

تأثیر بازدید منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان مادران سزارین شده

*مریم سکاکی^{۴۱} مهوش دانش کجوری^{۴۲} معصومه خیرخواه^{۴۳} آغافاطمه حسینی^{۴۴}

چکیده

زمینه و هدف: بازدید منزل یکی از روش‌های موجود جهت ارتقاء تغذیه با شیر مادر است. چندین عامل بر شروع تغذیه با شیر مادر و تداوم آن اثر منفی دارند که یکی از آنها نوع زایمان است. مادران سزارین شده نسبت به مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند، به خصوص در وضعیت صحیح بغل کردن و شیر دادن به نوزاد خود، نیاز به آموزش، کمک و حمایت بیشتری دارند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه بازدید منزل و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در نوزادان مادران سزارین شده در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، شهر تهران در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی در عرصه بود. تعداد ۱۰۰ نفر از مادران سزارین شده بستری در بخش سزارین به روش نمونه گیری مستمر با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل وارد مطالعه شدند که طی انجام پژوهش تعدادی از نمونه‌ها از مطالعه خارج شده و در نهایت یافته‌های جمع آوری شده از ۶۷ نفر مورد بررسی قرار گرفت ابزار پژوهش پرسشنامه بود که پس از مصاحبه با مادران در مورد نحوه تغذیه نوزاد، توسط پژوهشگر تکمیل شد. مادران ایرانی با زایمان سزارین تک قلو که فرزندان سالم با وزن بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم داشتند در این پژوهش وارد شدند. سه برنامه بازدید و آموزش در روزهای ۳، ۱۰ و ۳۰ پس از ترخیص برای گروه آزمایش انجام شد. در همین روزها طی مصاحبه تلفنی نحوه تغذیه نوزاد از گروه کنترل سؤال شد. سپس یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت توصیف نمونه‌های مورد مطالعه از آمار توصیفی و جهت بررسی تأثیر بازدید منزل بر تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در دوره نوزادی از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها: دو گروه از لحاظ متغیرهای فردی (سن، تحصیلات، درآمد...) همسان و از نظر آماری اختلاف معنی داری با هم نداشتند. میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در پایان ماه اول، در گروه آزمایش ۸۲/۴ درصد و در گروه کنترل ۵۷/۶ درصد بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری داشتند. ($P=0/02$ و $X^2=4/91$) اما در هر دو گروه میزان تغذیه انحصاری روند نزولی پیدا کرد.

نتیجه گیری: یافته‌های تحقیق نشان داد، برنامه‌های بازدید و آموزش به مادر در منزل پس از ترخیص بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در دوره نوزادی تأثیر بسزایی دارد. بنابراین می‌توان گفت آموزش در محیط منزل، کمک و حمایت مادران سزارین شده و رها نکردن آنها پس از ترخیص از بیمارستان یکی از روش‌های مناسب برای ارتقاء تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و پیشگیری از عواقب نامطلوب شروع زودرس تغذیه تکمیلی می‌باشد ولی عواملی از قبیل نقش منسوبین نزدیک، باورهای مادر و نحوه آموزش‌های دوران بارداری و قبل از ترخیص از بیمارستان نباید نادیده گرفته شوند.

کلید واژه‌ها: تغذیه انحصاری با شیر مادر- بازدید و آموزش در منزل- زایمان سزارین

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۱

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۵

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول)
شماره تماس: ۰۹۱۲۲۴۱۶۳۹۰ Email: mar_294@yahoo.com

