**مقاله اصیل پژوهشی**

# تأثیر مراقبت حمایتی ماما طیّ زایمان، بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان نخست‌زا*

**معصومه کردی[1]، محدثه بخشی[2]، فاطمه تارا[3]، نغمه مخبر[4]، سعید ابراهیم‌زاده[5]**

## چکیده

**زمینه و هدف:** با وجود اینکه برخی مطالعات نشان داده‌اند که حمایت طیّ زایمان، سبب بهبود پیش‌آگهی مادر در ارتباط با شیرخوار می‌شود، اما اطلاعات علمی کافی در این زمینه گزارش نشده است. در این راستا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر مراقبت حمایتی ماما طیّ زایمان بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان نخست‌زا، در بیمارستان ام‌البنین(س) شهر مشهد انجام شد.

**روش تحقیق:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی که از آذر ۱۳۸۶ تا خرداد ۱۳۸۷ انجام شد، ۸۰ زن نخست‌زا با سنّ حاملگی ۳۸ تا ۴۲ هفته، جنین زنده واحد با نمایش قله سر، پرده‌های جنینی سالم، اتساع دهانه رحم ۳ تا ۴ سانتیمتر، عدم وجود عوارض طبّی طیّ حاملگی، عدم وجود شواهد زجر جنین و تناسب سری- لگنی، به صورت تصادفی در گروه مراقبت حمایتی و گروه مراقبت معمول قرار گرفتند. همه مادران از زمان تولّد نوزاد تا شش هفته پس از زایمان، روزانه تغذیه شیرخوار را در فرم بازنگری ثبت می‌کردند. ابزار گردآوری داده‌ها فرم مصاحبه، فرم معاینه و مشاهده، فرم بازنگری، مقیاس تطابق دیداری، مقیاس اضطراب اشپیل‌برگر و مقیاس تجربه شیردهی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی، من‌ویتنی، کای‌دو و آزمون دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر در هفته چهارم و ششم پس از زایمان به طور معنی‌داری در گروه مراقبت حمایتی بیشتر از گروه مراقبت معمول بود (به ترتیب P=۰/۰۲۳ و P=۰/۰۱۷).

**نتیجه‌گیری:** مراقبت حمایتی ماما تأثیر مثبتی بر شیردهی دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مراقبت حمایتی به عنوان راهکاری به منظور تقویت تغذیه انحصاری با شیر مادر و حفظ سلامت شیرخوار به کار گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** شیردهی، زایمان، مراقبت پس از زایمان، حمایت اجتماعی

**مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۸۹؛ ۱۷(۲): ۷۹-۸۶**

**دریافت: ۱۳۸۷/۷/۲۵ اصلاح نهایی: ۱۳۸۹/۳/۴ پذیرش: ۱۳۸۹/۳/۵ درج در پایگاه وب: ۱۳۸۹/۳/۸**

*** کد ثبت کارآزمایی بالینی:** IRCT138810122956N1

[1] نویسنده مسؤول؛ عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
آدرس: مشهد- خیابان ابن سینا- چهارراه دکترا- دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۱۳- ۸۵۹۱۵۱۱-۰۵۱۱ نمابر: ۸۵۹۷۳۱۳-۰۵۱۱ پست الکترونیکی: kordim@mums.ac.ir
[2] مربی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، ایران
[3] استادیار، گروه آموزشی زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
[4] دانشیار، گروه آموزشی روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
[5] عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

## مقدمه

تغذیه انحصاری با شیر مادر سبب تغذیه کامل شیرخوار و بهره‌مندی او از فواید حمایتی کلستروم و شیر مادر می‌شود (۱). مطالعات متعدد و روزافزون نشان می‌دهد شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می‌شوند به میزان کمتری دچار بیماری‌های گوارشی، تنفسی، عفونت گوش میانی و عفونت‌های ادراری، بیماری کرون، کولیت اولسراتیو، لنفوم، لوسمی و دیابت وابسته به انسولین می‌شوند (۱-۴).

