الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
كلية الطب البشري – الجامعة السورية الخاصة
قسم التوليد والنسائية

الممارسات والتصورات المتعلقة بالفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي في دمشق: دراسة وصفية

Weaning Practices and Perceptions among Working Mothers in the Health Sector in Damascus: A Descriptive Study

بحث علمي أُعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالبتان

رهف محمد الشمق
جودي محمد رامز الخطيب

إشراف
رئد كاسر عبد الله

رئيس القسم
كنعان صلاح الدين السقا

العام الدراسي: 2025-2026 م

كلمة شكر وتقدير وعرفان

بكل فخر وامتنان، نتوجه بخالص الشكر والتقدير لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث العلمي.

نشكر أساتذتنا الأفاضل في الجامعة السورية الخاصة على دعمهم الأكاديمي والإرشاد المستمر، وخصوصاً **الدكتور رئد كاسر عبد الله**، مشرف البحث، على توجيهاته القيمة، وتشجيعه المستمر، وإثرائه لنا بخبراته العلمية والطبية، وحرصه الدائم على رفع مستوى البحث إلى أعلى المعايير الأكاديمية.

كما نتقدم بالشكر العميق إلى رئيس القسم، **الدكتور كنعان صلاح الدين السقا**، على دعمه واهتمامه بتسهيل كل ما يلزم لإنجاز هذا البحث.

ولا يسعنا أن ننسى أسرتنا وأصدقائنا وزميلاتنا في المجال الصحي على صبرهم وتشجيعهم، ووقوفهم معنا خلال مراحل إعداد هذا البحث، وتقديم الدعم المعنوي والمادي الذي كان له أثر بالغ في إتمام هذه الدراسة.

أخيراً، نتوجه بعرفاننا لجميع المشاركين في الدراسة الذين ساهموا بوقتهم وجهدهم، فبدون تعاونهم لما تحققت أهداف هذه الدراسة.

د. رهف محمد الشمق **د. جودي محمد رامز الخطيب**

المحتويات:

قائمة الجداول: IV

قائمة الأشكال: V

الملخص: VI

Abstract: VII

الدراسة النظرية 1

المقدمة: 2

عملية الفطام 3

الفطام، النمو البدني، والصحة 3

زيادة كمية ونوعية طعام الطفل: 4

تقليل خطر الإصابة بالعدوى من طعام الطفل: 4

الفطام والنمو العقلي والعاطفي: 5

أطعمة الفطام 6

البدء بالتغذية المختلطة 6

أفضل الأطعمة للأطفال في سن الفطام 7

الغذاء الرئيسي 8

أمثلة على المواد الغذائية الأساسية 9

المرض 21

الحفاظ على نظافة أطعمة الفطام 22

الأمهات العاملات 25

أغذية الفطام المنتجة في المصانع 26

مراقبة الطفل أثناء الفطام: 28

الدراسة العملية 29

أهمية الدراسة: 30

أهداف الدراسة: 30

أداة الدراسة: 31

ثبات الاستبيان: 31

تصنيف درجات المعرفة: 31

تصميم الدراسة: 32
حجم العينة: 32
طريقة جمع البيانات: 32
معايير الاشتمال: 33
معايير الاستبعاد: 33
الاعتبارات الأخلاقية: 33
الطرق الإحصائية: 33
النتائج: 34
المناقشة: 47
الاستنتاجات: 49
التوصيات: 50
المراجع: 51

قائمة الجداول:

الجدول 1 المعلومات الديموغرافية للمشاركات 35
الجدول 2 معلومات حول الفطام 40
الجدول 3 درجة المعرفة لدى المشاركات 41
الجدول 4 العلاقة بين العمر ودرجة المعرفة 42
الجدول 5 العلاقة بين عدد الأطفال في الأسرة ودرجة المعرفة 43
الجدول 6 العلاقة بين الصفة الحالية في المجال الصحي ودرجة المعرفة 45
الجدول 7 العلاقة بين الحالة الإقتصادية ودرجة المعرفة 46

قائمة الأشكال:

الشكل 1 طفل في سن الفطام يتغذى من أمه..... 3
الشكل 2 الغذاء الأساسي 8
الشكل 3 بعض الامثلة على الفاصولياء والبازلاء..... 10
الشكل 4 الخضروات الورقية الخضراء الداكنة والخضروات البرتقالية 11
الشكل 5 بعض الأطعمة الحيوانية..... 12
الشكل 6 بعض الفواكه الطازجة..... 13
الشكل 7 العصيدة المصنوعة من المواد الغذائية المحلية: يجب أن تكون سميكة أو شبه صلبة..... 14
الشكل 8 ينبغي للأمهات الاستمرار في إرضاع أطفالهن في سن الفطام 16
الشكل 9 التوزع النسبي للمشاركات حسب الفئة العمرية..... 36
الشكل 10 التوزع النسبي للمشاركات حسب عدد الأطفال لديهن 36
الشكل 11 التوزع النسبي للمشاركات حسب طبيعة العمل في القطاع الصحي لدى المشاركات..... 37
الشكل 12 التوزع النسبي للمشاركات حسب الحالة الإقتصادية..... 37
الشكل 13 التوزع النسبي للمشاركات حسب تلقيهن لمعلومات حول الفطام من قبل..... 38
الشكل 14 التوزع النسبي للمشاركات اللواتي تلقين معلومات من قبل حول الفطام حسب مصادر المعلومات 38
الشكل 15 فئات درجة المعرفة لدى المشاركات..... 41

الملخص:

تهدف هذه الدراسة الوصفية إلى تقييم مستوى المعرفة والممارسات المتعلقة بالفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي في مدينة دمشق، وتحليل العوامل الديموغرافية والاجتماعية والمهنية المرتبطة بها. شملت الدراسة 600 مشاركة تم اختيارهن من مختلف المؤسسات الصحية. جُمعت البيانات باستخدام استبيان مُحكم تضمن محاور حول المعرفة الأساسية بالفطام ومصادر المعلومات والعادات المرتبطة به. أظهرت النتائج أن متوسط درجة المعرفة لدى المشاركات كان متوسطًا (53% ± 15.5)، وأن أكثر من نصف المشاركات (51.2%) لديهن معرفة ضعيفة. لوحظ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى المعرفة وكل من العمر (P=0.000)، وعدد الأطفال (P=0.005)، والمهنة الصحية (P=0.002)، والحالة الاقتصادية (P=0.000). كما تبين انتشار بعض المفاهيم الخاطئة حول توقيت الفطام وطبيعته والعادات غير الصحية المصاحبة له. خلصت الدراسة إلى وجود فجوة معرفية واضحة حول الفطام حتى بين العاملات في المجال الصحي، مما يستدعي تعزيز برامج التثقيف الصحي المتخصصة حول تغذية الرضع والفطام وفق المعايير العالمية.

الكلمات المفتاحية: الفطام، الأمهات العاملات، الرضاعة الطبيعية، المعرفة الصحية، دمشق.

Abstract:

This descriptive study aimed to assess the level of knowledge and practices related to weaning among working mothers in the health sector in Damascus, and to analyze the associated demographic, social, and professional factors. A total of 600 participants were included from various healthcare institutions. Data were collected using a structured and validated questionnaire addressing basic knowledge about weaning, sources of information, and related practices. The results revealed that the mean knowledge score was moderate (53% ± 15.5), and more than half of the participants (51.2%) had a poor level of knowledge. A statistically significant association was found between knowledge level and age (P=0.000), number of children (P=0.005), professional status (P=0.002), and socioeconomic status (P=0.000). The study also identified the persistence of misconceptions regarding the timing and methods of weaning, as well as unhealthy weaning practices. The findings highlight a noticeable knowledge gap regarding weaning even among health professionals, emphasizing the need for targeted health education programs on infant nutrition and weaning based on global recommendations.

Keywords: Weaning, Working mothers, Breastfeeding, Health knowledge, Damascus.

الدراسة النظرية

المقدمة:

يمثل الفطام مرحلة حيوية في حياة الرضع، حيث يعد الانتقال من الرضاعة الطبيعية أو الصناعية إلى تناول الأطعمة الصلبة خطوة أساسية في نمو الطفل وتطوره. تعتبر عملية الفطام معقدة وتتأثر بالعديد من العوامل، بما في ذلك ثقافة المجتمع، والبيئة الاجتماعية، والممارسات الغذائية التقليدية (1). في دمشق، كما في العديد من المدن العربية، تواجه الأمهات العاملات في القطاع الصحي تحديات متعددة تتعلق بهذه المرحلة، مما يستدعي دراسة دقيقة لفهم تصوراتهن وممارساتهن (2).

تشير الدراسات إلى أن الفطام يمكن أن يكون له آثار طويلة الأمد على صحة الطفل، بما في ذلك نموه البدني والعقلي (3). بالإضافة إلى ذلك، فإن الفطام المبكر أو المتأخر يرتبط بمشاكل صحية مثل سوء التغذية أو زيادة الوزن (4). لذلك، فإن فهم ممارسات الأمهات العاملات في القطاع الصحي وتصوراتهن حول الفطام يمكن أن يساعد في تحسين استراتيجيات التغذية وتعزيز صحة الأطفال.

تتعدد الطرق والممارسات المتبعة في عملية الفطام، حيث تختلف من أم إلى أخرى بناءً على خلفياتهن الثقافية والتعليمية (5). من المهم أن نفهم كيف تؤثر هذه الممارسات على الفطام، وما هي التصورات السائدة حوله، خاصة في السياقات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة. لذا، فإن هذه الدراسة الوصفية ستكون قيمة للغاية لتسليط الضوء على كيفية تأثير العوامل الاجتماعية والبيئية على قرارات الأمهات العاملات في القطاع الصحي (6).

ستساهم نتائج هذه الدراسة في توجيه برامج التوعية الصحية للأمهات العاملات في القطاع الصحي، مما يساعد على تحسين فهمهن لممارسات الفطام الصحية. وبذلك، يمكن أن تكون هذه النتائج نقطة انطلاق لتطوير سياسات صحية أكثر فعالية تتعلق برعاية الطفولة في دمشق (7).

عملية الفطام

الفطام، النمو البدني، والصحة

الفطام هو العملية التي يعتاد فيها الطفل تدريجيًا على تناول أطعمة العائلة أو البالغين، ويقل اعتماده على حليب الأم تدريجيًا. تختلف هذه العملية من ثقافة لأخرى، وغالبًا ما تُنظمها احتياجات الطفل الفردية. ينمو الأطفال الأصحاء في سن الفطام ويتطورون بسرعة كبيرة، لذا يجب توخي الحذر الشديد لضمان حصولهم على كمية كافية من الطعام المناسب (8).



الشكل 1 طفل في سن الفطام يتغذى من أمه

خلال فترة الفطام، يتحرك الأطفال أكثر، ويصبحون أكثر استقلالية عن أمهاتهم. ويبدأون في التلامس بشكل أكبر مع الجراثيم في البيئة. وفي الوقت نفسه، تتغير طريقة حماية جسم الطفل من الجراثيم. فعندما يكون الأطفال صغارًا جدًا، لا يزالون يتمتعون بالحماية (المناعة) التي تلقوها من أمهاتهم أثناء الحمل. ولكن بعد حوالي 4–5 أشهر، تفقد هذه الحماية، ويبدأ الأطفال في تطوير مناعتهم الخاصة عند التلامس مع الجراثيم في البيئة. وبسبب هذا التغيير، يكون الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المُعدية من عمر 4–5 أشهر تقريبًا، خاصةً إذا لم يرضعوا رضاعة طبيعية. ولهذا السبب، يجب تخزين أي طعام مُعدّ للأطفال وإطعامهم إياه بطرق صحية للغاية (9).

قد يكون الفطام فترةً خطيرةً على الأطفال. ففي كثيرٍ من الأحيان، لا ينمو الأطفال في سن الفطام بشكلٍ جيد. وغالبًا ما يمرضون ويصابون بالعدوى، وخاصةً الإسهال، أكثر من أي وقتٍ آخر. وقد يزداد سوء التغذية لدى الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية خلال فترة الفطام، وقد يُصابون به لأول مرةٍ أثناء الفطام. ويؤدي سوء التغذية والمرض إلى توقف العديد من الأطفال في سن الفطام

عن النمو بشكلٍ جيد. ويظهر ذلك على مخطط النمو على شكل ضعفٍ في اكتساب الوزن، أو في الحالات الأكثر خطورةً، على شكل فقدانٍ للوزن (10).

زيادة كمية ونوعية طعام الطفل:

يتمتع الطفل في سن الفطام بمعدة صغيرة، لكنه يحتاج إلى الكثير من الطعام للنمو والنشاط. هناك طريقتان رئيسيتان لضمان حصول هؤلاء الأطفال على ما يكفي (11):

1. الرضاعة المتكررة.

2. استخدام أطعمة غنية بالعناصر الغذائية.

يمكن للأسرة تناول ما يصل إلى ثلاث وجبات يوميًا، مع إمكانية تناول وجبات خفيفة بينها. يحتاج الأطفال في سن الفطام إلى تناول شيء ما كل ساعتين تقريبًا عندما يكونون مستيقظين.

كلما كان الطفل أصغر، كلما احتاج إلى الرضاعة بشكل متكرر.

غالبًا ما يكون الطعام الذي تتناوله الأسرة مُشبِعًا وكثيفًا. يحتاج الطفل في سن الفطام إلى طعام:

1. غني بالطاقة.
2. مُغذٍّ.
3. طري وسهل المضغ والبلع.

يحتاج هؤلاء الأطفال إلى مزيج من الأطعمة، مُعدّ خصيصًا لهم. ليس بالضرورة أن تكون هذه الأطعمة باهظة الثمن. يمكن عادةً تحضير هذه الوجبات من أطعمة الأسرة، ولكن يجب تحضيرها بطرق خاصة.

تقليل خطر الإصابة بالعدوى من طعام الطفل:

الطعام الجيد المُحضّر جيدًا يُحافظ على صحة الطفل ويُحسّن نموه. أما الطعام الملوث بالجراثيم، فيُسبب له الإسهال أو أمراضًا أخرى. يمكن أن يُصاب الطعام بالجراثيم (11):

1. قبل إدخاله إلى المنزل.
2. أثناء تخزينه.

3. أثناء تحضيره.

4. بعد تحضيره وقبل إطعامه للطفل.

حليب الأم آمن تمامًا للأطفال. ولكن بمجرد أن يتغذى الطفل على أطعمة أخرى، يزداد احتمال إصابته بالجراثيم. ولهذا السبب، يبدأ العديد من الأطفال بالإصابة بالإسهال أثناء الفطام. لتجنب خطر إصابة الطفل بالعدوى، يجب تعليم الوالدين تحضير خلطات الفطام بعناية، وفي ظل أفضل الظروف الصحية الممكنة. يجب الحفاظ على نظافة أدوات إطعام الطفل، وغسل اليدين قبل تحضير الطعام وقبل إطعامه. لا يجب أن يتم دعوة الذباب أو الحشرات الأخرى تستقر على أي طعام (11).

الفطام والنمو العقلي والعاطفي:

يُعد الفطام فترةً تشهد تغيراتٍ سلوكيةً كبيرةً لكلٍّ من الطفل والوالدين. يصبح الأطفال أكثر اهتمامًا بالعالم من حولهم وأكثر استقلاليةً في تصرفاتهم. في البداية، تقضي الأمهات معظم وقتهن مع أطفالهن حديثي الولادة. لكن خلال فترة الفطام، يتغير هذا الوضع. تحتاج الأمهات إلى العودة إلى أنماط عملهن المعتادة، أو حتى تولي مهام واهتمامات جديدة. لذلك، خلال فترة الفطام، يجب أن تضعف الروابط الوثيقة بين الأمهات وأطفالهن تدريجيًا. سيبدأ الأطفال بالانفصال عن أمهاتهم لفتراتٍ أطول. قد تحتاج الأمهات إلى الاعتماد على أفرادٍ آخرين في الأسرة لرعاية أطفالهن مع عودتهم إلى واجباتهم المعتادة داخل المنزل أو خارجه (12).

