

مقایسه تأثیر حمایت همتا و آموزش توسط مراقبین بهداشتی بر زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر در زنان نخست زای مشهد در سال ۱۳۸۹

مهین تفضلی^۱، آسیه مودی^{۲*}، حسن بسکابادی^۳، سعید ابراهیم زاده^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. دانشیار گروه نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۱۷

خلاصه

مقدمه: زمان شروع شیردهی تأثیر قابل توجهی بر عملکرد شیردهی دارد. آغاز شیردهی در نیم ساعت اول زندگی و تغذیه انحصاری با شیرمادر عامل مهمی در کاهش عوارض و میزان مرگ و میر نوزادان می باشد. عوامل مختلفی نظیر حمایت روانی و آموزش بر زمان شروع شیردهی مؤثر می باشند. به همین دلیل دو گروه استراتژی بیمارستان محور و جامعه محور برای شروع زودرس شیردهی توصیه شده است. از آنجا که تاکنون مطالعه ای جهت مقایسه آن انجام نشده، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر حمایت همتا (جامعه محور) و آموزش توسط مراقبین بهداشتی (بیمارستان محور) بر زمان شروع اولین شیردهی در زنان نخست زای انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی ۳ گروهه در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۰۵ زن نخست باردار انجام شد. ۱۶ مرکز و پایگاه بهداشتی به صورت خوشه‌ای انتخاب و به طور تصادفی در ۳ گروه حمایت همتا، آموزش توسط مراقبین بهداشتی و کنترل قرار گرفتند. ۱۶ نفر از افراد واجد شرایط گروه همتا انتخاب و به مدت ۱۵ ساعت آموزش دیدند و ۷ نفر از گروه مراقب بهداشتی ۲ ساعت آموزش دریافت کردند. در گروه حمایت همتا یک بار حمایت توسط همتا و در گروه آموزش یک جلسه آموزش انفرادی توسط مراقبین بهداشتی در هفته‌های ۳۸-۳۶ بارداری انجام شد و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. گردآوری داده‌ها توسط پرسشنامه و تجزیه و تحلیل آن با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون‌های کراسکال والیس و دقیق فیشر انجام شد.

یافته‌ها: تنها ۲۰٪ از افراد گروه‌های حمایت همتا، ۱۴/۷٪ از افراد آموزش توسط مراقبین بهداشتی و ۱۹/۴٪ گروه کنترل در نیم ساعت اول پس از زایمان، شیردهی را شروع کردند. ۵۱/۴٪ از افراد گروه‌های حمایت همتا، ۶۱/۸٪ آموزش توسط مراقبین بهداشتی و ۵۵/۶٪ گروه کنترل، اولین شیردهی را در فاصله زمانی ۱-۲۴ ساعت پس از زایمان شروع کردند. افراد ۳ گروه از نظر زمان شروع اولین شیردهی تفاوت معنی‌داری نداشتند (p=۰/۸۵۲). نتیجه‌گیری: حمایت همتا و آموزش توسط مراقبین بهداشتی در دوران بارداری بر شروع شیردهی تأثیری ندارد.

کلمات کلیدی: آموزش مراقبین بهداشتی، حمایت همتا، زمان شروع شیردهی

مقدمه

زمان شروع شیردهی یکی از عوامل کلیدی است که صرف نظر از محیط اجتماعی- فرهنگی، تأثیر قابل توجهی بر عملکرد کلی شیردهی دارد (۱). بهترین زمان شروع شیردهی ساعت اول پس از تولد می‌باشد (۲) که برای ارتقاء سلامت مادر - نوزاد و ایجاد دلبستگی مادرانه در نوزادان بسیار مؤثر است (۳). تغذیه زود هنگام نوزاد باعث تسریع انقباضات رحم، کاهش و کنترل خونریزی پس از زایمان، تسریع فرآیند تولید شیر، بهبود وضعیت روانی مادر و احساس همبستگی بین مادر و نوزاد می‌شود (۴-۶).

علاوه بر این شروع زودرس شیردهی موجب کاهش مرگ و میر نوزادی و پیشگیری از ۲۲ درصد موارد مرگ و میر نوزادان، تنظیم درجه حرارت بدن و سطح گلوکز خون، طولانی شدن مدت و تداوم شیردهی و افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌شود (۳، ۴، ۱۶-۶). به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت و یونیسف طرح بیمارستان های دوستدار کودک را پیشنهاد کرده و ده اقدام برای این بیمارستان ها مشخص نمودند که در اقدام چهارم، کارکنان را موظف کرده به مادران کمک کنند تا تغذیه نوزاد با شیر مادر را در نیم ساعت اول شروع کنند (۲، ۴). اما در اکثر نقاط جهان از جمله ایران میزان شروع زودرس شیردهی بسیار پایین است (۱۶، ۱۷)، علی رغم اجرای طرح بیمارستان دوستدار کودک، بررسی کشوری پایش و ارزشیابی یکپارچه خدمات بهداشتی (IMES^۱) در سال ۱۳۸۴ نشان داد که ۲۱/۸ درصد افراد، کمتر از نیم ساعت، ۳۱/۴ درصد، نیم تا یک ساعت و ۴۲/۵ درصد، بیش از یک ساعت پس از زایمان شیردهی را شروع کردند و ۴/۳ درصد نوزادان هرگز شیر مادر نخورده‌اند (۱۸).