با وجود اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کاهش مرگ و میر شیرخوران و ارتقای سطح سلامت آنان، فقط ۷۰٪ زنان آمریکایی شیردهی را پس از زایمان شروع می‌کنند (۶،۵) و حدود ۴۲٪ تا شش هفتگی (۷)، ۳۲٪ تا شش ماهگی و ۱۸٪ تا یک‌سالگی شیردهی را ادامه می‌دهند (۶،۵). نتایج مطالعه وزارت بهداشت ایران (۱۳۸۴) نیز با عنوان "بررسی خدمات بهداشت باروری" نشان داد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان چهار ماهگی در کشور ۵۳/۴٪، در استان خراسان ۵۶/۸٪ و تا پایان شش ماهگی در کشور ۲۷/۹٪ و در استان خراسان ۲۵/۲٪ بوده است (۸).

عوامل متعدّدی بر تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر می‌گذارند که شامل مداخلات حین زایمان، بیماری‌های طبّی مادر و نوزاد، ناهنجاری‌های آناتومی پستان، تماس پوست به پوست مادر و نوزاد، اعتماد به نفس مادر، افسردگی پس از زایمان، اشتغال به کار و حمایت اجتماعی می‌باشند (۹-۱۱).

مروری بر نتایج چند مطالعه نشان می‌دهد که حمایت مداوم مادر طیّ زایمان با کاهش مداخلات حین زایمان، بهبود اعتماد به نفس و وضعیت روانی مادر بر شروع و تداوم شیردهی پس از زایمان نقش دارد (۱۳،۱۲).

مطالعه Hofmeyr و همکاران نشان داد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در پایان هفته ششم پس از زایمان در زنان حمایت‌شده توسط کمک زائو طیّ زایمان به طور معنی‌دار بیشتر از گروه مراقبت معمول بوده است (۱۴).

Zhang و همکاران با مروری بر نتایج پنج کارآزمایی بالینی گزارش کردند که حمایت زنان نخست‌زا طیّ زایمان در اصلاح اختلال عملکرد رحمی مؤثر است و طول مدّت زایمان و میزان سزارین را کاهش می‌دهد و در دوره پس از زایمان با افزایش ارتباط مادر و نوزاد سبب افزایش شروع و تداوم شیردهی می‌شود (۱۵)؛ در مقابل مطالعات Gordon و Hodnett نشان داد که حمایت مادر حین زایمان، تأثیری بر شروع شیردهی بلافاصله پس از تولد و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان هفته چهارم و ششم پس از زایمان ندارد (۱۷،۱۶).

با توجه به این که بر اساس برخی مطالعات، یکی از راهکارهای افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و کاهش مشکلات شیردهی در شش هفته اول پس از زایمان، حمایت مادر باردار طیّ زایمان و دوران پس از زایمان گزارش شده است و در عین حال نتایج برخی مطالعات با این امر مغایرت دارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت حمایتی ماما طیّ زایمان بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان نخست‌زا طراحی و انجام شد.

## روش تحقیق

در این پژوهش که به صورت کارآزمایی بالینی و در فاصله زمانی آذر ۱۳۸۶ تا خرداد ۱۳۸۷ انجام شد، ۸۰ نفر از زنان نخست‌زای مراجعه کننده به بیمارستان ام‌البنین(س) شهر مشهد مورد مطالعه قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس مطالعه راهنما که بر روی ۱۸ نفر از واحدهای پژوهش انجام شد، با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ و استفاده از فرمول مقایسه نسبت‌ها، ۳۸ نفر در هر گروه محاسبه شد. برای دقت بیشتر و ریزش در حدّ ۲۲٪ در مطالعه راهنما، ۵۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سنّ بین ۱۸ تا ۳۵ سال، توانایی خواندن و نوشتن، شاخص توده بدنی بین ۱۹/۸ تا ۲۶، جنین زنده، واحد و با نمایش قله سر، شروع خودبه‌خود دردهای زایمانی همراه با انقباضات منظم رحم با تناوب ۲ تا