قد تعني هذه التغييرات في طريقة رعاية الأطفال خلال فترة الفطام عدم تغذيتهم بشكل صحيح، أو شعورهم بالانزعاج وعدم السعادة. على سبيل المثال، قد يفقد الأطفال شهيتهم عند غياب أمهاتهم. أو قد يُعطون كمية قليلة جدًا من الطعام إذا كان من يعتني بهم مهملًا أو لا يعرف ما يجب فعله. إذا كانت الأم على دراية بهذه المخاطر، فيجب تجنبها (12).

لا يقتصر النمو والتطور الصحي على التغذية السليمة فحسب، بل يحتاج الأطفال أيضًا إلى التحفيز العاطفي والرعاية المناسبة عند مرضهم. يتطلب الفطام الناجح مراعاة جميع هذه النقاط (12).

أطعمة الفطام

البدء بالتغذية المختلطة

عندما يبلغ الطفل من العمر 4–6 أشهر تقريبًا، يصبح فمه مستعدًا لتقبل الأطعمة غير السائلة. تبدأ الأسنان بالظهور، ويتوقف اللسان عن دفع الطعام الصلب تلقائيًا خارج الفم. كما تبدأ المعدة في هضم النشاء بشكل أفضل. وبحلول 9 أشهر تقريبًا، يصبح الأطفال قادرين على استخدام أيديهم لوضع الأشياء في أفواههم. من الواضح أن الأطفال خلال هذه الفترة يصبحون مستعدين لتناول بعض الأطعمة الصلبة (13).

عادةً ما يرضع الأطفال الذين يبدأون بتناول الأطعمة شبه الصلبة أو الصلبة قبل بلوغهم 4–6 أشهر كمية أقل من حليب الثدي، لأن معدتهم الصغيرة تمتلئ بسهولة. ونتيجة لذلك، قد لا ينمون بشكل جيد (14).

سيظهر هذا على مخطط النمو. قد يبدأ الطفل بالبكاء أكثر من ذي قبل بسبب الجوع وسوء التغذية. من ناحية أخرى، بعد 4–6 أشهر، يكبر الأطفال كثيرًا بحيث لا يستطيعون الاعتماد على حليب الثدي وحده. لهذه الأسباب، يجب توخي الحذر الشديد عند تحديد الأطعمة المُقدمة للأطفال، ومتى وكيف تُقدم. يختلف كل طفل عن الآخر. قد يحتاج الأطفال ذوو الحجم الكبير إلى البدء بنظام غذائي مُختلط في وقت أبكر من الأطفال الأصغر حجمًا.

بشكل عام، يُعد حليب الأم وحده كافيًا تمامًا حتى يبلغ الطفل 4 أشهر على الأقل، أو حتى يزن 6–7 كجم. الأطعمة الأخرى غير ضرورية قبل هذا الوقت، وقد تكون ضارة. من ناحية أخرى، إذا لم تُقدم أطعمة أخرى إلى جانب حليب الأم بحلول سن 6 أشهر، فلن يحصل معظم الأطفال على ما يكفي من الغذاء للنمو بشكل جيد.

ملاحظة: يجب البدء بالفطام عندما يكون عمر الطفل بين 4 و6 أشهر (1).

يمثل الطفل جزءًا أساسيًا من العائلة، حيث تبدأ عملية الفطام بإدخال الأطعمة التي يتناولها باقي أفراد العائلة. تُعتبر هذه الأطعمة إضافة مهمة لنظام الطفل الغذائي، حيث تلبي احتياجاته المتزايدة وتساهم في تطوير قدرته على استكشاف نكهات وأصناف جديدة (13).

يظل حليب الأم المصدر الرئيسي لتغذية الطفل لفترة ممتدة، وينصح بإعطائه لأطول فترة ممكنة خلال الأشهر الأولى. مع مرور الوقت، تصبح أطعمة العائلة قادرة على تلبية احتياجات الطفل الغذائية بشكل كامل، مما يؤدي تدريجيًا إلى الاستغناء عن حليب الأم.

ينبغي أيضًا الاستمرار في الرضاعة الطبيعية لأنها تُتيح تواصلًا وثيقًا بين الأم وطفلها. هذا التواصل مفيد لرفاهية الطفل، ولمشاعر الحب والتعلق لديه. كلما كان التواصل أقرب، وكلما احتضنت الأم طفلها أكثر، زاد وعيها باحتياجاته الخاصة. ستكتشف أي مشاكل جديدة بسرعة. يجب تجنب الفطام المفاجئ، ويجب على الأم تجنب ترك طفلها فجأة مع شخص آخر لفترات طويلة. إذا كانت الأم ستُسلم مسؤوليات رعاية طفلها لشخص آخر، فعليها القيام بذلك ببطء وحذر (13).

أفضل الأطعمة للأطفال في سن الفطام

بالنسبة للأطفال في سن الفطام، من الأفضل استخدام الأطعمة التالية:

1. مفيدة للطفل.
2. متوفرة بسهولة لدى الأسرة.
3. غير مكلفة.

عادةً ما يمكن الحصول على الأطعمة من مائدة الأسرة، لكن أغذية الأطفال الجاهزة التي تُباع في المتاجر والصيدليات قد تكون سهلة التحضير، رغم أنها غالبًا ما تكون أكثر تكلفة وأقل تغذية مقارنة بالأطعمة المنزلية. إذا كانت الأم تواجه صعوبة في تحمل تكاليف هذه المنتجات، قد تلجأ إلى تقليل الكميات المقدمة، مما يؤثر سلبًا على تغذية الطفل واحتياجاته الغذائية (13).

لا يُنصح بتوفير الطعام من الخارج إلا عندما يكون النظام الغذائي للأسرة سيئًا جدًا من حيث الجودة والكمية. أما الأطعمة التي لا تتناولها الأسرة عادةً، فلا تُقدم إلا في الحالات التالية (13):

1. أثناء المجاعة.
2. للفقراء الذين لا يتناولون سوى الغذاء المحلي الأساسي.
3. كعلاج لسوء التغذية الحاد.

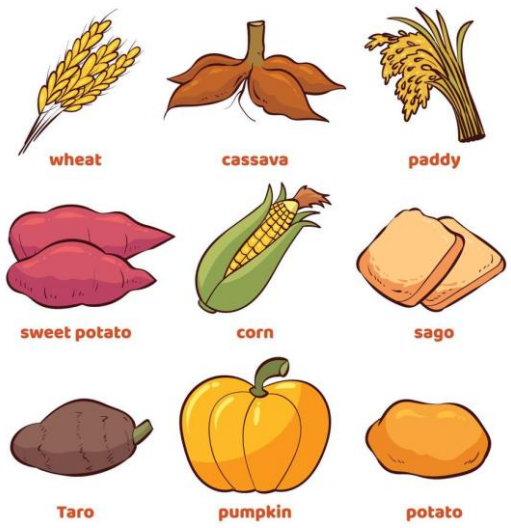
في هذه الحالات، قد يكون من الضروري إحضار طعام من خارج الأسرة ليتمكن الطفل من البقاء على قيد الحياة.

الغذاء الرئيسي

من الأطعمة الأولى الجيدة التي يمكن تقديمها للطفل، إلى جانب حليب الأم، عصيدة طرية وسميكة ودسمة، مصنوعة من الغذاء الرئيسي في المجتمع.

لكل مجتمع غذاء أساسي. وهو غالبًا ما يكون أول ما يتبادر إلى ذهن الناس عند سؤالهم عن نظامهم الغذائي. يحتوي هذا الغذاء الأساسي على النشا، ويتناوله معظم أفراد المجتمع في كل وجبة. وهو عادةً ما يكون أقل تكلفة من أنواع الطعام الأخرى. ويختلف هذا الغذاء الأساسي من بلد إلى آخر، فقد يكون الأرز، أو القمح، أو الذرة، أو البطاطا، أو غيرها (14).

في المناطق الريفية، من المرجح أن تقضي الأسر وقتًا طويلًا في زراعة وتخزين وطهي هذا الغذاء الأساسي. يُعدّ هذا الغذاء الأساسي قاعدة ممتازة لإعداد أطعمة الفطام الأولى للأطفال، لأنه عادةً ما يكون أرخص من أنواع الطعام الأخرى، ويسهل الحصول عليه، ويوفر معظم الكربوهيدرات (النشا) وغالبًا العناصر الغذائية الأخرى اللازمة للنمو. يمكن صنع عصيدة طرية وسميكة ودسمة من أي غذاء أساسي، ويمكن إعطاؤها للطفل مع حليب الأم (14).



الشكل 2 الغذاء الأساسي

أمثلة على المواد الغذائية الأساسية

تتضمن القائمة ثلاثة أنواع رئيسية من المواد الغذائية الأساسية: الحبوب، والجذور وما شابهها من الخضراوات التي تنمو تحت الأرض، والفواكه النشوية. تنمو أنواع مختلفة من المواد الغذائية الأساسية في مناطق مختلفة من العالم (14).

الحبوب:

الأرز، الذرة، القمح، الشوفان، الشعير، الذرة الرفيعة، الدخن، التيف، المعكرونة، الخبز، الكينوا، البرغل.

الجذور:

اليام، الكوكويام، القلقاس، الكسافا، البطاطا، البطاطا الحلوة، الجزر، البنجر.

الفواكه النشوية:

الموز، الموز الجنة، فاكهة الخبز، القرع، المانجو الناضج.

تعتبر الأطعمة الغذائية الأساسية المذكورة من العناصر التي، مع طهي خاص، يمكن أن تطعم الأطفال الصغار في المنطقة.

يُعدّ الغذاء الأساسي أساسًا جيدًا لأطعمة الرضع، ولكنه ليس كافيًا.

يحتاج الطفل إلى أطعمة أخرى أيضًا. في البداية، يكون حليب الأم هو هذا الغذاء. ولكن مع تقدم الطفل في العمر، تزداد الحاجة إلى أنواع أخرى من الطعام (14).

هذه الأنواع الأخرى من الأطعمة هي:

- البازلاء والفاصوليا
- الأطعمة الحيوانية
- الخضراوات الورقية الخضراء والبرتقالية
- الزيوت والدهون

- الفواكه.

البازلاء والفاصولياء

تعد هذه الأطعمة مغذية، وعند تناولها مع الحبوب الأساسية، تكون مغذية تمامًا كالأطعمة الحيوانية وغالبًا ما تكون أقل تكلفة. يصعب هضم قشور البازلاء والفاصولياء، لكن التحضير الدقيق يمكن أن يتغلب على هذه المشكلة. ينصح بنقعها أولًا ثم طبخها حتى تصبح طرية، وبعد ذلك يمكن نزع القشور أو استخدام النخل. تعتبر البازلاء والفاصولياء مفيدة أيضًا لأفراد العائلة الأكبر سنًا. لضمان استمتاع الأطفال بمذاقها، يُفضل في البداية خلط كميات صغيرة منها مع العصيدة الأساسية، ويمكن زيادة الكمية تدريجيًا. كما يمكن إضافة المكسرات والبذور كإضافات مغذية إلى العصيدة (15).



الشكل 3 بعض الامثلة على الفاصولياء والبازلاء

أمثلة على البازلاء والفاصوليا:

هناك أنواع عديدة ومختلفة من البازلاء والفاصوليا في العالم. يجب التعرف على كيفية طهي البازلاء والفاصوليا في المنطقة بشكل عام، والتفكير في أفضل الطرق لجعل هذه الأطباق مناسبة للأطفال الصغار، مثل الحمص، اللوبياء، الفول السوداني، البازلاء الهندية، العدس، البازلاء المجففة، الفاصوليا السوداء، الفاصوليا الحمراء، الفاصوليا البحرية، الفول العريض، الفاصوليا الفرنسية، فول الصويا، بذور السمسم، بذور البطيخ، الفاصوليا المونج، الفاصوليا البيضاء (15).

الخضراوات الورقية الداكنة والبرتقالية:

تُزرع أنواعٌ عديدة من الخضراوات الورقية الخضراء في أماكن مختلفة. وبشكلٍ عام، كلما كان لون الأوراق أغمق، كانت قيمتها الغذائية أفضل. تلين الخضراوات الورقية وتنكمش أثناء الطهي.

يمكن تقطيعها بسهولة وخلطها مع عصيدة الأطفال. كما تُباع الخضراوات البرتقالية أو الصفراء بكثرة في السوق المحلية (15).

وهي أيضًا مفيدة جدًا للأطفال. وهناك طرقٌ شائعة لجعلها طريةً للأكل. يمكن تناولها بمفردها أو خلطها مع طعام الطفل الأساسي.



الشكل 4 الخضروات الورقية الخضراء الداكنة والخضروات البرتقالية

أمثلة على الخضراوات الورقية الداكنة (15):

السبانخ، الكرنب، القطيفة، الكالالو، أوراق اليقطين، أوراق الكسافا الحلوة.

أمثلة على الخضراوات البرتقالية:

اليقطين، الجزر، البابايا.

الأطعمة ذات المصدر الحيواني:

جميع الأطعمة الحيوانية تقريبًا مغذية. لكنها غالبًا ما تكون باهظة الثمن. وتأتي بأشكال مختلفة.

1. اللحوم، بما في ذلك الأسماك ولحوم الأعضاء مثل الكبد.

2. حليب الحيوانات المختلفة، بما في ذلك الأطعمة المصنوعة من الحليب مثل الجبن أو الزبادي. على الرغم من أن الزبدة حيوانية، إلا أنها لا تندرج ضمن هذه المجموعة. تُصنف ضمن الدهون.
3. يُنصح ببدء تقديم صفار البيض للرضع بعد عمر 6 أشهر، حيث يُعتبر مغذياً وغنياً بالحديد ولا يسبب عادةً تفاعلات تحسسية (1). أما بياض البيض، فيُفضَّل تأخيره حتى عمر 12 شهرًا لأنه يحتوي على بروتينات أكثر تحسسًا وقد تزيد من خطر التحسس الغذائي لدى بعض الأطفال (2). توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بإدخال الأطعمة المسببة للتحسس تدريجيًا بعد عمر 6 أشهر مع مراقبة أي أعراض تحسسية (3)
4. غالبًا ما يحتاج اللحم إلى فرم ناعم جدًا، أو دقه بمدقة ليسهل على الأطفال تناوله. يجب توخي الحذر الشديد لإزالة عظام السمك التي قد تخنق الطفل.

يمكن خلط الطعام الحيواني مع الطعام الرئيسي وإطعامه للأطفال.



الشكل 5 بعض الأطعمة الحيوانية

أمثلة على الأطعمة الحيوانية:

اللحوم والأسماك، منتجات الألبان، البيض.

الزيوت والدهون أو السكريات:

تضيف الزيوت والدهون طاقة مفيدة لوجبات الأطفال الصغار. كما أنها تجعل الطعام أكثر ليونة وأسهل في البلع. يمكن للسكر أو العسل أيضًا توفير طاقة إضافية، لكنهما ليسا بجودة الزيوت والدهون (15).

أمثلة على الزيوت والدهون:

الزيوت: زيت الذرة، زيت النخيل، زيت دوار الشمس، زيت الفول السوداني، زيت جوز الهند، حليب جوز الهند (أي حليب لب جوز الهند، وليس ماء جوز الهند).

الدهون: السمنة، الزبدة، المارجرين، أي دهون حيوانية.

الفواكه:

إذا كانت الفاكهة نظيفة جدًا، فهي مفيدة للأطفال الصغار. يبدأ إعطاء الأطفال الفاكهة بعد تعلمهم تناولها كغذاء أساسي. يمكن هرس الفاكهة أو تحويلها إلى عصير. يجب التأكد من نظافة الفاكهة لمنع انتقال العدوى. إذا تم تخفيف عصائر أو هريس الفاكهة بالماء، فيجب أن يكون الماء نظيفًا جدًا (16).



