في تراجع؛ حيث كانت نسبة الانتشار في عام 2002 (92.7%) لترتفع بحوالي نقطة واحدة في عام 2006 بـ (93.5%) ثم تنخفض بأربع نقاط عام 2012 بـ (89.5%)

أما وسيط الرضاعة فقد كان مستقرا حيث تم تسجيل نفس النسبة من عام 2002 إلى غاية 2012 وقدرت بـ 13.3 شهرا. في حين انخفض متوسط الرضاعة من 14.9 شهرا في 2002 إلى 11.65 شهرا في 2006.

استنادا إلى نسب الانتشار ومتوسط الرضاعة، يتبين نسبيا أن هناك تراجعا في نسبة الرضاعة الطبيعية، مما يستلزم أن اتجاهات الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية كانت سلبية دون التحقق من نوعية هذه السلبية بإدراج الاتجاه ضمن السلبية المطلقة أو غير المطلقة، لأن معطيات المسح العنقودي لا تتيح لنا التعرف على هذا الجانب فقد كان الاتجاه معارضا للرضاعة الطبيعية، وقد كان سلبيا بسبب عدم الالتزام بالرضاعة والاتجاه نحو بدائل الرضاعة الطبيعية.

2.3.1.4. تطور نسب البدء بتلقي الرضاعة الطبيعية

جدول رقم 10: تطور نسب البدء بتلقي الرضاعة الطبيعية في الجزائر من2002 إلى 2012.

المؤشر	(PAPFAM)2002	(MICS3)2006	(MICS4)2012
نسبة البدء للرضاعة خلال الساعة الأولى	%55.4	%49.5	%35.7
نسبة البدء للرضاعة خلال اليوم الأول	/	%80.4	%70.6

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات تقارير مسوح (PAPFAM2002،MICS3، MICS4)

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ تراجع في نسبة بدء الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة خلال الفترة الممتدة من2002 الى غاية 2012، حيث كانت في عام 2002 (55.4%) لتتراجع عام2006 إلى 49.5% وتستمر في التراجع عام2012 إلى35.7% لتفقد بذلك قرابة 20 نقطة، نفس الشيء بالنسبة لبدء الرضاعة خلال يوم بعد الولادة فنلاحظ تراجعا بحوالي عشر نقاط حيث كانت 80.4% عام 2006 لتتراجع إلى 70.6% عام 2012.

من خلال رصد نسب بدء الرضاعة في مؤشرين اثنين مؤشر الساعة الأولى من الولادة ومؤشر اليوم الأول وإشارة الجدول إلى التراجع المتوالي لسلوك الرضاعة الطبيعية في المجتمع الجزائري يمكن القول إن اتجاهات الأم الجزائرية نحو التغذية الطبيعية للرضيع سلبية، وتستلزم الاهتمام والمراجعة سواء ما يخص الرضاعة في الساعة الأولى، أو خلال اليوم الأول من الولادة خاصة وأن حليب الأم ما بعد الولادة مباشرة يحتوي على مكونات جد مفيدة لصحة الرضيع، وتتناقص تلك الفائدة بمرور الأيام.

3.3.1.4. تطور نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية والغالبة

جدول رقم 11: تطور نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية والغالبة في الجزائر من 2002 إلى 2012

المؤشر	(PAPFAM)2002	(MICS3)2006	(MICS4)2012
نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى 6 أشهر	%5	%6.9	%25.7
نسب الرضاعة الطبيعية الغالبة إلى 6 أشهر	/	/	**%48.1**

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات تقارير مسوح (PAPFAM2002،MICS3، MICS4).

من خلال الجدول رقم (11) يتبين حسب الاحصائيات المتوفرة أن نسب الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى غاية 6 أشهر تتطور نحو الأفضل ففي مسح PAPFAM 2002 كانت النسبة جد متدنية حيث قدرت بـ 5%، ولم تتغير النسبة كثيرا في مسح (MICS3)2006 حيث بلغت 6.9% وهذه النسبة لا تختلف كثيرا عن سابقتها، أما في مسح (MICS4)2012 فقد قفزت النسبة بثلاثة أضعاف مما كانت عليه، وهو مما يشير الى بداية الاتجاه الإيجابي نحو سلوك الرضاعة الطبيعية في المجتمع الجزائري وهذا ما يدل ربما إلى زيادة الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية ودور الحملات الصحية والتثقيفية في تعزيز هذه الممارسة. وأما فيما يتعلق بالرضاعة المختلطة في هذه الفترة فإننا لا نملك إلا معلومات عن مسح (MICS4)2012 حيث بلغت النسبة 48.1% وهي نسبة كبيرة تدل على التغذية غير الصحية للرضع وعلى التوجه السلبي للمجتمع نحو الرضاعة الطبيعية الحصرية، أما المسوح السابقة فهي غير متوفرة الامر الذي لا يتيح لنا رصد تطور الرضاعة المختلطة عبر المسوح المختلفة.

4.3.1.4. تطور نسب إكمال الرضاعة الطبيعية

جدول رقم 12: تطور نسب إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية1عام و2 عام في الجزائر من2002 إلى 2012

المؤشر	(PAPFAM)2002	(MICS3)2006	(MICS4)2012
نسب إكمال الرضاعة إلى1 عام	%43.4	%46.5	%46.7
نسب إكمال الرضاعة إلى 2 عام	%26.6	%22.2	%26.6

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات تقارير المسوح الوطنية (PAPFAM2002، MICS3، MICS4)

من خلال الجدول (12): الذي يمثل تطور نسب الرضاعة الطبيعية في الجزائر أن نسب الرضاعة إلى غاية 1 عام أدنى من المتوسط وتكاد تكون متقاربة في المسوح المختلفة من 2002 إلى 2012 لكنها في ارتفاع نسبي نجدها في مسح 2002 بنسبة 43.4% لترتفع في مسح 2006 إلى 46.5% بفارق 3 نقاط، ثم تصل إلى 46.7% في المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012.

أما نسب الرضاعة من 11 عام إلى 2 عام فإن فإنها كانت كذلك متقاربة لكنها أقل من سابقتها لأسباب كثيرة متعلقة بتقدم عمر الرضيع وإدخال التغذية التكميلية فنجدها في مسح 2002 بنسبة 26.6% لتنخفض بأربع نقاط في مسح 2006 أي بنسبة 22.2% ثم ترتفع في مسح 2012 مرة أخرى إلى ما كانت عليه من قبل في مسح 2002، ويستنتج من هذا الجدول الرضاعة الطبيعية في الجزائر تضل نسبها مستقرة لمدة عقد من الزمن، لكن استقرارها يضل كذلك يبقى دون المتوسط على الأقل بالنسبة للعينة التي شملها المسح.

5.3.1.4. تطور نسب الرضاعة الاصطناعية

جدول رقم 13: تطور نسب الرضاعة الاصطناعية في الجزائر من 2002 إلى 2012

المؤشر	(PAPFAM)2002	(MICS3)2006	(MICS4)2012
نسب الرضاعة الاصطناعية	%59.5	/	%48.8

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات تقارير مسوح (PAPFAM2002،MICS3، MICS4)

من خلال الجدول (13) نلاحظ أن نسب الرضاعة الاصطناعية في الجزائر شهدت ارتفاعا معتبرا، مشكلة تهديدا لصحة الأم والطفل والمجتمع، ففي العشر سنوات السابقة للمسح، أي في عام2002 بلغت نسبتها 59.5% ورغم أنها انخفضت انخفاضا نسبيا وفق احصائيات في عام 2012 إلى 48.8% إلا أن ملامح الخطر لا تزال قائمة بناء على العزوف عن الرضاعة الطبيعية، كما تشير هذه النسب إلى الاتجاهات السلبية للأمهات الجزائريات، نحو سلوك الرضاعة الطبيعية.

2.4. محددات الرضاعة الطبيعة الحصرية

الرضاعة الطبيعية هي سلوك بشري معقد، والأبحاث التي أجريت حولها حتى الآن قدمت العديد من الأفكار القيمة حول محددات هذا السلوك، كما قدمت تفصيلات للعوامل المختلفة التي ترتبط سواء بالرضاعة الطبيعية أو التكميلية.

ولا شك أن البحث في هذا المجال بحث واسع النطاق، إلا من مهامه الأساسية عرض المحددات السائدة أو المتغيرات المستقلة ذات الصلة بممارسات الرضاعة الطبيعية، وهذا يشمل خصائص الأم مثل العمر والتعليم، وقضايا صحة الأطفال مثل المشاكل الصحية والوزن عند الولادة والعوامل المتعلقة بالنوع الاجتماعي والخدمات الصحية مثل المساكن وطلب التغذية، وكذلك العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية مثل الدعم الاجتماعي من العائلة والأصدقاء وموظفي الخدمات الصحية[1]. ويعد فهم العوامل المرتبطة

[1] Bell, Linda., et al. Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les jeunes mères canadiennes. Revue Santé Publique, 2015/1 Vol. 27, 2015. p.7-15.

بالرضاعة الطبيعية وممارسات التغذية أمورا ضرورية لتطوير وتعزيز ممارسات تغذية الرضع الصحية، وتفصل الدراسات التطبيقية المحددات كما يلي:

1.2.4. محددات الرضاعة الطبيعية في الدراسات التطبيقية

تتفق الدراسات الميدانية في مجال سلوك الرضاعة على التعرض لمجموعة من المتغيرات التي تؤثر على سيرورة هذا السلوك وفيما ما يلي أبرزها:

1.1.2.4. عمر الأم

من العوامل التي ارتبطت معدلات بدء الرضاعة الطبيعية ومدتها بشكل متكرر عمر الأمهات، فقد ذكرت العديد من الدراسات أن النساء الأكبر سنا أكثر عرضة لممارسة بدء الرضاعة الطبيعية لفترات أطول من الوقت مقارنة بالأمهات الأصغر سنا، أي من المرجح أن ترضع الأمهات الأكبر سنا أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية، يعني هذا أن المرأة الأكبر سنا، تزداد احتمالية إرضاعها إرضاعا طبيعيا لأطول فترة زمنية[1].

2.2.1.4. المستوى التعليمي للأم

من العوامل التي بحثتها الدراسات المستوى التعليمي للأمهات اعتقادا أن المستوى التعليمي يؤثر على السلوك، ويبدو أن النساء المتعلمات في البلدان المتقدمة قد عدن إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية، بينما في معظم البلدان النامية، تحولن بشكل متزايد إلى تغذية الزجاجات، رغم أن الفرضية الأساسية في هذا المجال تفضي إلى أن الأمهات المتعلمات يبدأن الرضاعة الطبيعية ويواصلن ممارستها لفترات أطول من الأمهات الأقل تعليما أو ذوات المستوى التعليمي المتدني في البلدان الصناعية إلا الأمهات في الدول النامية على غرار المملكة العربية السعودية، ارتبط بدء الرضاعة الطبيعية ومدتها عكسيا مع مستوى تعليم الأم[2].

---

[1] Kitano, Naomi, et al. "Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding." Preventive medicine reports 3 (2016): 121-126.

[2] Colodro-Conde, Lucía, et al. "Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain." Journal of Human Lactation 27.3 (2011): 272-278.

3.1.2.4. عدد الولادات

كانت هناك العديد من الدراسات حول العلاقة بين التكافؤ ومدة الرضاعة الطبيعية في كل من البلدان المتقدمة والنامية؛ فالأمهات متعددات الولادة أكثر عرضة لبدء الرضاعة الطبيعية منه عند النساء اللواتي يلدن لأول مرة، كما بينت الدراسات أن الأمهات اللواتي يلدن لأول مرة قد يتعرضن لخطر الرضاعة الطبيعية غير الحصرية بسبب نقص الخبرة في المقابل[1].

4.1.2.4. عمل الأمهات

عمل الأم من العوامل المهمة المرتبطة ببدء الرضاعة الطبيعية ومدة ممارستها، وهناك عدد كبير من الدراسات التي قامت بالتحقيق فيما إذا كان عمل الأم يؤثر على قرارها في الرضاعة الطبيعية أو إنهاء الرضاعة الطبيعية وبدء الرضاعة الصناعية.

وقد تبين من الدراسات أن أحد العوائق الرئيسية أمام الرضاعة الطبيعية يتمثل في العودة إلى العمل، وأن عودة الأم إلى العمل مرتبطة بالفطام المبكر للرضيع أو جعل فترة الرضاعة الطبيعية أقصر مدة مما هو مطلوب.

كما تشير أدلة أخرى إلى أن العودة إلى العمل ليست بالضرورة السبب في التقليل من بدء الرضاعة الطبيعية، باستثناء الأمهات اللواتي يعدن إلى العمل في غضون الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة، وأن مدة الرضاعة الطبيعية تقل بشكل ملحوظ عندما تعود الأم إلى العمل في أقل من 12 أسبوعا بعد الولادة.

[1] Davis, Abi MB, and Valentina Sclafani. "Birth experiences, breastfeeding, and the mother-child relationship: evidence from a large sample of mothers." Canadian Journal of Nursing Research 54.4 (2022): 518-529.

علاوة على ذلك، يعد مكان العمل بمثابة حاجز للأمهات اللاتي يرغبن في الرضاعة الطبيعية، لهذا تتيح قوانين العمل تقديم إجازة الأمومة مدفوعة الأجر للاهتمام بالرضيع وتشجيعا على إطالة مدة الرضاعة الطبيعية[1].

5.1.2.4. ممارسات المستشفى

توعية المستشفيات عامل فريد وحاسم في الدعم المقدم الرضاعة الطبيعية قبل الولادة وبعدها، ولا تؤثر ممارسات المستشفى في نجاح الرضاعة الطبيعية أثناء الإقامة في المستشفى فقط ولكنها أيضا تؤثر في قرار التفرد ومدة الرضاعة بشكل عام.

وانطلاقا من أن توقيت التغذية الأولى مرتبط بشكل كبير بالمدة الإجمالية للرضاعة الطبيعية، وبحسب "الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة" التي حددتها منظمة الصحة العالمية، يجب على موظفي خدمات الأمومة مساعدة الأمهات على بدء الرضاعة الطبيعية في غضون الساعة الأولى من الولادة، لأن الأطفال الذين تم إرضاعهم خلال 12 ساعة من الولادة حسب الدراسات الميدانية تم إرضاعهم رضاعة طبيعية لفترات أطول.

6.1.2.4. المكان

إبقاء الرضيع مع والدته بعد الولادة يدعم الأم ويشجعها على بدء الرضاعة الطبيعية والتغذية عند الطلب، وبقاء الرضيع مع أمه في توقيت التغذية الأولى من أهم المحددات في بدء الرضاعة الطبيعية ، فالرضع الذين تلقوا لبن الأم كأول إطعام لهم يرضعون طبيعيا لفترة أطول من أولئك الذين تلقوا الماء والجلوكوز أو الحليب الاصطناعي، ترتبط الرضاعة الطبيعية في غضون ساعة

[1] Soumah, Anne Marie, et al. "Determinants of the Practice of Exclusive Breastfeeding in Guinea: Evidence from 2018 Guinean Demographic and Health Survey." *BMC Nutrition*, vol. 7, no. 1, Jan. 2021, p. 44

أو ساعتين من الولادة بترسيخ عامل السكن، وهذا يفسر جزئيا نجاح فترات الرضاعة الأطول التي لوحظت بين النساء لم ينفصلن عن مواليدهن وعدم النجاح عند اللواتي انفصلن عن أطفالهم خلال الأيام الأولى من الولادة[1].

7.1.2.4. الولادة قيصرية

خلص الباحثون إلى أن الولادة القيصرية يمكن أن تؤخر المرأة من تمكن طفلها من الرضاعة رضاعة طبيعية فقد ذكرت الدراسات أن الولادة القيصرية كانت أحد عوامل الخطر المرتبطة بتأخر بداية الرضاعة. تظهر بعض الدراسات فترات أقصر من الرضاعة الطبيعية بين النساء اللواتي يلدن بعملية قيصرية.