۵ انقباض و به مدّت ۲۰ تا ۹۰ ثانیه، اتساع دهانه رحم حدود ۳ تا ۴ سانتیمتر، پرده‌های جنینی سالم، وزن تخمینی جنین بر اساس قانون جانسون بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم، نداشتن مشکلات طبّی، مامایی و روانی، ناهنجاری‌های آناتومی و جراحی در پستان و تجربه رویداد تنش‌زای شدید در شش ماه گذشته، عدم استفاده از داروهای مؤثر بر شیردهی، مصرف سیگار و مواد مخدّر، عدم وجود علائم زجر جنین، عدم تناسب سر جنین با لگن مادر[۱] و تمایل مادر به شیردهی بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مصاحبه، فرم مشاهده، فرم بازنگری (چک‌لیست)، مقیاس تطابق دیداری، مقیاس اضطراب اشپیل برگر[۲] و مقیاس تجربه شیردهی[۳] بود.

پژوهشگر پس از تأیید موضوع پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد، از تاریخ ۱۳۸۶/۹/۱۳ تا ۱۳۸۷/۳/۲۸ به بیمارستان ام‌البنین(س) مراجعه و اقدام به نمونه‌گیری نمود. زنان واجد شرایط پژوهش به روش مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مراقبت حمایتی و مراقبت معمول تقسیم شدند. سپس در هر دو گروه شدّت اضطراب آشکار و پنهان با مقیاس اضطراب اشپیل برگر و شدّت درد و خستگی با مقیاس تطابق دیداری ۱۰۰ میلیمتری سنجیده شد. افرادی که اضطراب شدید و بسیار شدید (نمره اضطراب آشکار ۶۵–۷۵ و بیشتر و نمره اضطراب پنهان ۶۳–۷۲ و بیشتر)، درد شدید زایمان و خستگی شدید (نمره ۷۰–۱۰۰ میلیمتر) را داشتند، از مطالعه حذف شدند.

مراقبت حمایتی در گروه تجربی توسط پژوهشگر و بر اساس یک فرم بازنگری که شامل ۲۸ اقدام مراقبتی در سه زمینه حمایت جسمی (۹ مورد)، آموزشی (۶ مورد) و روانی (۱۳ مورد) بود، از بخش فعال مرحله اول زایمان (اتساع دهانه رحم حدود ۳ تا ۴ سانتیمتر) تا یک ساعت پس از زایمان انجام گردید. همچنین مراقبت‌های معمول نیز مانند زدن آنژیوکت، تزریق دارو، آمنیوتومی و گذاشتن سوند ادراری حتی‌الامکان توسط پژوهشگر انجام شد.

گروه شاهد مراقبت‌های معمول را توسط مامای بخش دریافت کردند و پژوهشگر هیچ‌گونه مداخله‌ای در این گروه نداشت. در هر دو گروه اطلاعات مربوط به پیشرفت زایمان، وضعیت مادر و نوزاد توسط پژوهشگر کنترل و در فرم مشاهده ثبت گردید.

در گروه تجربی اولین شیردهی طیّ نیم تا یک ساعت پس از زایمان انجام شد و پژوهشگر در مورد مزایای شیردهی، نحوه صحیح شیردهی و مشکلات شیردهی به آنها آموزش داد؛ اما گروه شاهد آموزش‌های معمول بخش را دریافت کردند. طیّ این مرحله ۸ نفر در گروه مراقبت معمول و ۵ نفر در گروه مراقبت حمایتی به علت پره‌اکلامپسی، باقیماندن پرده‌های جنینی، خونریزی شدید مهبلی در حین زایمان، افزایش فشارخون پس از زایمان، عفونت محل اپیزیوتومی، مشکلات تنفسی در نوزاد، آدرس و تلفن اشتباه از مطالعه حذف شدند. پیگیری ۴۲ نفر در گروه مراقبت معمول و ۴۵ نفر در گروه مراقبت حمایتی ادامه یافت.