اگر چه شروع شیردهی در ساعت اول پس از تولد به عنوان یک شاخص عالی شیردهی مورد توجه قرار گرفته است اما عوامل مؤثر با این عملکرد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (۱۹). عوامل مختلفی نظیر سن

و سطح تحصیلات مادر، درآمد خانواده (۲۰-۱۹)، مصرف دخانیات (۵)، قصد مادر برای شیردهی (۱)، نظر اعضای خانواده یا پزشک (۲۱)، تعداد و روش زایمان (۱، ۵، ۱۹، ۲۱-۲۲)، عوارض زایمان (۲۰)، زایمان زودرس و خونریزی شدید (۲۲)، وضع حمل نامناسب، تماس پوست با پوست بین مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد (۱۶، ۱۹، ۲۳)، جنس و وزن هنگام تولد نوزاد، عوارض نوزادی و پذیرش نوزاد در بخش مراقبت ویژه (۲۰) بر شروع زودرس شیردهی تأثیر دارند.

بنابراین جهت بهبود زمان شروع شیردهی، دو گروه وسیع از استراتژی های بیمارستان محور که توسط افراد حرفه ای و جامعه محور که توسط افراد غیر حرفه ای انجام می شوند، توصیه شده است (۲۴). برخی استراتژی- های بیمارستان محور شامل تغییر مراقبت های معمول دوران بارداری در زایشگاه ها، تأکید بیشتر به شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان، هم اتافی مادر و نوزاد (۱۶، ۱۹)، ایجاد انگیزه در دوره قبل از زایمان از طریق ارائه توصیه های شیردهی و ارائه کمک کافی پس از زایمان برای شروع شیردهی (۱، ۶، ۲۵) و استراتژی- های جامعه محور شامل ارائه حمایت روانی توسط همراه (۱) و انجام حمایت مادر به مادر (همتا) (۲۶) جهت شروع زود هنگام شیردهی می باشند.

اگرچه آموزش زنان باردار توسط افراد حرفه ای یکی از موفق ترین تلاش های بین المللی جهت حفظ، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر است، اما نتایج مطالعات نشان داده اند که این روش به تنهایی برای بهبود تغذیه پستانی کافی نیست (۲۷، ۲۸) زیرا مادر شیرده در طی دوران شیردهی با مشکلاتی مواجه می شود که برای غلبه بر آنها و موفقیت در امر شیردهی نیاز به حمایت منابع مختلف حرفه ای و اجتماعی دارد (۲۹، ۳۰). با توجه به اهمیت روابط اجتماعی و سرویس های مراقبت بهداشتی، استفاده از حمایت افراد غیر حرفه ای به ویژه همتا گسترش یافته است (۳۰). حمایت همتا در شیردهی شامل حمایت عاطفی^۲، تشویق، آموزش درباره تغذیه پستانی و کمک به حل مشکلات مادران شیرده توسط مادرانی است که در حین شیردهی هستند یا

^۱ - Integrated Monitoring and Evaluation survey

^۲ - Emotional Support

آموزش‌های لازم شامل ۱- تعریف حمایت همتا و هدف آن و نقش و مسئولیت همتا ۲- مهارت‌های برقراری ارتباط ۳- اصول شیردهی (مزایا، آناتومی و فیزیولوژی، وضعیت‌های شیردهی، زمان تولید و جریان یافتن شیر، موانع حمایت و تشویق، سؤالات و نگرانی‌های شایع و داستان‌ها و باورهای غلط درباره شیردهی) به مدت ۱۵ ساعت (۵ جلسه ۳ ساعته) در مراکز بهداشتی درمانی منتخب ارائه شد، پس از برگزاری کلاس‌های آموزشی پس از آزمون انجام شد و سپس فرم خود ارزیابی همتا توسط داوطلبان حمایت همتا تکمیل شد. در انتها تعداد ۱۶ نفر از داوطلبان که دوره آموزشی را گذرانده و ۷۵ درصد نمره پس از آزمون و خود ارزیابی را کسب نمودند، به عنوان حامیان همتا انتخاب شدند.

همچنین جهت استاندارد سازی آموزش توسط مراقبین بهداشتی، به ۷ نفر از مراقبین بهداشتی مراکز منتخب که آموزش‌های لازم درباره شیردهی را به واحدهای پژوهش ارائه می‌کردند، بر اساس دستورالعمل‌های کشوری کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر، به مدت ۲ ساعت آموزش داده شد. پس از پایان آموزش داوطلبان همتا و مراقبین بهداشتی، حجم نمونه با انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از زنان نخست باردار دارای شرایط و مشخصات همگون با واحد پژوهش و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها و نسبت‌ها و درجه اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/2$) و احتساب ۳۰ درصد ریزش، حجم نمونه در هر گروه ۳۶ نفر برآورد شد.