تشير البيانات إلى وجود ارتباط سلبي بين العملية القيصرية في الولادة والرضاعة الطبيعية، ولكن ليس هناك ارتباط بالمدة بعد الرضاعة الطبيعية، وتشير النتائج إلى أن الأمهات اللواتي يلدن بعملية قيصرية أكثر عرضة على الأرجح لإدخال المكملات الغذائية لأطفالهم في الأيام الأولى بعد الولادة، وبالتالي تقليل مدة الرضاعة الطبيعية الكاملة[2].

8.1.2.4. مشاكل الحلمة

كانت الحلمات المتقرحة والمتشققة من المشاكل الشائعة التي تعاني منها الأمهات في دراسات الرضاعة الطبيعية، الأمهات اللاتي يعانين من التهاب الحلمات يرضعن لفترة أقصر المدة، وكانت مرتبطة مع التوقف المبكر عن الرضاعة الطبيعية مقارنة بالأمهات لم يكن لديه أي مشاكل في الحلمة[3].

---

[1] Soumah, Anne Marie, et al. “Determinants of the Practice of Exclusive Breastfeeding in Guinea: Evidence from 2018 Guinean Demographic and Health Survey.” *BMC Nutrition*, vol. 7, no. 1, Jan. 2021, p. 44

[2] Noirhomme-Renard, Florence, and Quentin Noirhomme. "Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature." Journal de pédiatrie et de puériculture 22.3 (2009): 112-120 p: 116

[3]Prachniak, Gail K. "Common breastfeeding problems." Obstetrics and Gynecology Clinics 29.1 (2002) : 77-88.

للوقاية من مضاعفات الرضاعة الطبيعية مثل التشقق / التهاب الحلمات وقصور الحليب، يحتاج الطفل إلى أن يعلق على الثدي بشكل صحيح، كما أنها مهارة تحتاجها الأمهات وهي مهارات تتعلم؛ وليست مسألة غريزية، وقد أبلغت النساء عن بعض مهني الصحة أنهم يفتقرون إلى المهارات اللازمة لتعليم الأمهات كيفية إرضاع مواليدهن بشكل صحيح.

9.1.2.4. دعم المهنيين الصحيين

يرتبط الدعم في المستشفيات بزيادة مدة الحصرية الرضاعة الطبيعية فتعتبر الرعاية الصحية ودعم المتخصصين أمران ضروريان لاستمرار الرضاعة الطبيعية، كما أن تضارب النصائح أو المعلومات غير الدقيقة تشير إلى أن هناك مشكلة خطيرة تواجه قرارات الرضاعة الطبيعية.

فمن المهم أن يمنح المهنيون الصحيون الأمهات الثقة في قدرتهن على الرضاعة الطبيعية فالنقص في المعلومات العملية والمساعدة يؤدي في بعض الأحيان إلى التوقف عن الرضاعة الطبيعية في وقت أبكر مما كانت الأمهات يأملن ولهذا يرتبط نقص الدعم المهني بالفطام المبكر وانخفاض حصرية الرضاعة الطبيعية، ولأن التدخلات من قبل مقدمي الرعاية الصحية تنطوي على التثقيف حول الرضاعة الطبيعية فإن ذلك يحسن معدلات بدء الرضاعة الطبيعية، إضافة إلى ذلك يساعد الدعم على إطالة مدة الرضاعة الحصرية[1].

10.1.2.4. الدعم الاجتماعي

الدعم الاجتماعي من الزوج والأصدقاء وأفراد الأسرة و / أو الصحة تم تحديده من المتخصصين كعامل مؤثر في خيارات تغذية الرضع وتخلص مراجعة أدبيات الرضاعة إلى أن الدعم الفني والمهني معا يطيلان مدة الرضاعة الطبيعية، وتسهم في نجاح الرضاعة الطبيعية الحصرية.

[1] Noirhomme-Renard, Florence, and Quentin Noirhomme. "Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois Op cit. 116

ومع ذلك، فإن مواقف ومعتقدات الناس في الشبكات الاجتماعية للمرأة، وليست تلك المتعلقة بالصحة ومهنيي الرعاية، تؤثر بشكل خاص في قرار تغذية الرضع، فالعديد من الدراسات في هذا المجال وجدت أنها تمثل أكثر المصادر أهمية للدعم في بدء الرضاعة الطبيعية، وبالتالي يمكن للأب مثلا أن يكون بمثابة حاجز إذا كان فعلا لا يدعم الرضاعة الطبيعية، أو إذا تصرف بشكل متناقض مع كيفية تغذية الطفل، وقد تعتبر الأمهات أن الرضاعة الصناعية أكثر ملاءمة من الرضاعة الطبيعية لأنها تسمح للأب بالمشاركة في عملية تغذية الطفل، كما تم العثور في الدراسات على أن نقص المعرفة بالرضاعة الطبيعية يعيق الرضاعة الطبيعية فآراء وخبرات أمهات الأمهات والجدات حول رضاعة الأم وفطامها لرضيعها تؤثر على قراراتها، إما عن طريق التشجيع على الإدخال المبكر للرضاعة البديلة، أو حتى بمساعدة الأم على اقتناء بدائل حليب الأم[1].

في الثقافة العربية تتمتع الأمهات بالدعم المجتمعي داخل عائلاتهن فمعرفة الرضاعة الطبيعية تنتقل من الأم إلى البنت في صورة ممارسات ومعتقدات، وللرضاعة أساس ديني في الثقافة الإسلامية، فالقرآن يوصي الأم بإرضاع ولدها لمدة عامين كاملين لمن أراد إتمام الرضاعة، كما أن التقاليد الاجتماعية للأسرة المنتشرة في الثقافة الإسلامية تجعل الأمهات يستفدن من الإعفاء من أعباء المنزل لمدة تصل إلى الأربعين يوما الموالية لميلاد الرضيع، تهتم خلالها الأمهات فقط بإرضاع أطفالهن حديثي الولادة، لهذا فسلوك الرضاعة الطبيعية تتطلب دعما ومساعدة من الأب وأفراد الأسرة الآخرين، كما تتطلب السماح للأم والطفل بأن يكونا سويا دون إزعاج بقدر ما ممكن في الأربعين يوما الأولى من حياة الطفل، ويمكن للجدة خلالها من تقديم الدعم من خلال الاعتناء بابنتها الأم وطفلها بإرشادات حول كيفية تلبية احتياجات الطفل.

[1] Humphreys, Amy S., Nancy J. Thompson, and Kathleen R. Miner. "Intention to breastfeed in low-income pregnant women: The role of social support and previous experience." Birth 25.3 (1998): 169-174.

وخلاصة لما سبق فإن قرارات الرضاعة الطبيعية تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة بالأمهات وبالمعرفة المضمنة المكتسبة من رؤية ممارسة الرضاعة الطبيعية في المجتمع وكذلك من خلال المعرفة النظرية حول فوائدها لأن انخفاض مستوى الرضاعة الطبيعية في المجتمع مرتبط بهذه العوامل في ظل التسويق القوي للبدائل الصناعية ونقص التوعية.

2.2.4. محددات الرضاعة في المجتمع الجزائري من خلال مسح 2012

يهدف هذا الجزء من الدراسة إلى تحديد العوامل المؤثرة في ظاهرة الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال أقل من ستة أشهر بين الأمهات الجزائريات من خلال التحليل الإحصائي لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) الذي تم إنجازه في الجزائر في فترة 2012-2013 من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المدعم ماليا وتقنيا من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان(UNFPA) [1]. وقد استخدم في هذا البحث بيانات الأطفال الأقل من ست أشهر مع أمهاتهم اللواتي يتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة المشتقة من المسح في الفترة المشار إليها، ويبلغ عدد أفراد العينة 1715 امرأة.

1.2.2.4. متغيرات الدراسة

- المتغير التابع

من أجل اختبار فرضية الدراسة المتعلقة بتبعية قرار الرضاعة الطبيعية لمجموعة من العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية والسياقية يقوم هذا الجزء من الدراسة بتحديد أهم العوامل المؤثرة في الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال أقل من ستة أشهر بوصفها أساس التغذية السليمة للرضع ومدى تأثيرها على الممارسة وسط الأمهات الجزائريات.

---

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière .Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012-2013 .Rapport final Algérie, 2012-2013.

المتغير التابع في هذه الدراسة هو الرضاعة الطبيعية الحصرية، وقد تم قياسه عند الرضع أقل من ستة أشهر الذين كانوا يرضعون أثناء المسح، ولم يتلقوا أي مواد صلبة أو سوائل أخرى إلى جانب حليب الثدي باستثناء محلول الإماهة الفموي أو القطرات أو الشراب (الفيتامينات والمعادن والأدوية)، مع اشتراط استخدام الزمن المرجعي 24 ساعة قبل المقابلة، حسب المعيار العالمي الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية لقياس معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر[1] وتم ترميز "تلقي الرضاعة الطبيعية الحصرية" بـ (1) وتلقي الرضاعة الطبيعية غير الحصرية" (0).

- المتغيرات المستقلة

تم اختيار المتغيرات المستقلة على أساس الإطار المفاهيمي للمتغير المستقل، ونوع بيانات المسح الديموغرافي الجزائري حول هذه العوامل، وكذا الدراسات التي تمت مراجعتها في مجال العوامل المؤثرة، وقد تم اختيار المتغيرات بالنظر إلى العلاقة التي تجمع بينها حسب ما يلي:

- **العوامل الاقتصادية، الاجتماعية، الديموغرافية والثقافية للأم**

عمر الأم: ("15–19"=1، "20–34"=2، "35–49"=3)؛
عدد الأطفال: ("1"=1، "2–4"=2،"5 فأكثر")؛
المستوى التعليمي: (" بدون تعليم"=1، "ابتدائي"=2، "متوسط"=3، "ثانوي"=4، "جامعي"=5)؛
مؤشر الثروة: ("أكثر فقرا"=1، "فقير"=2، "متوسط"=3، "غني"=4، "أكثر غنى"=5)؛
الحالة الاجتماعية: ("متزوجة"=1، "مطلقة"=2)؛
الولادة قيصرية: ("نعم"=1،"لا"=2)؛
عمل الأم: ("عاملة"=1،"ماكثة بالبيت"=2).

- **العوامل المتعلقة بالطفل**

العمر: (0 شهر=1، 1شهر=2، 2شهر=3، 3شهر=4، 4شهر=5، 5شهر=6)؛
الجنس: (ذكر=1، انثى=2)؛
حجم الطفل عند الولادة: (كبير جدا=1، أكبر من المتوسط=2، متوسط=3، اقل من المتوسط=4، صغير جدا=5)؛

[1] World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation. Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization, 2001

الرضاعة بالزجاجة(الاصطناعية): (نعم=1، لا=0).

- **العوامل السياقية**

مكان الولادة: ("المنزل"=1،"المستشفى"=2)؛
مكان الإقامة: ("حضر"=1، "ريف"=2)؛
تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة:("نعم"=1،"لا"=2)؛

2.2.2.4. التحليل الثنائي للمتغيرات

من أجل اختبار وقياس مدى الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع عن طريق توزيع كاي وبيرسون، تم إجراء اختبارات كاي مربع لتحديد العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية الحصرية، كما تم اختبار جميع المتغيرات المستقلة ببعضها للتأكد من أهميتها باستخدام التحليل ثنائي المتغيرات، وفي الأخير تم اختبار المتغيرات المستقلة (محددات الرضاعة) للارتباط مع المتغير التابع (الرضاعة الطبيعية الحصرية) باستخدام التحليل ثنائي المتغير، اعتبرت المتغيرات المستقلة ذات القيمة $p < 0.05$ عند فاصل الثقة 95٪ هامة، كما تم استبعاد القيم المفقودة أو غير المعروفة قبل التحليل.

-اختبار العلاقة بين الرضاعة الطبيعية الحصرية والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والاجتماعية للأم والطفل.

جدول رقم 14: يمثل التحليل الثنائي للارتباط بين الرضاعة الطبيعية الحصرية والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية للأم

الديموغرافية الاقتصادية الاجتماعية، الثقافية						
العوامل / المتغيرات		الرضاعة الطبيعية الحصرية (التكرار) النسبة٪			P-value	كاي مربع
		نعم	لا	المجموع		
عمر الأم	15-19	1.8% (8)	2,2% (28)	36		
	20-34	75,6%(331)	71,4%(907)	1238		

	35-49	22,6%(99)	26,4% (335)	434	0,224	2,823
	المجموع	100% (438)	100%(1270)	1708		
المستوى الاقتصادي	أكثر فقرا	23,8% (105)	23,9%(304)	409	0,056	9,710
	فقير	20% (88)	23% (293)	381		
	متوسط	19% (84)	15,9%(203)	287		
	غني	16,3% (72)	20,6%(262)	334		
	أكثرغنى	20,9% (92)	16,6%(211)	303		
	المجموع	100% (441)	100% (1273)	1714		
عدد الأطفال	1	25,6% (112)	31,1%(395)	507	0,051	5,938
	2-4	25,3% (111)	25,7%(326)	437		
	5فأكثر	49,1% (215)	43,2%(548)	763		
	المجموع	100% (438)	100%(1269)	1707		
الحالة الاجتماعية	متزوجة	99,3% (435)	98.8 %(1255)	1690	0,578	1,097
	مطلقة	0,7% (3)	1,2% (15)	18		
	المجموع	100% (438)	100%(1270)	1708		
المستوى التعليمي	دون تعليم	15,8% (70)	17,7%(226)	296	0,726	2.052
	ابتدائي	17,4% (77)	15,4%(196)	273		
	متوسط	32,8% (145)	31,9%(406)	551		
	ثانوي	20,6% (91)	22,1%(282)	373		
	جامعي	13,3% (59)	12,9%(164)	223		
	المجموع	100% (442)	100%(1274)	1716		
نوع الولادة (قيصرية)	نعم	58 (13,5%)	225(18%)	283	0.032	4.574
	لا	371(86,5%)	1025(82%)	1396		
	المجموع	100% (429)	1250(100%)	1679		
عمل الأم	عاملة	8,3% (36)	10,9%(138)	174	0,115	2.484

	غيرعاملة	91,7% (400)	(1127) %89,1	1527		
	المجموع	100% (436)	(1265)%100	1701		

المصدر: اعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح

من خلال الجدول رقم (14) الذي يرصد العوامل الاقتصادية والاجتماعية الثقافية للأمهات المرضعات وارتباطها بالرضاعة الحصرية نلاحظ أن عمر الأم قد جاءت بمربع كاي قدر 2,82و 0.224 = p في الأعمار المختلفة للأمهات وهي نسبة تدل على عدم الارتباط بين الرضاعة الحصرية وعمر الأم وخبرتها بالرضاعة. أما المستوى الاقتصادي فكانت بمربع كاي 3.710 و0.056=p وهي نسبة تدل على انعدام الارتباط الجوهري بين المتغير التابع والمتغير المستقل. ولا يوجد تأثير للمتغير المستقل المتمثل في عدد الأطفال على المتغير التابع جاءت دلالته p=0.051 وكاي مربع قدر بـ 5,938 كما لم تؤثر الحالة الاجتماعية المتمثلة في الطلاق على المتغير التابع وقد جاءت نسبة p=0.578 والأمر نفسه للمستوى التعليمي بدلالة p=0.726، وعمل الأم p=0,115 وهذه النسب تقر بعدم تأثر الأم الجزائرية أمام مجموعة من العوامل المتعلقة بحياتها، وتلخيصا لهذا تنفي إحصاءات P-value التأثير المباشر للعوامل الاقتصادية والثقافية والاجتماعية على سيرورة الرضاعة الطبيعية الحصرية.