^۲ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

^۳ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

^۴ مربی گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از روش‌های موجود جهت ارتقاء تغذیه با شیر مادر آموزش مددجو و پیگیری وی از طریق بازدیدهای منزل است. بازدید منزل پس از ترخیص شامل پیگیری وضع سلامت مادر پس از بارداری و زایمان، کمک به سازگاری خانواده با نوزاد ارائه اطلاعات مورد نیاز برای مراقبت مادر و شیرخوار و بررسی نیاز به خدمات حمایتی جامع می باشد^(۱). Bobak و همکاران معتقدند که هدف از بازدید منزل این است که مطمئن شویم مادر و نوزاد مراقبت‌های پس از زایمان را در حد مطلوب دریافت کرده اند. بازدید اول به طور معمول بین روزهای دوم تا چهارم پس از ترخیص بر اساس نیازهای فردی و موقعیت خانواده صورت می گیرد^(۲). سازمان بهداشت جهانی و یونیسف، تغذیه انحصاری با شیر مادر را از زمان تولد تا پایان شش ماهگی، همچنین تداوم آن را همراه با تغذیه تکمیلی تا پایان دو سالگی توصیه می کنند^(۳). علی‌رغم توصیه های فراوان در مورد فواید تغذیه شیرخوار با شیرمادر، حتی در کشورهای صنعتی، میزان تغذیه شیرخوار با شیر مادر به طور واضحی پایین است. براساس آخرین اطلاعات سازمان بهداشت جهانی ۳۵ درصد کل کودکان زیر شش ماه جهان از تغذیه انحصاری با شیر مادر برخوردار هستند^(۴). طبق گزارش وزارت بهداشت و درمان ایران به یونیسف در سال ۱۳۸۵ میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران ۲۸ درصد می باشد^(۵). این میزان در چین در سه ماهه اول تولد ۵۵/۸ درصد گزارش شده است^(۶). در ترکیه در دو ماه اول فقط ۴۴ درصد کودکان تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند^(۷).

علی‌رغم توصیه سازمان بهداشت جهانی برای زمان شروع تغذیه تکمیلی در بسیاری از کشورهای آسیا، تغذیه تکمیلی خیلی زود شروع می‌شود و مهم‌ترین علت، ضعف آموزش به مادران است^(۸). تغذیه با شیر مادر شاید بیشتر از هر عامل دیگر

در مراقبت‌های بهداشتی، قویاً تحت تأثیر نگرش و اعتقادات شخصی و ارزش دادن مراقبین بهداشتی به آن می‌باشد. فقدان تشویق و حمایت مادران ممکن است سبب مشکلاتی شود^(۸). یکی از عواملی که بر شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر اثر منفی دارد زایمان به طریقه سزارین است. مادران سزارین شده نسبت به مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند، به خصوص در وضعیت صحیح شیر دادن به نوزاد خود، نیاز به کمک و حمایت بیشتری دارند^(۹). مادران سزارین شده به علت عدم احساس راحتی نمی توانند در وضعیت رضایت بخشی به نوزاد خود شیر بدهند، به علاوه به علت اثر داروهای بیهوشی شروع تغذیه شیرخوار از پستان مادر در زمان دیرتری از مدت زمان توصیه شده انجام می شود^(۱۰). امروزه جهت مقابله با افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی طول مدت بستری مادران پس از زایمان کاهش یافته و برنامه ترخیص زود هنگام به اجرا گذاشته شده است^(۱۱). معمولاً در این هنگام تغذیه با شیر مادر هنوز به خوبی برقرار نشده است و اصولاً احتمال بروز مشکلات در هفته های اول پس از ترخیص وجود دارد. پس کارکنان بهداشتی درمانی با توجه به شرایط مادر می توانند اقدامات لازم در این خصوص را به کار گیرند^(۱۱). بازدید منزل یک تعامل هدفمند در منزل است که جهت ارتقاء و حفظ سلامتی افراد و خانواده انجام می شود و یک مشخصه مهم آن این است که در یک بازدید منزل، بازدید کننده بهداشتی به محل زندگی مددجو می رود^(۱۲). در رابطه با اهمیت آن Deniss اظهار می دارد که بازدید منزل پس از زایمان بهترین روش تأمین نیازهای آموزشی و حمایتی خانواده هاست، زیرا برای خانواده ای که به تازگی صاحب فرزند شده است در اولین روزهای پس از زایمان انتقال از جایی به جای دیگر مشکل بوده و بهتر است خدمات و مراقبت‌های مربوط به این دوران در منزل ارائه گردد^(۱۳). انجام زایمان به طریق سزارین احتمال شروع تغذیه با سایر شیرها و مایعاتی نظیر آب و چای