سپس ۱۰۵ زن واجد شرایط مطالعه از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان نخست باردار ایرانی ساکن مشهد با حاملگی تک قلوئی طبیعی با تصمیم به شیردهی، سن بارداری ۳۶-۳۵ هفته، عدم وجود نقص ساختاری (آناتومیکی) یا سابقه جراحی روی پستان، عدم مصرف دخانیات و الکل و عدم وجود مشکل روحی شدید بود. مادران مبتلا به زایمان زودرس (کمتر از ۳۷ هفته کامل) یا دیررس (بیشتر از ۴۲ هفته کامل)، مبتلا به عوارض پس از زایمان و نیازمند مراقبت‌های ویژه (مانند خونریزی پس از زایمان)، نوزادان کمتر از ۲۵۰۰

سابقه شیردهی دارند (۳۱، ۳۲). همتا فردی است که در یک سری ویژگی‌های خاص نظیر سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی- اجتماعی یا وضعیت سلامتی با شخص دیگر مشابه باشد (۳۰، ۳۲).

تأثیر این استراتژی‌ها در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است، اما تاکنون مطالعه‌ای جهت مقایسه این استراتژی‌ها انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر حمایت همتا (جامعه محور) و آموزش توسط مراقبین بهداشتی (بیمارستان محور) بر زمان شروع اولین شیردهی در زنان نخست‌زای شهر مشهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی ۳ گروهه در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۰۵ زن نخست باردار انجام شد. پس از تأیید کمیته اخلاقی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، نمونه گیری بر روی ۱۰۵ مادر تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی مشهد به روش خوشه ای انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا لیست کلیه مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مراکز شماره ۱، ۲ و ۳ مشهد تهیه و سپس به طور تصادفی از هر منطقه بهداشتی، ۳ مرکز بهداشتی درمانی (در مجموع ۹ مرکز به علاوه ۷ پایگاه بهداشتی تحت پوشش آنها) انتخاب شد. سپس مراکز مورد نظر به طور تصادفی در سه گروه حمایت همتا، آموزش توسط مراقبین بهداشتی و کنترل قرار گرفتند. قبل از نمونه‌گیری ابتدا ۲۳ نفر همتا، از افراد داوطلب واجد شرایط (ایرانی و ساکن مشهد، دارای تلفن، حداقل سواد پنجم ابتدایی، سابقه شیردهی یا در حال شیردهی، نگرش خوب نسبت به شیردهی) انتخاب و فرم رضایت آگاهانه در اختیار آنان قرار گرفت و هدف از انجام پژوهش به آنان توضیح داده شد. پژوهشگر به منظور آماده‌سازی داوطلبان برای انجام حمایت، به طور جداگانه در هر مرکز، اقدام به برگزاری کلاس‌های آموزشی نمود.

قبل از شروع آموزش، از کلیه داوطلبان حمایت همتا درباره آگاهی و نگرش آنان نسبت به شیردهی و مهارت‌های برقراری ارتباط، پیش آزمون انجام شد. سپس

گرم و بیشتر از ۴۰۰۰ گرم، دارای ناهنجاری مادرزادی و یا مشکلات مختل کننده تغذیه با شیرمادر (شکاف لب، شکاف کام، ناهنجاری عصبی- حرکتی، مشکلات قلبی، تنفسی) و یا مبتلا به بیماری نیازمند مراقبت های ویژه از مطالعه خارج شدند. افراد در گروه حمایت همتا با توجه به تشابهات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به داوطلب همتا معرفی و حمایت در هفته‌های ۳۸-۳۶ بارداری به صورت حضوری در مرکز بهداشتی درمانی انجام شد. در گروه آموزش نیز واحدهای پژوهش از مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر انتخاب و سپس یک جلسه آموزش فردی توسط مراقب بهداشتی در هفته های ۳۸-۳۶ بارداری برگزار شد. افراد گروه کنترل نیز مانند دو روش فوق از مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر انتخاب شدند، این گروه تنها مراقبت‌های معمول دوران بارداری و پس از زایمان را دریافت کردند.

در این مطالعه اطلاعات فردی، مشخصات بارداری، نگرش مادر نسبت به شیردهی، مشخصات فیزیکی مادر در طی دوران بارداری و اطلاعات مربوط به زایمان، زمان و طول مدت اولین شیردهی و مشخصات نوزاد پس از زایمان توسط پرسشنامه جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون‌های آماری کراسکال والیس و دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۵ زن نخست باردار، از هفته ۳۵ بارداری تا زمان آغاز اولین شیردهی در سه گروه حمایت همتا، آموزش توسط مراقبین بهداشتی و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $23/8 \pm 3/82$ سال بود و اکثر افراد (۵۵/۱٪) دارای تحصیلات دبیرستانی بودند. ۹۱ نفر (۸۶٪) شرکت‌کنندگان خانه‌دار، ۲ نفر (۱/۹٪) محصل یا دانشجو و ۱۲ نفر (۱۲/۱٪) شاغل بودند. سطح تحصیلات همسر اکثر زنان مورد مطالعه، دبیرستانی (۳۹/۳٪) و شغل آنها آزاد (۶۴/۵٪) بود. سطح درآمد ۱۲ نفر (۱۱/۲٪) از افراد مورد مطالعه کمتر از حد