في حين نجد أن هناك علاقة بين الرضاعة الطبيعية الحصرية ونوع الولادة وهذا ما تؤكده إحصائية كاي مربع التي قدرت بـ 4.574 و0.032=p وهي أصغر من 5% هذا يعني أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية، فمن خلال التوزيع العمودي، تبين أن نسبة الأمهات اللواتي مارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية بعد ولادة قيصرية بلغت فقط (13,5%) مقابل (86,5%) بعد الولادة الطبيعية. أما من خلال التحليل الافقي للجدول، فإن غالبية المرضعات والمقدرة بنسبة 86% كانت ولادتهن غير قيصرية، في حين كانت النسبة الأقل والمقدرة بـ 13% من نصيب الأمهات اللواتي ولدن قيصريا.

جدول رقم 15: يمثل التحليل الثنائي بين الرضاعة الطبيعية الحصرية وخصائص الطفل

خصائص الطفل						
العوامل /المتغيرات		الرضاعة الطبيعية الحصرية (التكرار) النسبة٪			P_value	كاي مربع
		نعم	لا	المجموع		
عمر الطفل بـ(الأشهر)	0	29,6% (131)	9,1%(116)	247	0,0001	224.465
	1	24,9% (110)	11,2%(143)	253		
	2	17,4% (77)	17,2% (219)	296		
	3	14% (62)	19,2%(244)	306		
	4	9% (40)	20,0%(254)	294		
	5	5% (22)	23,3%(297)	319		
	المجموع	100%(442)	100 %(1273)	1715		
جنس الطفل	إناث	49,3%(218)	51,8%(659)	877	0,375	0.786
	ذكور	50,7%(224)	48,2%(614)	838		
	المجموع	100%(442)	100 %(1273)	1715		
حجم الطفل عند الولادة	كبير جدا	3,4%(15)	4,1%(52)	67	0.355	4.399
	أكبر من المتوسط	11,5%(50)	12,3%(154)	204		
	متوسط	68,3%(297)	65,6%(822)	1119		
	أقل من المتوسط	13,1%(57)	12%(151)	208		
	صغير جدا	3,7%(16)	6%(75)	91		
	المجموع	100%(435)	100 %(1254)	1689		

الرضاعة الاصطناعية	نعم	12,3%(54)	55,7%(708)	762	0,0001	250.02
	لا	87,7%(386)	44,3 %(562)	948		
	المجموع	100%(440)	100 %(1270)	1710		

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح

من خلال الجدول رقم (15) يتبين أن عمر الطفل له ارتباط وثيق الصلة بالرضاعة الرضاعة الحصرية كما تبينه النسب الجزئية واحصائية كاي مربع المرتفعة والمقدرة بـ 224,465 و $p< 0.001$ وهي نسبة دالة على التأثير لأنها أقل من 5%، ونجد كذلك تأثيرا للرضاعة الاصطناعية على المتغير التابع حيث جاءت دلالتها مقدرة بـ $p<0.001$ وكاي مربع 250.02.

كما يثبت الجدول انعدام الارتباط بين المتغير التابع وكل من المتغيرين المستقلين جنس الطفل الذي كانت دلالته مقدرة بـ $p= 0.375$ وكاي مربع0.786 وحجم الطفل عند الولادة المقدرة دلالته بـ $p=0.355$ وكاي مربع4.399.

جدول رقم 16: التحليل الثنائي بين الرضاعة الطبيعية الحصرية والعوامل السياقية

المتغيرات		**العوامل السياقية**				
		الرضاعة الطبيعية الحصرية (التكرار) النسبة٪			**p_ value**	**مربع كاي**
		نعم	لا	المجموع		
مكان الإقامة	ريف	60,1%(265)	61,4% (782)	668	0,632	0.230
	حضر	39,9%(176)	38,6% (492)	1047		
	المجموع	100%(441)	100% (1274)	1715		
تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة	نعم	94,5%(414)	97% (1227)	1641	0,008	7.107
	لا	5,5%(24)	2,8% (35)	59		
	المجموع	100%(438)	100% (1254)	1700		

مكان الولادة	المنزل	6% (7)	0,9% (11)	18	0.201	1.634
	المستشفى	98.4%(431)	99,1%(1250)	1681		
	المجموع	438(100%)	1261(100%)	1699		

المصدر: إعداد الطالبة مخرجات (SPSS (MICS4-2012

من خلال الجدول رقم (16) الخاص بالعوامل السياقية نجد أن المتغير المستقل المتمثل في مكان الإقامة ريف/ مدينة المطبق على عينة مكونة من1715 أم كعدد إجمالي؛ حيث الريف بعدد 668 أم والحضر أو المدينة بعدد 1047 لم يظهر تأثيره على المتغير التابع سلوك الرضاعة الطبيعية الحصرية وقد ظهر التقدير بـ p=0.632 وبمربع كاي مقدر بـ 0.230 هذه النسب دالة على عدم الارتباط.

كما يظهر متغير تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة أثرا على المتغير التابع بدلالة مقدرة بـ p=0.008 ومربع كاي مقدر بـ 7.107 ما يعنى وجود ارتباط بين المتغيرين.

أما قيما يخص مكان الولادة نلاحظ أن العينة متكونة من1699امرأة. 18 ولادة في المنزل، 1,6% منهن اخترن الرضاعة الطبيعية الحصرية بينما 0,9% لم يرضعن حصريا في حين غالبية الولادات قد تمت في المستشفى والمقدرة بـ 1681 ولادة، 98,4% ارضعن حصريا مقابل 99,1% رضاعة غير حصرية. قيمة مربع كاي قد بلغت 1.634 بينما كانت قيمة الدلالة الإحصائية p=0.201، وهي أكبر من القيمة المطلوبة في المقياس، والمشروطة بعدم تجاوز نسبة 0,05 وبالتالي قبول الفرضية الصفرية. وهذا يفسر عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مكان الولادة والرضاعة الطبيعية الحصرية.

3.2.2.4. نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للعوامل المتعددة (طريقة التدريج الأمامي المشروطة باختبار Wald):

قبل الشروع في تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي، تم فحص البيانات الأولية لعينة الدراسة للتأكد من جاهزيتها للتحليل كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 17: يمثل المعلومات الوصفية لعينة الدراسة

القيم	العينة	النسبة%
القيم الداخلة في التحليل	1543	95
القيم المفقودة	81	5
المجموع	1624	100

المصدر: اعداد الطالبة مخرجات (SPSS (MICS4-2012

من خلال الجدول رقم (17) الخاص بالمعلومات الوصفية لعينة الدراسة نلاحظ أن القيم الداخلة في تحليل العينة هي95%، أما القيم المفقودة في هذا التحليل فنسبتها 5% وهي أقل من العتبة المسموح بها إحصائيا والمقدرة بنسبة 10%.

- **اختبار نسبة المعقولية العظمى**

من أجل اختبار المعنوية الإجمالية للمتغيرات المستقلة المتضمنة في النموذج، أي تأثير كل المتغيرات المستقلة على المتغير التابع في آن واحد، فإننا نستخدم اختبار نسبة المعقولية LR:

في البداية يتم التحقق من معنوية الثابت من خلال النموذج المبدئي، وفيه يتم إدراج المتغير التابع (تلقي الرضاعة الطبيعية الحصرية)، فقط في النموذج والنتائج في الجدول أدناه:

جدول رقم 18: تكرارات تقدير الثابت فقط النموذج اللوجستي

	التكرارات	سالب نسبة المعقولية العظمى -2 Log Likelihood	معاملات الثابت
الخطوة 0	2	1873.326	-0.980
	3	1870.630	-1.070
	1	1870.629	-1.072

−1.072	1870.629	4	

المصدر: اعداد الباحثة مخرجات Spss MICS4-2012

يبين الجدول رقم (18) أن عدد الدورات التكرارية لدالة الإمكان الأعظم من أجل الحصول على أقل قيمة لسالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم تتوقف عند المحاولة الرابعة، حيث جاء تقدير إحصائية الإمكان الأعظم LogL=1870.629 2− وبالنسبة للتحقق من الدلالة الإحصائية للثابت تثبتها قيمة Wald والتي بلغت 359.796 بمستوى معنوية متعلقة بهذه الإحصائية p= 0.00 وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05) لذلك يتم رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تقر بمعنوية الثابت، وبعد التحقق من معنوية الثابت من خلال النموذج المبدئي، تأتي مرحلة إدراج المتغيرات المستقلة الواحد تلوى الأخر وذلك بالاعتماد على اختبار قوة العلاقة بين المتغير التابع وكل متغير مستقل على حدة، حيث تدخل المتغيرات قوية التأثير وتحذف المتغيرات ضعيفة التأثير، مع الإشارة إلى أنه عندما يتم إدخال المتغير الثاني يتم حذف تأثير المتغير الذي سبق إدخاله في النموذج، ثم بعد إدخال المتغيرات التي لها علاقة دالية بالمتغير التابع يتم إعادة فحص المتغيرات الموجودة بالنموذج والتأكد من أنها مازالت مؤثرة على المتغير التابع بصورة معنوية فإذا لم يتحقق هذا الشرط يتم حذفها، النتائج ممثلة في الجدول الموالي:

جدول رقم 19: تكرارات تقدير معلمات النموذج اللوجستي المتضمن المتغيرات التوضيحية وفق دالة الإمكان الأعظم باستخدام الطريقة التدريجية المشروطة باختبار والد

	التكرار	نسبة المعقولية العظمى LR-2Log likelihoo	الثابت	تلقي الرضاعة الاصطناعية	عمر الطفل (1)	عمر الطفل (2)	عمر الطفل (3)	عمر الطفل (4)	عمر الطفل (5)	تلقي الرعية الطبية قبل الولادة
الخطوة 3	1	1502.947	-0.642	-1.134	1.633	1.312	0.685	0.514	0.303	-0.528
	2	1424.429	-0.952	-1.784	2.390	2.053	1.298	1.039	0.669	-0.794
	3	1416.364	-1.140	-2.058	2.770	2.424	1.638	1.356	0.931	-0.927
	4	1416.204	-1.182	-2.096	2.843	2.495	1.705	1.422	0.991	-0.951
	5	1416.204	-1.183	-2.097	2.845	2.497	1.707	1.424	0.994	-0.952-
	6	1416.204	-1.183	-2.097	2.845	2.497	1.707	1.424	0.994	-0.952

المصدر: اعداد الباحثة مخرجات SPSS (MICS4-2012)

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن عدد الدورات التكرارية لدالة الإمكان الأعظم اللازمة للوصول إلى أقل قيمة لسالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم والتي تمكن من الحصول على التقدير الأمثل لمعالم النموذج، يتطلب ستة محاولات حتى يصل إلى أقل قيمة لسالب ضعف دالة الترجيح والمقدرة بـ: 1416.204= LogL 2-. كما يمكن أن نستنتج من الجدول مجموعة من النقاط أهمها:

- أن أهمية ودلالة المتغيرات المستقلة التي تم إدخالها في النموذج تكمن في اعتمادها على مدى قدرتها على تخفيض قيمة سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم، حيث نلاحظ تناقص هذا المعيار من مرحلة إلى أخرى، فبعد أن كان في المرحلة الأولى 1502.947= LogL 2- انخفض تدريجيا إلى أن

تحصلنا على أقل قيمة له (LogL=1416.204 2−) والتي تعني رفض النموذج لإدخال أي متغير توضيحي إضافي.

- أنه للحصول على أمثل مجموعة من المتغيرات المستقلة، تحتاج طريقة التدريج الأمامي المعتمدة على اختبار والد إلى ثلاث خطوات، حيث يتم في كل خطوة إدخال أفضل متغير مستقل بعد عدد محدد من المحاولات؛ ففي الخطوة الأولى تبين أن المتغير المتمثل في تلقي الرضاعة الاصطناعية هو الأمثل من حيث التأثير على متغير الاستجابة (تلقي الرضاعة الطبيعية الحصرية)، وتم ذلك بعد خمس محاولات لتخفيض قيمة LogL 2−، أما في الخطوة الثانية والثالثة فتم إدراج المتغيرين عمر الطفل و تلقي الرعاية الطبية على التوالي بعد ستة محاولات، لكل منهما، حيث يتوقف النموذج عن إدراج المتغيرات عند الخطوة الثالثة، وبناء عليه نجد أن النموذج اللوجستي أدرج ثلاث متغيرات فقط وهي: تلقي الرضاعة الاصطناعية، وعمر الطفل، و تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة، مع استثناء باقي المتغيرات المقترحة.

- **اختبار هوزمر وليمشو لجودة المطابقة:**

جدول رقم 20: اختبار هوزمر وليمشو لجودة المطابقة

كاي مربع	درجات الحرية	p-value
6.357	8	0.607

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح

من خلال الجدول رقم (20) اختبار هوزمر وليمشو لجودة المطابقة يتبين أن قيمة إحصاء مربع كاي تساوي6.357 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة إحصائيp=0,60 وهي أكبر من (0,05) يعني عدم معنوية الاختبار وبالتالي نقبل الفرضية العدمية H_0 تساوي الحالات المشاهدة مع الحالات المتوقعة أي أن النموذج يمثل البيانات بشكل جيد، ومن هذه النتائج نستنتج أن البيانات المتوقعة من خلال النموذج المقدر تُطابق البيانات المشاهدة للعينة، مما يعني أن النموذج مطابق لبيانات الدراسة.

- **جدول التصنيف (اختبار كفاءة تصنيف النموذج)**

جدول رقم 21: يمثل كفاءة تصنيف النموذج اللوجستي

التصنيف		المتوقعة		
		رضاعة طبيعية حصرية		النسبة المئوية الصحيحة%
المشاهدة		لا	نعم	
رضاعة طبيعية حصرية	لا	1109	118	90.4
	نعم	210	210	49.9
النسبة الإجمالية				80.0

المصدر: اعداد الباحثة مخرجات SPSS (MICS4-2012)

من خلال الجدول رقم (21): نلاحظ أن:

- حساسية النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التوقعات الصحيحة في مجموعة النساء اللواتي يمارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية، بلغت 49,9%.

- دقة النموذج والتي هي عبارة عن نسبة التوقعات الصحيحة في مجموعة النساء اللواتي لا يمارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية، بلغت 90,4%.

- نسبة التصنيف الكلي الصحيحة وهي عبارة عن التنبؤات الصحيحة على العدد الكلي لعينة الدراسة، بلغت 80 % وهي نسبة جيدة نوعا ما وتدل على أن النموذج يمثل البيانات تمثيلا جيدا.

- اختبار جودة توفيق النموذج باستخدام مقاييس الارتباطات المتعددة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة:R^2

جدول رقم 22: يمثل مقاييس الارتباط بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة

R-deux de Nagelkerke	R-deux de Cox et Snell	-2 Log de vraisemblance
0.355	0.241	1416.204

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح

من خلال الجدول رقم (22) نلاحظ أن المتغيرات الداخلة في النموذج قد فسرت حوالي 36% باستخدام (معامل نقلرك) و24% بواسطة معامل (كوكس وسنال) من التغيرات في المتغير التابع وهذا يعني أنه لا يزال هناك نسبة من التغيرات في المتغير التابع تعود لمتغيرات أخرى غير مدرجة في النموذج.

- تقويم ملائمة النموذج اللوجستي:

من أجل التحقق من مدى ملائمة النموذج بشكل كلي يتم إجراء اختبار كاي مربع (X^2) لاختبار الفرضية العدمية التي تنص على أنه لا توجد فروق جوهرية بين نموذج الانحدار اللوجستي المتضمن الثابت فقط وبين احتوائه المتغيرات المستقلة المقترحة، واثبات صحة هذه الفرضية من عدمها عند مستوى معنوية (α=0.05).