الشكل 6 بعض الفواكه الطازجة

أمثلة على الفواكه

تفاح، موز، اجاص، عنب، خوخ، دراق.

ليس من الضروري أن يتناول الطفل كل شيء في وجبة واحدة. إذا لم يتوفر الطعام الحيواني للعائلة يوميًا، فإن البازلاء والفاصوليا تُعدّ بديلًا جيدًا (16).

كيفية خلط أطعمة الفطام:

البداية:

في البداية، يتناول الطفل عصيدة صغيرة مصنوعة من الحبوب المحلية، مسلوقة في الماء أو الحليب المدعم بالحديد ولا ينصح بإعطاء الحليب البقري الكامل كشراب رئيسي قبل عمر 12 شهر، ومُضاف إليها القليل من الزيت أو الدهون. يجب أن تكون العصيدة سميكة أو شبه صلبة، وليست سائلة أو مائيّة (17). العصيدة التي تكون مائيّة أكثر من اللازم لا تُوفّر تغذية كافية للطفل.

يستغرق الطفل بضعة أيام ليبدأ بالاستمتاع بالطعم الجديد، لذا قد يتناول كمية قليلة فقط في البداية. هذه ليست مشكلة، فملعقة أو ملعقتان صغيرتان تكفيان. سيعتمد معظم طعام الطفل على حليب الأم. لاحقًا، سيتناول الطفل أطعمة أكثر صلابة ويستمتع بالطعم (17).



الشكل 7 العصيدة المصنوعة من المواد الغذائية المحلية: يجب أن تكون سميكة أو شبه صلبة

بعد أقل من أسبوعين، سيبدأ معظم الأطفال بتناول العصيدة الأساسية والاستمتاع بها. يمكن إضافة أطعمة أخرى إلى النظام الغذائي. يجب أن تكون مفرومة فرماً ناعماً، ويمكن خلطها مع العصيدة أو تقديمها بشكل منفصل. تُعد البازلاء والفاصوليا، أو الأطعمة الحيوانية، مهمة، ويجب إطعامها للطفل مع العصيدة كلما أمكن ذلك. يجب إضافة الزيت أو الدهون دائماً بعد عمر 6 أشهر، ضمن الأطعمة التكميلية.

الدهون تُعد ضرورية لنمو الدماغ، وتطور الجهاز العصبي، وامتصاص الفيتامينات الذوابة في الدهون (A, D, E, K) يجب أن تشكل الدهون نسبة 30–40% من السعرات الحرارية اليومية

للأطفال بين عمر 6 أشهر و24 شهرًا، وفق توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (1). من الأفضل استخدام مصادر دهون صحية مثل زيت الزيتون، زيت الكانولا، الزبدة بكميات معتدلة، والأفوكادو. يمكن تقديم أنواع الطعام الأخرى بشكل أقل تكراراً (17).

الأطعمة الأساسية من الجذور، أو الخضراوات الأرضية المشابهة، أو الفواكه النشوية ليست مغذية مثل الحبوب. إذا كانتِ تستخدم للعصيدة، فمن المهم إضافة أطعمة حيوانية، مثل اللحوم والأسماك والبيض أو الحليب، بمجرد أن يعتاد الطفل على العصيدة، أي في غضون أسبوع تقريباً.

مزيجان:

عندما يُضاف إلى الطبق الرئيسي نوع آخر من الطعام، يُطلق عليه مزيجان. يُعدّ المزيجان مغذيين للغاية، ويشكلان الجزء الرئيسي من العديد من الوجبات. هناك ثلاثة أنواع.

أمثلة على خليطين:

1. الأساسي + بازلاء أو فاصوليا
2. الأساسي + طعام من مصادر حيوانية
3. الأساسي + خضراوات ورقية داكنة أو خضراوات برتقالية

- يجب الاستمرار في الرضاعة الطبيعية.
- اضافة دائمًا القليل من الزيت أو الدهون إلى الخليط في عمر 6 أشهر.
- اعطاء الأطفال بعض الفاكهة.

ثلاثة أنواع من الخلطات

الخلطات الثلاثة أفضل من الخلطات الثنائية. فهي تتكون من الغذاء الأساسي بالإضافة إلى نوعين آخرين من الطعام. هناك ثلاثة أنواع من الخلطات الثلاثية المغذية (18):

أمثلة على الخلطات الثلاثية:

1. الأساسية + بازلاء أو فاصوليا + طعام من مصادر حيوانية
2. الأساسية + بازلاء أو فاصوليا + خضراوات ورقية خضراء داكنة أو خضراوات برتقالية
3. الأساسية + طعام من مصادر حيوانية + خضراوات ورقية خضراء داكنة

- يجب الاستمرار في الرضاعة الطبيعية.
- اضافة دائمًا القليل من الزيت أو الدهون إلى الخليط في عمر 6 أشهر.
- اعطاء الأطفال بعض الفاكهة.

أربعة أنواع من الخلطات

أفضلها على الإطلاق هي الخلطات الأربع. تحتوي هذه الخلطات على جميع أنواع الطعام الرئيسية الأربعة.

وهي خليط من: الغذاء الرئيسي؛ بالإضافة إلى البازلاء أو الفاصوليا؛ بالإضافة إلى طعام حيواني؛ بالإضافة إلى خضراوات ورقية خضراء داكنة أو خضراوات برتقالية (18).

مثال على مزيج رباعي:

غذاء أساسي + بازلاء أو فاصولياء + طعام من مصدر حيواني + خضراوات ذات أوراق خضراء داكنة أو خضراوات برتقالية.

قد تكون الأطعمة الثلاثية والرباعية مكلفةً للعديد من العائلات. ليس من الضروري تناول البازلاء والفاصولياء مع طعام الحيوانات في الوقت نفسه. إذا تناول الطفل أنواعًا مختلفة من الأطعمة الثنائية، أو على الأقل نوعين من الأطعمة الثلاثية، فهذا يُضاهي الأطعمة الرباعية (18).



الشكل 8 ينبغي للأمهات الاستمرار في إرضاع أطفالهن في سن الفطام

يمكن إضافة القليل من الزيت أو الدهون إلى وجبة الطفل في عمر 6 أشهر، سواء كان مزيجًا من نوعين أو أكثر. في حال عدم توفر الزيت، يمكن استخدام قليل من السكر أو مُحلي آخر كالعسل بعد عمر سنة لأنه يشكل خطراً على صحتهم بسبب احتمال احتوائه على أبواغ بكتيريا

Clostridium botulinum، وهي العامل المسبب لمرض التسمم الوشيقي (البوتيوليني). في هذه المرحلة العمرية، لا يكون الجهاز الهضمي للرضيع ناضجاً بما يكفي لمنع هذه الأبواغ من التحول إلى بكتيريا نشطة تنتج سموماً عصبية قد تسبب ضعفاً عاماً في العضلات، صعوبة في الرضاعة، إمساكاً شديداً، ونقصاً في التوتر العضلي، وقد تتطور الحالة لتصل إلى الفشل التنفسي أو الوفاة (1). لا يُظهر العسل أي علامات تدل على التلوث، مما يزيد من خطورة استهلاكه في هذا العمر. لهذا السبب، توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) (2) ومراكز السيطرة على الأمراض (CDC)(3) بعدم إعطائه للرضع قبل إتمام عمر 12 شهراً. وقد وثّقت دراسة مبكرة في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية حالات متعددة من التسمم الوشيقي عند رضع تناولوا العسل (1). كما تؤكد منظمة الصحة العالمية هذه التوصية في إرشاداتها حول تغذية الرضع (4). بالتالي، يبقى الامتناع عن تقديم العسل للأطفال دون السنة إجراءً وقائيًا بالغ الأهمية لحمايتهم من مضاعفات خطيرة محتملة لكن يُفضل استخدام الزيت لإضفاء الطراوة على الطعام. يجب أن يظل حليب الأم جزءًا أساسيًا من النظام الغذائي، مع إمكانية تقديم بعض الفاكهة أو عصير الفاكهة كوجبات خفيفة (14).

في البداية، يُعتبر حليب الأم الغذاء الرئيسي، بينما تُستخدم عصيدة الفطام كغذاء إضافي. مع مرور الوقت، يُصبح مزيج الفطام الغذاء الرئيسي، مع الاحتفاظ بحليب الأم كغذاء إضافي. من المهم تقديم عصيدة الفطام للطفل باستخدام ملعقة وكوب أو وعاء بدلاً من زجاجة الرضاعة، ويجب أن تكون العصيدة سميكة جدًا بحيث لا يمكن إعطاؤها من خلال الزجاجة، ولكن مع الحفاظ على طراوتها (18).

في سوريا يعتبر الرز أو الشوفان من الأغذية التي تدخل في تركيب الخلطات بديل عن البازلاء والفاصولياء (19).

كيفية مزج الطعام مع الطعام الرئيسي:

قاعدة ١-١-٤ هي دليل إرشادي جيد يُنصح باتباعه. يمكن تناول ملعقة واحدة من طعام من مصدر حيواني و/أو ملعقة واحدة من البازلاء أو الفاصوليا المطبوخة مع كل أربع ملاعق من الطعام الرئيسي السميك المطبوخ. يُنصح دائمًا بإضافة القليل من الزيت أو الدهون إلى ذلك، بالإضافة إلى بعض الخضراوات الورقية الداكنة أو البرتقالية، إن وُجدت (19).

حفنة من الخضراوات الورقية الداكنة تكفي لوجبة واحدة. بعد الطهي، تُصبح الحفنة أصغر بكثير. يُفضل إضافة المزيد من البازلاء والفاصوليا في كل مرة يتم فيها تحضير المزيج، مع الحرص على زيادة الكمية تدريجيًا للوصول إلى قاعدة ١-١-٤.

يمكن إعداد وصفات أكثر تفصيلًا لخلطات العصيدة المفيدة في المنطقة. الهدف هو أن يبدأ الأطفال بتناول طعام العائلة في أسرع وقت ممكن، مع تطبيق قاعدة ١-١-٤، حتى عند أخذ الطعام من قدر العائلة. تستمر الرضاعة الطبيعية إلى جانب ذلك. في البداية، غالبًا ما يكون من الأسهل خلط جميع الأطعمة في العصيدة الأساسية، لاحقًا، يمكن تقديمها أحيانًا بشكل منفصل. سواء تم خلط الأطعمة أو تقديمها بشكل منفصل، يجب دائمًا اتباع قاعدة ١-١-٤.

عدد مرات تقديم الأطعمة:

عند إدخال الأطعمة الصلبة مثل العصيدة، يُنصح بتقديمها مرتين يوميًا، بدءًا بملعقة أو ملعقتين صغيرتين. مع مرور الوقت، يجب زيادة الكمية تدريجيًا لتصبح حوالي 3-6 ملاعق كبيرة في كل مرة، مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية. الرضاعة تبقى أساسية في هذه المرحلة (20).

بحلول عمر 6-9 أشهر، يحتاج الأطفال إلى أربع وجبات عصيدة على الأقل يوميًا، بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية المنتظمة. وإذا بدوا جائعين، يمكنهم تناول وجبات خفيفة، مثل موزة، أو ثمرة أفوكادو، أو بسكويت. تُعدّ الفاكهة وجبات خفيفة ممتازة، وكذلك أي طعام مغذٍّ متوفر. يحتاج الأطفال إلى تناول شيء ما كل ساعتين تقريبًا عندما يكونون مستيقظين (20).

بحلول الشهر التاسع تقريبًا، تنمو بعض الأسنان لدى الأطفال، ويمكنهم البدء بتناول قطع طعام أكبر. المضغ مفيد لهم. وبحلول عام واحد تقريبًا، يتناول الأطفال الصغار كمية أكبر من الأطعمة المطبوخة لبقية أفراد الأسرة. ولكن يجب أن يتناولوها حوالي أربع أو خمس مرات يوميًا (20).

يجب أن يتناول الأطفال نفس مزيج البازلاء والفاصوليا الأساسية، والأطعمة الحيوانية، والخضراوات الورقية الخضراء الداكنة أو البرتقالية، والزيوت أو الدهون المضافة، والفواكه. يمكن غالبًا الحصول على هذه الأطعمة المغذية من مطبخ الأسرة أو طهيها خصيصًا للطفل. يمكن إرضاع الأطفال رضاعة طبيعية حتى سن عامين أو أكثر (20).

يحتاج الطفل البالغ من العمر عامين إلى تناول نصف كمية الطعام التي يتناولها البالغ.

في أوقات الوجبات، يُنصح بإعطاء الطفل الصغير وعاءً يحتوي على جزء مفروم جيدًا من وجبة الأسرة. بهذه الطريقة، وبمراقبة الأم، يستطيع الطفل تناول الطعام بالسرعة التي تناسبه.

الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة وثلاث سنوات لديهم معدة صغيرة جدًا.

لا يمكنهم تناول سوى حوالي 2/1 كوب (200–300 مل) من الطعام في المرة الواحدة. ولذلك، يحتاجون إلى الرضاعة المتكررة (20).

التغذية من قدر الطهي العائلي:

قد تكون الأطعمة باهظة الثمن، وطهيها يزيد من التكلفة ويستغرق وقتًا. في كثير من الأحيان، لا يلزم طهي طعام خاص للطفل. يمكن تحضير خليط عصيدة جيد من طعام كبار السن في العائلة. يمكن أخذ الكميات المناسبة من الطعام الأساسي، وأنواع الطعام الأخرى التي يحتاجها الطفل من قدر الطهي العائلي. ستحتاج هذه الأطعمة بعد ذلك إلى تحضير خاص – مثل الدق والتقطيع والهرس والتصفية – لجعلها طرية للطفل. العصيدة الدافئة أنعم من العصيدة الباردة، لذا فهي أفضل للأطفال الصغار (21).

في بعض البلدان، تُضيف الأمهات مسحوقًا مصنوعًا من الحبوب المنبتة إلى عصيدة الطفل، مما يجعلها طرية وسهلة الأكل، دون أن يفقدها أيًا من فوائدها.

أحيانًا تُفضّل العائلات طهي طعام خاص بالطفل في قدر صغير يُحافظ على نظافته. هذه فكرة جيدة، لكنها ليست عملية دائمًا.

تحضير خلطات الفطام من قبل الام:

يمكن مناقشة خلطات الفطام الجيدة للأطفال الصغار بين الأمهات والجدات في المجتمع، حيث يمكن التفكير في خلطات تقليدية مثل خلطات الأرز مع الخضار أو الشوفان مع الفواكه.

من المهم اقتراح تحسينات إذا لزم الأمر، مثل إضافة قليل من زيت الزيتون أو زيت جوز الهند لزيادة القيمة الغذائية. يمكن تشجيع الأمهات على تجربة هذه الخلطات ومراقبة مدى إعجاب الأطفال بها، مما يساعد في تطوير تجاربهم الغذائية.

تبادل الآراء حول الفوائد والتحديات التي قد تواجه الأمهات يمكن أن يخلق بيئة دعم قوية، مما يسهل عملية الفطام ويجعلها أكثر متعة للأطفال (21).

التحقق من تقدم نمو الطفل عن طريق وزنه:

يمكن معرفة ما إذا كان الطفل يتغذى بشكل صحيح من خلال مراقبة أنواع الطعام وكميته وعدد مرات تناوله. من المهم أيضًا متابعة نمو الطفل عبر مخطط النمو؛ حيث أن إدخال أطعمة الفطام مبكرًا جدًا (قبل 4 أشهر) أو متأخرًا جدًا (بعد 6 أشهر) قد يؤثر سلبًا على نموه. الأطفال ذوو الوزن الكبير قد يحتاجون إلى أطعمة إضافية قبل الأطفال الأصغر (21).