به منظور بررسی وضعیت تغذیه انحصاری شیرخوار، دفعات شیردهی و نوع مواد غذایی مورد استفاده جهت تغذیه شیرخوار در فرم بازنگری روزانه توسط مادر ثبت می‌گردید؛ همچنین در این مطالعه، وضعیت تغذیه انحصاری با استفاده از یادآمد ۲۴ ساعته هم بررسی شد؛ بدین صورت که از مادر نوع ماده غذایی که جهت تغذیه شیرخوار طی ۲۴ ساعته گذشته استفاده کرده بود سؤال و ثبت می‌گردید. مادران در پایان هفته دوم و ششم پس از زایمان جهت تحویل فرم‌های بازنگری، کنترل وزن خود و شیرخوار به درمانگاه کودکان بیمارستان زنان ام‌البنین(س)، مراجعه می‌کردند. در پایان هفته ششم فرم مربوط به مشکلات شیردهی (مقیاس تجربه

---

[۱] *Cephalic- pelvic disproportion*

[۲] *Speilberger anxiety scale*

[۳] *Breastfeeding experience scale: این مقیاس شامل ۱۸ مشکل رایج در دوران شیردهی است و با استفاده از مقیاس پنج نقطه‌ای، از هیچ‌گاه (نمره ۱) تا غیرقابل تحمل (نمره ۵) شدّت مشکلات شیردهی را بررسی می‌کند.*

شیردهی) توسط مادر تکمیل گردید. در دوره پیگیری، پژوهشگر با واحدهای پژوهش ارتباط تلفنی داشت؛ اگر مشکلی برای مادر و شیرخوار ایجاد می‌شد و یا مادر جهت معاینه و تحویل فرم به درمانگاه مراجعه نمی‌کرد، پژوهشگر با کسب رضایت از مادر به منزل وی مراجعه می‌کرد و پس از بررسی در صورت لزوم مادر و یا شیرخوار را به پزشک ارجاع می‌داد. در این مرحله نیز ۲ نفر در گروه مراقبت معمول و ۵ نفر در گروه مراقبت حمایتی به علت یرقان، تشنج نوزاد و تغییر محل سکونت حذف شدند. در نهایت ۴۰ نفر در هر گروه تا هفته ششم پس از زایمان پیگیری شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۴) و آزمون‌های کای‌دو، آزمون دقیق فیشر، تی و من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. این مطالعه با کد IRCT138810122956N1 در مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (www.irct.ir) ثبت شده است.

## یافته‌ها

در این تحقیق دو گروه از نظر سطح تحصیلات مادر و همسر، شغل مادر و آموزش شیردهی در دوران حاملگی همگن بودند؛ به طوری که سطح تحصیلات ۴۷/۵٪ از مادران در گروه مراقبت حمایتی و ۵۵٪ در گروه مراقبت معمول، دبیرستانی بود (P=۰/۷۰). سطح تحصیلات همسر ۱۷/۵٪ در گروه مراقبت حمایتی و ۲۵٪ در گروه مراقبت معمول دبیرستانی بود (P=۰/۶۶).

۹۳/۸٪ از واحدهای پژوهش خانه‌دار و ۶/۳٪ شاغل بودند (P=۰/۳۵) و ۲۳/۸٪ آنان در مورد شیردهی در دوران حاملگی آموزش دیده بودند (P=۰/۶۰). دو گروه از نظر سنّ مادر، سنّ حاملگی، شاخص توده بدنی، افزایش وزن طیّ حاملگی، وزن نوزاد (جدول ۱)، شدّت درد زایمان، خستگی، اضطراب آشکار و پنهان در بدو پذیرش همگن بودند (جدول ۲).

فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس ثبت روزانه تغذیه شیرخوار در پایان هفته چهارم و ششم پس از زایمان در گروه مراقبت حمایتی به طور معنی‌دار بیشتر از گروه مراقبت معمول بود (جدول۳)؛ همچنین فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس یادآمد ۲۴ ساعته در پایان هفته چهارم در گروه مراقبت حمایتی ۸۷/۵٪ و گروه مراقبت معمول ۶۷/۵٪ (P=۰/۰۳) و در پایان هفته ششم پس از زایمان در گروه مراقبت حمایتی ۸۲/۵٪ و در گروه مراقبت معمول ۶۲/۵٪ بود (P=۰/۰۳).