جدول رقم 23: اختبار الدلالة الإحصائية للنموذج اللوجستي

النموذج	كاي تربيع	درجات الحرية	p-value
	454.425	7	0.000

المصدر: اعداد الباحثة اعتمادا على المسح (MICS4-2012)

من خلال الجدول رقم (23) نلاحظ أن قيمة إحصاء (x^2) 454.425 عند درجة حرية تساوي7والتي تمثل عدد المتغيرات الداخلة في النموذج بالطريقة التدريجية ومستوى معنوية p<0.001، وبذلك يتم رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة القائلة بأن هناك فروق جوهرية بين النموذج غير المتضمن للمتغيرات

المستقلة وعندما يحتوي عليها وأن هناك على الأقل عامل مستقل واحد يؤثر على ممارسة الرضاعة الطبيعية، ويجب التذكير بأن اختبار الفرضية السابقة اعتمد في الحقيقة على المقارنة بين قيمتي أقل سالب لمضاعف لوغاريتم الإمكان التي تم الحصول عليها في النموذجين، حيث كانت قيمة هذا المعيار في حالة ما احتوى النموذج على الثابت فقط Log L=1870.629 2−، وفي حالة تضمين النموذج لجميع المتغيرات المستقلة فقد بلغتLog L=1416.204 2−، وبذلك نلاحظ انخفاضا في قيمة هذا المعيار، كما أن مقدار الانخفاض يمثل قيمة إحصائية LR(K)=454.425 وهي نفس قيمة كاي مربع مما يدل فعلا على أن هذه الإحصائية تتبع توزيع كاي مربع، ونتيجة لذلك يكون نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي الذي تم توفيقه ذا دلالة إحصائية، ويلائم بيانات المسح عن الرضاعة الطبيعية الحصرية، كما أن للمتغيرات المدرجة ضمن النموذج أهمية وتأثيرات ذات دلالة إحصائية في ممارسة سلوك الرضاعة الطبيعية الحصرية عند الأمهات الجزائريات إلى غاية ستة أشهر من عمر الطفل.

جدول رقم 24: يمثل نتائج نموذج الانحدار اللوجستي الأمثل (النهائي)

	نسبة الأرجحية عند مجال الثقة 95%							
المتغيرات	المعامل B	E. S	والد Wald	درجة الحرية	P-value	نسبة الارجحية (OR)	CL	
							الداخلية	الخارجية
عمر الطفل 5 أشهر			154.390	5	0.000			
عمر الطفل 0 شهر	2.845	0.285	99.874	1	0.000	17.205	9.847	30.060
عمر الطفل 1 شهر	2.497	0.283	77.949	1	0.000	12.146	6.978	21.144
عمر الطفل 2 شهر	1.707	0.286	35.674	1	0.000	5.515	3.149	9.657
عمر الطفل 3 أشهر	1.424	0.290	24.192	1	0.000	4.154	2.355	7.327
عمر الطفل 4 أشهر	0.994	0.303	10.771	1	0.001	2.701	1.492	4.889
تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة (نعم)	0.952−	0.346	7.568	1	0.006	0.386	0.196	0.761
تلقي الرضاعة الاصطناعية	2.097−	0.163	164.608	1	0.000	0.123	0.089	0.169

(نعم)								
الثابت	1.183-	0.383	9.553	1	0.002	0.306		

المصدر: إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات المسح

من خلال الجدول (24) الذي يمثل نموذج الانحدار اللوجستي الأمثل (النهائي)، يتبين أن نسبة الأرجحية (OR)عند مجال الثقة 95%، للرضاعة الطبيعية الحصرية وحسب المتغيرات المختلفة تتحدد كما يلي:

- **فحص الدلالة الإحصائية لكل متغير مستقل على حدة**

لفحص الدلالة الإحصائية لكل متغير مستقل على حدة، يتم استخدام اختبار إحصائي مناسب لكل متغير على حدة، هناك عدة اختبارات إحصائية شائعة يمكن استخدامها حسب نوع المتغير المستقل والبيانات المتاحة، ومن بين هذه الاختبارات اختبار المعنوية.

- **فحص الدلالة باستخدام إحصاءة** (Wald Statistic)

حسب العمود الثالث من الجدول الذي يظهر إحصاء والد لاختبار المعنوية للمعاملات المقدرة، نلاحظ أن العوامل التي استخلصها النموذج بالطريقة التدريجية هي (الرضاعة الاصطناعية، عمر الطفل، الرعاية الطبية للأم قبل الولادة) ذات دلالة إحصائية، وذلك من خلال قيم P-value في العمود الخامس من نفس الجدول هي أقل من 0.05 لذلك يتم رفض فرضية العدم(H=0)، وقبول الفرضية البديلة يعني أن هذه العوامل لها تأثير معنوي على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية.

- **نسبة الترجيح أو المفاضلة** (OR)

من خلال الجدول أعلاه نستخلص ما يلي:

- **تفسير متغير عمر الطفل:** أخذنا الفئة المرجعية (الشهر 5) كمعلم مرجعي (للمقارنة). نلاحظ أن نسبة الأرجحية عند الأطفال في العمر (0 شهر) هي17,205، وهي أكبر من1 بمعنى احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لدى الأطفال الذين لم يتموا الشهر الأول أكبر بـ 17,205 مرة من الأطفال الذين هم في العمر (5شهر).

ونسبة الأرجحية للأطفال في العمر(1شهر) هي 12,146 وهي أكبر من1 بمعنى احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لدى الأطفال الذين في هذا العمر أكبر بـ 12,146 مرة من الأطفال الذين في العمر (5أشهر).

نسبة الأرجحية للأطفال في العمر (الشهر الثاني) هي 5,515 وهي أكبر من1 بمعنى احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لدى الأطفال الذين في هذا العمر أكبر بـ5,515 مرة من الأطفال الذين في العمر (5 أشهر).

نسبة الأرجحية للأطفال في (الشهر الثالث) هي 4,154 وهي أكبر من1 بمعنى احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لدى الأطفال الذين في هذا العمر أكبر بـ 4,154 مرة من الأطفال الذين في العمر (5 أشهر).

ونسبة الأرجحية للأطفال في (الشهر الرابع) هي 2,701، وهي أكبر من1 بمعنى احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لدى الأطفال الذين في هذا العمر أكبر بـ 2,701 مرة من الأطفال الذين في الشهر الخامس.

- **تفسير متغير تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة:** اخذنا الفئة المرجعية (لا) كمعلم مرجعي للمقارنة. نلاحظ نسبة الأرجحية للفئة (نعم) أي للأمهات اللواتي تلقين الرعاية الصحية قبل الولادة 0,386وهي أقل من 1، بمعنى أن احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لديهن أقل بـ 0,386 مرة من الأمهات اللواتي لم يتلقين هذه الرعاية.

- **تفسير متغير الرضاعة الاصطناعية:** قمنا باختيار الفئة المرجعية (لا) كمعلم مرجعي للمقارنة نلاحظ أن نسبة أرجحية الفئة (نعم)أي الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الاصطناعية هي 0,123 وهي أصغر من1 بمعنى ان احتمال حدوث الرضاعة الطبيعية الحصرية لديهم أقل بـ 0,123 مرة من الفئة المرجعية (لا) أي الأطفال الذين لم يتلقوا الرضاعة الاصطناعية.

- تقدير معاملات النموذج اللوجستي بدلالة اللوجيت

اعتمادا على الجدول رقم (24) ومن خلال العمود الأول B الذي يحتوي على القيم التقديرية لمعاملات النموذج اللوجستي ثنائي الاستجابة الذي تم توفيقه لدراسة أهم محددات الرضاعة الطبيعية الحصرية الى غاية ستة أشهر لدى النساء الجزائريات فإن معادلة النموذج يمكن كتابتها كالتالي:

$$\log = ln(\frac{p}{1-p}) = -1,183 - 2,097A + 2,845B + 2,497C + 1,707D + 1,424E + 0,994F - 0,952G$$

الرضاعة الاصطناعية= A

عمر الطفل 0 شهر= B

عمر الطفل 1 شهر= C

عمر الطفل 2 شهر= D

عمر الطفل 3 شهر= E

عمر الطفل 4 شهر= F

تلقي الأم الرعاية الطبية قبل الولادة = G

اذ أن p هي احتمال ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية والدالة المذكورة توضح العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع الذي هو (ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية) بدلالة اللوجيت.

4.2.2.4. مناقشة النتائج

تبين نتائج الانحدار اللوجستي أن أكثر العوامل التي كان ينتظر منها أن تؤثر على سيرورة ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية لغاية ستة أشهر عند الأمهات الجزائريات لم يبرز ارتباطها الإحصائي بالمتغير التابع فالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للأم كانت غالب تقديراتها غير دالة على هذا الارتباط، فلا عمر الأم ولا عدد الأطفال الذي قد يشغلها عن الرضاعة، ولا العمل ولا الحالة الاجتماعية المتعلقة

بالطلاق قد ظهر تأثيرها على المتغير التابع، كما لم تبدي النتائج العوامل المتعلقة بالطفل جنسه وحجمه عند الولادة ولا كذلك العوامل السياقية مكان الولادة ومكان الإقامة أي أثر أو ارتباط بالمتغير التابع وهذا يدعو إلى استبعاد هذه العوامل من العوامل المؤثرة، والأمر يطرح تساؤلا عن جدوى الاستبيانات وصدق البيانات التي تم جمعها في المسح العنقودي في الدلالة على هذا النوع من العوامل المستقلة.

أما المحددات أو المتغيرات المستقلة التي تظهر جاءت معنويتها ارتباطا وتأثيرا على سلوك الرضاعة الحصرية فهي ثلاثة أولها يمثل عمر الرضيع بدلالة مقدرة بـ $p=0.001$ لأن الطفل كلما زاد عمر كلما نقص ارتباطه بالرضاعة الحصرية استعدادا للغذاء التكميلي وثانيها متعلق بمتغير الرضاعة الاصطناعية بدلالة مقدرة $p<0.001$ تأثيره على المتغير التابع فكلما سمح بالبدائل الصناعية كلما ارتبكت الرضاعة الطبيعية الحصرية، أما الأخير فيمثل متغير تلقي الرعاية الصحية قبل الولادة الذي أظهر ارتباطا بالمتغير التابع بـ $p=0.006$

- **عمر الطفل**

يظهر من النتائج أن العلاقة عكسية، كلما كان عمر الطفل منخفضا كلما زادت احتمالية ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، وكلما زاد عمر الطفل، انخفضت هذه الممارسة وهذا تابع لإدراك الرضيع لوسطه الغذائي من جانب وتطلعه لأغذية تكميلية.

- **تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة**

أسفرت الرعاية الطبية قبل الولادة بنتائج غير متوقعة حيث أظهرت علاقة سلبية عكس ما هو شائع في الدراسات، فهي تؤثر سلبا على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية فالنسوة اللواتي تلقين الرعاية الطبية قبل الولادة لم يمارسن الرضاعة الطبيعية الحصرية مقارنة مع اللواتي لم يتلقين هذه الرعاية، وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) رعاية ما قبل الولادة على أنها متابعة الأمهات وأجنتهن مرة واحدة أو أكثر أثناء

الحمل من قبل المتخصصين الصحيين[1].حيث يجب أن تتلقى جميع النساء الحوامل تثقيفا حول فوائد الرضاعة الطبيعية وطريقة ممارستها، للسماح لهن باتخاذ قرار جيد بشأن تغذية الرضع[2]؛ ففي دراسة استطلاعية أجرتها ليلى قيرش في المراكز الصحية لكل من بلديتي باش جراح وسيدي موسى بالجزائر توصلت الى أن القطاع الصحي في الجزائر لا يقوم بدوره في تكوين وتثقيف الأمهات، حول الرضاعة الطبيعية من أجل التغلب على العراقيل التي تواجهها خلال ممارستها، كما أن النساء اللواتي يترددن على المراكز الصحية كن أكثر عرضة للرضاعة المختلطة، ولجوء النساء المرضعات إلى الاعتماد على تجربتهن الشخصية التي تلقتها من العائلة والمحيط في ممارستها للرضاعة الطبيعية[3]. وهذا يتوافق مع النتائج الإحصائية التي توصلت إليها دراستنا.

- **الرضاعة الاصطناعية**

يظهر أن الرضاعة الاصطناعية تؤثر سلبا على سلوك التغذية الصحية، فكلما تلقى الرضيع الزجاجة كلما انخفضت احتمالية ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية، لهذا توصي منظمة الصحة العالمية واليونيسف بعدم استخدام الزجاجة أو الحلمة أو اللهاية، حتى تتمكين الأمهات من إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى من العمر[4]؛ حيث أن إعطاء الرضيع أغذية مصنعة ولو مرة واحدة يوميا خصوصا في الشهر الأول يشكل الخطوة الأولى نحو وقف الرضاعة الطبيعية، ونتائجها هي تماما عكس ما تريده الأم التي تريد إعطاء كمية إضافية من الغذاء الى جانب حليبها اعتقادا منها أن رضيعها

---

[1] WHO. (2002). WHO Programme to map best reproductive health practice. WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization,http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO_RHR_01.30.pdf.

[2] WHO, UNICEF. Wellstart International.Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.www.unicef.org/nutri tion/files/BFHI_2009_s1.pdf

[3] قيرش ليلى. الرضاعة الطبيعية عند الأم الجزائرية بين الميل والممارسة، دراسة ميدانية باش جراح وسيدي موسى (الجزائر العاصمة). ماجيستير علم الاجتماع. جامعة الجزائر2 ، (2013/2012)، ص2039.

[4] WHO. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. 2013. Available at http://www.unicef.org/media/files/GAPP3_web.pdf

يحتاج الى ذلك، وما يحصل عمليا في جانب الأم هو خفض إدرار حليبها تدريجيا حتى يتوقف[1]، لأن عملية الإرضاع تخضع لمبدأ العرض والطلب فبقدر ما يمص الرضيع الثدي يُحفّز إنتاج الحليب وتحدد الكمية التي يحصل عليها الطفل من الرضعة الواحدة كمية إنتاج الحليب في الساعات التي تليها[2]، فإذا تغذى الطفل من الزجاجة قبل البدء بالرضاعة الطبيعية فقد يواجه صعوبة في الرضاع بفعالية، ففعل المص من الزجاجة يختلف عن رضاع الثدي. والأطفال الذين سبق وتغذوا بالزجاجة سيحاولون مص الثدي كما لو كان زجاجة وهذا يجعلهم يمصون الحلمة فقط. وهذا ما يسمى بـ "التباس المص" أو "التباس الحلمة"، وبالتالي عدم تمكنه من أخذ ما يكفيه من الحليب وعليه فإن اعطاء الطفل تغذية بالزجاجة أمر يتعارض مع الرضاعة الطبيعية[3].

خلاصة الفصل

خلص الفصل إلى أن اتجاهات الأمهات نحو الرضاعة الطبيعية لم يخصص لها المسح العنقودي الرابع مجالا ضمن الأسئلة التي أعدها في تغذية الطفل وقد لجأ البحث إلى عرض النتائج الخاصة بنسب انتشار الرضاعة في مسوح متعددة، مستنتجا من النسبة غير المرضية الاتجاه السلبي نحو سلوك الرضاعة، أما الجزء المتعلق بمحددات ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية إلى غاية 6 أشهر في أوساط الأمهات الجزائريات فقد خلص إلى أن ثلاثة من المتغيرات أو المحددات لها الأثر على هذه الممارسة عندهن وهي الرعاية الصحية قبل الولادة، وعمر الطفل، والرضاعة الاصطناعية، أما مستوى الرضاعة الحصرية العام فهو منخفض عما هو موصى به، لذلك يجب بذل مزيد من الجهد لتشجيع الرضاعة الطبيعية الحصرية، خاصة في القطاع الصحي وذلك لما له من أهمية وتكامل مع دور الأم لتحديد مستقبل هذه الممارسة، من خلال تثقيف الكوادر الصحية في هذا المجال، فكما هو معمول به دوليا في المراكز الصحية التي تقدم

---

[1] الزين، علي، تغذية الطفل من الولادة وحتى السنتين، وزارة الصحة العامة اللبنانية، الطبعة الثانية، 2015، ص 50.

[2] تغذية الطفل من الولادة وحتى السنتين، ص38.