إذا أظهر مخطط النمو تباطؤًا في زيادة الوزن، فمن الضروري التحقق من النقاط التالية:

1. هل يُرضع الطفل بشكل كافٍ؟
2. هل يحصل الطفل على مزيج جيد من الأطعمة التي تحتوي على الزيت أو الدهون؟
3. هل الطعام نظيف؟
4. هل لا يزال الطفل يرضع رضاعة طبيعية؟

يجب أيضًا التأكد من عدم إصابة الطفل بعدوى. يحتاج الأطفال إلى وزن كل شهر خلال فترة الفطام المبكر، مما يساعد على اكتشاف مشاكل الفطام مبكرًا ومعالجتها قبل أن تتفاقم.

المرض

غالبًا ما يفقد الأطفال المرضى شهيتهم. وقد تعتقد الأم أن على الطفل تناول طعام أقل أثناء المرض. هذا غير صحيح.

يحتاج الأطفال المرضى إلى طعام أكثر من الأصحاء. يُعدّ الطعام ضروريًا لمحاربة المرض، لذا يجب على الأم تشجيع الرضيع المريض على الاستمرار في الرضاعة الطبيعية وتناول مزيج العصيدة.

بمجرد أن يبدأ الطفل بالتحسن وتعود شهيته، يجب إطعامه أكثر من المعتاد. سيعوّض هذا الطعام الذي فاته أثناء المرض، وسيساعد على استعادة قوته ومقاومته للأمراض الأخرى. من القواعد الجيدة إطعام الطفل ضعف الكمية المعتادة بعد المرض لنفس عدد أيام مرضه. هذا مهم جدًا للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية، والذين لديهم مناعة أقل ضد الأمراض.

إذا لم يحصل الطفل على ما يكفي من فيتامين أ، فقد تُسبب بعض الأمراض، مثل الحصبة والإسهال والتهابات الجهاز التنفسي، مرضًا شديدًا، وقد تُسبب العمى. لذلك، من المهم بشكل خاص إعطاء أطعمة غنية بفيتامين أ للأطفال المرضى. تشمل هذه الأطعمة الخضراوات الورقية الخضراء الداكنة، والخضراوات البرتقالية، والكبد، والبيض. ومن المهم أيضًا الاستمرار في إعطاء هذه الأطعمة عندما تتحسن حالة الطفل. يمكن خلط هذه الأطعمة مع العصيدة الأساسية. كما يمكن إعطاء الأطفال كبسولات فيتامين أ. يجب على الطفل الصغير المصاب بالإسهال شرب كميات أكبر من المعتاد لاستعادة السوائل المفقودة في البراز. من المهم إرضاع الطفل بشكل متكرر، وإعطائه الحساء والسوائل الأخرى. إذا أصيب الطفل بالجفاف نتيجة فقدان الكثير من السوائل، فيجب إعطاؤه محلول ملحي للإماهة الفموية (ORS) أو محلول سكر وملح منزلي الصنع. أثناء إعطاء الطفل المصاب بالجفاف هذه المحاليل، يجب أيضًا إعطاؤه الطعام كل 4 إلى 8 ساعات.

في حالة المرض، يجب إعطاء الطفل أكبر قدر ممكن من الطعام الذي يمكن إقناعه بتناوله (21).

الحفاظ على نظافة أطعمة الفطام

لا تستطيع العديد من العائلات طهي الطعام إلا مرة أو مرتين يوميًا. وفي هذه الحالات، يجب حفظ مخاليط طعام الأطفال لحين الحاجة إليها. ويجب حفظها باردة ومغطاة ونظيفة. ومن الأفضل عدم حفظ هذه الأطعمة لأكثر من ساعتين قبل إعطائها للطفل، ولكن هذا ليس ممكنًا دائمًا.

الحل الأمثل هو إعادة تسخين الطعام حتى يبدأ بالغليان، ثم تركه يبرد بسرعة، حتى يصبح باردًا بما يكفي ليتناوله الطفل.

قواعد النظافة الشخصية:

- يجب غسل اليدين قبل لمس الطعام، والأطباق، وأدوات الأكل، وقبل إرضاع الطفل.
- يجب غسل اليدين بعد التبرز.

قواعد نظافة الطعام:

- يجب غسل وشطف جميع الأدوات قبل تحضير الطعام.
- ينبغي غسل ألواح التقطيع والطاولات وما شابهها بالماء والصابون بعد تحضير الطعام.
- يجب التخلص من القمامة ونفايات المطبخ بسرعة.

قواعد تخزين أطعمة الفطام:

- استخدم عبوات نظيفة ومغطاة تمنع دخول الحشرات.
- خزّن الطعام في مكان بارد وجيد التهوية.
- احفظ المبيدات الحشرية والمطهرات وغيرها بعيدًا عن الطعام، وفي عبوات مُعلّمة.

إذا واجهت الأم صعوبة بالغة في نظافة الطعام، أو النظافة الشخصية، أو في تخزين طعام الفطام بعناية، فقد يكون من الأفضل تأجيل الفطام. فمخاطر ذلك أقل من مخاطر العدوى، ولكن ليس من الجيد تأجيله بعد بلوغ الطفل ستة أشهر (22).

تخزين طعام الفطام:

هناك بعض الأفكار لصنع مبردات لتخزين طعام الفطام؛ فهي تمنع فساد الطعام. تعتمد جميعها على تبخر الماء في الهواء، وأن عملية التبخر تُبرّد الهواء داخل المبرد.

الخزائن:

يُعدّ استخدام صندوق أو علبة تغليف، سواءً على جانبه أو على طرفه، خزانةً جيدةً للتبريد التبخيري. يُرفع الصندوق عن الأرض بوضعه على طوب. يُوضع وعاء من الماء فوق الصندوق، ثم يُلفّ كيس خشن أو أي قماش خشن آخر فوق الوعاء وحوله، بحيث لا يصل إلى الأرض تمامًا. تُغمس قطعة القماش جيدًا في الماء الموجود في الوعاء. يُوضع الطعام المراد تبريده داخل الصندوق. ستبلل قطعة القماش وسيتبخر الماء الموجود فيها، مما يُبرّد الهواء والطعام داخل الصندوق (23).

الفخار:

طُوِّرَ في الهند مبرد ذو وعاءين، مصنوع من وعاء صغير داخل وعاء أكبر. تُملأ المساحة بين الوعاءين بالماء، والوعاء الخارجي والغطاء غير مُزجَّجين للسماح بتبخر الماء، بينما الوعاء الداخلي مُزجَّج من الداخل لمنع تسرب الماء إلى الأطعمة المُخزَّنة.

لاستخدام مبرد الوعاءين، يُنقع الوعاء الخارجي والغطاء في الماء حتى يُبلَّلا تمامًا. ثم يُصب بعض الماء في الوعاء الخارجي (بما يكفي لملء المساحة بين الوعاءين الداخلي والخارجي). يتم وضع الطعام المُراد تبريده في الوعاء الداخلي المُزجَّج، ثم يُوضع في الوعاء الخارجي. يجب التأكد من ملء المساحة بين الوعاءين بالماء، ثم يُغطَّى بالغطاء.

يمكن صنع مبرد بسيط باستخدام وعاء نبات وقاعدته. تُوضع قطعة من الطوب في قاعدة وعاء النبات، ثم تُملأ القاعدة بالماء حتى مستوى أسفل الطوبة مباشرة. يُوضع الطعام المُراد تبريده في وعاء، ثم يُوضع الوعاء على الطوب. يُنقع أصيص النبات في الماء حتى يبلله تمامًا، ثم يُوضع مقلوبًا فوق الطوب ووعاء الطعام بحيث يكون واقفًا في الماء (23).

السلال:

السلة المنسوجة بشكل فضفاض من الخيزران المشقوق أو الخشب الرقيق أو قش الرافية تُعدّ مبردًا ممتازًا. توضع السلة على الحجارة أو الطوب في وعاء ماء منخفض، والذي يمكن أن يكون دائريًا أو مربعًا، ومن الفخار أو المعدن. توضع قطعة قماش خشنة حول السلة، وتُترك لتتدلى في الماء.

يُمكن تخزين عدة أوعية طعام فوق بعضها داخل السلة. يُغطى السلة بغطاء، مع أهمية الحفاظ على وعاء الماء ممتلئًا وتبليل قطعة القماش من حين لآخر.

يمكن صنع مبرد سلة آخر عن طريق قطع عدة قطع من الخيزران الرقيق، تُستخدم لتشكيل وعاء دائري. يُصنع قاع الوعاء من قطعة خشبية مستديرة أو من قطع الخيزران. يتم صنع الغطاء من قطع الخيزران، أو قد يكون من الأسهل استخدام قطعة خشبية مستديرة كغطاء. يُستخدم هذا المبرد التبخيري المصنوع من الخيزران مع قطعة قماش مبللة بنفس الطريقة الموضحة (24).

البراد (الثلاجة):

في سوريا، كما في أي بلد، يتطلب حفظ غذاء الطفل في البراد (الثلاجة) مراعاة شروط النظافة ودرجات الحرارة المناسبة لضمان سلامة الغذاء ومنع التلوث الجرثومي، خاصة في ظل انقطاعات الكهرباء المتكررة. يجب تبريد الأطعمة المطبوخة أو المحضرة خلال ساعتين من إعدادها، ووضعها في أوعية نظيفة ومحكمة الإغلاق لمنع امتصاص الروائح أو انتقال الجراثيم (1). يُفضّل تقسيم الطعام إلى وجبات صغيرة لتسهيل تسخينها لاحقاً دون الحاجة لإعادة تسخين الكمية كاملة (2).

يجب ضبط درجة حرارة البراد على 4 درجات مئوية أو أقل، وهي الدرجة المثلى لإبطاء نمو البكتيريا (3). الأطعمة المهروسة مثل الخضار أو اللحوم المهروسة يمكن حفظها في البراد لمدة 24–48 ساعة فقط، أما حليب الأم فيحفظ في البراد لمدة لا تزيد عن 4 أيام بشرط أن تكون الثلاجة تعمل بشكل مستمر (4). في حال وجود انقطاع كهربائي طويل، ينبغي التخلص من الأطعمة إذا بقيت خارج التبريد أكثر من ساعتين (5).

يُمنع إعادة تجميد طعام الطفل بعد إذابته، كما يجب التخلص من أي طعام تم تناوله منه مباشرة لأن لعاب الطفل قد ينقل الجراثيم إلى الطعام المتبقي (2). من المهم تدوين تاريخ التحضير على العبوة لمعرفة صلاحية الغذاء، وتُستخدم ملاعق نظيفة دائمًا لتقديم الطعام. في ظروف عدم توفر براد موثوق، يُفضل تحضير الطعام طازجًا لكل وجبة (1).

بالنسبة للأمهات السوريات، يُنصح باستغلال ساعات توفر الكهرباء لتخزين الطعام في عبوات صغيرة واستخدام عبوات مثلّجة (ice packs) في حال غياب التبريد (6). وأخيراً، يجب دائماً

فحص رائحة الطعام وقوامه قبل تقديمه للطفل، وعدم المخاطرة بتقديم طعام مشكوك بسلامته، لأن معدة الرضع أكثر حساسية من البالغين (5)

تغطية الطعام:

لصنع غطاء لحماية الطعام من الحشرات، يُربط ناموسية أو سلك على إطار خفيف الوزن. يمكن صنع الإطار من خشب مرن أو خيزران أو سلك معدني خفيف.

يمكن ثني قطعة من الخشب الخفيف أو الخيزران أو السلك على شكل دائرة لتكوين القاعدة، ويتم ربط طرفيها معًا. بعد ذلك، يتم ثني قطعتين إضافيتين من نفس المادة، ويتم ربطهما بدائرة القاعدة كما هو موضح في الصورة.

يشكل هذا الجزء العلوي من غطاء الطعام. يتم مدّ شبكة أو ستارة فوق الجزء العلوي وخيطها بإحكام على القاعدة والقطعتين العلويتين. سيؤدي هذا الغطاء إلى منع الذباب من الوصول إلى الطعام والأواني المستخدمة لإطعام الطفل (24).

الأمهات العاملات

تربية الأطفال عملٌ مهم. يستغرق وقتًا طويلًا، خاصةً خلال فترة الفطام. وللأمهات أيضًا العديد من الأعمال الأخرى. وهذا أحد أسباب تخطيط العديد من الآباء لموعد ولادة أطفالهم. فمن الأفضل المباعدة بين فترات الحمل، فهذا يضمن صحة أفضل للأمهات والأطفال.

غالبًا ما يكون لدى الأمهات وغيرهن من القائمين على رعاية الأطفال العديد من الأعمال الأخرى، مثل العمل في المزرعة، والعمل بأجر، وجلب الماء أو الحطب، أو حضور الاجتماعات. وقد لا تتمكن الأم من تقديم رعاية كافية لطفلها خلال فترة الفطام. في بعض الأماكن، يمكن للأمهات الحصول على مساعدة من الأقارب والأصدقاء.

يحتاج العاملون في مجال الصحة إلى مساعدة الأمهات على الجمع بين رعاية أطفالهن وأعمالهن الأخرى. قد لا يكون هذا سهلاً، ولكن غالبًا ما يمكن القيام بشيء ما لمساعدة كل من الأمهات والأطفال. على سبيل المثال، أنشأت بعض المجتمعات برامج أو مراكز رعاية نهارية، ومجموعات للأمهات. تضطر العديد من الأمهات إلى الخروج للعمل بعد الولادة بفترة وجيزة. إن أمكن، يُفضّل

تأجيل العودة إلى العمل الخارجي لثلاثة أشهر تقريبًا. ولكن غالبًا ما يكون هذا غير ممكن. أحيانًا، يمكن للأم اصطحاب الطفل معها إلى العمل. بهذه الطريقة، يمكنها إرضاعه وإطعامه كميات صغيرة من طعام الفطام كل ساعتين، كما هو موضح في هذا الكتيب. في العديد من أنحاء العالم، يُحمل الطفل على ظهر الأم ويذهب معها إلى كل مكان. هذه ممارسة جيدة جدًا. هناك أوقات يتعين فيها ترك الطفل مع شخص آخر، على سبيل المثال مع أحد الأجداد أو الأصدقاء أو الأخ أو الأخت الأكبر سنًا، أو في حضانة أطفال. من المهم أن يكون من يعتني بالطفل على دراية بتغذية الأطفال الصغار وأن يتذكر إرضاعه باستمرار. في بعض الأماكن، قد يتم الاستعانة بمرضعة لإرضاع الطفل. ينبغي تشجيع هذه الممارسة إذا اضطرت الأم للمغادرة، وكانت المرضعة بصحة جيدة. عندما تُفصل الأم عن طفلها لعدة ساعات يوميًا، فقد تضطر إلى البدء بإعطائه رضعات مختلطة في وقت أبكر. المبادئ هي نفسها المذكورة سابقًا في هذا الكتيب، ولكن يُعصر حليب الثدي ويُخلط مع العصيدة قبل مغادرة الأم المنزل كل يوم (24).

عندما تكون الأم العاملة في المنزل، ستحتاج إلى عناية إضافية لإطعام الطفل جيدًا ومنحه الكثير من الحب والحنان. يمكنها حينها إرضاع الطفل كثيرًا، بما في ذلك في الليل. إذا نام الطفل مع أمه، فسيسهل ذلك الرضاعة الليلية.

أغذية الفطام المنتجة في المصانع

الازدحام والفقر شائعان في المدن. فالأسر لا تملك سوى القليل من الأراضي، أو لا تملكها على الإطلاق، وغالبًا ما لا تستطيع زراعة الغذاء. لذا، يتعين عليها شراء معظم الطعام الذي تتناوله. هذا يعني أن سكان المدن غالبًا ما يدفعون ثمنًا أعلى للغذاء مقارنةً بسكان القرى (25).

يتزايد عدد الأسر التي تعيش في المدن التي تستخدم أغذية الفطام الجاهزة التي تُشترى من المتاجر. تختلف هذه الأطعمة المصنعة في مذاقها وملمسها عن الأطعمة المحلية. بعضها سهل الاستخدام لأنه لا يتطلب الكثير من التحضير، لكنها غالبًا ما تكون باهظة الثمن وقد تكون غير آمنة للأسباب التالية.