ماه اول پس از زایمان برای هر دو گروه تکمیل شد. تعیین اعتبار ابزار از طریق اعتبار محتوا بود و پایایی آن با روش مشاهده همزمان مورد سنجش قرار گرفت. پس از انتخاب نمونه های مورد پژوهش جهت گروه آزمایش برنامه های بازدید منزل در روزهای سه، ده و پایان ماه اول پس از ترخیص از بیمارستان اجرا شد. ساعات بازدید منزل با هماهنگی و توافق قبلی مادر و بازدید کننده تعیین می شد. هر ملاقات با مادر حدود ۳۰ دقیقه طول کشید. در منزل آموزش های لازم در مورد تغذیه شیرخوار با شیر مادر داده شد و به لزوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی و به خصوص در دوره نوزادی در حضور شخصی که مراقبت از مادر را به عهده داشت، تأکید شد. در آموزش ها به برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد برای پیوستگی عاطفی بین آنها، وضعیت های شیردهی مناسب مادران سزارین شده و وضعیت صحیح قرار دادن نوزاد بر پستان مادر تأکید و مشکلات احتمالی مادر و نوزاد بررسی شد. شماره تلفن بازدید کننده در اختیار مادران قرار گرفت و علاوه بر آموزش چهره به چهره، ارائه اطلاعات، مشاوره، راهنمایی و ارجاع در سایر زمینه ها نیز صورت گرفت. از هر دو گروه در روزهای سوم، دهم و پایان ماه اول در مورد نحوه تغذیه شیرخوار سؤال شده و در پرسشنامه مربوط ثبت گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت. جهت توصیف نمونه های مورد مطالعه از آمار توصیفی و جهت بررسی تأثیر بازدید منزل بر تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر در دوره نوزادی از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته ها

در مجموع از میان ۱۰۰ زوج مادر و نوزاد شرکت کننده در پژوهش ۶۷ زوج به طور کامل پیگیری شدند. یافته ها نشان داد که دو گروه از نظر مشخصات فردی و اجتماعی با یکدیگر

را در اولین ماه پس از زایمان بیشتر می کند. نوزادانی که طی ۷ روز اول پس از تولد غیر از شیر مادر مایعات دیگری دریافت می کنند، سه برابر سایر نوزادان در معرض قطع زود هنگام شیر مادر هستند^(۱۴). فرضیه این پژوهش بر تأثیر برنامه بازدید منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان مادران سزارین شده استوار بود و تغذیه انحصاری عبارت است از عدم دریافت هرگونه مایعات و غذاهای جامد دیگر به جز مولتی ویتامین ها و داروهای تجویز شده توسط پزشک.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی در عرصه بود. جامعه پژوهش را مادران ایرانی الاصلی که زایمان سزارین تک قلو با وزن طبیعی داشته، از نظر روحی و جسمی سالم بوده و در بخش پس از زایمان یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، شهر تهران در سال ۱۳۸۶ بستری بودند، تشکیل دادند. معیارهای حذف نمونه عبارت بود از شاغل بودن مادر در مراکز بهداشتی درمانی، تصمیم به ترک منطقه تا شش ماه آینده یا عدم امکان تماس تلفنی و بستری بودن مادر یا شیرخوار و منع تغذیه با شیر مادر.