[3] المرجع نفسه، ص38

المعلومات الصحية عن الرضاعة الطبيعية للأم أثناء متابعة حملها إلى غاية الولادة حيث تعلمها الطريقة الصحيحة لتقديم الثدي لطفلها أثناء مكوثها في المستشفى ويمتد دور هذه المراكز في التشجيع على الرضاعة حتى بعد خروج الأم وطفلها من المستشفى وذهابها إلى منزلها، كما يجب ترشيد تسويق الحليب الاصطناعي بغاية تشجيع الرضاعة الطبيعية الحصرية.

النتائج العامة للدراسة:

-نتائج الدراسة:

اشتغلت هذه الدراسة على الكشف عن ظاهرة الرضاعة الطبيعية في الجزائر وعلى تطويع موضوعها لعملية البحث الإحصائي من جانب، وبوصفها ظاهرة تابعة للديموغرافيا الصحية من جانب آخر، وعلى هذا الأساس ضبطت مجموعة من المفاهيم المتعلقة بالرضاعة و ومفاهيم أخرى متعلقة بالإحصاء، كما عرضت للأطر النظرية التي فسرت هذه الظاهرة، ورصدت الدراسات التي كانت مجالا تجريبيا وتقييميا لفعاليتها الإجرائية، ثم تتبعت انتشار هذه الظاهرة إلى غاية المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات وتعرضت لاتجاهات الأمهات نحو سلوك الرضاعة، وتناولت أخيرا بالتحليل الإحصائي العوامل والمتغيرات المستقلة التي افترضت ارتباطها وتأثيرها في هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري من خلال نتائج المسح العنقودي الرابع ، وأفضت الدراسة إلى النتائج التالية:

-نتائج البيانات العامة:

اثبتت الدراسة من خلال تصورات الأطر النظرية المعروضة أن الرضاعة سلوك مثل جميع السلوكات الإنسانية فهي تتأثر باستعدادات الأفراد وعلاقاتهم بالمجتمع الذي يعيشون داخله، ولهذا يمكن التخطيط لهذا السلوك لدعمه أو إعادة توجيهه الوجهة السليمة.

- أن هذا السلوك الصحي والإنساني والاجتماعي قد اشتغلت مجموعة من النظريات بالتنافس على تفسيره التفسير الملائم، وهذه النظريات منها ما هو نفسي، ومنها ما هو اجتماعي، ومنها ما هو متعلق بالمعرفة والمعتقد الصحي.

– أولى هذه النظريات الإطار المفاهيمي للسلوك المعقلن الذي ينظر إلى الرضاعة على أنها سلوك إرادي يخضع لنية الأمهات، بناء على أن الرضاعة سلوك يخضع في الاتجاه والانجاز إلى الادراك الاجتماعي.

– ونظرا لوجود ثغرات في تفسير هذه النظرية فقد طورها أيساك وفيشبين في تفاصيلها كي تكون أكثر كفاءة من الناحية التفسيرية فتم صبها في نظرية جديدة سميت نظرية السلوك المخطط، وتعد نظرية مركزية في تفسير وقياس الاتجاه وعليها المعول في تعديل السلوكات والاتجاهات الإنسانية المختلفة، وقد عدلها بإضافة مجموعة من المعايير التي أفادت في فهم السلوك عموما والرضاعة خصوصا، كما بينت الدراسة أن هناك العديد من الأبحاث التي طبقتها على سلوك الرضاعة وأفضت إلى نتائج مهمة في تفسير هذا السلوك.

– أما ثالث نظرية فهي نظرية التمثيلات الاجتماعية التي تركز على تفسير تمثلات الفرد لوجهات نظر المحيطين به في المجتمع الواحد، انطلاقا من أن أداء الفرد عموما للسلوك والأم لسلوك الرضاعة خصوصا مرهون بشكل كبير بتمثلات الفرد وتصوراته لما ينتظره المحيطون به منه.

– أما رابع نظرية فهي نظرية الكفاءة الذاتية التي تقوم على فكرة أساسية هي إدراك الفرد لتحكمه في السلوك وكفاءته الذاتية في إنجازه، فإذا كانت الأم مثلا مدركة لكفاءتها الذاتية بالإرضاع إرضاعا حصريا فإن انجاز السلوك سيكون ممكنا وناجحا في الوقت نفسه.

– إذا كانت الأطر النظرية السابقة الذكر تفسر السلوك عموما وسلوك الرضاعة خصوصا من الناحية النفسية والاجتماعية فإن الإطار النظري للمعتقد الصحي يهتم بشحن الفرد بفوائد السلوك وأضراره أو أضرار التخلي عنه؛ فيزيولوجيا ونفسيا وعقليا واجتماعيا، يسلط الضوء على فوائد الرضاعة النفسية والفيزيولوجية حماية الطفل والأم من الأمراض المزمنة على المدى القصير والطويل، كما يبين الخصائص الفريدة في حليب الأم

في مكوناته وطريقة تغذيته، مما يسهم في بناء معتقدات إيجابية حول السلوك الصحي، ما ينتج عنه الإسهام في الوقاية.

- تتفق إذن كل هذه الاطر النظرية المفسرة لسلوك الرضاعة على الاهمية القصوى الرضاعة الطبيعية وعليه فهي نظريات داعمة لهذا السلوك الصحي.

- تبعا لدراسات وتقارير المنظمة العالمية للصحة فإن سلوك الرضاعة الطبيعية في العالم دون المستوى المرغوب، وهذا ما يعكس صحة الأفراد والمجتمعات معا ولا تختلف الجزائر عن باقي البلدان في هذا الشأن فهي الأخرى تعاني انخفاضا في مستوى هذا السلوك الصحي.

-نتائج اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى متعلقة بمدى انتشار الرضاعة في المجتمع الجزائري من خلال إحصائيات المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات، مع الإشارة إلى المسوح المختلفة التي مرت بها الجزائر.

من خلال عرض موجز لتطور الرضاعة عبر المسوح المختلفة التي مرت بها الجزائر تبين أن نسبة انتشار الرضاعة جد منخفضة بل هي في تذبذب فالمسح الوطني لأهداف نهاية العقد MICS 2، 2000 أظهر أن معدل انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية قد 12.5% للرضع أقل من 6 أشهر كما أظهر المسح الثالث المتعدد المؤشرات (MICS3، 2006) أن مستوى انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر في هده الفترة هو7 %، أما انتشار الرضاعة الطبيعية حسب المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات 2012-2013 فيمكن عرض نتائجه كما يلي:

تبين أن نسبة انتشار البدء في الرضاعة الطبيعية خلال ساعة بعد الولادة في الجزائر لم تتعد 35,7%، وذلك رغم أهمية ما يحتويه لبن الأم في الساعات الأولى من الولادة من مكونات مفيدة، وحسب متغير مناطق البرمجة الإقليمية نجدها في الجنوب 43,4%، تليها الهضاب الوسطى والغربية بنسبة 42%، وفي الهضاب الشرقية 30,1%.

أما حسب متغير المستوى التعليمي تبين أن أعلى نسبة كانت لدى الأمهات اللواتي هن بدون مستوى تعليمي بنسبة 43.3%، وأن أدنى نسبة كانت عند ذوات المستوى الجامعي وقدرت بـ 29.9%.

وحسب متغير المستوى الاقتصادي فقد تبين أن أعلى نسبة كانت عند الأمهات الغنيات 39%، تليهن الأكثر فقرا بنسبة 37.2%، أما أدناهن فكانت الأمهات الأكثر غنى بنسبة 30,0٪.

كما تبين أنه لا توجد فروق حسب متغير مكان الإقامة؛ فالريف كانت نسبة بدء الرضاعة فيه 35.4 ٪ والحضر كانت نسبته 36.2٪، والأمر نفسه بالنسبة لعمر الطفل في العينتين العمريتين: من العمر 0 إلى 11 شهر بنسبة 36.4٪ ومن العمر 1إلى 23 شهر بنسبة 35.6٪

أما توزيع نسب بدء الرضاعة الطبيعية خلال اليوم الأول بعد الولادة فلم يختلف كثيرا عن توزيعها خلال الساعة الأولى، فنلاحظ فحسب متغير المنطقة أن الجنوب يبقى دائما بأعلى نسبة انتشار 77,1% تليه الهضاب الوسطى بنسبة 76.6 % وأقل نسبة انتشار نجدها في منطقة الشمال الشرقي للبلاد بنسبة 63,8%.

وفي متغير المستوى التعليمي للأم نجد أن الأمهات بدون مستوى تعليمي كن الأكثر إرضاعا خلال يوم بعد الولادة بنسبة 75,7%، أما الأقل إرضاعا الأمهات فذوات المستوى الجامعي بنسبة 63,3%، وفي متغير المستوى الاقتصادي كانت الأمهات الأكثر فقرا هن الأكثر إرضاعا خلال يوم بعد الولادة بنسبة 73%، تليها الأمهات الفقيرات بنسبة 72.1% وأقلهن إرضاعا الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط بنسبة 67,8%.

ونجد تقاربا في نسب متغير الإقامة حيث قدرت بـ 69.8% في الريف مقابل 71.9% في الحضر، والأمر نفسه في متغير عمر الطفل فكانت النسبة 71.9% عند الأطفال من 0 – 11 شهرا، و70.2% عند الأطفال من 12–23 شهرا.

أما نتائج الانتشار حسب نوع الرضاعة فقد تبين أن عدد الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية الحصرية هو 441 من أصل 1715 طفلا دون الستة أشهر، ما يبين أن نسبة الرضاعة الطبيعية الحصرية الأقل من ستة أشهر في الجزائر هو25.7%، في حين كانت نسبة الرضاعة الغالبة 48.1% بعدد أطفال مقدر بـ 824 طفلا من أصل العينة.

وتبين نتائج نسبة انتشار حسب مدة الرضاعة واستمرارها أن إكمال الرضاعة لغاية 1 عام من عمر الطفل قد بلغ 46.7% في ظل المتغيرات المختلفة وفي عينة مكونة من 1025 طفلا شملهم المسح، كما تبين أن نسبة إكمال الرضاعة الطبيعية الى عمر العامين هي 26.6% في عينة مكونة من 1002 طفلا شملهم المسح.

وفيما يخص نسبة انتشار الرضاعة الاصطناعية فقد بلغت 48.4% من أصل 6410 طفل في عمر (0–23 شهرا)، وهذا يدل على الانتشار الكبير للرضاعة الاصطناعية في مرحلة المسح.

وتبين جداول تطور نسب البدء بتلقي الرضاعة الطبيعية تراجعا في نسبة بدء الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة خلال الفترة الممتدة من2002 الى غاية 2012، حيث كانت في عام2002 (55.4%) لتتراجع عام2006 إلى 49.5% وتستمر في التراجع عام2012 إلى35.7% لتفقد بذلك قرابة 20 نقطة، الأمر نفسه بالنسبة لبدء الرضاعة خلال يوم بعد الولادة حيث نلاحظ تراجعا بحوالي عشر نقاط؛ فمن نسبة 80.4% عام 2006 إلى نسبة 70.6% عام 2012.

ومن حيث تطور نسب الرضاعة الطبيعية يتبين أن مستوى الرضاعة الطبيعية الحصرية دون المستوى المرغوب فيه ففي سنة 2002 كانت النسبة 5% ورغم أن النسبة تحسنت في المسح العنقودي لسنة 2012 حيث حققت فارقا كبيرا لكن النسبة الكلية لانتشار الرضاعة لم تتجاوز 25.7% وهو ما يعكس الوعي غير السليم للمجتمع في هذا الخصوص.

ومن حيث تطور نسب إكمال الرضاعة الطبيعية إلى غاية العام والعامين من عمر الطفل فهي في تراجع ففي مسح 2002 كانت النسبة 59.5% لكنها تراجعت إلى نسبة 48.8% في المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات.

وفي مقابل هذه النتائج يمكن اشتقاق نسب الرضاعة الاصطناعية من نسب الرضاعة الطبيعية المنخفضة ففي مسح 2002 كانت نسبة الرضاعة الطبيعية لغاية 1 عام 43.4% ما يعني أن نسبة الرضاعة الاصطناعية هو 47.6%، وفي مستوى إكمال الرضاعة الطبيعية إلى عمر 2 حيث كانت بنسبة 26.6% مما يعني أن الرضاعة الاصطناعية كانت بنسبة 63.4%.

الفرضية الثانية فرضية الاتجاهات السلبية للأمهات نحو الرضاعة

من خلال تتبع تطور الرضاعة في الجزائر من 2012/2002 تبين أن المسوح المختلفة والمسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات لم يول اهتماما كبيرا لاتجاهات الرضاعة في اسئلته الموجهة للعينة المبحوثة مما جعل عملية رصد الاتجاهات صعبة للغاية وهذا التغييب هو أساس اعتماد الدراسة على الاستنتاج غير مباشر من خلال نسب الانتشار لكن النتائج المتوصل إليها من خلال نسب الانتشار تدل على الاتجاهات السلبية للأمهات الجزائريات تجاه الرضاعة وتفضيل التغذية الاصطناعية.

نتائج الفرضية الثالثة فرضية محددات الرضاعة الطبيعية الحصرية

- تتفق الدراسات التي تناولت سلوك الرضاعة أن هناك أصنافا ثلاثة من العوامل تؤثر المتغيرات التي تتضمنها في أداء الأمهات لهذا السلوك وتتمثل في صنف العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية متمثل في، عمر الام وعدد الأطفال ومستواها التعليمي والحالة الاقتصادية ونوع الولادة والصنف الثاني هو العوامل المتعلقة بالطفل وتتضمن متغيرات العمر وجنس الطفل وحجمه عند الولادة ، أما الصنف الثالث فيتمثل في العوامل السياقية ويتضمن مكان الولادة والرعاية الصحية قبل الولادة ومكان الإقامة وقد اختارت الدراسة مجموعة من العوامل افترضت أنها الأكثر تأثيرا في هذا السلوك.

وقد أفضت الدراسة الإحصائية لعوامل ومحددات الرضاعة الطبيعية حسب المتغيرات المستقلة المتعلقة إلى النتائج التالية:

- من خلال التحليل الثنائي للمتغيرات، تبين أنه لا تأثير لعمر الأم على سلوك الرضاعة الطبيعية الحصرية وقد تبين أن الأمهات من 15 سنة إلى 19 سنة أقل إرضاعا بنسبة 1.8%، أما من سن 20 إلى 34 سنة فكانت النسبة 75.6% في حين بلغت من سن 35 إلى 49 سنة 22.6% بدلالة مقدرة بـ p=2.224 وهذا يدل أن ليس لعمر الأم دورا في ممارسة هذا السلوك والمحافظة عليه وهذا ما يتوافق مع نتائج الانحدار اللوجستي الذي استبعد هذا المتغير من قائمة المتغيرات المؤثرة في هذ السلوك.

- من خلال التحليل الثنائي للمتغيرات تبين أنه ليس لعدد الأطفال دورا على سلوك الرضاعة الطبيعية ولا علاقة للخبرة بهذا السلوك فبالنسبة للطفل الأول كانت نسبة الرضاعة 25.6% ومن الثاني إلى الرابع 25.3% في حين من 5 أطفال فأكثر كانت النسبة 49.1%، بدلالة مقدرة بـp=0.056 وهذا ما يتوافق مع نتائج التحليل اللوجستي الذي استبعد هذا المتغير من قائمة العوامل المؤثرة.

- كما لم يبدي عامل المستوى التعليمي الذي يفترض أن يكون له من الناحية النظرية ارتباطه وتأثيره في هذا السلوك والنتيجة لم تكن عند تطلعات الافتراض، فقد قسم هذا العامل إلى خمس مستويات أولها 1 مؤشر بدون تعليم كانت نتائجه الإحصائية بنسبة 15.6%، وكان المؤشر الثاني 2 لمستوى الابتدائي بنسبة 17.4%، في حين كان المستوى المتوسط بسبة 32.8% ومثل أعلى نسب هذا العامل، أما مستوى التعليم الثانوي فكان بنسبة 20.6% في حين كان المستوى الثقافي الجامعي ممثلا بأدنى مرتبة من حيث النسب بـ 13.3 بـ p=0.115 وتوافقت النتيجة مع تحليل الانحدار اللوجستي.