وقد طورت بعض الدول أغذية فطام محلية الصنع ومنخفضة التكلفة. بعض هذه الأطعمة عبارة عن خلطات عصيدة مغذية تشبه إلى حد كبير تلك الموصوفة في هذا الكتيب. يعتمد معظمها

على مادة أساسية، تُخلط مع البازلاء أو الفاصوليا، وعادةً ما يُضاف إليها الحليب. قد تكون مغذية للأطفال الرضع تمامًا مثل خلطة العصيدة المنزلية. من المهم خلط أطعمة الفطام هذه بالماء النظيف، مع إضافة بعض الدهون أو الزيوت، والتأكد من أنها ليست سائلة جدًا.

في حال توفر أطعمة الفطام منخفضة التكلفة، قد لا تعرفها بعض الأمهات. لذا، يجب طبيب الأطفال إخبار الأمهات عنها، وكيفية استخدامها وموعدها. احرصي على التوصية فقط بالأطعمة التي توصي بها وزارة الصحة. بعض الأطعمة المُباعة للأطفال الرضع لا تُغذّيهم بما يكفي، وقد تُسبب سوء التغذية.

الأسر ذات الدخل المحدود جدًا أو التي تعاني من مشاكل صحية حادة. قد يختلف طعم وملمس الأطعمة عن الأطعمة التي اعتاد الناس عليها. بعضها يحتاج إلى خلطه مع أطعمة أخرى لجعله مغذيًا ولذيذًا. حدّد نوع الطعام الذي ينتمي إليه الطعام المُتبرّع به: طعام أساسي، بازلاء وفاصوليا، طعام حيواني، خضراوات ورقية خضراء داكنة، خضراوات برتقالية، زيوت ودهون، أو فاكهة. ثم حضّر خلطات عصيدة يمكن دمجها مع الطعام المُتبرّع به والأطعمة التي تستخدمها الأسر بالفعل (25).

تُحضّر بعض المجتمعات خلطات الفطام الخاصة بها. عادةً ما يُحضر أفراد المجتمع موادهم الأساسية والبازلاء أو الفاصوليا إلى مطحنة مركزية. تُخلط معًا في خليط ثنائي وتُطحن هناك. يجب تحميص الفاصوليا أو البازلاء قليلًا قبل خلطها مع الطعام الأساسي النيء. يُحسّن تحميص البازلاء أو الفاصوليا طعمها، ويُقلّل من وقت الطهي. يُحفظ الخليط النهائي بشكل أفضل إذا حُمصت البازلاء والفاصوليا قليلًا أولًا. كما أن خليط الفطام أسهل هضمًا.

يمكن بعد ذلك تخزين الخليط في المنزل. يُطهى في الماء عند الحاجة، وتُضاف إليه أطعمة أخرى. بهذه الطريقة، تُوفر على الأمهات الكثير من الجهد في تحضير خلطات الفطام. يمكن أن تُحقق مشاريع مجتمعية كهذه نجاحًا باهرًا (26).

مراقبة الطفل أثناء الفطام:

خلال هذه الفترة، يجب على الأهل مراقبة استجابة الطفل لكل نوع جديد من الطعام يُقدَّم له، مع إدخال نوع واحد فقط كل 3 أيام لمراقبة ظهور أي علامات تحسسية مثل الطفح الجلدي، القيء، الإسهال، أو صعوبة التنفس (27).

من المهم تسجيل كل طعام جديد يُعطى للطفل، وملاحظة ما إذا كان يقبله، يرفضه، أو تظهر عليه أعراض هضمية غير معتادة. كذلك يجب مراقبة نمو الطفل وتقييم زيادة وزنه وطوله ومحيط رأسه بانتظام خلال زيارات متابعة النمو (28). من الناحية السلوكية، قد يظهر الطفل رفضًا لبعض الأطعمة بسبب القوام أو النكهة، ويُعدّ هذا سلوكًا طبيعيًا يتطلب الصبر والتكرار وليس الإجبار.

كما يجب متابعة الطفل أثناء الأكل لتجنّب خطر الاختناق، خاصة عند تقديم قطع صغيرة من الفواكه الصلبة أو البقوليات (29). يُمنع ترك الطفل بمفرده أثناء الأكل أو إعطاؤه أطعمة بحجم غير مناسب لعمره مثل المكسرات أو العنب الكامل. من جانب آخر، من المهم مراقبة سلوك الطفل تجاه الطعام؛ هل يبدي اهتمامًا؟ هل يفتح فمه؟ هل يمضغ أو يبتلع بسهولة؟ كل ذلك يعطي مؤشرات على جاهزيته وقدرته على التقدّم في الأغذية الصلبة (30).

ينبغي على الأهل أيضًا مراقبة انتظام التغوط، حيث أن بعض الأطعمة قد تسبب الإمساك أو تغير لون البراز وقوامه، وهذا طبيعي إلى حد معين طالما لا توجد علامات على الألم أو الدم (6). وفي حال ظهور علامات رفض مستمر للطعام، ضعف في النمو، أو أعراض تحسسية متكررة، يجب استشارة طبيب الأطفال فورًا.

مراقبة الطفل أثناء الفطام ليست مجرد مراقبة صحية، بل هي تفاعل تربوي وعاطفي يعلّم الطفل العلاقة بين الجوع، الشبع، والطعام الصحي. التفاعل الإيجابي مع الأكل يرسّخ عادات غذائية سليمة ويقلل خطر اضطرابات الأكل في المستقبل (31)

الدراسة العملية

أهمية الدراسة:

تعد مرحلة الفطام من المراحل الجوهرية في حياة الطفل، إذ تشكل نقطة تحول أساسية في نموه الجسدي والعقلي والنفسي من خلال انتقاله من الاعتماد على الرضاعة الطبيعية أو الاصطناعية إلى تناول الأغذية التكميلية. توصي المنظمات الصحية العالمية، مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) واليونيسف، بالبدء بالفطام عند عمر ستة أشهر مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى عمر سنتين أو أكثر. على الرغم من هذه التوصيات، إلا أن الممارسات المرتبطة بالفطام تختلف بشكل واضح بين الأمهات نتيجة تفاوت الخلفيات الثقافية والتعليمية والاجتماعية. ورغم أن الأمهات العاملات في القطاع الصحي يُتوقع أن يمتلكن مستوى جيدًا من المعرفة الصحية، إلا أن الدراسات أثبتت وجود فجوة أحياناً بين المعرفة النظرية والممارسة السليمة. وانطلاقًا من أهمية هذا الموضوع في تعزيز صحة الطفل والأسرة، جاءت هذه الدراسة لتقييم مستوى المعرفة والممارسات والتصورات المتعلقة بالفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي في دمشق، وتسليط الضوء على العوامل التي قد تؤثر في هذه المعارف والممارسات بهدف دعم برامج التوعية الصحية ووضع استراتيجيات تحسين سلوكيات التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

1. تقييم مستوى معرفة الأمهات العاملات في القطاع الصحي حول مفهوم الفطام وتوقيته وممارساته الصحية.
2. التعرف على مصادر المعلومات المتعلقة بالفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي.
3. دراسة الفروقات في مستوى المعرفة حول الفطام بحسب المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والمستوى التعليمي والمهنة الصحية وعدد الأطفال.
4. تحديد أبرز المفاهيم الخاطئة والممارسات غير السليمة المتعلقة بالفطام لدى هذه الفئة.
5. تقديم توصيات من شأنها تعزيز الوعي الصحي وتحسين ممارسات الفطام بما ينعكس إيجاباً على صحة الطفل في المجتمع السوري.

أداة الدراسة:

تم استخدام استبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، وقد تم تصميمه بالاعتماد على مراجعة الأدبيات العلمية الحديثة المتعلقة بالفطام، إضافة إلى توصيات منظمة الصحة العالمية. تألف الاستبيان من جزأين رئيسيين:

الجزء الأول: تضمن البيانات الديموغرافية والاجتماعية للمشاركات مثل العمر، عدد الأطفال، المستوى التعليمي، التخصص الصحي، سنوات الخبرة، إضافة إلى سؤال حول ما إذا كان لدى المشاركة معلومات سابقة عن الفطام ومصدر هذه المعلومات إن وجد.

الجزء الثاني: تضمن 20 سؤالاً من نوع (صح/خطأ) لقياس مستوى المعرفة حول الفطام، وقد وزعت هذه الأسئلة على محاور متعددة شملت: تعريف الفطام، العمر المناسب للبدء به، علامات استعداد الطفل للفطام، الأغذية المناسبة في مراحله الأولى، مخاطر الفطام المبكر والمتأخر، والعادات الغذائية الخاطئة التي قد ترافق هذه المرحلة.

ثبات الاستبيان:

تم قياس ثبات الاستبيان باستخدام معامل كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمته (0.71) مما يشير إلى مستوى جيد من الاتساق الداخلي وموثوقية الأداة.

تصنيف درجات المعرفة:

تم حساب درجة المعرفة لكل مشاركة من خلال جمع عدد الإجابات الصحيحة من أصل 20 سؤالاً، ثم احتساب النسبة المئوية وفق المعادلة:

درجة المعرفة = عدد الإجابات الصحيحة \ عدد الإجابات الكلي × 100

وتم تصنيف مستويات المعرفة كما يلي:

معرفة ضعيفة: أقل من 50%، معرفة متوسطة: من 50% إلى أقل من 75%، معرفة جيدة: 75% فأكثر.

تصميم الدراسة:

صممت هذه الدراسة على شكل دراسة وصفية مقطعية أجريت في مدينة دمشق، واستهدفت الأمهات العاملات في القطاع الصحي في المستشفيات والمراكز الصحية العامة والخاصة خلال فترة جمع البيانات.

حجم العينة:

بلغ حجم عينة الدراسة (600) مشاركة من الأمهات العاملات في القطاع الصحي في مدينة دمشق. تم تحديد حجم العينة اعتماداً على معادلة حساب حجم العينات للدراسات الوصفية المقطعية التي تستهدف تقدير نسب أو مستويات معرفة في مجتمع الدراسة، وذلك وفق المعادلة الإحصائية التالية:

$$n=Z^2\times p\times (1-P)/d^2$$

حيث:

n : حجم العينة المطلوب.

Z : القيمة الحرجة لمنحنى التوزيع الطبيعي عند مستوى ثقة 95% (وتساوي 1.96).

p : التقدير المتوقع لمستوى المعرفة حول موضوع الدراسة، وتم افتراضه 0.5 لعدم توفر دراسة سابقة محلية مشابهة.

d : هامش الخطأ المسموح به، وتم تحديده 0.05.

طريقة جمع البيانات:

تم جمع البيانات باستخدام استبيان إلكتروني تم نشره عبر منصات التواصل الاجتماعي الخاصة بالكادر الصحي، بالإضافة إلى استبيان ورقي وُزّع في بعض المستشفيات والمراكز الصحية. تم شرح هدف الدراسة لكل مشاركة قبل ملء الاستبيان، وأخذ الموافقة المستنيرة منهن مع التأكيد على سرية المعلومات وخصوصيتها.

معايير الاشتمال:

شملت الدراسة الأمهات العاملات في القطاع الصحي، بعمر 18 سنة فأكثر، المقيمات في دمشق، واللواتي لديهن خبرة عملية في الرعاية أو التعامل مع الأطفال أو المعرفة الصحية.

معايير الاستبعاد:

استبعدت النساء غير العاملات في القطاع الصحي، واللواتي رفضن المشاركة أو انسحبن خلال الدراسة، وكذلك الاستبيانات غير المكتملة بشكل يمنع تحليلها.

الاعتبارات الأخلاقية:

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية لإجراء هذه الدراسة من اللجنة الأخلاقية في الجامعة السورية الخاصة، كما تمت المحافظة على خصوصية جميع المشاركات وعدم الإفصاح عن هوياتهن بأي شكل من الأشكال، واستخدام البيانات فقط لأغراض البحث العلمي.

الطرق الإحصائية:

تم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26. استخدمت الإحصاءات الوصفية مثل التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية لتحليل البيانات. كما استخدم اختبار كاي مربع (Chi-square) لتحليل العلاقة بين مستوى المعرفة وبعض المتغيرات الديموغرافية. واعتمد مستوى دلالة إحصائية ($P < 0.05$).

النتائج:

المعلومات الديموغرافية للمشاركات:

في هذه الدراسة الوصفية التي تناولت الممارسات والتصورات المتعلقة بالفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي في دمشق، تم تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة المكونة من 600 مشاركة. يوضح الجدول (1) التوزع العمري، وعدد الأطفال، والصفة المهنية، والوضع الاقتصادي، إضافة إلى مصادر المعلومات المتعلقة بالفطام.

أظهرت النتائج أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً كانت بين 20–40 سنة بنسبة 65%، ما يعكس الطبيعة الإنتاجية للفئة المستهدفة وانخراطها المهني. أما من حيث عدد الأطفال، فقد لوحظ أن 36.5% من المشاركات لم يسبق لهن الإنجاب، بينما شكلت الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد 25.7%، مما يدل على أن جزءًا كبيرًا من العينة قد يكون في بداية تجربته مع الأمومة والفطام.

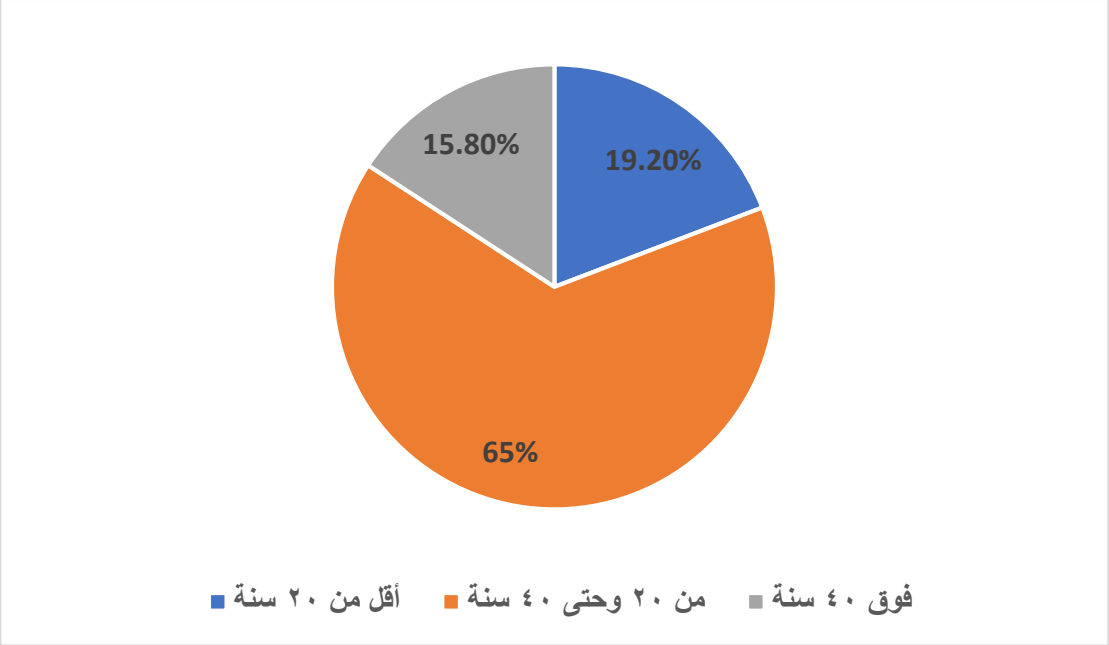
من الناحية المهنية، كانت الطبيبات الفئة الأكبر ضمن المشاركات بنسبة 40.8%، تلتها الممرضات بنسبة 17.3%، ثم الصيدلانيات بنسبة 15.3%، ما يعكس تنوع الخلفيات الصحية للمشاركات ويعطي الدراسة بعدًا مهنيًا واضحًا.