کفاف، ۹۲ نفر (۸۷/۹٪) در حد کفاف و ۱ نفر (۰/۹٪) بیشتر از حد کفاف بود. افراد سه گروه از نظر سن، میزان تحصیلات خود و همسر، شغل خود و همسر و میزان درآمد خانواده همسان بودند ($p > 0/05$). میانگین وزن واحدهای پژوهش $57/0 \pm 7/36$ کیلوگرم، شاخص توده بدنی مادر $22/6 \pm 2/23$ ، اضافه وزن دوران بارداری $13/2 \pm 4/99$ کیلوگرم و تعداد دفعات انجام مراقبت دوران بارداری $4/7 \pm 1/79$ بار بود. افراد سه گروه از نظر وزن، شاخص توده بدنی، اضافه وزن دوران بارداری و تعداد دفعات انجام مراقبت دوران بارداری تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$).

۹۹ درصد مادران باردار قبل و یا در ابتدای بارداری و تنها ۱ درصد آنها در اواخر بارداری برای شیردهی تصمیم گرفتند. ۴۳/۳ درصد مادران باردار وجود فرد ناموفق در شیردهی را بین نزدیکان خود گزارش کردند و ۵۶/۷ درصد افراد بین اطرافیانشان فرد ناموفق در شیردهی نداشتند. ۵۱/۶ درصد مادران به روش سزارین و ۴۸/۴ درصد به روش طبیعی زایمان کردند. ۵۴/۷ درصد مادران نوزاد پسر و ۴۵/۳ درصد نوزاد دختر داشتند و میانگین وزن هنگام تولد نوزاد $3/27 \pm 0/407$ کیلوگرم بود. زمان اولین تماس مادر و نوزاد در ۴۹/۵ درصد مادران در فاصله زمانی ۲۴-۱ ساعت پس از تولد، ۲۵/۷ درصد بین ۴۰-۳۰ دقیقه، ۲۳/۸ درصد بلافاصله پس از تولد و ۱/۰ درصد ۲۴ ساعت پس از تولد بود. سه گروه از نظر زمان تصمیم‌گیری برای شیردهی، وجود فرد ناموفق در شیردهی بین اطرافیان، روش زایمان، زایمان طول کشیده، زایمان سخت و خستگی مادر، جنس و وزن نوزاد و زمان اولین تماس بین مادر و نوزاد تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). افراد سه گروه از نظر اکثر متغیرهای مداخله‌گر (جدول ۱ و ۲) بر زمان شروع اولین شیردهی، به جز محل انجام مراقبت های دوران بارداری، زمان انجام اولین مراقبت دوران بارداری، نظر مادر، همسر و اطرافیان درباره شیردهی مشابه و همسان بودند، اثر متغیرهای ناهمگن بر زمان شروع اولین شیردهی بررسی شد.

جدول ۱- بررسی همگنی متغیرهای مداخله‌گر دوران بارداری بر زمان شروع شیردهی در گروه‌های مورد بررسی

سطح معنی داری	گروه			متغیر
	کنترل	آموزش توسط مراقبین بهداشتی	حمایت همتا	
*p=۰/۴۷۸	%۹۱/۷	%۸۲/۹	%۹۱/۷	بلی
	%۸/۳	%۱۷/۱	%۸/۳	خیر
**p=۰/۰۵۳	%۳۶/۱	%۱۷/۱	%۳۸/۹	خیلی خوشحال
	%۵۵/۶	%۶۸/۶	%۵۸/۳	خوشحال
	%۵/۶	%۱۱/۴	۰	بی تفاوت
	%۲/۸	%۲/۹	%۲/۸	ناراحت
***p=۰/۰۶۹	%۵۸/۳	%۳۴/۳	%۵۸/۳	خیلی خوشحال
	%۴۱/۷	%۶۵/۷	۴۱/۷	خوشحال
*p=۰/۰۱۰	%۵۰/۰	%۶۵/۷	%۸۰/۱۶	مطب پزشک، مرکز بهداشت
	%۲/۸	%۲/۹	%۵/۶	مطب ماما، مرکز بهداشت
	۰	۰	%۲/۸	مطب پزشک، ماما، مرکز بهداشت
	%۴۷/۲	%۳۱/۴	%۱۱/۱	فقط مرکز بهداشت
**p=۰/۰۰۳	%۷۵/۰	%۳۱/۴	%۴۴/۴	سه ماهه اول
	%۱۹/۴	%۶۵/۷	%۵۲/۸	سه ماهه دوم
	%۵/۶	%۲/۹	%۲/۸	سه ماهه سوم
***p=۰/۷۶۸	%۱۳/۹	%۲۰/۰	%۱۶/۷	بلی
	%۸۶/۱	%۸۰/۰	%۸۳/۳	خیر
*p=۰/۵۶۷	%۲۰/۰	%۵۷/۱	%۳۳/۳	کلاسهای مرکز بهداشت
	%۶۰/۰	%۲۸/۶	%۳۳/۳	کتاب
	۰	%۱۴/۳	۰	رادیو تلویزیون
	%۲۰/۰	۰	%۳۳/۳	سایر
**p=۰/۰۰۰	۲۵/۰	%۱۴/۷	%۵۸/۸	بسیار موافق
	%۶۹/۴	%۸۵/۳	%۴۱/۲	موافق
	%۵/۶	۰	۰	مخالف
**p=۰/۰۰۰	%۲۲/۲	%۱۱/۸	%۵۸/۸	بسیار موافق
	%۷۵/۰	%۶۷/۶	%۴۱/۲	موافق
	%۲/۸	%۲۰/۱۶	۰	بی نظر
**p=۰/۰۰۰	%۱۳/۹	%۲/۹	%۴۷/۱	بسیار موافق
	%۸۰/۱۶	%۸۸/۲	%۵۲/۹	موافق
	%۵/۶	%۸/۸	۰	بی نظر