نمونه گیری مستمر و گمارش افراد در گروه ها به صورت تصادفی بود. تعداد کل افراد شرکت کننده در پژوهش ۱۰۰ نفر بود. طی انجام پژوهش تعدادی از نمونه ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت یافته های جمع آوری شده از ۶۷ نفر مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه ساختار یافته توسط پژوهشگر بود که از طریق مصاحبه با مادران تکمیل شد. پرسشنامه اول شامل مشخصات فردی و اجتماعی نمونه های مورد پژوهش بود که قبل از ترخیص از بیمارستان در بخش پس از زایمان تکمیل شد و پرسشنامه دیگر که شامل سؤالاتی در مورد نحوه تغذیه شیرخوار و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر بود در روزهای سوم، دهم و پایان

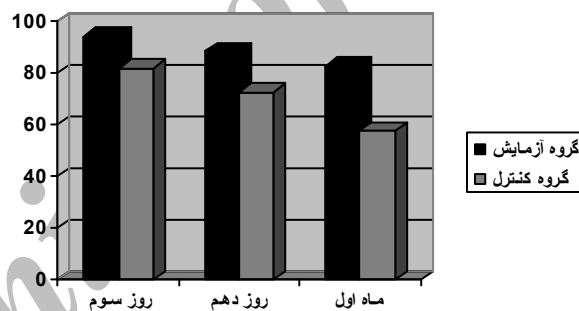
دختر و ۵۰/۷ درصد پسر بودند و اکثریت وزن ۳۰۰۰-۳۵۰۰ گرم داشتند. طبق آزمون مجذور کای بین دو گروه از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر در دوره نوزادی اختلاف معنی داری وجود داشت (نمودار شماره ۱). در سومین روز پس از ترخیص ($X^2=۲/۵$ و $P=۰/۱۲$)، دهمین روز پس از ترخیص ($X^2=۱۶/۱۹۱$ و $P=۰/۱$) و در پایان ماه اول پس از تولد ($X^2=۴/۹۱$ و $P=۰/۰۲$) بدست آمد.

یافته ها نشان دادند، برنامه های بازدید منزل بر تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر تأثیرگذار است و این میزان در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود و دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی داری با هم داشتند ولی در کل میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در هر دو گروه تا پایان دوره نوزادی کاهش یافته بود.

اختلاف معنی دار آماری نداشتند و همسان بودند. در هر دو گروه اکثر مادران در گروه سنی ۱۷-۲۶ (۴۱/۸٪) قرار داشتند. اکثریت آن‌ها خانه دار بوده، از سطح اقتصادی متوسط و سطح تحصیلات در حد راهنمایی برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

۴۹/۳ درصد مادران نخست زای و ۵۰/۷ درصد چند زای بودند. ۹۷ درصد بی حسی نخاعی و ۳ درصد آنان بیهوشی عمومی جهت سزارین دریافت کرده بودند. ۴۱/۲ درصد مادران گروه آزمایش و ۵۴/۵ درصد مادران گروه کنترل تجربه شیردهی به فرزند قبلی خود را ذکر کردند.

به طور کلی در هر دو گروه فقط ۳۴ درصد مادران تغذیه با شیر خود را ظرف ۴-۱ ساعت اول پس از تولد شروع کرده بودند و ۹۱ درصد آن‌ها ذکر کردند که جهت شروع تغذیه با شیر مادر هیچ کمکی به آن‌ها نشده است. ۴۹/۳ درصد نوزادان



نمودار شماره ۱- فراوانی نسبی تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان سزارین شده در دو گروه آزمایش و کنترل

جدول شماره ۱- بیشترین فراوانی و درصد مشخصات دموگرافیک زنان سزارین شده شرکت کننده در پژوهش