أما على المستوى الاقتصادي، فقد أشارت البيانات إلى أن 39.3% من الأمهات قيّمن وضع أسرهن الاقتصادي بأنه "ضعيف"، بينما اعتبرت نسبة 27.3% أن حالتهن "متوسطة"، مما قد يؤثر على الموارد المتاحة لتطبيق ممارسات فطام صحية مدعومة بالمصادر المناسبة.

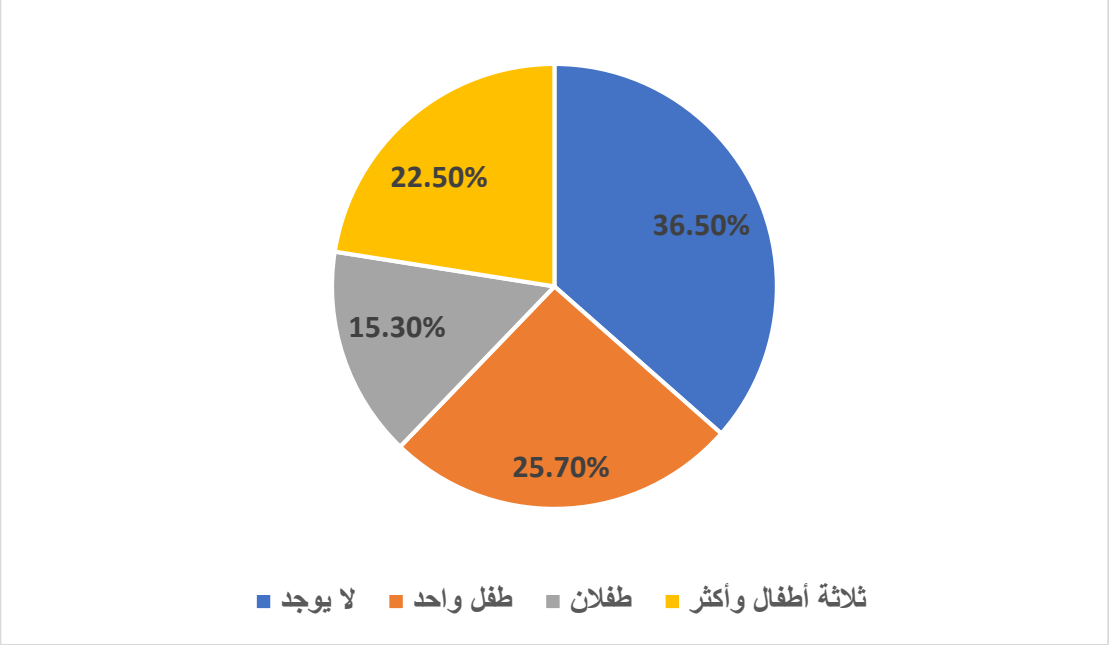
وبخصوص المعرفة حول الفطام، أفادت الغالبية العظمى من المشاركات (79.7%) بأنهن تلقين معلومات مسبقة حول الفطام، وكانت مصادر المعلومات الأساسية غير رسمية مثل الأصدقاء والعائلة (99.2%) ووسائل التواصل الاجتماعي (56.1%)، في حين كان الاعتماد على الكادر الصحي كمصدر للمعلومات أقل نسبيًا (61.5%)، كما لجأت نسبة محدودة فقط إلى الكتب أو المجلات (27.2%) أو التجارب السابقة (27.2%).

الجدول 1 المعلومات الديموغرافية للمشاركات

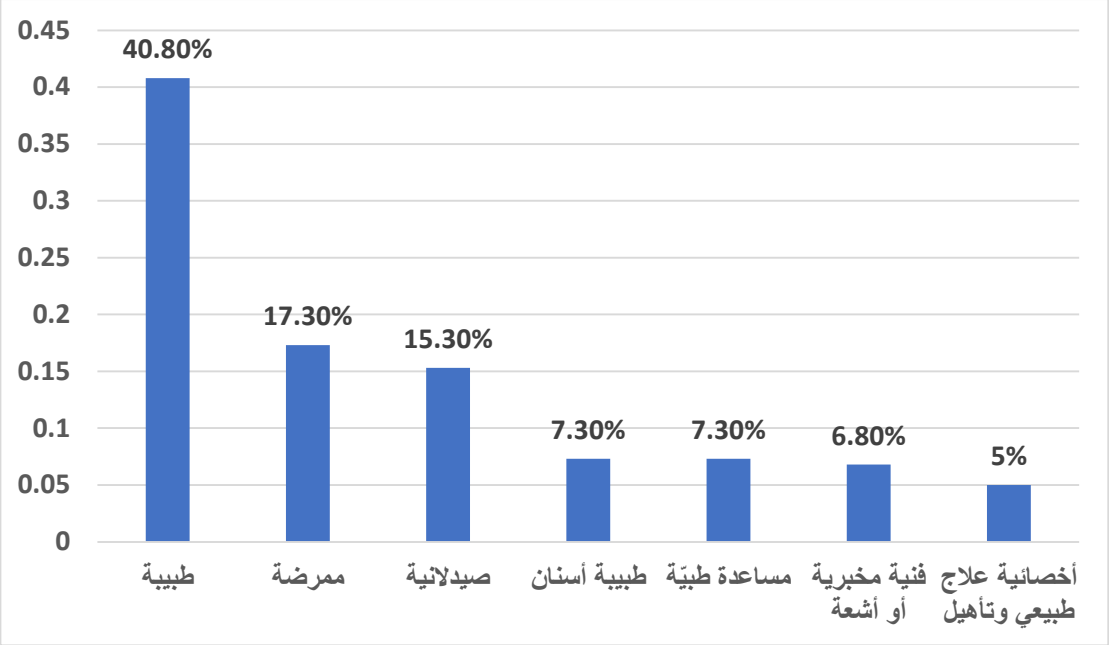
الفئة العمرية للأم	العدد	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	115	%19.2
من 20 وحتى 40 سنة	390	%65
فوق 40 سنة	95	%15.8
عدد الأطفال في الأسرة	العدد	النسبة المئوية
لا يوجد	219	%36.5
طفل واحد	154	%25.7
طفلان	92	%15.3
ثلاثة أطفال وأكثر	135	%22.5
الصفة الحالية في المجال الصحي لدى الأمهات	العدد	النسبة المئوية
طبيبة	245	%40.8
ممرضة	104	%17.3
صيدلانية	92	%15.3
طبيبة أسنان	44	%7.3
مساعدة طبيّة	44	%7.3
فنية مخبرية أو أشعة	41	%6.8
أخصائية علاج طبيعي وتأهيل	30	%5
الحالة الاقتصادية للأسرة	العدد	النسبة المئوية
ضعيفة	236	%39.3
متوسطة	164	%27.3
جيدة	162	%27
ممتازة	38	%6.3
هل سبق لك الحصول على معلومات حول الفطام	العدد	النسبة المئوية
نعم	478	%79.7
لا	122	%20.3
مصادر المعلومات*	العدد	النسبة المئوية
الأصدقاء والعائلة	474	%99.2
الكادر الصحي	294	%61.5
وسائل التواصل الاجتماعي	268	%56.1
الكتب او المجلات	130	%27.2
التجارب السابقة	130	%27.2
*يعني يمكن للمشاركة اختيار أكثر من خيار		



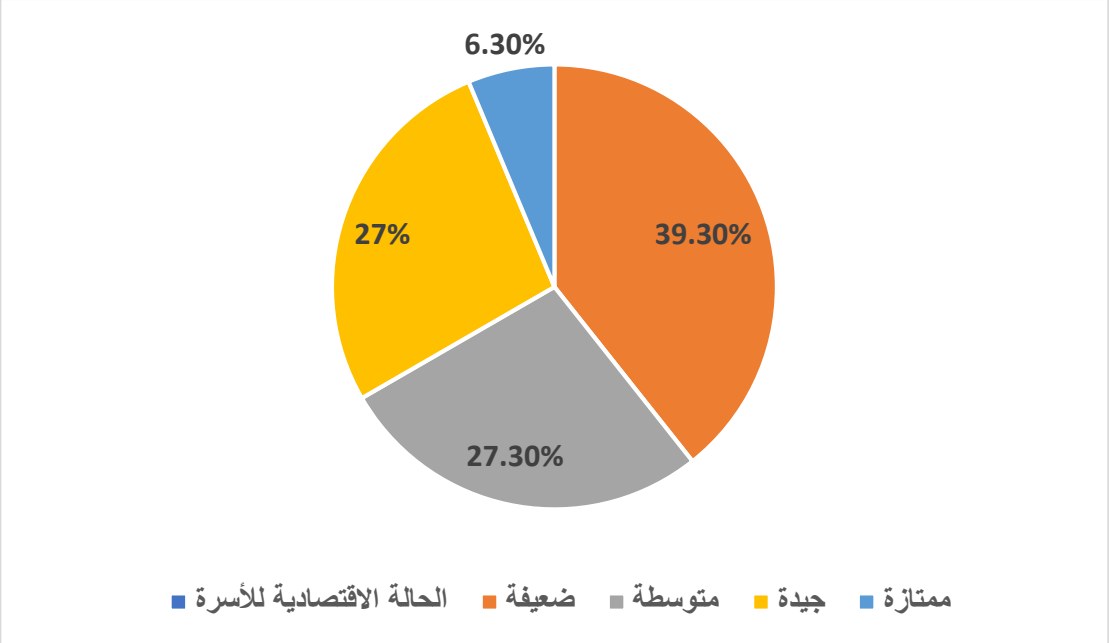
الشكل 9 التوزع النسبي للمشاركات حسب الفئة العمرية



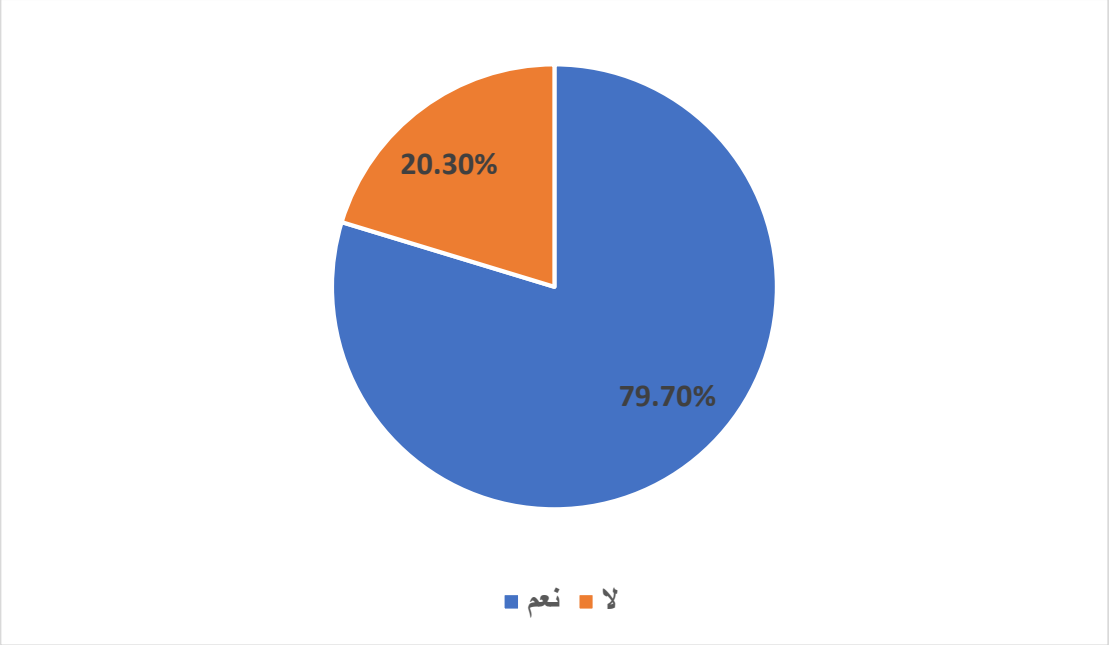
الشكل 10 التوزع النسبي للمشاركات حسب عدد الأطفال لديهن



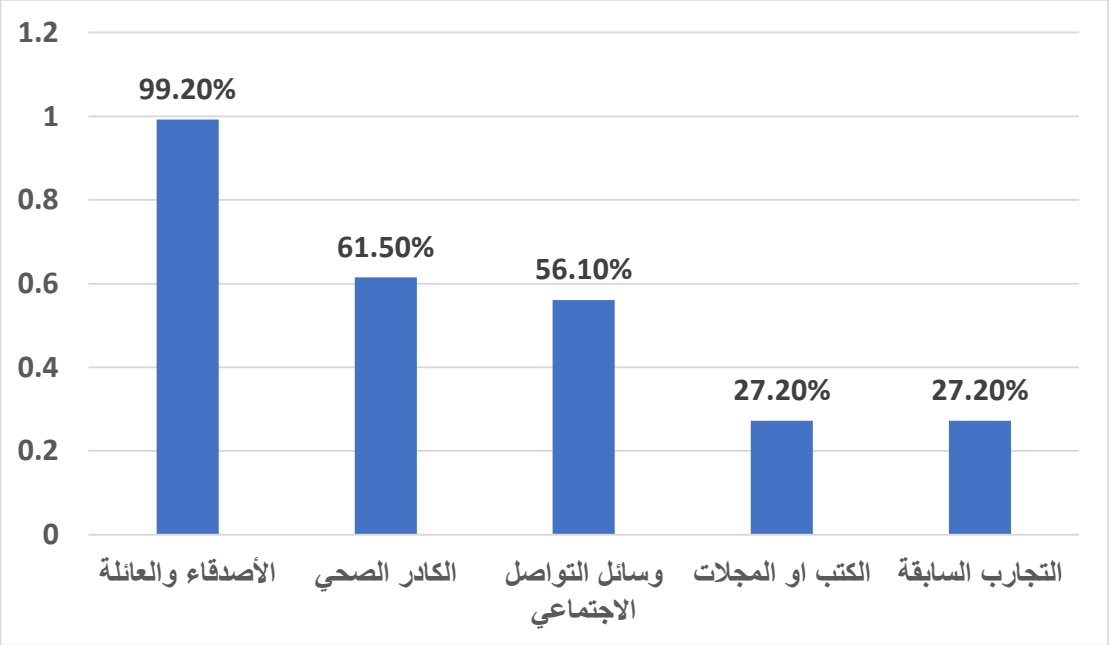
الشكل 11 التوزع النسبي للمشاركات حسب طبيعة العمل في القطاع الصحي لدى المشاركات



الشكل 12 التوزع النسبي للمشاركات حسب الحالة الإقتصادية



الشكل 13 التوزع النسبي للمشاركات حسب تلقيهن لمعلومات حول الفطام من قبل



الشكل 14 التوزع النسبي للمشاركات اللواتي تلقين معلومات من قبل حول الفطام حسب مصادر المعلومات

معلومات حول الفطام:

تُظهر نتائج الجدول (2) مستوى المعرفة لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي بخصوص مفاهيم وممارسات الفطام، وتشمل المعلومات المتعلقة بتعريف الفطام وموعده الصحيح، والاستعداد له، إضافةً إلى الأطعمة المناسبة والمخاطر المرتبطة بالفطام المبكر والمتأخر.

بيّنت النتائج أن غالبية المشاركات لديهن إدراك صحيح للمفهوم الأساسي للفطام؛ إذ وافقت 97.3% على أن الفطام هو إدخال أطعمة تكميلية بجانب الرضاعة الطبيعية بعد عمر ستة أشهر، وفق توصيات منظمة الصحة العالمية. ومع ذلك، ظهر التباس لدى بعض المشاركات فيما يتعلق بأساليب الفطام؛ حيث اعتقدت 44.3% خطأً أن الفطام يعني التوقف الفوري عن الرضاعة، كما أيدت 34.3% بشكل خاطئ البدء بالفواكه والعصائر كأطعمة أولية للطفل.