*آزمون دقیق فیشر **کراسکال والیس ***آزمون کای دو

جدول ۲- بررسی همگنی متغیرهای روش زایمان، رضایت مادر از زایمان و رضایت مادر و همسر از جنس نوزاد بر زمان شروع شیردهی در گروه های مورد بررسی

متغیر	حمایت همتا	گروه		آزمون
		آموزش توسط مراقبین بهداشتی	کنترل	
روش زایمان	طبیعی	%۳۵/۳	%۵۸/۳	*p ۰/۱۵۳
	سزارین	%۶۴/۷	%۴۱/۷	
رضایت مادر از زایمان	اصلاً	%۳۸/۲	%۳۳/۳	**p ۰/۰۵۹
	کمی	%۲۹/۴	%۱۱/۱	
	متوسط	%۲۶/۵	%۴۱/۷	
	زیاد	%۲/۹	%۸/۳	
	خیلی زیاد	۰	%۵/۶	
رضایت مادر از جنس نوزاد	بلی	%۸۸/۲	%۹۱/۴	p ۰/۶۸۰
	تاحدودی	%۱۱/۸	%۷/۶	
رضایت همسر از جنس نوزاد	خیر	۰	%۱/۰	***p ۰/۴۸۱
	بلی	%۸۲/۴	%۸۳/۳	
	تاحدودی	%۱۷/۶	%۱۱/۱	
	خیر	۰	%۵/۶	

*آزمون کای دو **کراسکال والیس ***آزمون دقیق فیشر

اطرافیان درباره شیردهی بر زمان شروع اولین شیردهی (p=۰/۹۴۷) تأثیری نداشت.

از نظر زمان شروع اولین شیردهی در گروه حمایت همتا، ۲۰ درصد مادران در نیم ساعت اول، ۲۲/۹ درصد در نیم تا یک ساعت اول، ۵۱/۴ درصد ۱ تا ۲۴ ساعت و ۲/۹ درصد بعد از ۲۴ ساعت شیردهی را شروع کردند و ۲/۹ درصد اصلاً شیردهی را شروع نکردند. در گروه آموزش توسط مراقبین ۱۴/۷ درصد در نیم ساعت اول، ۲۳/۵ درصد نیم تا یک ساعت اول، ۶۱/۸ درصد پس از ۱ تا ۲۴ ساعت، شیردهی را شروع کردند. در گروه کنترل ۱۹/۴ درصد در نیم ساعت اول، ۲۵ درصد در نیم تا یک ساعت و ۵۵/۶ درصد ۱ تا ۲۴ ساعت، شیردهی را شروع کردند. نتایج آزمون کراسکال والیس نشان داد، بین افراد سه گروه از نظر زمان شروع اولین شیردهی تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۸۵۲) (جدول ۳).

افراد سه گروه از نظر محل انجام مراقبت های دوران بارداری (p=۰/۰۱۰) و زمان انجام اولین مراقبت دوران بارداری (p=۰/۰۰۳) تفاوت معنی داری داشتند، بر اساس نتایج آزمون کراسکال والیس محل انجام مراقبت های دوران بارداری (p=۰/۳۴۵) و زمان انجام اولین مراقبت دوران بارداری (p=۰/۹۳۲) بر زمان شروع اولین شیردهی تأثیری نداشت.

بین سه گروه از نظر نگرش مادر راجع به شیردهی تفاوت معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۰۰)، بر اساس نتایج آزمون کراسکال والیس نظر مادر درباره شیردهی بر زمان شروع اولین شیردهی تأثیری نداشت (p=۰/۵۶۹).

افراد سه گروه از نظر نگرش همسر درباره شیردهی و نگرش اطرافیان در مورد شیردهی تفاوت معنی داری داشتند (p=۰/۰۰۰). نتایج آزمون کراسکال والیس نشان داد نظر همسر درباره شیردهی (p=۰/۲۱۸) و نگرش

جدول ۳- مقایسه زمان شروع اولین شیردهی در گروه های مورد بررسی

متغیر	گروه					
	حمایت همتا		آموزش توسط مراقبین بهداشتی		کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نیم ساعت اول	۷	۲۰/۰	۵	۱۴/۷	۷	۱۹/۴
نیم تا یکساعت	۸	۲۲/۹	۸	۲۳/۵	۹	۲۵/۰
زمان شروع اولین شیردهی	۱۸	۵۱/۴	۲۱	۶۱/۸	۲۰	۵۵/۶
یک تا ۲۴ ساعت	۱	۲/۹	۰	۰	۰	۰
بیشتر از ۲۴ ساعت	۱	۲/۹	۰	۰	۰	۰
عدم شروع شیردهی	۳۵	۱۰۰	۳۴	۱۰۰	۳۶	۱۰۰
کل						