میزان مشکلات شیردهی در گروه مراقبت حمایتی به طور معنی‌داری کمتر از مراقبت معمول بود (P=۰/۰۲)؛ به طوری که میانگین نمره مقیاس تجربه شیردهی در گروه مراقبت حمایتی ۵/۱±۲۷/۲ و در گروه مراقبت معمول ۶/۹±۳۵/۹ بود. شایع‌ترین مشکل شیردهی در هر دو گروه، احتقان پستان بود که در گروه مراقبت حمایتی و معمول به ترتیب ۷۷/۵٪ و ۹۲/۵٪ مادران از آن شکایت داشتند (P=۰/۰۵).

**جدول ۱- مقایسه متغیرهای مورد بررسی در دو گروه مورد مطالعه در ابتدای مطالعه**

| گروه / متغیر | مراقبت حمایتی | مراقبت معمول | کل | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|
| سنّ حاملگی (هفته) | ۳۹/۶±۰/۸۲ | ۳۹/۷±۰/۷۷ | ۳۹/۶±۰/۷۹ | ۰/۷۶ |
| سنّ مادر (سال) | ۲۱/۵±۲/۶ | ۲۱/۶±۲/۱ | ۲۱/۵±۲/۴ | ۰/۱۳ |
| شاخص توده بدنی ($kg/m^2$) | ۲۱/۲±۲/۲ | ۲۱/۵±۱/۸ | ۲۱/۴±۲/۰ | ۰/۴۴ |
| افزایش وزن طی حاملگی (کیلوگرم) | ۱۱±۳/۱ | ۱۰/۹±۳/۵ | ۱۰/۹±۳/۳ | ۰/۳۵ |
| وزن نوزاد (گرم) | ۳۱۶۷/۵±۳۰۷/۱ | ۳۲۱۲/۵±۳۴۳/۳ | ۳۱۹۰±۳۲۴/۴ | ۰/۷۰ |

**جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات کسب شده در دو گروه مورد مطالعه در ابتدای مطالعه**

| متغیر / گروه | مراقبت حمایتی | مراقبت معمول | کلّ | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|
| نمره شدّت درد زایمان (میلیمتر) | ۵۰/۷±۸/۳ | ۵۲/۱±۶/۳ | ۵۱/۴±۷/۴ | ۰/۳۵ |
| نمره شدّت خستگی (میلیمتر) | ۳۰/۳±۱۱/۸ | ۳۰/۵±۱۱/۲ | ۳۰/۵±۱۱/۵ | ۰/۴۷ |
| نمره اضطراب آشکار | ۴۱/۴±۶/۲ | ۴۱/۸±۵/۴ | ۴۱/۶±۵/۷ | ۰/۶۹ |
| نمره اضطراب پنهان | ۴۵/۴±۴/۳ | ۴۶/۷±۴/۲ | ۴۵/۶±۴/۸ | ۰/۶۲ |

**جدول ۳- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس ثبت روزانه تغذیه شیرخوار در پایان هفته چهارم و ششم پس از زایمان در دو گروه مورد مطالعه**

| متغیر / گروه | | مراقبت حمایتی | مراقبت معمول | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|
| تغذیه انحصاری با شیر مادر در هفته چهارم | بله | ۱۶ (٪۴۰) | ۷ (٪۱۷/۵) | ۰/۰۲۳ |
| | خیر | ۲۴ (٪۶۰) | ۳۳ (٪۸۲/۵) | |
| تغذیه انحصاری با شیر مادر در هفته ششم | بله | ۱۴ (٪۳۵) | ۵ (٪۱۲/۵) | ۰/۰۱۷ |
| | خیر | ۲۶ (٪۶۵) | ۳۵ (٪۸۷/۵) | |

## بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس ثبت روزانه تغذیه شیرخوار و یادآمد ۲۴ ساعته، در پایان هفته چهارم و ششم پس از زایمان در گروه مراقبت حمایتی به طور معنی‌دار بیشتر از گروه مراقبت معمول بوده است.