أما فيما يتعلق بـ العمر المناسب لبدء الفطام، فقد أجابت نسبة 51.3% إجابة صحيحة بأن العمر الموصى به هو ستة أشهر، بينما أظهرت النتائج معتقدات خاطئة لدى نسبة ليست قليلة، إذ وافقت 6.8% على إمكانية البدء قبل عمر ثلاثة أشهر، و67.2% اعتقدن خطأ أن تأخير الفطام حتى عمر سنة آمن ولا يؤثر على تغذية الطفل.

وفيما يتعلق بـ العلامات الدالة على استعداد الطفل للفطام، فقد أظهرت النتائج مستوى متوسطًا من المعرفة؛ إذ عرفت 65.2% أن إبداء الطفل الاهتمام بالطعام مؤشر على جاهزيته، بينما أدركت 39.7% فقط أهمية قدرة الطفل على الجلوس بثبات. بالمقابل، اعتقدت 17.2% خطأً أن البكاء دليل على عدم الجاهزية للفطام.

وفي محور الأطعمة المناسبة للفطام، أظهرت المشاركات معرفة جيدة؛ حيث أدركت 97.3% صحة البدء بالخضروات المسلوقة والمهروسة، كما أدركت النسبة نفسها مخاطر الفطام المبكر على المناعة. ومع ذلك، ظهرت مفاهيم خاطئة لدى بعض المشاركات؛ إذ وافقت 18% على إمكانية إعطاء العسل قبل عمر السنة، وأيدت النسبة نفسها إمكانية إعطاء المكسرات الكاملة، رغم خطورتهما في هذا العمر بسبب خطر الاختناق والتحسس.

أما العادات الخاطئة في الفطام، فقد أجمعت غالبية المشاركات (89%) على خطأ وضع مواد كريهة أو حارة على الثدي لإجبار الطفل على الفطام. لكن 58% اعتقدن بشكل خاطئ أن تقليل عدد الرضعات فجأة أسلوب صحيح، مما يعكس الحاجة إلى تعزيز التوعية حول الفطام التدريجي.

وفيما يتعلق بـ مخاطر الفطام المبكر والمتأخر، فقد كان لدى الأمهات مستوى جيد من المعرفة حول الآثار السلبية للفطام المبكر؛ إذ أدركت 97.3% أنه قد يسبب نقص المناعة. كما أدركت 63.3% أن الفطام المتأخر قد يؤثر على تغذية الطفل و46.7% أن تأخير إدخال الأطعمة الصلبة قد ينعكس سلبًا على التطور الحركي.

الجدول 2 معلومات حول الفطام

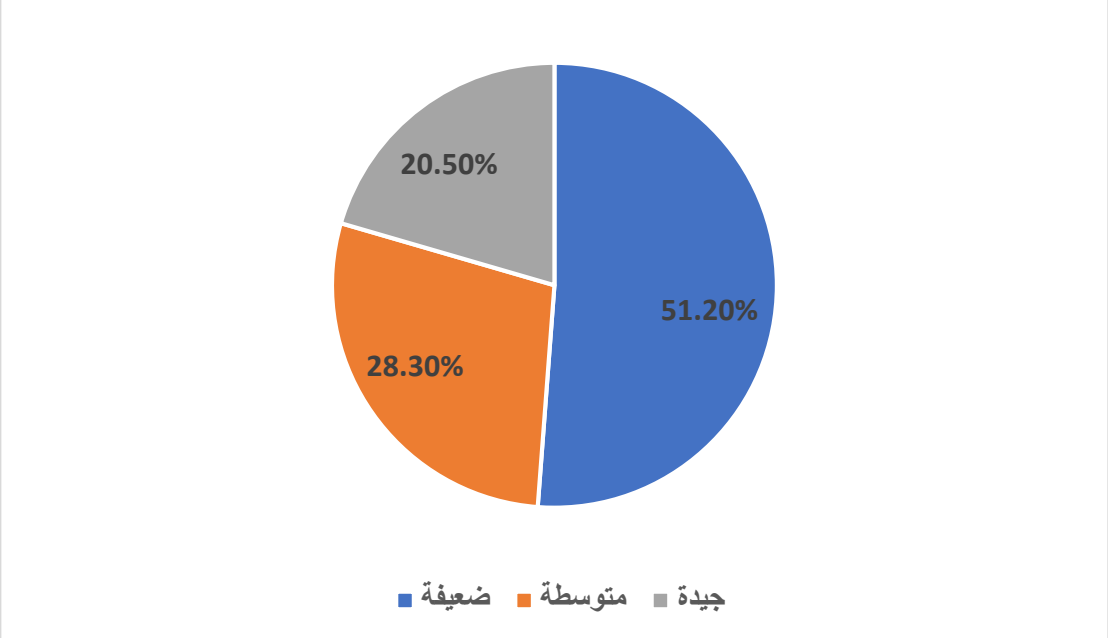
تعريف الفطام وموعده ونوع الأغذية	الإجابة الصحيحة (العدد %)
الفطام يبدأ بإدخال أطعمة تكميلية بجانب الرضاعة بعد عمر 6 أشهر (صح)	584 (97.3%)
الفطام يعني التوقف الفوري عن الرضاعة (خطأ)	266 (44.3%)
من الأفضل البدء بالفواكه والعصائر كأول طعام للطفل (خطأ)	206 (34.3%)
العمر المناسب لبدء الفطام	الإجابة الصحيحة (العدد %)
يمكن البدء بالفطام في عمر 3 أشهر إذا كان الطفل يبدو جائعاً (خطأ)	41 (6.8%)
توصي منظمة الصحة العالمية ببدء الفطام عند عمر 6 أشهر (صح)	308 (51.3%)
تأخير الفطام حتى عمر سنة يعد آمناً ولا يؤثر على تغذية الطفل (خطأ)	403 (67.2%)
العلامات التي تدل على استعداد الطفل للفطام	الإجابة الصحيحة (العدد %)
الجلوس بثبات من علامات الاستعداد (صح)	238 (39.7%)
إبداء الاهتمام بالطعام علامة جيدة على ان الطفل جاهز للفطام (صح)	391 (65.2%)
عدم البكاء دليلاً على عدم الجاهزية للفطام (خطأ)	103 (17.2%)
الأطعمة المناسبة أثناء الفطام	الإجابة الصحيحة (العدد %)
العسل مناسب لإعطائه للأطفال خلال السنة الأولى (خطأ)	108 (18%)
الخضروات المسلوقة والمهروسة من الأطعمة المناسبة عند بداية الفطام (صح)	584 (97.3%)
يمكن تقديم المكسرات الكاملة للطفل منذ الأشهر الأولى للفطام (خطأ)	108 (18%)
العادات الخاطئة في الفطام	الإجابة الصحيحة (العدد %)
تقليل عدد الرضعات فجأة يُعد من الأساليب الصحيحة في الفطام (خطأ)	348 (58%)
تقديم الطعام الحار أو المالح بكثرة يساعد الطفل على التعود على الأطعمة (خطأ)	115 (19.2%)
من العادات الخاطئة وضع مادة مرة أو حارة على الثدي لإجبار الطفل على الفطام (صح)	534 (89%)
مخاطر الفطام المبكر	الإجابة الصحيحة (العدد %)
الفطام المبكر قد يسبب مشاكل في الهضم لدى الطفل (صح)	384 (64%)
الفطام قبل الشهر الرابع يمكن أن يؤدي إلى نقص مناعة الطفل (صح)	584 (97.3%)
مخاطر الفطام المتأخر	الإجابة الصحيحة (العدد %)
الفطام المتأخر يمكن أن يؤدي إلى ضعف تغذية الطفل (صح)	380 (63.3%)
الطفل الذي لا يبدأ بالفطام حتى عمر سنة يكون أقل عرضة للإصابة بالأمراض (خطأ)	396 (66%)
تأخير إدخال الأطعمة الصلبة قد يؤثر سلباً على التطور الحركي للطفل (صح)	280 (46.7%)

درجة المعرفة لدى المشاركات:

يوضح الجدول (3) مستوى المعرفة العام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي حول موضوع الفطام. فقد بلغ متوسط درجة المعرفة 53% ± 15.5، وهو ما يشير إلى أن مستوى المعرفة العام يعد متوسطًا إلى ضعيف نسبيًا. كما تراوح مجال درجة المعرفة بين 51.8% و54.3%، بينما كان مجال الثقة 95% بين 25% و90%، مما يعكس تباينًا واضحًا في مستوى المعرفة بين المشاركات، وعند تصنيف درجات المعرفة إلى فئات، لوحظ أن: 51.2% من المشاركات يمتلكن معرفة ضعيفة حول الفطام، 28.3% يمتلكن معرفة متوسطة، بينما حصلت فقط 20.5% من المشاركات على درجة معرفة جيدة.

الجدول 3 درجة المعرفة لدى المشاركات

متوسط درجة المعرفة ± الانحراف المعياري	53 ± 15.5%	
مجال درجة المعرفة	51.8 – 54.3%	
مجال الثقة 95%	25 – 90%	
فئات درجة المعرفة	العدد	النسبة المئوية
ضعيفة	307	51.2%
متوسطة	170	28.3%
جيدة	123	20.5%



الشكل 15 فئات درجة المعرفة لدى المشاركات

العلاقة بين العمر ودرجة المعرفة:

يوضح الجدول (4) العلاقة بين الفئة العمرية ومستوى المعرفة حول الفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي بدمشق. تظهر النتائج وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين العمر ودرجة المعرفة، حيث بلغت قيمة ($X^2 = 51.63$) وكانت قيمة الاحتمالية ($P = 0.000$)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على وجود علاقة هامة إحصائياً بين العمر ومستوى المعرفة.

من ناحية التوزيع العمري:

ضمن فئة أقل من 20 سنة، كانت الغالبية تمتلك معرفة ضعيفة (13.5%)، مع نسبة منخفضة جدًا تمتلك معرفة متوسطة أو جيدة، ما يعكس نقص الخبرة والمعلومات الصحية في هذه الفئة.

في الفئة 20–40 سنة، وهي الأكبر تمثيلاً في العينة، ارتفعت نسبة المعرفة المتوسطة (23.8%) والجيدة (11.2%) مقارنة بالفئة الأصغر سنًا، مما يدل على أن هذه الفئة العمرية الأكثر نضجًا وخبرة كانت أكثر وعيًا بممارسات الفطام الصحي.

أما الفئة فوق 40 سنة، فقد ظهر توازن نسبي بين مستويات المعرفة، حيث سجلت 7.7% معرفة ضعيفة ومثلها 7.7% معرفة متوسطة، بينما بلغت 4.3% معرفة جيدة، وهو ما يشير إلى وجود خبرة تراكمية في هذه الفئة لكنها قد تكون قائمة على ممارسات تقليدية أكثر من اعتمادها على مصادر علمية حديثة.

الجدول 4 العلاقة بين العمر ودرجة المعرفة

العمر	درجة المعرفة			قيمة X2	قيمة P
	ضعيفة	متوسطة	جيدة		
أقل من 20 سنة	81 (13.5%)	4 (0.7%)	30 (5%)	51.63	*0.000
20-40 سنة	180 (30%)	143 (23.8%)	67 (11.2%)		
أكبر من 40 سنة	46 (7.7%)	46 (7.7%)	26 (4.3%)		

العلاقة بين عدد الأطفال في الأسرة ودرجة المعرفة:

يوضح الجدول (5) العلاقة بين عدد الأطفال في الأسرة ومستوى المعرفة حول الفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي. تشير النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الأطفال ودرجة المعرفة، حيث بلغت قيمة كا² ($X^2 = 18.54$) وكانت قيمة الاحتمالية ($P = 0.005$)، وهي أقل من 0.05، مما يدل على أن عدد الأطفال يؤثر بشكل معنوي على مستوى المعرفة المتعلقة بالفطام.

من حيث توزيع درجات المعرفة تبعًا لعدد الأطفال:

بين المشاركات اللواتي ليس لديهن أطفال، كانت نسبة المعرفة الضعيفة هي الأعلى (20%)، مما يعكس نقص الخبرة العملية لديهن في موضوع الفطام رغم الخلفية الصحية.

أما الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد فقد سجلن أعلى نسبة معرفة جيدة (7.5%)، ويبدو أن التجربة الأولى مع الفطام تسهم في رفع مستوى الوعي والمعلومات.

في فئة الأمهات اللواتي لديهن طفلان، تراجعت نسبة المعرفة الجيدة إلى 4%، ما قد يشير إلى تأثير التكرار دون تعزيز للمعلومات أو الاعتماد على الخبرة الشخصية أكثر من المصادر العلمية الحديثة.

بالنسبة للأمهات اللواتي لديهن ثلاثة أطفال أو أكثر، بقيت نسبة المعرفة الضعيفة مرتفعة (12.3%) مقارنة ببقية الفئات، مما قد يعكس الميل إلى الاعتماد على الخبرة التقليدية بمرور الوقت دون اللجوء للمصادر العلمية أو الإرشادات الصحية.

الجدول 5 العلاقة بين عدد الأطفال في الأسرة ودرجة المعرفة

عدد الأطفال	درجة المعرفة			قيمة X2	قيمة P
	ضعيفة	متوسطة	جيدة		
لا يوجد	120 (%20)	71 (%11.8)	28 (%4.7)	18.54	*0.005
طفل واحد	67 (%11.2)	42 (%7)	45 (%7.5)		
طفلان	46 (%7.7)	22 (%3.7)	24 (%4)		
ثلاثة أطفال	74 (%12.3)	35 (%5.8)	26 (%4.3)		

العلاقة بين الصفة الحالية في المجال الصحي ودرجة المعرفة:

يوضح الجدول (6) العلاقة بين الصفة المهنية الحالية للمشاركات في المجال الصحي ومستوى المعرفة لديهن حول الفطام. تشير النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المهنة الصحية ودرجة المعرفة، حيث بلغت قيمة كا² ($X^2 = 31.74$) وكانت قيمة الاحتمالية ($P = 0.002$)، وهي أقل من 0.05، مما يدل على أن الاختلاف في الاختصاص الصحي يرتبط بشكل معنوي بمستوى المعرفة حول الفطام. من خلال تحليل البيانات:

حققت الطبيبات أعلى نسبة من المعرفة الجيدة (8.5%) مقارنة ببقية الفئات، كما أن نسبة المعرفة الضعيفة بينهن كانت 21% فقط، ما يشير إلى استفادتهن من الخلفية الأكاديمية الطبية.

يليهن الصيدلانيات بنسبة 3.7% معرفة جيدة، بينما كانت لديهن نسبة متقاربة من المعرفة الضعيفة (8.5%) والمتوسطة (3.2%)، مما يعكس مستوى مقبولًا نسبيًا من الوعي الصحي.

كما ظهرت نسبة جيدة من المعرفة لدى طبيبات الأسنان بنسبة 1.7% معرفة جيدة، مع غالبية تتراوح بين المعرفة الضعيفة والمتوسطة.

أما الممرضات فقد سجلن 3% فقط معرفة جيدة، في حين كانت نسبة المعرفة الضعيفة بينهن 9.5%، وهو ما قد يعكس اعتمادهن الأكبر على الخبرة السريرية أكثر من القراءة والمصادر العلمية.

في المقابل، أظهرت الفئات الصحية المساندة مثل المساعدات الطبّيات والفنيات (مخبر وأشعة) وأخصائيات العلاج الطبيعي مستويات أقل من المعرفة مقارنة بالفئات الطبية، حيث غلبت عليهن المعرفة الضعيفة إلى المتوسطة.

لوحظ غياب المعرفة المتوسطة كليًا لدى أخصائيات العلاج الطبيعي، مع اقتصار توزيع معرفتهن على المستويين الضعيف (3.5%) والجيد (1.5%)، وهو تباين قد يعكس تأثير اختلاف طبيعة التخصص وبعده عن مجال صحة الأم والطفل.