$p = ۰/۸۵۲$

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد حمایت همتا و آموزش توسط مراقبین بهداشتی بر زمان شروع شیردهی تأثیری نداشت و زمان شروع اولین شیردهی را بهبود نبخشید. سیاست اکثر مراکز مراقبت‌های بهداشتی، ماماها و یا سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بر این اساس است که فرآیند شیردهی زودرس را تشویق و یاری کنند. اگر چه انجام این کار، ساده به نظر می‌رسد اما شروع شیردهی در نیم ساعت اول پس از تولد به دلایل زیادی قابل تحقق نیست. یکی از مشکلات احتمالی برای تأخیر شروع تغذیه با شیر مادر در زنانی که برای اولین بار مادر شده‌اند، احتمال ناکامی و شکست از کنار آمدن با استرس و اضطراب درک شده و مسئولیت مورد انتظار است. نتایج مثبت مشاهده شده در بین افرادی که حمایت دریافت کرده‌اند، نشان می‌دهد که امکان استفاده از همراه در مراکز زایمانی شلوغ و یا مراکز بهداشتی درمانی اولیه که فاقد نیروی انسانی کافی برای نظارت بر آغاز زود هنگام شیردهی هستند مکمل خدمات مراقبین بهداشتی است. به ویژه در کشورهای در حال توسعه این مشکل ناشی از جمعیت نامتناسب ماماها‌های ماهر در مقایسه با زنانی است که برای زایمان به مراکز مراجعه می‌کنند. این مورد یک دلیل عمده در تأخیر شروع شیردهی به خصوص در میان زنان نخست‌زا است (۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زمان شروع اولین شیردهی در بین گروه‌های حمایت همتا، آموزش توسط مراقبین بهداشتی و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت که

با نتایج مطالعه دیردن و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف ارزیابی اثر برنامه حمایتی مادر به مادر بر شروع زودرس شیردهی انجام شد، همخوانی دارد. در مطالعه دیردن، میزان شروع زودرس شیردهی در هر دو زمان مطالعه پایه و پیگیری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر بود. با این حال تغییر ایجاد شده در زمان شروع زودرس شیردهی در فاصله بین فالوآپ و مطالعه پایه در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل نداشت. یعنی انجام حمایت مادر به مادر موجب بهبود شروع زودرس شیردهی نشد (۲۶). این مطالعه از نظر نوع حمایت (حمایت مادر به مادر یا همتا)، زمان انجام آن (دوران بارداری) و موضوعات حمایتی شامل بیان مزایای شیردهی، تکنیک‌های شیردهی زودرس، مشکلات شیردهی و چگونگی اداره آنها و تغذیه تکمیلی تا حدودی مشابه مطالعه حاضر بود (۲۶). ایمران و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند که حضور همراه در طول زایمان تأثیری مثبت بر زمان شروع تغذیه با شیر مادر دارد، که ممکن است ناشی از تشویق کلامی و کمک‌های ارائه شده توسط همراه برای وضعیت صحیح نوزاد و شیردهی آسان در زمانی باشد که زنان دردهای پس از زایمان (پس درد) را تجربه می‌کنند (۱) بر این اساس علت عدم تأثیر حمایت همتا در مطالعه حاضر و دیردن ممکن است از این واقعیت ناشی شود که در این دو مطالعه حمایت در دوران بارداری برای مادر انجام شده است.

از طرفی محققین معتقدند که اولین استراتژی در تضمین شروع زودرس شیردهی، آموزش در طی مراقبت های دوران بارداری است که می تواند با استفاده از ابزار نوشتاری (مکتوب)، گروه های حمایتی و بحث یک به یک بین بیمار و پزشک انجام شود (۳۳) در مطالعه حاضر نیز اثر آموزش توسط مراقبین بهداشتی در طی دوران بارداری بر زمان شروع اولین شیردهی مورد بررسی قرار گرفت که با گروه کنترل (دریافت مراقبت معمول) تفاوتی نداشت. در مطالعه دیرین بر اساس بررسی اولیه - ای که قبل از شروع مداخله در گروه مداخله و کنترل انجام شد، میزان شروع زودرس شیردهی در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر بود (۲۶ درصد در مقابل ۱۶ درصد گروه کنترل)، که نویسندگان علت این افزایش را به تفاوت در سیاست های ترویج تغذیه با شیرمادر در منطقه ای که محیط پژوهش گروه مداخله بود، نسبت دادند. چرا که در این منطقه جهت مادران مراجعه کننده برای دریافت مراقبت های دوران بارداری و پس از زایمان یک بار در هفته گروه های حمایتی تشکیل می شد. همچنین در منطقه مربوط به گروه مداخله مرکز بهداشتی وجود داشت که به طور شبانه روزی مادرانی را که اخیراً زایمان کرده بودند، تشویق به شیردهی می کرد. به علاوه این منطقه تلاش هایش را در زمینه شیردهی با سایر سازمان های دولتی و غیر دولتی مانند لالچ^۱ (سازمان بین المللی داوطلب مادر به مادر) هماهنگ می کرد، کارکنان مرکز بهداشت این منطقه شامل مروجین داوطلب که عضو لالچ نیستند و پزشکان و مدیرانی که برای مدیریت شیردهی تربیت شده اند، بودند. اما در گروه کنترل کارکنان مرکز بهداشت شامل ماماها و داوطلبانی بودند که به طور اساسی درباره مدیریت شیردهی تربیت شده اند. از طرفی در مطالعه دیرین، مکان زایمان و زندگی در جامعه ای که تحت برنامه حمایت لالچ بود، به عنوان عوامل پیشگویی کننده شروع زودرس شیردهی شناسایی شدند (به ترتیب $p=0/001$ و $p=0/05$) (۲۶)، اما در ایران، سیاست ترویج تغذیه با شیرمادر در تمامی مراکز بهداشتی درمانی یکسان است و بر اساس دستورالعمل های کشوری،