| آزمون‌های آماری | گروه کنترل | | گروه آزمایش | | متغیرها (بیشترین فراوانی) |
|-----------------|------------|---------|-------------|---------|----------------------------------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| $P=۰/۹$ | ۴۲/۴ | ۱۴ | ۴۱/۲ | ۱۴ | متوسط سن مادران (۱۷-۲۶) |
| $P=۰/۰۸$ | ۴۵/۵ | ۱۵ | ۳۲/۴ | ۱۱ | سطح تحصیلات مادر (راهنمایی) |
| $P=۰/۱۴$ | ۳۹/۴ | ۱۳ | ۵۲/۹ | ۱۸ | سطح تحصیلات همسر (راهنمایی) |
| $P=۰/۶$ | ۹۳/۹ | ۳۱ | ۹۷/۱ | ۳۳ | وضعیت اشتغال مادر (خانه دار) |
| $P=۱$ | ۹۰/۹ | ۳۰ | ۸۸/۲ | ۳۰ | وضعیت اقتصادی خانواده (متوسط) |
| $P=۰/۳۵$ | ۹۰/۹ | ۳۰ | ۹۷/۱ | ۳۳ | برخورداری از مراقبتهای پره ناتال |
| $P=۰/۲۶$ | ۲۵ | ۸ | ۵۵/۹ | ۱۹ | وزن نوزاد (۳۰۰۰-۳۵۰۰) |

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش تأثیر برنامه های مراقبتی - بهداشتی بازدید منزل پس از زایمان بر تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در دوره نوزادی مورد بررسی قرار گرفته است. همان طور که در نتایج پژوهش آمده است میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در روز سوم پس از ترخیص در گروه آزمایش ۹۴/۱ درصد و در گروه کنترل ۸۱/۸ درصد بود. پس از اجرای برنامه های بازدید منزل میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه آزمایش همچنان بیشتر از گروه کنترل بود و در پایان ماه اول بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشت ولی تعداد مادرانی که هنوز نوزاد را به طور انحصاری با شیر خود تغذیه می کردند نسبت به زمان ترخیص از بیمارستان در هر دو گروه کاهش یافته بود. به طوری که از میان ۹۴/۱ درصد مادرانی که در گروه آزمایش طی سه روز اول پس از ترخیص نوزاد را به طور انحصاری با شیر خود تغذیه کرده بودند، در پایان ماه اول ۸۲/۴ درصد آنان نوزاد را منحصراً با شیر مادر تغذیه می کردند و در گروه کنترل این تعداد از ۸۱/۸ درصد به ۵۷/۶ درصد نزول کرد. با این که برنامه مراقبتی - بهداشتی بازدید منزل و آموزش های مجدد به مادر و تأکید بر تداوم تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر بر این امر مؤثر است ولی در مادران گروه آزمایش نیز میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر از بدو تولد تا پایان دوره نوزادی به طور مستمر در حال کاهش بود. در این پژوهش به علت این که اکثر مادران از سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی همسانی برخوردار بودند، به نظر نمی رسد این عوامل تأثیر بسزایی در نحوه تغذیه شیرخوار داشته باشند و شاید بتوان علت این کاهش را در دو گروه نقش بارز منسوبین نزدیک مادران یعنی خانواده زن یا شوهر به عنوان منبع توصیه کننده نوع تغذیه شیرخوار نسبت داد در مطالعه انجام شده توسط Ingram و سایرین نیز تأثیر مادر

بزرگ های مناطق شمالی آسیا مثل هند، بنگلادش و پاکستان بر نحوه تغذیه شیرخوار مشاهده شده است^(۱۵). مادرانی که پس از ترخیص از بیمارستان مورد حمایت و کمک کارکنان بهداشتی قرار نمی گیرند و به دست خانواده سپرده می شوند در معرض قطع زودرس تغذیه انحصاری با شیر مادر قرار می گیرند. چون خود مادران به علت نداشتن آگاهی های کافی تحت تأثیر توصیه های اطرافیان قرار می گیرند و اغلب مادر بزرگ ها در تجارب شیردهی خود استفاده از سایر شیرها، مایعات و داروهای گیاهی را ذکر می کنند و به خصوص این مواد گیاهی را در تقویت جسمانی مادر و نوزاد مؤثر می دانند. در این پژوهش اکثر مادرانی که در گروه کنترل قرار داشتند اظهار داشتند که به علت کمبود شیر مادر و گرسنگی نوزاد تغذیه کمکی با سایر شیرها یا آب قند را شروع کرده اند و گرسنه ماندن نوزاد را از گریه های زیاد وی تشخیص داده اند و ذکر کردند که به توصیه مادر یا مادر شوهر این نوع تغذیه را شروع کرده اند. در حالی که در گروه آزمایش چون آموزش ها در حضور فردی که مسئولیت مراقبت از مادر را به عهده داشت داده می شد، بیشتر آنان توصیه های بازدید کننده مبنی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر را قبول می کردند، ولی علت اصلی عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر، مشکلات پستانی مادر مثل نوک پستان مسطح یا فرورفته و شقاق پستان، همچنین عدم باور و اعتقاد قلبی مادران به کافی بودن شیرشان برای نوزاد بود. به علاوه عده ای از مادران قبل از انجام برنامه های بازدید منزل تغذیه با شیر مصنوعی را علاوه بر شیر مادر شروع کرده بودند و این امر ارتباط بسیار نزدیکی با آموزش های داده شده به مادر در دوره بارداری و بلافاصله پس از زایمان دارد که با این که مرکزی که پژوهش در آن انجام شد یک بیمارستان دوستدار کودک است ولی مادران خیلی دیر تغذیه با شیر خود را شروع کرده بودند. با این که ۹۷ درصد مادران با بی حسی نخاعی سزارین شده