- بينت النتائج أن مؤشر الثروة أو المستوى الاقتصادي ليس له تأثير في ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية فبعد تقسيم المستوى الاقتصادي إلى أربع مستويات متباينة في التأشير على الثروة خلصت الإحصائيات إلى أن مؤشر فقير وهو الأدنى فقد بلغت نسبة الرضاعة من العينة فيه 20% أما المتوسط

فكان 19% أما الغني فكانت النسبة 16.3% في حين كان مؤشر الأكثر غنى 20.9% وهو أعلاها وهو ما يجعل التأثير متقاربا بمعنوية p=0,056، حيث تم استبعاده من قائمة العوامل المهمة المؤثرة في الرضاعة الطبيعية الحصرية بالنسبة لنتائج الانحدار اللوجستي.

- أما عامل الحالة الاجتماعية والذي يشير إلى حالات الانفصال والتي يفترض أن تلعب دورا في نقص الاهتمام بتغذية الطفل تغذية سليمة نظرا لعدم الاستقرار العائلي، إلا أن المعنوية المقدرة بـ p=0.578 تشير إلى عدم الارتباط والتأثير على هذا السلوك عند الأمهات الجزائريات.

- أما عامل نوع الولادة فقد تبين من خلال التحليل الثنائي الاولي أن نسبة تلقي الرضاعة الطبيعية في حالة الولادة القيصرية بنسبة 13.5% في مقابل الولادة الطبيعية التي كانت بنسبة 86.5% بدلالة إحصائية مقدرة p= 0.032 وبناء على التحليل الشامل للنموذج اللوجستي أنه لا يوجد علاقة بين سلوك الرضاعة وبين نوع الولادة، حيث تم استبعاد المتغير من قائمة المتغيرات المؤثرة في ممارسة هذا السلوك.

- لم يثبت المتغير المستقل المتمثل في عمل الأم التأثير على سلوك الرضاعة حيث تبين من خلال التحليل الثنائي، فالإحصائيات الخاصة بالعينة أن نسبة الرضاعة قد بلغ 91.7% عند النساء اللواتي لا يعملن في حين كانت نسبة الرضاعة عند المرأة العاملة 8.3% و0.115=p حيث استبعد هذا المتغير من قائمة المتغيرات الأكثر تأثيرا في الانحدار اللوجستي.

أما بالنسبة للعوامل المتعلقة بالطفل فقد تبين:

- من التحليل الثنائي الأولي أن متغير عمر الطفل له تأثير على الرضاعة الطبيعية الحصرية حيث تناقصت الرضاعة بتقدم الطفل في العمر ففي الشهر 0 كانت النسبة، 29.6% أما الشهر الأول كانت 24.9% أما الشهر الثاني 17.4% وفي الشهر الثالث 14% وفي الشهر الرابع 9% وفي الشهر الخامس 5% فكلما ازداد عمر الطفل ووعيه قلت نسبة الرضاعة الطبيعية، وكان p<0.001. دلالة على ذلك

الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع وهذا ما يتوافق مع نتائج تحليل الانحدار اللوجستي حيث أثبت العلاقة العكسية بين عمر الطفل تلقي الرضاعة الطبيعية الحصرية.

– أما عامل جنس الرضيع ذكرا أو أنثى الذي يبين مدى اهتمام ورعاية العائلة لجنس على حساب الجنس الآخر، فقد بلغت نسبة إرضاع الأنثى 49.3%، أما نسبة إرضاع الذكور فقد بلغت 50.7 % و50.37=p، وهذا يدل على عدم التأثير على سلوك الرضاعة، وهذا ما يتوافق مع نتائج الانحدار اللوجستي.

– ولم يثبت متغير حجم الرضيع عند الولادة تأثيره وارتباطه بالرضاعة وقد قسم إلى أربعة أنواع؛ النوع الأول من الرضع حجمه كبير جدا وتلقى من الرضاعة 3.4%، أما النوع الثاني الأكبر من المتوسط فيتلقى 11.5%، في حين تم الاهتمام بالنوع الثالث المتوسط الحجم بنسبة رضاعة بلغت 68.3%، أما الأقل من المتوسط فنسبة إرضاعه 13.1%، وكان تقدير عامل الحجم p=0.355 ما يخرج هذا المتغير من دائرة التأثير في نتائج الانحدار اللوجستي.

– وكان لمتغير الرضاعة الاصطناعية الذي جاءت نسبته مقدرة 12.3% في مقابل 87.7 % ودلالة مقدرة بـ p<0,001 التأثير الظاهر على سيرورة الرضاعة الطبيعية الحصرية وهو ما يتوافق مع نتائج الانحدار اللوجستي حيث أثبت العلاقة العكسية السلبية بين تلقي الرضاعة الطبيعية والرضاعة الاصطناعية عند (OR=0.123 ، CI:0.169–0.980)

أما العوامل السياقية المفترض تأثيرها على انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية فكانت نتائجها كما يلي:

– تبين من التحليل الثنائي أن متغير مكان الولادة في علاقته بالرضاعة الطبيعية الحصرية أن عددا قليلا جدا من الأمهات وضعن مواليدهن في المنازل وذلك بنسبة 1.6%، أما البقية منهن وقد قدرت نسبتهن بـ 98.4% فقد وضعن مواليدهن في المشافي بدلالة مقدرة بـ p=0.323 وهي دالة على عدم التأثير والارتباط وهذا ما توافق مع نتائج الانحدار اللوجستي حيث تم استبعاد هذا المتغير من العوامل المهمة في التأثير على ممارسة الرضاعة الطبيعية الحصرية.

– وعند التحليل الثنائي لمتغير مكان الإقامة (الريف والحضر) وعلاقته وتأثيره تبين ان نسبة الرضاعة في الريف بلغت 60.1% في مقابل الحضر أو المدينة الذي سجل نسبة 39.1% ، و0.632=p وهذه القيمة أكبر من 5% ما ينفي عنها التأثير في هذا السلوك حيث تم استبعاد هذا المتغير من مجموعة العوامل المهمة التأثير في الانحدار اللوجستي.

– ويتمثل آخر المتغيرات المستقلة في تلقي الرعاية الصحية قبل الولادة حيث؛ تبين من نتائج التحليل الثنائي أن نسبة تلقي الرضاعة الطبيعية الحصرية عند الأطفال الذين تلقوا رعاية والمتابعة الصحية قبل الولادة مقدرة بـ 94.5 % في مقابل 5.5% ممن لم يحصلوا على الرعاية، وكان ارتباط هذا المتغير بدلالة p=0.008 ؛ ما يثبت تأثيره على سلوك الرضاعة الحصرية عند الأمهات الجزائريات، وهذا ما يتوافق مع الانحدار اللوجستي الذي اثبت العلاقة العكسية بين تلقي الرعاية الطبية قبل الولادة وتلقي الرضاعة الطبيعية في (OR=0.386،CI:0.761–0.196)

3.5. نتائج عامة:

أسفرت النتائج العامة للدراسة الإحصائية الحالية والمتعلقة بظاهرة الرضاعة الطبيعية في الجزائر انتشارها واتجاهاتها ومحدداتها عن الكشف عن عدد من النظريات التي تشتغل على فهم سلوك الرضاعة الطبيعية وتتمثل في نظريتي الفعل المعقلن والسلوك المخطط ونظرية التمثلات الاجتماعية والفعالية الذاتية والمعتقد الصحي، وقد ركزت كل نظرية من هذه النظريات على جانب من الجوانب التي تسهم في فهم وتعزيز سلوك الرضاعة، كما بين عرض الدراسات الاهتمام بالجانب التطبيقي الميداني بكل نظرية.

كما بينت أن المصدر الأساس لمعرفة الوضعية الحقيقية لظاهرة الرضاعة الطبيعية في الجزائر هو المسوح الوطنية التي تنجزها مؤسسات الدولة لا سيما منها التي تدعمها المنظمات الدولية كالمسوح المتعددة المؤشرات، وقد تركز عمل الدراسة الإحصائية الحالية على المسح الرابع المتعدد المؤشرات وقد شكل مصدرا أساسيا في الكشف عن انتشار الرضاعة والعوامل المتحكمة في انتشارها.

وقد تبين من خلال رصد نسب الانتشار التفصيلية والإجمالية أن سلوك الرضاعة الطبيعية رغم تحسن نسبته العامة عن المسحين السابقين له إلا أن الوضعية العامة غير مرضية، مما ينبئ بوضعية صحية غير سليمة على المستويين البعيد والقريب، الأمر ما يهدد صحة السكان ويزيد من التكلفة الصحية للمجتمع ككل.

تبين في موضوع رصد الاتجاهات التي هي أساس الإقبال على سلوك الرضاعة أو الإحجام عنه من جانب، وأساس التنبؤ بالصحة العامة من جاب آخر أن المسوح لم تخصص جانبا من استبياناتها لهذا الموضوع مما يجعل هذه المسوح وصفية غير تنبؤية مما دفع الدراسة إلى استنباط اتجاهات الأمهات نحو الرضاعة انطلاقا من نسب الانتشار، بعيدا عن استعمال مقاييس الاتجاهات المعروفة، والمذكورة باختصار في متن الدراسة.

تبين في موضوع العوامل والمحددات أو المتغيرات المستقلة المؤثرة من خلال تحليلها بنموذج الانحدار اللوجيستي الثنائي، أن هناك عددا كبيرا من المتغيرات المستقلة التي يتم استبعادها بناء على عدم ثبات تأثيرها الإحصائي في سلوك الرضاعة الحصرية، ولم يثبت عند الاختبار إلا أربعة متغيرات لها دلالة إحصائية وهي الولادة القيصرية، وعمر الطفل، والرضاعة الاصطناعية، وتلقي الرعاية الصحية قبل الولادة وهو تأثير اثبتته المعنوية.

بناء على هذه النتائج يمكن القول إن الرضاعة في الجزائر من خلال المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات والمسوح السابقة ضعيفة الانتشار غير واضحة الاتجاهات، وأن تحليل المحددات أو المتغيرات المستقلة وارتباطها بسلوك الرضاعة الحصرية ورغم استبعاد عدد من المتغيرات لعدم ثبوت تأثيرها واستبقاء عدد آخر فإن نتائج التحليل تبدو متناقضة أحيانا لا سيما في مجال الرعاية الصحية والولادة في المشافي وكذا المستوى التعليمي.

خاتمة

خاتمة

حاولت هذه الدراسة الإحصائية –من خلال هذا الجهد المتواضع – الكشف عن ظاهرة صحية اجتماعية تعد من أهم موضوعات الصحة والسكان، لاسيما وأن أثارها على صحة المجتمع وأمانه كبيرة على المستويين البعيد والقريب، هذه الظاهرة هي ظاهرة الرضاعة الطبيعية؛ رضيع اليوم هو رجل أو امرأة الغد، والحفاظ صحتهما تبدأ من الرعاية والتغذية الصحية لهذا الرضيع، لهذا كانت ولا تزال وستبقى الرضاعة الطبيعية وسيلة الوقاية من الأمراض الكثيرة المزمنة وغير المزمنة، وأساس التخفيف من تكاليف الرعاية الصحية على مستوى الأسرة والدولة.

وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك انحسارا في انتشار سلوك الرضاعة الطبيعية في الجزائر وهذا راجع إلى عدد من العوامل والمحددات التي تؤثر في اتجاهات الأمهات نحو هذا السلوك مما جعل آثاره على صحة المجتمع سلبية، وقد بينت الاحصائيات المشتقة من المسوح ولاسيما المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات واقع هذا السلوك.

تم تبيين مرتكزات النظريات المفسرة والداعمة لسلوك الرضاعة الطبيعية وأهم الدراسات التي طبقتها في دعم هذا السلوك والنتائج المتوصل إليها مع التركيز على إشادتها بالبعد الصحي لهذا السلوك وضرورة دعمه اجتماعيا؛ فكانت نظرية السلوك المعقلن نظرية في تفسير كل سلوك إرادي تتم عقلنته من قبل الانسان فكلما كانت نية الفرد قوية تجاه سلوك معين كلما كان ذلك حافزا لزيادة الجهد للقيام بالسلوك أي زيادة حدوثه؛ وبعبارة أوضح يمكن القول إن مدى القصدية عند الفرد للقيام بسلوك معين يجعله تحت سيطرته والرضاعة تدخل ضمن هذه السلوكات، فكلما كان هناك قصد واتجاه نحو سلوك الرضاعة كلما كان تحت السيطرة.

وعملت نظرية السلوك المخطط على تطوير وتنقيح نظرية السلوك المعقلن بحثا في دوافع تشكيل السلوك الإنساني وتبنت التوجه القائل بأن السلوك الإنساني مهما كانت طبيعته قابل للتوقع، بناء على فكرة أن أغلب

السلوكات يتم التخطيط لها وفق ثلاث مؤشرات تتمثل في المعايير الذاتية والاتجاه نحو السلوك وإدراك التحكم في السلوك، وقد تبين من عدد كبير من الدراسات أن النظرية استخدمت استخداما واسعا في تفسير ودعم سلوك الرضاعة، بالتخطيط لهذا السلوك والتحكم في بناء الاتجاهات نحوه.

أما الإطار التفسيري للتمثلات الاجتماعية التي تبحث في الاعتقادات التي يتبناها الفرد في التعاطي مع السلوكات، فتتميز بقدرتها على تفسير التحكم بالسلوك في علاقته مع ثقافة المجتمع، فهي بذلك تشتغل على الحصيلة المعرفية الخاصة بالنشاط العقلي للفرد والمجتمع؛ أي على تصورات الفرد أو الجماعة للواقع المعاش مع إضفاء المعنى النوعي عليه؛ وأن التمثيلات الاجتماعية تعبر عن كيفيات بناء الواقع في ذهن الفرد والجماعة، وهي في هذا الإطار التفسيري تؤثر في الوقت نفسه على الاستجابة للسلوك فتوجهها، لأن التوجه نحو سلوك الرضاعة نابع من طبيعة هذه التمثلات سلبا وإيجابا، والعوامل المعرفية هي مؤشر الاتجاه نحو السلوك، ولا يخفى في هذا الشأن دور تصور معنى الصحة الفردية والصحة الاجتماعية في دعم هذا السلوك، وقد تبين من دراسات ميدانية كثيرة طبقت تصورات هذه النظرية، أن فهم التمثلات الاجتماعية ضروري في توجيه ودعم سلوك الرضاعة الطبيعية.

على خلاف الأطر النظرية السابقة المغرقة في التفاصيل الذاتية والاجتماعية للسلوك يركز الإطار التفسيري للمعتقد الصحي على تفسير السلوك من الناحية الصحية من خلال الفوائد والمخاطر المرتقبة؛ فهذا الإطار يكشف الدور الذي تلعبه المعتقدات الصحية في التزام سلوك معين، ولأن للرضاعة الطبيعية علاقة وطيدة بصحة الفرد والمجتمع فإن لرصد المعتقدات نحو فوائدها على الطفل والأم على المديين القصير والطويل والمخاطر التي يمكن أن تنشأ عن التخلي عنها دور في فهم ودعم السلوك والاستمرار فيه، وقد تم عرض أهم الفوائد الصحية لسلوك الرضاعة التي تقي من الأمراض الفسيولوجية والنفسية كالربو والحساسية وسوء التغذية والأمراض المزمنة للطفل وسرطان الثدي واكتئاب ما بعد الولادة عند الأمهات ،

وهي فوائد تزيد من الالتزام بالسلوك ودعمه اجتماعيا، ولا شك أن التدخلات الصحية الداعمة لسلوك الرضاعة الطبيعية في المؤسسات الصحية ترتكز في تصور المعتقد الصحي على تبيين الفوائد والمخاطر للأمهات.