آموزش شیردهی در دوران بارداری و پس از زایمان انجام می شود، از طرفی در ایران تاکنون گروه های حمایتی جامعه محور مانند لالچ یا گروه های حمایت مادر به مادر وجود نداشته است، همچنین کلیه واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر در بیمارستان های دولتی زایمان کردند و موردی از زایمان در منزل یا بیمارستان خصوصی وجود نداشت.

بر خلاف مطالعه حاضر، نتایج مطالعه ایمران و همکاران در نیجریه (۲۰۰۹) نشان داد که حمایت اجتماعی، میانگین زمان شروع شیردهی را کوتاه می کند. به گونه ای که تمام افراد شرکت کننده در گروه دریافت حمایت اجتماعی در طی ۲۶ دقیقه پس از زایمان، شیردهی را شروع کرده بودند (۱). احتمالاً دلیل تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ایمران، ناشی از تفاوت در متدولوژی تحقیق است. در مطالعه ایمران، واحدهای پژوهش فردی را که خودشان انتخاب کرده بودند به عنوان همراه به اتاق زایمان می بردند و حمایت اجتماعی را توسط این فرد دریافت می کردند (۱). در حالی که در مطالعه حاضر همتا توسط پژوهشگر از همان منطقه (مرکز بهداشتی درمانی) تحت پوشش و با در نظر گرفتن تطابق های لازم بین مادر و همتا از نظر سن، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی و اقتصادی، انتخاب شد و سپس پژوهشگر مادر را جهت انجام حمایت به همتا معرفی می کرد. علاوه بر این حمایت در مطالعه ایمران در طی زایمان شامل: ماساژ ملایم کمر در طول انقباضات، کلمات اطمینان بخش، حمایت روحی در قالب دعاها و همچنین اقدام به عنوان واسطه بین مادر و تیم مراقبت بود (۱)، اما در مطالعه حاضر حمایت در سه حیطة حمایت عاطفی (شامل تشویق مادر برای شروع زودرس شیردهی، گوش کردن به مسائل مورد توجه و علاقه مادر، ارائه تجربیات خود به مادر، جلب اطمینان مادر، کمک به افزایش خودباوری، عزت نفس و اعتماد به نفس مادر)، اطلاعاتی شامل ارائه اطلاعات و معرفی سازمان های حرفه ای و ارزیابی (شامل بازخورد به مادر درباره کارهایی که انجام داده و اطمینان از اینکه مادر کارها را به درستی انجام داده است)، در طی هفته ۳۸-۳۶ بارداری انجام شد. علاوه بر این در مطالعه ایمران ارائه حمایت مداوم به همراهان تأکید شده بود (به عنوان

^۱ - La Leche League

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که حمایت همتا و آموزش توسط مراقبین بهداشتی در طی دوران بارداری تأثیری بر زمان شروع شیردهی در زنان نخست‌زا ندارد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این مقاله را بر عهده داشته‌اند، همچنین از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه، مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه، مراقبین بهداشتی و داوطلبان همتایی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مثال آنها اجازه نداشتند بیمار را ترک کنند مگر برای خوردن یا توالیت رفتن) و همراه به مدت دو ساعت پس از تولد با مادر می‌ماند (۱) اما در مطالعه حاضر، مدت هر حمایت با توجه به نیاز مادر بین نیم تا دو ساعت بود. علاوه بر این تفاوت‌های زیستی اجتماعی نظیر شغل، قبیله و مذهب نیز بر نتایج حمایت همتا بر شروع اولین شیردهی تأثیر دارند. از محدودیت‌های این مطالعه، تکمیل پرسشنامه اطلاعات زایمان و پس از زایمان به صورت تلفنی و پس از ترخیص بیمار از بیمارستان بود که به همین دلیل اثر برخی عوامل حول و حوش زایمان مانند دریافت داروهای حین زایمان و نمره دقیق آپگار نوزاد، بر زمان شروع اولین شیردهی بررسی نشد.