بودند یا آموزش‌ها را فراموش کرده بودند و به مشکلات پستانی آن‌ها توجهی نشده بود و همین امر سبب کاهش میزان تغذیه انحصاری شیرخوار در دوره نوزادی، حتی در گروهی که از حمایت‌های پس از زایمان برخوردار بودند، شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درصد بالایی از مادران علت عدم تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر را ناکافی بودن آن و گریه زیاد نوزاد می‌دانند. در گروه مداخله با آموزش روش‌های صحیح قرارگیری نوزاد زیر پستان مادر و وضعیت‌های راحت مادران سزارین شده هنگام شیردهی تصور مادر از کم بودن شیر کاهش یافت و با موفقیت مادر در امر شیردهی، تغذیه نوزاد به صورت انحصاری ادامه یافت. بنابراین می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین عوامل در ترشح شیر باور مادران و مکیدن صحیح پستان توسط نوزاد می‌باشد. یافته‌های مشابهی در پژوهش انجام شده توسط Ingram و همکاران در Bristol در سال ۲۰۰۲ به دست آمد. مادرانی که پس از زایمان توجهات لازم دریافت داشته و آموزش‌های لازم در مورد وضعیت‌های صحیح شیردهی به نوزاد را دریافت کرده بودند از ناکافی بودن شیر مادر شاکی نبودند. این محققین تغذیه موفق شیرخوار با شیر مادر در هفته‌های اول پس از تولد را مستلزم دریافت حمایت‌های ضروری در بیمارستان و پس از آن در منزل توسط کارکنان بهداشتی و همچنین خانواده می‌دانند.^(۲۰)

با توجه به نتایج بدست آمده در این پژوهش به نظر می‌رسد آموزش‌های داده شده به مادر در دوران بارداری و اقدامات بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک در ارتقاء تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر ناکافی باشند و کمک و حمایت مادران پس از ترخیص از بیمارستان، به خصوص در روزهای اول که مشکلات مادر و نوزاد در اوج خود هستند بسیار ضروری می‌باشد. با توجه به این‌که کشورهای پیشرفته امروزه به سمت مامایی جامعه نگر سوق داده شده‌اند ضروری