كما خلصت الدراسة إلى أن الانتشار مقياس مهم في رصد الظواهر عموما، وفي أبحاث ديمغرافيا صحة السكان خصوصا، وبينت أن انتشار سلوك الرضاعة الطبيعية في الجزائر يضل دون المستوى المرغوب فيه عبر المسوحات الصحية التي أنجزت منذ السبعينات من القرن الماضي إلى غاية المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات 2012 /2013 الذي توقفت عنده الدراسة.

وتبين من خلال رصد الانتشار عبر المراحل العمرية المختلفة أن الرضاعة الحصرية مؤشر مهم لأنه ينظر إليها على أنها الأفضل لصحة الطفل، أما التغذية المختلطة والصناعية فهي سلوك غير جاد للمجتمع تجاه الصحة، ومن خلال البيانات التي كشفتها الاستطلاعات.

وقد تبين من خلال نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية انطلاقا من تحليل بيانات المسح قدرت بـ 25.7 % وقد كانت في المسحين العنقوديين قبله أقل انتشارا ففي المسح العنقودي الثالث كانت النسبة 7 % وفي المسح العنقودي الثاني 12 %، وهذه النسب دالة على أن صحة الأم الجزائرية وطفلها معرضة للخطر.

أما يخص رصد الاتجاهات فقد تبين أن المسوح وصفية تنقل وقائع السكان من خلال المؤشرات المختلفة، ولا تتضمن في استبياناتها ما يمكن به رصد الاتجاهات نحو السلوكات السكانية المستقبلية لهذا كان من الصعب استنباط اتجاهات النساء الجزائريات نحو الرضاعة الطبيعية من الناحية الإحصائية.

كما خلصت الدراسة عند تحليل مجموعة من المحددات في تأثيرها على سلوك الرضاعة الطبيعية باستخدام الانحدار اللوجيستي الثنائي الحدين، أن هناك عددا من المحددات لها دلالة معنوية وأخرى ليس لها أي تأثير ظاهر، مما يصعب عملية اتخاذ القرار في شأنها إلا قرار إخراجها من حساب المعنوية.

فقد تم إثبات وجود ارتباط وتأثير بين المتغيرات المستقلة؛ عمر الطفل، تلقي العناية الصحية قبل الولادة والرضاعة من الزجاجة وسلوك الرضاعة الطبيعية الحصرية من خلال قيم المعنوية. ولم يتم إثبات الارتباط والتأثير بين الرضاعة والمتغيرات التالية عدد الأطفال، المستوى التعليمي، ومستوى الثروة، ومكان الولادة، ومكان الإقامة حيث تبين أن قيمها المعنوية أكبر من 5% مما يستدعي استبعادها من التأثير على سلوك الرضاعة الطبيعية الحصرية، واستبعادها من التأثير على انتشارها في المجتمع الجزائري.

التوصيات:

- ضرورة تعزيز الاتجاهات التي ترى أن الرضاعة الطبيعية هي أهم السلوكيات الاجتماعية الصحية التي تصب في تحسين صحة الرضع والأمهات معا، وأنها أهم العوامل الأساسية التي تساعد في تعزيز الوقاية من الأمراض والحالات الصحية على المديين القريب والبعيد.

- دق نواقيس الخطر، والدعوة إلى العودة إلى سلوك الرضاعة الطبيعية؛ لما له من آثار ايجابية آمنة في شتى المستويات، والعمل على زيادة التوعية بفوائده الصحية لكل من الأم والطفل، والاشتغال على دعمه وتعزيزه في البرامج التوعوية المتعددة.

- ضرورة تطوير الجوانب النظرية المتكاملة المفسرة للسلوكات الصحية، وإعطاء سلوك الرضاعة الأهمية القصوى لما لها من دور في تنشئة ووقاية الفرد في بداياته الأولى، ولما لها من دور في تفادي تكاليف صحية واقتصادية واجتماعية مستقبلية.

- ضرورة دعم الدراسات الاحصائية المهتمة بالصحة والسكان من خلال توفير المعلومات والبيانات اللازمة تسهيلا لعمليات الرصد الجادة، لتفادي أخطاء المسوح السابقة ووضع خصوصيات كل بلد وكل منطقة في حساب تلك الاستبيانات المتعلقة بالظواهر تجنبا للنتائج المغلوطة التي تنتج عن عدم التخطيط الجيد للبيانات.

– إعطاء الأهمية الكبرى لنماذج التحليل الجادة كنموذج الانحدار اللوجستي في تحليل البيانات لأنها تسمح بالتنبؤ بقيم المتغيرات، وتحليل مدى تأثيرها المباشر وغير المباشر.

– ضرورة اختيار المتغيرات المستقلة التي يعتقد أن لها تأثير فعلي في المتغير التابع لموضوع الدراسة، وأن تكون عملية الاختيار دقيقة حتى يتم الحصول على النتائج بصورة دقيقة تمكن الهيئات الوصية من اتخاذ قرارات واضحة وغير مكلفة في توجيه صحة السكان.

– ضرورة التخطيط لإنجاز بحوث أكاديمية أكثر دقة حول الرضاعة الطبيعية تكون مبنية على الإحصائيات والبيانات المطابقة لحالة السكان الفعلية.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية

الكتب

1. أحمد محمد شويخ هناء، علم النفس الصحي، مكتبة الانجلو مصرية، مصر ط1، 2012.
2. برفين، لورانس، علم الشخصية، ترجمة عبد الحليم السيد وآخرون، مصر، المركز القومي للترجمة،2010.
3. بلقاسم سلاطنية، حسان الجيلاني، أسس المناهج الاجتماعية، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2012.
4. حسن أبو هاشم :مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود،2005.
5. الدريدي، عبد المنعم أحمد، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، عالم الكتب، القاهرة، 2004.
6. الزيات، فتحي، علم النفس المعرفي، ج2، مداخل ونماذج ونظريات، القاهرة، دار النشر للجامعات،2001.
7. الزين، علي، تغذية الطفل من الولادة وحتى السنتين، وزارة الصحة العامة اللبنانية، الطبعة الثانية، 2015.
8. عبد الحميد العباسي، أحمد عبد المنعم، الأساليب الإحصائية الحديثة لتحليل البيانات باستخدام الحزم الإحصائية، الجزء الأول، 2015.
9. عبد العزيز، مفتاح محمد، مقدمة في علم نفس الصحة، عمان، دار وائل للنشر، 2010.
10. عكاشة، محمود. استخدام نظام spss في تحليل البيانات الإحصائية. الطبعة الأولى جامعة الأزهر، غزة، فلسطين. 2002.
11. فهمي محمد شامل، الإحصاء بلا معاناة، المفاهيم مع التطبيقات الجزء الثاني، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية. القاهرة، 2005.
12. فؤاد البهي السيد، سعد عبد الرحمن، علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.

13. نافذ محمد بركات، التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي spss، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية،2013/2012.

14. قطامي، يوسف محمود، واليوسف رامي محمود، الذكاء الاجتماعي للأطفال النظرية والتطبيق، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع، 2010.

15. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2002.

16. نصرالدين جابر ولوكيا الهاشمي، مفاهيم أساسية في علم النفس الاجتماعي، دار الهدى، الجزائر، 2006

المذكرات والأطروحات

17.قيرش، ليلى. الرضاعة الطبيعية عند الأم الجزائرية بين الميل والممارسة، دراسة ميدانية باش جراح وسيدي موسى (الجزائر العاصمة). أطروحة ماجيستير علم الاجتماع. جامعة الجزائر(2)، 2012-2013.

18.علي غالب بن محمد، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة دكتوراه غير منشورة، مكة المكرمة، جامعة أم القرى،2008.

المجلات العلمية

19.إيناس بوعنان، سناء المحمدي، أسماء سريحة، آمال بوصلاح، محمد سلطاني، المعارف والممارسات في الإرضاع الطبيعي من الثدي لدى النساء في المونستير، المجلة الصحية لشرق المتوسط، المجلد السادس عشر، العدد الثامن، تونس، 2010.

20.بهاء عبد الرزاق قاسم، تحليل أثر بعض المتغيرات في الإصابة بمرض اللثة ب استخدام نموذج الانحدار اللوجستي "مجلة العلوم الاقتصادية، جامعة البصرة، العراق، المجلد 07 العدد 27، 2011.

21.الحوسين طلباوي، واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019 (Mics6)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 1 المجلد 14، مارس 2022.

22. دغيم عبد المحسن، الفاعلية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط كمتغيرات محكية للتمييز بين الأمل والتفاؤل، مجلة دراسات عربية في علم النفس، م7،2008.

23.رضوان سامر جميل، توقعات الكفاءة الذاتية –البناء النظري والقياس، مجلة شؤون اجتماعية ع 55، الشارقة،1977.

24.سامية موساوي، المحددات السوسيولوجية لسوء التغذية لدى الطفل الأقل من عامين لدى الأم الريفية والحضرية في الجزائر. مجلة الواحات للبحوث والدراسات العدد 11، 2011.

25.طويطي مصطفى، وآخرون. منهجية تحليل الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في تصنيف المؤسسات "دراسة ميدانية على عينة من أصحاب المؤسسات الصغيرة والمتوسطة ". مجلة اقتصاديات شمال افريقيا. المجلد رقم15/العدد 21. 519، 2019.

26. فضيل دليو، مقاييس الاتجاه في العلوم الإنسانية، مجلة العلوم الإنسانية، ع10، 1998.

27. فيصل ناجي نامق، استخدام تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة وتقنية الانحدار الخطي المتعدد لتشخيص العوامل المؤثرة في ارتفاع نسب الرسوب في التعليم العالي، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الثالث والأربعون 2015.

28. محمد أمين. دعيش، محمد ساري، نموذج الانحدار اللوجستي: مفهومه، خصائصه، تطبيقاته" مع مثال تطبيقي للانحدار اللوجستي ثنائي الحدين على برنامج Spss. 2017 مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع: العدد الأول، مارس 2017.

المراجع باللغة الأجنبية

1. A bric J.C. L'étude expérimentale des représentations, In Jodelet D., Les représentations sociales, Paris, P.U.F. sociologie aujourd'hui, (1993)
2. A bric J.C, Pratiques sociales et représentations, Paris, P.U.F, 1994.
3.
4. Ajzen, Icek. Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: Dorsey. (1988)
5. Ajzen, Icek. "Attitude structure and behavior." Attitude structure and function. Psychology Press, 2014.
6. Ajzen, Icek. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 195, (1991)
7. Ajzen, Icek, and Martin Fisbbein. "Factors influencing intentions and the intention-behavior relation." Human relations 27.1 (1974).
8. Ajzen, I. and Fishbein, M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. (1980)

9. Ajzen, Icek. "From intentions to actions: A theory of planned behavior." Action control: From cognition to behavior. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1985.
10. Ajzen, Sexton, J. & I. Depth of processing, belief congruence, and attitude-behavior correspondence. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), Dual-process theories in social psychology. The Guilford Press. (1999)
11. Alemayehu, Tewodros, Jemal Haidar, and Dereje Habte. "Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia." *Ethiopian Journal of Health Development* 23.1 (2009).
12. Amoo, T.B., Popoola, T. & Lucas, R. Promoting the practice of exclusive breastfeeding: a philosophic scoping review. BMC Pregnancy Childbirth 22, (2022).
13. Al-Sahab, Ban, et al. "Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey." BMC pediatrics 10.1 (2010).
14. ALZAHEB, Riyadh A. Factors influencing exclusive breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. Clinical Medicine Insights: Pediatrics, 11, 2017.
15. Arafat, Layla E., S. Yousuf, and J. Al-Battawi. "Knowledge and Attitude of Exclusive Breast-Feeding Among Saudi Women in Primary Health Care Centers in Jeddah City, Saudi Arabia." IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) 6.6 (2017).
16. Augusto Palmonari, Giuseppina Speltini, « Allaitement, corps et contamination : notes sur les racines multiples de la connaissance sociale », in Angela Arruda et al, Une approche engagée en psychologie sociale : l'œuvre de Denise Jodelet, ERES « Hors collection », 2008.
17. Azad, Meghan B., et al. "Infant feeding and weight gain: separating breast milk from breastfeeding and formula from food." Pediatrics 142.4 (2018) .

18. Bai, Y., Wunderlich, S. M., & Fly, A. D. Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: A comparison among racial/ethnic groups. Maternal and Child Health Journal, 15(8), (2011).
19. Balaban G, Motta ME, Silva GA. Early weaning and other potential risk factors for overweight among preschool children. Clincs; 65(2). 2010.
20. Bandura, A, & wood. Effect of Perceived Controllability and Performance Standard, A, Self-Regulation of Comples Decision Making. Journal of Personality and Social Psychology, 56(5), (1989)
21. Bandura, A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997
22. Bandura,A .Self – efficacy in H. Fridman (ed), Encyclopedia of mental Health, San Diago, Academic press, (1998)
23. Bandura, A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. Journal ofClinical and Social Psychology, 4, (1986b). 359-373.
24. Bell, Linda., et al. « Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les jeunes mères canadiennes ». revue Santé Publique, 1 Vol. 27, 2015.
25. Blyth, Rosemary, et al. "Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory." Birth 29.4 (2002).
26. Bowden, J. & Manning, V. Health Promotion in Midwifery, 2nd Edition, Hodder and Arnold, London, 2006.
27. Brahm, Paulina, and Veronica Valdes. "Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding." Rev Chil Pediatr 88.1 (2017)
28. Callahan, Gordon Lewis. A meta-analysis of the Fishbein and Ajzen theory of reasoned action. University of Idaho, 1998.
29. Carter, W. B. Health behavior as a rational process: theory of reasoned action and multiattribute utility theory. In Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (eds), Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. Jossey-Bass, San Francisco, (1990)

30. Colodro-Conde, Lucía, et al. "Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain." Journal of Human Lactation 27.3 (2011)
31. Comité de nutrition – Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutrition Santé 2005.
32. Conner, M. & Norman, (eds) Predicting Health Behaviour, 2nd edn, Open University Press, 2005.
33. Conner, M. & Sparks, P. "Theory of Planned Behaviour and Health Behaviour," in Predicting Health Behaviour, 2nd end, M. Conner & P. Norman, eds., Open University Press, Maidenhead, 2005.
34. Cook, D., et al. "Binary response and logistic regression analysis." Part of the Iowa State University NSF/ILI project Beyond Traditional Statistical Methods (2001).
35. Coppa, Giovanni V., et al. "Human milk oligosaccharides inhibit the adhesion to Caco-2 cells of diarrheal pathogens: Escherichia coli, Vibrio cholerae, and Salmonella fyris." Pediatric research 59.3 (2006).
36. Da Silva, Maria da Conceição M., et al. "Breastfeeding and maternal weight changes during 24 months post-partum: a cohort study." Maternal & child nutrition 11.4 (2015).
37. David Aaron Maroof; Statistical Methods in Neuropsychology, springer, (2012).
38. Davis, Abi MB, and Valentina Sclafani. "Birth experiences, breastfeeding, and the mother-child relationship: evidence from a large sample of mothers." Canadian Journal of Nursing Research 54.4 (2022)
39. Demmouche, A. Beddek, F. Moulessehoul, S. Les déterminants du choix de l'allaitement chez une population de l'ouest de l'Algerie. 2013. (ville de Sidi Bel Abbes). Antropo, 30, 61-69. www.didac.ehu.es/antropo.