در مطالعه Gordon و همکاران، فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر در پایان هفته چهارم پس از زایمان در گروه حمایت شده توسط کمک‌زائو با گروه مراقبت معمول تفاوت آماری معنی‌دار نداشت؛ به عقیده این محققان، یکسان بودن آموزش شیردهی در دو گروه سبب می‌شود که حمایت مادر طیّ زایمان تأثیری بر میزان شیردهی انحصاری نداشته است (۱۶).

در مطالعه حاضر گروه مراقبت حمایتی علاوه بر آموزش‌های معمول بیمارستان، توسط پژوهشگر به صورت انفرادی آموزش می‌دیدند و گروه شاهد فقط آموزش‌های معمول را توسط مامای بخش دریافت می‌کردند.

Hofmeyr بیان می‌کند مراقبت‌های معمول بیمارستان با تکامل اعتماد به نفس و احساس شایستگی در مادر که برای شیردهی موفق ضروری است، تداخل ایجاد می‌کند (۱۴). وجود یک فرد حامی طیّ زایمان با کاهش مداخلات پزشکی، سبب بهبود اعتماد به نفس و احساس شایستگی و افزایش توانایی‌های فردی مادر می‌شود که می‌تواند تأثیر مثبتی بر فرایند مادر شدن و شیردهی داشته باشد (۱۴).

در پژوهش حاضر، مقایسه دو روش ثبت روزانه تغذیه شیرخوار و یادآمد ۲۴ ساعته تفاوت بیشتر از ۴۰٪ را در تخمین فراوانی تغذیه انحصاری با شیرمادر نشان داد.

Aarts و همکاران نیز در مطالعه‌ای توصیفی با مقایسه دو روش، تفاوتی بیشتر از ۴۰٪ را در تعیین فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۲ ماهگی و ۴ ماهگی گزارش نمودند (۱۸). در روش یادآمد ۲۴ ساعته، شیرخوار ممکن است روزهای قبل از مصاحبه، از غذاهای دیگر غیر از شیر مادر استفاده کند؛ بنابراین روش مناسبی برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به الگوی تغذیه شیرخوار و تعیین شیوع بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از سوءتغذیه با شیرمادر نمی‌باشد؛ همچنین نتایج به دست آمده از این روش، سبب تخمین بیش از حدّ

میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌شود که موجب کمبود اطلاعات مورد نیاز برای تقویت تغذیه انحصاری با شیر مادر در زمان تولّد می‌شود (۱۸).

در پژوهش حاضر میزان مشکلات شیردهی در گروه مراقبت حمایتی به طور معنی‌داری کمتر از گروه مراقبت معمول بود، همچنین شایع‌ترین مشکل شیردهی در هر دو گروه احتقان پستان ذکر گردید.

در مطالعه Hofmeyr و همکاران نیز میزان مشکلات شیردهی در گروه حمایت‌شده توسط کمک‌زائو به طور معنی‌داری کمتر از گروه مراقبت معمول بود که از این نظر با پژوهش حاضر همخوانی دارد، اما در مطالعه فوق شایع‌ترین مشکل شیردهی در هر دو گروه، ناکافی بودن شیر مادر گزارش شد (۱۴). در این مطالعه برای بررسی مشکلات شیردهی از ابزار استانداری استفاده نشده بود؛ در حالی که در پژوهش حاضر جهت بررسی مشکلات شیردهی از مقیاس تجربه شیردهی استفاده گردید.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله به دلیل عدم همکاری کمک پژوهشگر برای انجام پیگیری در منزل واحدهای پژوهش، امکان انجام مطالعه به صورت کور وجود نداشت.

## نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، حمایت مداوم مادر طیّ زایمان بر تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر تأثیر مثبتی دارد؛ بنابراین باید حمایت مادر به عنوان راهکاری جهت ارتقای سلامت مادر و شیرخوار و کاهش هزینه‌های درمانی در برنامه مراقبت‌های قبل، حین و پس از زایمان گنجانده شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در زمینه اثرات طولانی‌مدّت حمایت مداوم طیّ زایمان بر سلامت مادر و شیرخوار انجام شود.

## تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل انجام پایان‌نامه تحقیقاتی با کد ۸۶۳۶۷ دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه صورت گرفته است؛ بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی اعلام می‌گردد.

## منابع:

1- Maury S. Breastfeeding information & guideline a manual for breastfeeding support in pediatric & neonatal units. Translated by: Saadvandian S, Tahery M. Mashhad: Sokhan Gostar; 2007. pp: 22-70. [Persian]

2- Lang S. Breastfeeding special care babies. 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 2002. p: 5.

3- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005; 115(2): 496-506.

4- Farhat AS, Saeidi R, Mohammad Zadeh A. Physical examination, diagnosis and treatment of neonatal disease. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences Pub; 2004. p: 91. [Persian]

5- Taveras EM, Capara AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics. 2003; 112 (1 Pt 1): 108-115.

6- Wilhelm SL, Stepans MB, Hertzog M, Rodehorst TK, Gardner P. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(3): 340-348.

7- Jones E, Spencer SA. The physiology of lactation. Paediatrics and Child Health. 2007; 17(6): 244-248.

8- Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. Int Breastfeed J. 2009; 4: 8.

9- Schenler R. Breastfeeding. Translated by: Niknafs P, EslamiNejad Z, Dearkhshan MR, Taheri A, Kiani Moghadam G, Niknafs N, et al. Tehran: Etellate Pub; 2002. pp: 248-269. [Persian]

10- Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(1): 87-97.

11- Haku M. Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research. J Med Invest. 2007; 54(3-4): 224-234.

12- Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. Br J Obstet Gynaecol. 1998; 105(10): 1056-1063.

13- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (3): CD003766.

14- Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. Br J Obstet Gynaecol. 1991; 98(8): 756-764.

15- Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1996; 88(4 Pt 2): 739-744.

16- Gordon NP, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. Obstet Gynecol. 1999; 93(3): 422-426.

17- Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. JAMA. 2002; 288(11): 1373-1381.

18- Aarts C, Kylberg E, Hörnell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. Int J Epidemiol. 2000; 29(6): 1041-1046.

*Abstract* *Original Article*

# The effect of midwife's supportive care during labor on exclusive breastfeeding in primipara women

**M. Kordi[1], M. Bakhshi[2], F. Tara[3], N. Mokhber[4], S. EbrahimZadeh[5]**

**Background and Aim:** Although some studies have shown that supportive care during labor improves mother's prognosis in relation to infant, no sufficient scientific information have been reported. Thus, the present study was carried out aiming at determining the effect of midwife's supportive care during labor on exclusive breastfeeding in primipara women in Ommolbanin hospital in Mashhad.

**Materials and Methods:** In this clinical trial study, 80 primipara women with the gestational age of 38-42 weeks, a single live fetus with cephalic presentation, intact membranes and cervical dilatation of 3-4 cms, no history of complications during pregnancy, and no evidence of cephalopelvic disproportion or fetal distress were randomly divided into two groups; namely a supportive care group (receiving supportive care) and a usual care group. All mothers recorded the daily frequency of their infants' breast feeding from birth until six weeks later in a check-list. Means of data collection were interview, examination and measuring, checklist, visual analogue scale, Speilberger anxiety scale, and breastfeeding experience scale. The obtained data was analyzed using t test, Mann-Whitney, Chi-Square and Fisher exact tests.

**Results:** The frequency of exclusive breastfeeding in the fourth and in the sixth week after birth in the supportive care group was significantly higher than its frequency in the usual care group (P= 0.023 and 0.017, respectively).

**Conclusion:** A midwife's supportive care has a positive influence on breastfeeding. Therefore, supportive care is recommended as a strategy to promote exclusive breastfeeding and keeping health of the infant.

**Key Words:** Breastfeeding, Labor, Postnatal care, Social support

***Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2010; 17(2): 79-86***

***Received: 16.10.2008 Last Revised: 25.5.2010 Accepted: 26.5.2010 Online Version: 29.5.2010***

[1]*Corresponding Author; Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran kordim@mums.ac.ir*
[2] *Instructor, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran*
[3] *Assistant Professor, Department of Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*
[4] *Associated Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*
[5] *Instructor, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*