بودند ولی فقط ۳۴ درصد آنان ظرف ۴-۱ ساعت پس از تولد، نوزاد را با شیر خود تغذیه کرده بودند و ۹۷ درصد مادران مورد پژوهش اظهار داشتند که برای شروع تغذیه شیرخوار هیچ کمکی به آن‌ها نشده است. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ در استرالیا انجام شده بود محققین به این نتیجه رسیدند که عدم شروع تغذیه با شیر مادر در یک ساعت اول پس از تولد و همچنین عمل سزارین در قطع زودرس تغذیه انحصاری با شیر مادر بسیار مؤثر است^(۱۶). همچنین مادرانی که در شیردهی از رابط پستان استفاده می‌کنند یعنی مشکلات نوک پستان دارند و کسانی که در روزهای اول از سایر شیرها و مایعات استفاده می‌کنند، بیشتر در معرض قطع زودرس شیر مادر می‌باشند. در مطالعه دیگری که Brown و همکاران در شمال برزیل در سال ۲۰۰۳ انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که اقدامات بیمارستان‌های دوستدار کودک در تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر ناکافی است و حمایت‌های پس از ترخیص از بیمارستان بسیار ضروری می‌باشد^(۱۷). در کارآزمایی بالینی که در سال ۲۰۰۱ در Belarus انجام شده بود پس از انجام حمایت‌های ضروری از مادر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه مداخله ۴۳ درصد و در گروه کنترل ۶ درصد بود^(۱۸). در کارآزمایی بالینی انجام شده توسط Coutinho و همکاران در سال ۲۰۰۳ در برزیل تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه کنترل ۱۳ درصد و در گروه آزمایش ۴۵ درصد بود^(۱۹). پس حمایت از مادران پس از ترخیص از بیمارستان و آموزش‌های مداوم به آنان در باقی نگه داشتن میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در حد بالا بسیار ضروری است و نکته مهم این‌که در دوره قبل از زایمان و زمانی که مادر پس از سزارین بستری می‌باشد، آموزش‌ها کافی به نظر نمی‌رسد. در این پژوهش مشاهده شد که بیشتر مادران با این‌که مراقبت‌های دوران بارداری دریافت کرده بودند، در مورد تغذیه با شیر مادر یا به درستی آموزش ندیده

تقدیر و تشکر

از همکاری کارکنان بخش سزارین و مادران عزیزی که در پژوهش شرکت کردند، همچنین خانم بنفشه محمدی که در امر بازدیدهای منزل یار و همراه بازدید کننده بود تشکر و قدردانی می گردد.

است که ماماها به عنوان جزئی از تیم پزشکی جامعه‌نگر به انجام مراقبت‌های بهداشتی پس از زایمان در منزل تشویق شوند و در این دوره بحرانی کمک شایانی به مادر و نوزاد در امر ارتقاء تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و کاهش بیماری‌های اسهالی و تنفسی ناشی از قطع زودرس شیر مادر و در نتیجه کاهش مرگ و میر نوزادان، بنمایند. همچنین پیشنهاد می شود هنگام آموزش به مادر در دوران بارداری فردی که مسئولیت مراقبت از مادر پس از زایمان را به عهده خواهد داشت نیز حضور داشته باشد.

فهرست منابع

- 1- Barooq N. Community health. Tehran: Omid publishing service; 2000. P.33.
- 2- Bobak, Lowdermilk, Jenson. Maternity woman's health care. 7th ed. St. Louis. Mosby, 2000. P. 782.
- 3- Guidance for breastfeeding councellors. WHO & UNICEF. Farivar Kh, Sadvandian S. Traslators. WHO, Unicf. Guidance for breast feeding councilbrs translated by kh farviar, s sadvandian. Tehran: Iran ministry of health publishing 2006. P. 2.
- 4- Eftekhar ardabili H, Hatami H, Razavi M, Majlesi F, Seyed nozadi M, Parizade MJ. General health; vol 3. Tehran. Arjomand 2002. P. 1443.
- 5- UNICEF- Breastfeeding information in Iran. <http://www.unicef.org/iran/fa/media.html>. Accessed Aug 2006.
- 6- Li L, Li S, Moazzam A, Ushijima H. Feeding practice of infants and their correlates in urban areas of Beijing, China. *Pediatr Inter* 2003; 45: 400-406.
- 7- Kurtulus, Y. Tezcan, S. The nutritional habits of babies. Turkish population and health research, 2003; 141-155.
- 8- Biancuzzo, M. Breastfeeding the Newborn: clinical strategies fornurses St.Louis: Mosby .1999. P.8.
- 9- Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered her babies per vagina and via cesarean section. *Int J Nurs studies*. 2007; 44: 1128-1137.
- 10- Heck KE, Schoendorf KC, Chavez GF. Dose post partum length of stay affects breastfeeding duration? *Birth* 2003; 30(3): 153- 159.
- 11- Abdolalian M. Infant's breastfeeding. Tehran: Parvin 1997. P. 46.
- 12- Maurer A, Smith M. Community public health nursing practice. 3rd ed. Elsevier 2005; P. 250.
- 13- Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration. *JOGNN* 2002; 31: 12-27.
- 14- Giugliani ERJ, Espirito santo LC, Dias de oliveria L, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: Associated factors and impact on breastfeeding duration. Elsevier 2007; 10: 6.
- 15- Ingram G, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery* 2003; 19: 318-327.
- 16- Pincomb J, Baghurst B, Antoniou G, Peat B, Henderson A, Reddin E, et al. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breastfeeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* 2007; 10: 1016.