منابع

1. Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbode OA. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *Int Breastfeed J* 2009 Dec 10;4:16.
2. World Breastfeeding Week-Breastfeeding- Just 10 Steps! The Baby-Friendly Way. World Breastfeeding Week is celebrated every year from 1 to 7 August in more than 120 countries to encourage breastfeeding and improve the health of babies around the world. It commemorates the Innocenti Declaration made by WHO and UNICEF policy-makers in August 1990 to protect, promote and support breastfeeding. World Health Organization (WHO) 2010 1-7 Aug.
3. [Breastfeeding Initiation Within an Hour of Life] [In Persian]. Tehran:Ministry of Health and Medical Education, Department of Child Health and Breastfeeding; 2008.
4. Örün E, Yalçın SS, Madendag Y, Üstünyurt-Eras Z, Kutluk S, Yurdakok K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr* 2010 Jan-Feb;52(1):10-6
5. Babayi GH, Hajizadeh E, Keshavarz M, Shayegan M. [Survival Analysis using for assess relationship between time to initiation of breastfeeding and factors related to mother and infant] [Article in Persian]. *Med J* 2007;6(1).
6. Khanna K. Timely Initiation of breastfeeding within 1st hour of birth giving the best chance of life and health. In: IBFAN-Asia(International baby Food Action Network), Delhi:Swedish International Development Cooperation Agency (Sida) and Netherlands Ministry of Cooperation and Development (DGIS);2007.
7. Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Hurt LS. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Clin Nutr* 2007 Oct;86(4):1126-31.
8. Murray S. Breast feeding Information & Guidelines A manual for breastfeeding support in Pediatric & Neonatal Units. 2007:15-76.
9. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J* 2006 Oct 12;1:18.
10. Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie X. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *Int Breastfeed J* 2009 Jan 28;4:1.
11. Chudasama R, Patel P, Kavishwar A. Breastfeeding initiation practice and factors affecting breastfeeding in South Gujarat region of India. *Int J Fam Pract* 2009;7:2.
12. Duong DV, Binns CW, Lee AH. Breast-feeding initiation and exclusive breast-feeding in rural Vietnam. *Public Health Nutr* 2004 Sep;7(6):795-9.
13. Gabmayer S, Rust P, Elmadfa I. Main Determinants on Duration and Exclusive or Supplementary Breast-feeding Pattern in the Eastern Part of Austria. *Nutr Vienna* 2008;32(4):149.
14. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E. Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Präventivmed* 2005;50(1):52-9.
15. Baker EJ, Sanei LC, Franklin N. Early initiation of and exclusive breastfeeding in large-scale community-based programmes in Bolivia and Madagascar. *J Health, Popul Nutr* 2006 Dec;24(4):530-9.
16. Jana AK. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. The WHO Reproductive Health Library. Geneva:World Health Organization;2009.

17. Boskabadi H, Maamouri G, Ebrahimi M, Ghayour-Mobarhan M, Esmaeily H, Sahebkar A, et al. Neonatal hypernatremia and dehydration in infants receiving inadequate breastfeeding. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19(3):301-7
18. Esfahani MM, Oladi B, Bahrami M, Parsay S, Halimiasl AA, Khatami GH, et al. [Training series promoting of breastfeeding]. Tehran:Unicef;2009:1[in Persian].
19. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010 Dec 9;10:760.
20. Holman DJ, Grimes MA. Colostrum feeding behaviour and initiation of breast-feeding in rural Bangladesh. *J Biosoc Sci* 2001 Jan;33(1):139-54.
21. Sunil N Padodara J, Sushil P, Vaibhav G, Swati P, Vivek C, et al. Breast feeding practices in urban community of Sural city. *Nat J Commu Med* 2010;1(2):111-3.
22. Nakao Y, Moji K, Honda S, Oishi K. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: a self-administered questionnaire survey. *Int Breastfeed J* 2008 Jan 10;3:1.
23. Komara C, Simpson D, Teasdale C, Whalen G, Bell S, Giovanetto L. Intervening to promote early initiation of breastfeeding in the LDR. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007 Mar-Apr;32(2):117-21.
24. Department of Education and Early Childhood Development. Early childhood Indicators; Increased rate of breastfeeding. 2006 Jul 21.[cited 2010 Jan 27]. Available from: <http://www.education.vic.gov.au/healthwellbeing/chilyouth>.
25. Banapurmath CR, Selvamuthukumarasamy A. Initiation of breastfeeding in cesarean section mothers: antenatal advise versus postnatal assistance. *Indian Pediatr* 1995 Aug;32(8):902-5.
26. Dearden K, Altaye M, De Oliva M, Stone-Jimenez M, Burkhalter BR, Morrow AL. The impact of mother-to-mother support on optimal breast-feeding: a controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Pública* 2002 Sep;12(3):193-201.
27. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002 Jan 8;166(1):21-8.
28. Kang NM, Song Y, Hyun TH, Kim KN. Evaluation of the breastfeeding intervention program in a Korean community health center. *Int J Nurs Stud* 2005 May;42(4):409-13.
29. WABA. World breastfeeding Week 2008. Action Folder. 2008.
30. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003 Mar;40(3):321-32.
31. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001 Fall;25(2):134-41.
32. Muller C, Newburn M, Wise P, Dodds R, Bhavnani V. NCT breastfeeding peer support project. London:NCT;2009.
33. Meyers D. Promoting and supporting breastfeeding. *Am Fam Physician* 2001 Sep 15;64(6):931-2.