40. Dennis, C. L. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 32(6), (2003).
41. Dennis, C. L Journal of Human Lactation, 19(3), 278-284. (2003).
42. Dennis, C., & McQuenn, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Pédiatrique, 96, 590-594.
43. Dennis, Cindy-Lee. "Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework." Journal of human lactation 15.3 (1999): 195-201.
44. Dennis, C. L. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 28(5), (1999)
45. Dermer, Alicia. "A well-kept secret: breastfeeding's benefits to mothers." *New Beginnings* 18.4 (2001) Ferrer, Alvaro J. Arce, and Lin Wang. "Comparing the Classification Accuracy among Nonparametric, Parametric Discriminant Analysis and Logistic Regression Methods." (1999).
46. Doise W, Clemence A., Florenzi-Cioldi F. Représentations sociales et analyses de données, Grenoble, P.U.G. (1992)
47. Doise, W. Les représentations sociales. Paris : Delachaux et Niestlé, (1986).
48. Doise, W.. Les représentations sociales : définition d'un concept [Social representations: Definition of the concept]. *Connexions, 45,* (1985).
49. Durkheim E, Sociologie et philosophie, Edition puf , paris (1967)
50. Ferrer, Alvaro J. Arce, and Lin Wang. "Comparing the Classification Accuracy among Nonparametric, Parametric Discriminant Analysis and Logistic Regression Methods." (1999).
51. Fischer. N : Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Dunod Paris.2005.
52. Fishbein, Martin, and Icek Ajzen. "Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria." Psychological review 81.1 (1974)

53. Fishbein, M., &Ajzen, I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Journal of Research in Personality, 25, (1975).
54. Fishbein, Martin. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Psychology Press, 2007
55. Frankie E.E Fombong, Beheshteh Olang. et al. Maternal socio-demographic determinants of exclusive breastfeeding practice in Cameroon. American Journal of Food and Nutrition, 4.4, 2016.
56. Garson, David. Logistic Regression. (w.d2006.) Available at: http://www2.class.ncsu.edu/garson/pa765/logistic.htm
57. Gdalevich, Michael, Daniel Mimouni, and Marc Mimouni. "Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies." The Journal of pediatrics 139.2 (2001
58. Godfrey, J. R., & Lawrence, R. A. (2010). Toward optimal health: The maternal benefits of breastfeeding. Journal of Women's Health, 19, 1597-1602.
59. Grossman, L. K., Harter, C., & Sachs, L. Journal of Human Lactation, 1(3), (1984)
60. http://www.unicef.org/media/files/GAPP3_web.pdf
61. Hosmer Jr, David W., Stanley Lemeshow, and Rodney X. Sturdivant. Applied logistic regression. Vol. 398. John Wiley & Sons, 2013Jodelet, Denise. Culture et pratiques de santé. Nouvelle revue de psychosociologie, 1, 2006.
62. Humphreys, Amy S. and Thompson, Nancy J. and Miner, Kathleen R, Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action, Health Education Research 09, v13, n3, 1998.
63. INSP, Enquête sur l'allaitement .2010.
64. INSP. Enquête Nationale Santé. Année 1990 Alger, imprimerie Sonatrach, 1992
65. INSP et ONS, Enquête nationale santé, 1990.

66. Jodelet, Denise. Culture et pratiques de santé. Nouvelle revue de psychosociologie,1. 2006
67. Jodelet. D. Folies et représentations sociales, préface de serge Moscovici. Puf. 1989.
68. Jodelet D. Les représentations sociales, Paris, PUF (1989)
69. Jonathan potter and Ian Liton, some problems underlying the theory of social representations, British Journal of social Psychology, Printed in Great Britain, 1985.
70. Kaiser, Florian G., Gundula Hübner, and Franz X. Bogner. "Contrasting the theory of planned behavior with the value-belief-norm model in explaining conservation behavior 1." Journal of applied social psychology 35.10 (2005)
71. Kandeel, Wafaa A., et al. "Determinants of exclusive breastfeeding in a sample of Egyptian infants." *Open access Macedonian journal of medical sciences* 6.10 (2018).
72. Karen, Leffondré. Michal, Abrahamowicz. Jack, Siemiatycki. "Evaluation of coxs Model and logistic regression for matched case-control data with time-dependent covariates: a simulation study", Wiley, 22. 24 (2003).
73. Kier KL. Biostatistical applications in epidemiology. Pharmacotherapy. Jan ; 31(1) .2011
74. Kitani, Samiha. L'allaitement maternel exclusif chez les nouveau-nés à terme en maternité : Incidence, facteurs associés, connaissances et pratiques. Enquête au niveau de la maternité de l'hôpital provincial Lalla Meryem de Larache. 2018. http://hdl.handle.net/123456789/16892
75. Kitano, Naomi, et al. "Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding." Preventive medicine reports 3 (2016).
76. Koeblen-Tarver, Amy S., Thompson, Nancy J., ET Miner, Kathleen R. Intent to breast-feed: the impact of attitudes, norms, parity, and experience. American journal of health behavior, 2002, vol. 26, no 3.

77. Kramer, Michael S., et al. "Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus." Jama 285.4 (2001)
78. Kull, Inger, et al. "Breast-feeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren." Journal of Allergy and Clinical Immunology 125.5 (2010): 1013-1019.
79. Lawton, R., Ashley, L., Dawson, S., Waiblinger, D., & Conner, M. (2012). Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. British Journal of Health Psychology, 17(4), 2012.
80. Lönnerdal, Bo. "Nutritional and physiologic significance of human milk proteins." The American journal of clinical nutrition 77.6 (2003).
81. Lovelady CA et al. « The effect of weight loss in overweight lactating women on the growth of their infant s », New England Journal of Medicine 2000.
82. Madden, Thomas J., Pamela Scholder Ellen, and Icek Ajzen. "A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action." Personality and social psychology Bulletin 18.1 (1992).
83. Manstead, Anthony S, Christine Proffitt, and J. L. Smart. "Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action." Journal of personality and social psychology 44.4 (1983).
84. Marie Thirion, Les conséquences à plus ou moins long terme des allaitements mal adaptés. Dans L'art de nourrir les bébés. Albin Michel. 2007
85. Mathur, N. B., and Dhulika Dhingra. "Breastfeeding." The Indian Journal of Pediatrics 81.2 (2014).
86. McCarter-S paulding, D, Dennis, C. L., & Letourneau, N. Research in Nursing & Health, 29(4) (2006)
87. McCarter-Spaulding, Deborah E., and Margaret H. Kearney. "Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 30.5 (2001)

88. Meedya, Shahla, Kathleen Fahy, and Ashley Kable. "Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review." Women and birth 23.4 (2010)
89. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012-2013. Rapport final Algérie, 2012-2013.
90. Moncef Wafi, Allaitement maternel : Les Algériennes n'aiment pas donner le sein, Quotidien d'Oran le 06 - 08 - 2012, https://www.djazairess.com/fr/lqo/5171601
91. Moreira, Michelle Araújo, Enilda Rosendo do Nascimento, and Mirian Santos Paiva. "Social representations concerning the breastfeeding practices of women from three generations." *Texto & Contexto-Enfermagem* 22 (2013)
92. Moscovici, S. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pourune histoire. In D. Jodelet, (Ed.), Les représentations sociales. Paris : PUF. (1989)
93. MSP- ONS- Ligue des Etats arabes, 1993, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992
94. MSP- ONS- Ligue des Etats arabes, 1993, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992
95. MSP, Enquête nationale sur les objectifs de la Fin décennie. Santé de la mère et de l'enfant.2001
96. MSP, Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie. Santé de la mère et de l'enfant. MDG Algérie 1995. En association avec : UNICEF, OMS, FNUAP, Alger1996.
97. MSPRH, ONS Enquête algérienne sur la santé de la famille. 2002.
98. MSPRH, UNESCO, FNUAP, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013, Algérie 2015

99. Müller, Fabiana Swain, and Isilia Aparecida Silva. "Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women." Revista Latino-Americana de Enfermagem 17. (2009)

100. Noirhomme-Renard, Florence, and Quentin Noirhomme. "Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature." Journal de pédiatrie et de puériculture 22.3 (2009)

101. Norman, Paul, and M. Conner. "Predicting and changing health behaviour: Future directions." Predicting health behaviour 2 (2005).

102. Oddy, W. H., et al. "Association between breast feeding and asthma in 6-year-old children: findings of a prospective birth cohort study." Bmj 319.7213 (1999).

103. ONS/MSPRH, Résultats de l'enquête Nationale à Indicateurs Multiples MICS 3 Algérie, Rapport Principal, Alger, 2008.

104. Oppenheim, A. N. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement (New ed.). Pinter Publishers. (1992).

105. Osgood, C.E. Osgood, W.H. May, M.S. Miron Cross-Cultural Universals of Affective Meaning. University of Illinois Press, Urbana, IL (1975)

106. Otsuka, Keiko, et al. "The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers." Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 37.5 (2008)

107. Pample, Fred C. Logistic Regression A primer. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences. (No.07-132). Beverly Halls, CA: Sage. (2000).

108. Pryor, Brandt W. "Understanding belief, attitude, and behavior: How to use Fishbein and Ajzen's theories in evaluation and educational research." (2022).

109. Prachniak, Gail K. "Common breastfeeding problems." Obstetrics and Gynecology Clinics 29.1 (2002)

110. Rancé, F. "Quoi de neuf dans l'allergie alimentaire en 2003 ?" Archives de pédiatrie 10.11 (2003).

111. Raynault, Marie-France, and Fred Paccaud. Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse : travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé (Fondation 19). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2000.

112. Rebel Misbah Rameez, and all. Association of Maternal Lactation with Diabetes and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open. 2019;2(10): e1913401. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.

113. Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore, K. C. Journal of Human Lactation, 20(1) (2004)

114. S, H. L'allaitement maternel exclusif en déclin en Algérie, Liberté, jeudi le 26 Mai 2016.

115. Sadauskaitė-Kuehne, Vaiva, et al. "Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood." Diabetes/metabolism research and reviews 20.2 (2004).

116. Salima Taleb, Hayet Oulamara, Abdel Nacer Agli, Factors Facilitating and Forcing the Breast-Feeding to Tebessa (East City Algerian), Food and Nutrition Sciences, 3,2012.

117. Santé publique. L'allaitement maternel pour protéger le bébé des maladies infantiles. La tribune, 25-08-2012.
http://www.djazairess.com/Fr/la tribune71674/

118. Schwarzer, Ralf. "Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors." Applied psychology 57.1 (2008)

119. Schwartz, Shalom H. "Normative influences on altruism." *Advances in experimental social psychology*. Vol. 10. Academic Press, 1977. 221-279.

120. Séverine, Gojard. L'allaitement, une norme sociale. Spirale 3 (no 27),2003

121. Soderstrom, Irina R., and Dennis W. Leitner. "The Effects of Base Rate, Selection Ratio, Sample Size, and Reliability of Predictors on Predictive Efficiency Indices Associated with Logistic Regression Models." (1997).

122. Soumah, Anne Marie, et al. “Determinants of the Practice of Exclusive Breastfeeding in Guinea: Evidence from 2018 Guinean Demographic and Health Survey.” *BMC Nutrition*, vol. 7, no. 1, Jan. 2021

123. Stuebe, Alison. "The risks of not breastfeeding for mothers and infants." Reviews in obstetrics and gynecology 2.4 (2009).

124. Tampah-Naah, Anthony Mwinilanaa; Kumi-Kyereme, Akwasi. Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectiona study. International breastfeeding journal, 8.1.2013

125. Tchenar, siham; Boumedine, hanane. L’allaitement maternel exclusif à 6mois. 2016. PhD Thesis. http://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/10273 .

126. Tewodros, alemayehu. Jemal, haidar. Dereje, habte. Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Development. 1-23-2009.

127. Turck D. Allaitement maternel, Epidémiologie et impact sur la santé publique. Journées nationales de pédiatrie Progrès en pédiatrie. 2004.

128. Turck, Dominique, et al. "Plan d’action : Allaitement maternel." Médecine & Nutrition 46.3-4 (2010).

129. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. J Hum Lact. 2016

130. Van de Perre, Philippe. "Infections virales transmissibles par l’allaitement maternel." Revue Francophone des Laboratoires 2018.503 (2018)

131. Von Kries, Rüdiger, et al. "Breast feeding and obesity: cross sectional study." Bmj 319.7203 (1999) .

132. Walker, Jonathan, Methodology Application, Logistic Regression Using the CODES Data. Developed For Department of Transportation, National

Highway Traffic Safety Administration (NHTS), Washington DC, April 30, 1996.

133. WHO. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. 2013

134. WHO. Global strategy for infant and young child feeding? Geneva: Swaziland; 2003.

135. WHO, Indicators for assessing breastfeeding practices, Geneva, (WHO/CDD/SER/91.14) 1991.

136. WHO, Indicators for assessing infant and young child feeding practices, Geneva, PART 3, Country profiles, 2010.

137. WHO, **Indicators** for assessing infant and young child feeding practices, Part 1, Definitions, Geneva, 2008

138. WHO، **Indicators** for assessing infant and young child feeding practices، PART 3, 2008

139. WHO, Indicators The optimal duration of exclusive breastfeeding, Report of an Expert Consultation, Geneva, 2001.

140. WHO. WHO Programme to map best reproductive health practice. WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization, (2002). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO_RHR_01.30.pdf .

141. WHO, UNICEF. Wellstart International.Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf

142. Willits, Fern K., Gene L. Theodori, and A. E. Luloff. "Another look at Likert scales." Journal of rural social sciences 31.3 (2016)

143. Yehya, Nadine, et al. "Validation of the Arabic Version of the Infant Feeding Intentions Scale among Lebanese Women." Journal of Human Lactation 33.2 (2017).

144. Yvonne Knibiehler "L’allaitement et la société." Recherches féministes 162 (2003)

Summary:

Breastfeeding is one of the complex and multidimensional social phenomena that has great importance in the health and well-being of infants and mothers, and has direct repercussions on the health of society in the short and long term. In addition, it is one of the phenomena that still needs to be explored at many levels, which is why it is difficult to provide a comprehensive understanding of it. Because of its connection to diverse research fields including public health, sociology, and psychology. Although the phenomenon has received a huge amount of studies, it still lacks statistical studies based on national demographic surveys that provide a comprehensive image of the phenomenon in one society, and perhaps Algerian society is one of the societies that is in dire need of this type of studies.

This statistical study, based on the Multiple Indicator Cluster Survey conducted in Algeria during the period 2012/2013. This Survey aims to reveal the status of breastfeeding behavior by presenting theoretical concepts that explain it as a human and social behavior, and to monitor its spread in Algerian society after independence, to reveal the attitudes of Algerian mothers towards this healthy behavior, and to examine the factors and determinants that influence its practice.

The study begins with a review of the literature, which brings together studies on the phenomenon of breastfeeding from various disciplines. This review serves as the cornerstone of statistical investigations, and reveals the current gaps in this topic. Then it gives a picture of the methodological and conceptual aspect that frames the study then it gives a picture of the most important theoretical frameworks. That explain and support this social health behavior, while giving examples of studies that have adopted these frameworks in their field of research, so that the study then leads to monitoring the spread of breastfeeding, trends towards it, and the factors and determinants affecting it. In Algerian society.

This perception based on a comprehensive statistical research method based on a large-scale survey conducted to collect various data, including data on breastfeeding practices, which includes many social, demographic and economic factors affecting the lives of the mother and child and the spread and duration of breastfeeding. This done by conducting interviews and discussions with Algerian mothers. In questionnaires carefully prepared in advance for this purpose.

The results of this statistical study will contribute to giving a comprehensive and clear picture of the phenomenon of breastfeeding in Algeria, by revealing the importance of the phenomenon in social health, demonstrating its process and extent of spread, and revealing mothers' attitudes towards this behavior, while measuring the impact of individual, social, cultural, environmental and economic factors on practices. Breastfeeding using binary logistic regression on cluster survey results in this field.

Furthermore, it seeks to explore the effects of breastfeeding on child development, maternal health, and broader societal implications; the study provides a comprehensive understanding of breastfeeding that can guide the development of effective interventions, policies and support systems to promote and protect breastfeeding practices.

Perhaps the ultimate goal of this research is to enhance knowledge and awareness of breastfeeding behavior, and to advocate for evidence-based strategies that enable mothers, health care providers, and communities to create supportive environments for this behavior. Therefore, the results of this study have the potential to bring about positive change in public health policies, health care practices, and attitudes. Societal awareness of this behavior, which ultimately contributes to improving the health and well-being of infants, mothers and societies as a whole.