الجدول 6 العلاقة بين الصفة الحالية في المجال الصحي ودرجة المعرفة

الصفة الحالية	درجة المعرفة			قيمة X2	قيمة P
	ضعيفة	متوسطة	جيدة		
طبيبة	(%21) 126	(%11.3) 68	(%8.5) 51	31.74	*0.002
ممرضة	(%9.5) 57	(%4.8) 29	(%3) 18		
صيدلانية	(%8.5) 51	(%3.2) 19	(%3.7) 22		
طبيبة أسنان	(%3.3) 20	(%2.3) 14	(%1.7) 10		
مساعدة طبيّة	(%2.8) 17	(%3.7) 22	(%0.8) 5		
فنية مخبرية أو أشعة	(%2.5) 15	(%3) 18	(%1.3) 8		
أخصائية علاج طبيعي وتأهيل	(%3.5) 21	(%0) 0	(%1.5) 9		

العلاقة بين الحالة الإقتصادية ودرجة المعرفة:

يوضح الجدول (7) العلاقة بين الحالة الاقتصادية للأسر ومستوى معرفة الأمهات العاملات في القطاع الصحي حول الفطام. تشير النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية قوية بين المتغيرين، حيث بلغت قيمة كا² ($X^2 = 299.00$) وكانت قيمة الاحتمالية ($P = 0.000$)، وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود تأثير واضح للحالة الاقتصادية على مستوى المعرفة. من خلال تحليل النتائج:

شكلت الأمهات من الفئة الاقتصادية الضعيفة أعلى نسبة من المعرفة الضعيفة (26.5%)، كما سجلن نسبة جيدة نسبيًا من المعرفة الجيدة (12.2%) لكنها جاءت مع تدنٍ شديد في المعرفة المتوسطة (0.7% فقط)، مما يعكس تباينًا قد يكون مرتبطًا بالاعتماد على الخبرات الشخصية أكثر من الوصول إلى مصادر علمية موثوقة.

أما الفئة متوسطة الدخل فقد حققت أعلى نسبة من المعرفة المتوسطة (20%)، وهي الفئة الأكثر توازنًا في المعرفة مقارنة ببقية الفئات، مما قد يشير إلى امتلاكها قدرة وصول أفضل إلى المعلومات الصحية مع مستوى تعليمي ومعرفي جيد.

في الفئة جيدة الدخل، تراجعت نسبة المعرفة الضعيفة (17.3%) وارتفعت نسبة المعرفة الجيدة (6.3%)، مما يعكس استفادة هذه الفئة من توفر الموارد التعليمية والصحية بشكل أفضل.

بينما في الفئة ممتازة الدخل، كانت نسب المعرفة موزعة بشكل غريب نوعًا ما، حيث غابت المعرفة الجيدة كليًا (0%) وتركزت المعرفة المتوسطة (4.3%) على حساب المعرفة الضعيفة (2%).

وقد يُفسر ذلك بأن الأمهات من هذه الفئة ربما يعتمدن على مقدمي الرعاية أو يتبعن أساليب تقليدية أو شخصية دون اهتمام بتفاصيل التثقيف الصحي.

الجدول 7 العلاقة بين الحالة الإقتصادية ودرجة المعرفة

الحالة الإقتصادية	درجة المعرفة			قيمة X2	قيمة P
	ضعيفة	متوسطة	جيدة		
ضعيفة	159 (%26.5)	4 (%0.7)	73 (%12.2)	299.00	*0.000
متوسطة	32 (%5.3)	120 (%20)	12 (%2)		
جيدة	104 (%17.3)	20 (%3.3)	38 (%6.3)		
ممتازة	12 (%2)	26 (%4.3)	0 (%0)		

المناقشة:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى المعرفة والممارسات المتعلقة بالفطام لدى الأمهات العاملات في القطاع الصحي في دمشق وتحليل ارتباط المعرفة بالعوامل الديموغرافية والاجتماعية والمهنية. أظهرت النتائج أن مستوى المعرفة العام حول الفطام كان متوسطًا إلى ضعيف، حيث بلغت متوسط درجة المعرفة 53% فقط، وكانت نصف المشاركات تقريبًا (51.2%) لديهن معرفة ضعيفة. وتُعد هذه النتيجة مؤشرًا مهمًا على أن العمل في القطاع الصحي لا يضمن بالضرورة امتلاك معلومات كافية حول موضوعات صحة الطفل والتغذية المبكرة، ما يتطلب تعزيز برامج التثقيف الصحي المستمر.

وقد توافقت نتائج هذه الدراسة مع ما وجدته دراسة العنزي وآخرين في السعودية (2019) والتي أظهرت مستوى معرفة متوسط لدى الأمهات حول الفطام رغم خلفيتهن التعليمية الجيدة (27)، كما دعمتها نتائج دراسة الكيلاني في الأردن (2020) التي بينت قصورًا معرفيًا مشابهًا (28)، بينما خالفت نتائج دراسة أحمد في مصر (2018) التي وجدت مستوى معرفة جيدًا لدى غالبية المشاركات حول توقيت الفطام وأسس تغذية الرضع (29). ويمكن تفسير هذا التباين باختلاف برامج التوعية الصحية وسياسات دعم الرضاعة الطبيعية بين البلدان.

أظهرت الدراسة علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر ودرجة المعرفة (P=0.000)، حيث ارتفع مستوى المعرفة في الفئة العمرية 20–40 عامًا مقارنة بمن هن أصغر من 20 عامًا. وتتشابه هذه النتيجة مع ما ذكرته دراسة Al-Binali في السعودية (2012) التي بينت أن الخبرة الحياتية والعمر الأكبر يرتبطان بزيادة الوعي الصحي حول الفطام (30).

كما كشفت الدراسة عن علاقة هامة إحصائياً بين عدد الأطفال ومستوى المعرفة (P=0.005)، حيث كانت معرفة الأمهات بدون خبرة سابقة بالأطفال أضعف مقارنة بمن لديهن طفل واحد. وهذا يتفق مع نتائج دراسة Yılmaz في تركيا (2017) التي أكدت أن التجربة السابقة مع الفطام تسهم في تحسين المعرفة (31).

أما بالنسبة للعلاقة بين المهنة الصحية ودرجة المعرفة، فقد تبين أن الطبيبات والصيدلانيات يمتلكن معرفة أعلى من الممرضات والفئات المساندة. وهذه النتيجة منطقية نظرًا لطبيعة التعليم الأكاديمي الطبي، وتتماشى مع دراسة الخالدي في الإمارات (2021) التي أكدت وجود تفاوت معرفي بين الاختصاصات الصحية حول قضايا صحة الطفل (32). وهذا قد يعكس قصورًا في برامج التثقيف التمريضي فيما يتعلق بصحة الأم والطفل رغم دور الممرضات الحيوي في التوعية الصحية.

كما أظهرت الدراسة ارتباطًا واضحًا بين الحالة الاقتصادية ومستوى المعرفة (P=0.000)، حيث كان مستوى المعرفة أفضل بين الفئات ذات الدخل المتوسط والجيد مقارنة بالفئات الضعيفة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Singh في الهند (2016) التي أظهرت تأثير الوضع الاقتصادي على الوصول إلى المعلومات الصحية (33)، بينما خالفت دراسة Musa في نيجيريا (2019) التي لم تجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الدخل والمعرفة حول الفطام (34). ويُحتمل أن يعكس ذلك اختلاف مستوى توفر الموارد التعليمية الصحية والدعم الاجتماعي بين البلدان.

وعند تحليل المعرفة حول العادات الخاطئة في الفطام، تبين انتشار بعض الممارسات غير الصحية مثل التوقف المفاجئ عن الرضاعة أو استخدام مواد مرة لإجبار الطفل على الفطام. وهذه النتائج تتفق مع تقارير منظمة الصحة العالمية التي أكدت استمرار المفاهيم التقليدية الخاطئة حول الفطام حتى بين الفئات المتعلمة (35).

الاستنتاجات:

تُظهر نتائج هذه الدراسة وجود فجوة بين المعرفة المهنية المتوقعة للعاملات في القطاع الصحي والمصادر الفعلية للمعلومات المتعلقة بالفطام، وهو ما قد يعكس تأثير البيئة الاجتماعية والثقافية على قرارات الفطام حتى ضمن الفئات المتعلمة طبيًا.

الأمهات العاملات في القطاع الصحي يمتلكن معرفة جيدة بأساسيات الفطام، إلا أن هناك ثغرات معرفية واضحة.

أكثر من نصف المشاركات لديهن نقص في المعلومات الأساسية المتعلقة بالفطام، على الرغم من أنهن يعملن في القطاع الصحي.

زيادة العمر كانت مرتبطة بارتفاع درجة المعرفة بشكل تدريجي حتى عمر 40 سنة، ثم تستقر المعرفة في الفئات الأكبر سنًا.

وجود خبرة أمومية لا يضمن بالضرورة ارتفاع مستوى المعرفة الصحية حول الفطام، وأن المعرفة قد تتأثر أكثر بنوعية المعلومات المتاحة وليس بعدد الأبناء.

نوع الدراسة الصحية والخلفية الأكاديمية لهما تأثير واضح على المعرفة المتعلقة بالفطام. كما أن الفئات الأقرب إلى العلوم الطبية المباشرة (كالطب والصيدلة) تمتلك مستوى أعلى من المعرفة مقارنة بالفئات التطبيقية أو الفنية.

الحالة الاقتصادية تعد عاملاً مؤثرًا في مستوى المعرفة حول الفطام، ويبدو أن الفئات ذات الدخل المتوسط والجيد تمتلك مستوى أعلى من المعرفة مقارنة بذوي الدخل الضعيف أو الممتاز بشكل لافت. وهذا قد يعود إلى تفاوت درجة الاهتمام بالحصول على المعلومات الصحية أو الاعتماد على الخبرة الذاتية أو دعم المحيط الاجتماعي.

التوصيات:

- إدراج برامج تدريبية وورشات تعليمية ضمن سياسات دعم صحة الأم والطفل، لضمان تبني ممارسات الفطام الصحيحة المبنية على الأدلة العلمية.
- أهمية استهداف الفئات الأصغر عمرًا ببرامج توعية وتثقيف صحي حول الفطام، إضافة إلى تحديث المعلومات الصحية للفئات الأكبر سنًا بما يتماشى مع التوصيات المعتمدة دوليًا.
- الحاجة إلى تعزيز التثقيف الصحي الموجه للأمهات بغض النظر عن خبرتهن السابقة في رعاية الأطفال.
- تعزيز برامج التثقيف الصحي المتعلقة بتغذية الرضع والفطام لدى جميع العاملين في القطاع الصحي، وبشكل خاص لدى الفئات التمريضية والفئات الصحية المساندة، لدورهم المباشر في التثقيف الصحي للأمهات في المجتمع.
- تصميم برامج تثقيفية تراعي الفروق الاقتصادية والاجتماعية لضمان وصول المعلومات التغذوية الصحيحة لجميع الأمهات بغض النظر عن الوضع المادي.

المراجع:

1. Al-Sheikh, M., Al-Saadi, M., & Al-Mahmoud, M. (2020). Maternal perceptions of weaning: A qualitative study from Damascus. Journal of Child Health Care, 24(3), 345-357.
2. World Health Organization. (2021). Infant and young child feeding. Retrieved from [WHO website](https://www.who.int/news -room/fact-sheets /detail/infant-and-young-child-feeding).
3. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(8).
4. Al-Madani, A. (2019). Cultural influences on breastfeeding and weaning practices in the Arab world. International Breastfeeding Journal, 14(1), 1-10.
5. .Rizk, N., & Ghandour, R. (2021). Dietary practices in early childhood: A qualitative study in Lebanon and Syria. Nutrients, 13(2), 123-135.
6. UNICEF. (2020). The state of the world's children 2020. https://www.unicef.org/reports/ state - worlds-children-2020.
7. Brown A, Lee M. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. Pediatr Obes. 2015 Feb;10(1):57-66. doi: 10.1111/j.2047-6310.2013.00207. x. PMID: 24293694.
8. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. Nutrients. 2012 Nov;4(11):1575-609. doi: 10.3390/nu4111575. PMID: 23201835.
9. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: the evidence to date. Curr Nutr Rep. 2017 Jun;6(2):148-156. doi: 10.1007/s13668-017-0201-2. PMID: 28596930.
10. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. Appetite. 2012 Apr;58(3):1046-9. doi: 10.1016/j.appet. 2012.01.033. PMID: 22306473.
11. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. BMJ Open. 2012 Jan 13;2(1): e000298. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000298. PMID: 22247112.
12. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2017 Aug 1;171(8):838-846. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1284. PMID: 28654906.Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. Pediatrics. 2016 Oct;138(4): e20160772. doi: 10.1542/peds.2016-0772. PMID: 27647715.
13. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. Matern Child Nutr. 2013 Apr;9(2):233-43. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00360. x. PMID: 21999747.
14. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. Matern Child Health J. 2011 Sep;15(8):1265-71. doi: 10.1007/s10995-010-0678-4. PMID: 20617349.
15. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. Matern Child Nutr. 2016 Oct;12(4):826-37. doi: 10.1111/mcn.12172. PMID: 25865125.
16. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. BMJ Open. 2013 Dec 18;3(12): e003946. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003946. PMID: 24355796.
17. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. BMJ Open. 2016 May 3;6(5): e010665. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010665. PMID: 27142872.
18. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS—a version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. BMC Pediatr. 2015 Jun 19; 15:99. doi: 10.1186/s12887-015-0422-8. PMID: 26088212.

19. Harrison M, Brodribb W, Hepworth J. A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods. Matern Child Nutr. 2017 Oct;13(4): e12360. doi: 10.1111/mcn.12360. PMID: 27197714.
20. Moore AP, Milligan P, Goff LM. An online survey of knowledge of the weaning guidelines, advice from health visitors and other factors that influence weaning timing in UK mothers. Matern Child Nutr. 2014 Jul;10(3):410-21. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00424. x. PMID: 22974106.
21. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. Ital J Pediatr. 2015 Apr 2; 41:36. doi: 10.1186/s13052-015-0143-5. PMID: 25887447.
22. Babbitt RL, Shore BA, Smith M, Williams KE, & Coe DA (2001). Stimulus fading in the treatment of adipsia. Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs, 16(3), 197–207.
23. Bachmeyer MH, Gulotta CS, & Piazza CC (2013). Liquid to baby food fading in the treatment of food refusal. Behavioral Interventions, 28(4), 281–298.
24. Benoit D, Wang EE, & Zlotkin SH (2000). Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized controlled trial. Journal of Pediatrics, 137(4), 498–503. 10.1067/mpd.2000.108397 - DOI - PubMed
25. Berlin KS, Davies WH, Lobato DJ, & Silverman AH (2009). A biopsychosocial model of normative and problematic pediatric feeding. Children's Health Care, 38(4), 263–282.
26. Berlin KS, Lobato DJ, Pinkos B, Cerezo CS, & LeLeiko NS (2011). Patterns of medical and developmental comorbidities among children presenting with feeding problems: A latent class analysis. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 32(1), 41–47. – PubMed
27. Alenezy F. Knowledge and practices related to weaning among mothers in Saudi Arabia. J Family Med. 2019.
28. Al-Kilani H. Maternal knowledge and practices regarding complementary feeding in Jordan. Public Health Nutr. 2020.
29. Ahmed M. Mothers' knowledge and practices regarding weaning in Egypt. Egypt Pediatr Assoc. 2018.
30. Al-Binali A. Breastfeeding knowledge among mothers in Aseer region. Saudi Med J. 2012.
31. Yılmaz G. Factors affecting weaning practices in Turkey. Turk J Pediatr. 2017.
32. Al-Khalidi N. Health professionals' knowledge of child feeding practices in UAE. J Clin Nurs. 2021.
33. Singh S. Socioeconomic determinants of infant feeding knowledge in India. Int J Community Med. 2016.
34. Musa A. Weaning practices and challenges among Nigerian mothers. Afr Health Sci. 2019.
35. World Health Organization. Infant and young child feeding guidelines. WHO; 2020.