17-Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003; 93: 1277-79.

18-Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323: 1358-62.

19-Coutinho HB, Cabral de Lira P, Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005; 366: 1094 – 1100.

20-Ingram J, Johnson D, Greenwood G. Breastfeeding in Bristol: Teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002; 18: 87-101

Archive of SID

The Effect of Home Visit after Cesarean Delivery on Exclusive Breastfeeding in Neonatal Period

*Maryam Sakkaky⁴⁵ MSc Mahvash Danesh kojury⁴⁶ MSc
Masoumeh Khairkhah⁴⁷ MSc Agha Fatemeh Hosseini⁴⁸ MSc

Abstract

Background and Aim: Home visit is one of the trials to promotion of exclusive breastfeeding. Several factors have a negative effect on start and continuation of breastfeeding, one of them being mode of delivery. Cesarean sectioned mothers need more help education and support, especially in positioning of infant on their breast. The aim of this study was to determine the effect of home visit after cesarean delivery on exclusive breastfeeding in the neonatal period at one of the hospitals of Iran University of medical sciences in Tehran, year 2008.

Material and method: The study was a randomized controlled trial with 100 mothers who admitted in an educational hospital of Iran University Medical Sciences and gave birth through cesarean delivery. Patients were selected continually and allocated randomly in two groups of experimental and control. During the trial some of samples excluded from research and finally 67 pair of mother and infant remained. Data collection tools included a questionnaire was completed via interview with mothers about infant's feeding. Inclusion criteria were being Iranian mother with healthy singleton baby between 2500-4000 gram. Three home visits were performed at 3rd, 10th and 30th day after discharge from hospital in the experimental group. In these days the type of infant's feeding in control group was recorded after telephone interview with mothers. Then data were analyzed and exclusive breastfeeding was compared in two groups by use of Chi-square test.

Results: According to the results, Chi-square test indicated that there was no significant difference between experimental group and control group (in demographic variables such as age, education, income, etc.). The rate of exclusive breastfeeding at one month in experimental group was 82/4% and in control group was 57/6% which significantly differ from each other. ($P= 4/91$, $\chi^2= 0/02$).

Conclusion: According to the findings, it can be claimed that using home visit program could be an effective approach to promote the exclusive breastfeeding in neonatal period. Therefore it can be concluded that education at home environment, supporting and helping cesarean sectioned mothers after discharge is an appropriate strategy in promoting of exclusive breastfeeding and prevention of unfavorable outcome result from early onset of supplementary food.

Key words: Exclusive breastfeeding - Home visit - Cesarean delivery

Received: 21 Apr, 2009

Accepted: 25 Apr, 2010

◆ This article has been excerpted from MS dissertation

⁴⁵ MSc in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding author) Tel:09122416490 Email: mar_294@yahoo.com

⁴⁶ Senior Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences

⁴⁷ Senior Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences

⁴⁸ Senior Lecturer, Department of Biostatistics, School of Management and Medical information, Iran University of Medical Sciences

Archive of SID