

ارتقاء تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان سزارین شده: تأثیر آموزش وضعیت‌های صحیح شیردهی و حمایت خانواده

مریم سسکاکی^۱، معصومه خیرخواه^۲

تاریخ دریافت: 1391/06/02 تاریخ پذیرش: 1391/09/01

چکیده

پیش زمینه و هدف: تغذیه با شیر مادر دارای مزایای فراوانی برای مادر و نوزاد می‌باشد. عوامل متعددی بر تداوم تغذیه با شیر مادر اثر منفی دارند که یکی از آن‌ها زایمان به طریق سزارین است. مادران سزارین شده، به خصوص در وضعیت صحیح شیر دادن به شیرخوار خود به کمک و حمایت بیشتری نیاز دارند. علاوه بر آن طی هفته‌های اول پس از تولد، نقش پدر و سایر اعضای خانواده در حمایت و تشویق مادر در امر تغذیه شیرخوار بسیار پر اهمیت است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه‌های بازدید منزل بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران مادران سزارین شده در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی در عرصه بود. تعداد ۱۰۰ نفر از مادران سزارین شده بستری در بخش سزارین یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران به روش نمونه‌گیری 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 جمع‌آوری شده از ۶۷ نفر مورد بررسی قرار گرفت. ابزار پژوهش، پرسشنامه بود که پس از مصاحبه با مادران در مورد نحوه تغذیه شیرخوار تکمیل شد. چهار برنامه بازدید منزل در روزهای سه، ده و پایان ماه‌های اول و دوم پس از ترخیص برای گروه آزمایش انجام شد. کلیه نکات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شده است. در همین روزها از گروه کنترل با مصاحبه تلفنی نحوه تغذیه شیرخوار سؤال شد. سپس یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش، پس از آموزش وضعیت‌های صحیح شیردهی، افزایش معنی‌داری در تعداد مادرانی که طی شش ماه اول پس از زایمان نوزاد را به طور انحصاری با شیر خود تغذیه کردند، مشاهده شد ($P=0/02$). میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران مادرانی که تحت حمایت همسر، مادر یا مادر شوهر قرار گرفته بودند به طور معنی‌داری بیشتر بود ($p=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: طی هفته‌های اول پس از زایمان، اگر مادران سزارین شده در مورد وضعیت‌های صحیح شیر دادن به طور صحیح و کامل آموزش داده شوند، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر افزایش و تصور مادر از کم بودن شیر کاهش می‌یابد. تغذیه موفق با شیر مادر در هفته‌های اول پس از ترخیص با تشویق و حمایت مادر توسط ماما در منزل، همسر و سایر اعضای خانواده در ارتباط نزدیک می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تغذیه انحصاری با شیر مادر، بازدید منزل، حمایت خانواده، زایمان سزارین
این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره ششم، پی در پی 41، بهمن و اسفند 1391، ص 824-831

آدرس مکاتبه: معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، تلفن: ۰۹۱۲۲۴۱۶۳۹۰

Email: maryamsakkaky@yahoo.com

شیر مادر این‌گونه است: تغذیه شیرخوار فقط با شیر مادر و

مقدمه

عدم مصرف مواد غذایی دیگر نظیر آب، سایر مایعات و جامدات.

تغذیه با شیر مادر دارای مزایای فراوانی برای مادر و نوزاد

البته مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک و مولتی

می‌باشد. مادران در تمام دنیا باید شیرخواران خود را به طور

ویتامین‌ها مجاز می‌باشد (۱).

انحصاری با شیر مادر تغذیه کنند. تعریف تغذیه انحصاری با

^۱ کارشناس ارشد مامایی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پستان مادر، نوزاد قادر به تغذیه کافی و تخلیه مجاری شیری مادر بدون وارد آوردن آسیب و ایجاد درد در پستان مادر می‌باشد. یکی از اقدامات بیمارستان‌های دوستدار کودک این است که باید به همه مادران چگونگی تغذیه شیرخوار از پستان نشان داده شده و مادران قادر باشند که به صورت عملی آن‌را نشان دهند. یونیسف پیشنهاد می‌کند که مراقبین بهداشتی باید قادر باشند بدون استفاده از دست و به صورت شفاهی وضعیت‌های صحیح شیردهی را به مادر آموزش دهند چون در این صورت مادر به تنهایی روش صحیح را به کار می‌گیرد و نسبت به زمانی که ماما یا پرستار نوزاد را زیر پستان مادر قرار می‌دهند، مفیدتر است (۶).

برای مقابله با قطع زودرس شیر مادر و تداوم تغذیه انحصاری شیرخوار، حمایت از مادران توسط کارکنان بهداشتی هم در بیمارستان و هم پس از ترخیص ضروری می‌باشد. این حمایت‌ها می‌تواند در محیط منزل صورت گیرد و افراد ارائه‌کننده خدمات تا حد امکان به فرهنگ‌ها، اعتقادات و محیط اطراف مادر توجه نمایند (۷).

Ingram و همکاران در یافته‌های پژوهش خود در مورد زنان آسیایی متذکر شدند که مادران آسیایی به احتمال زیاد در مورد تغذیه شیرخوار به نصایح افراد خانواده و فامیل بیشتر از حضور در کلاس‌های پیش از زایمان که در مورد تغذیه با شیر مادر بحث شده، توجه می‌کنند و بیشترین توصیه‌ها را از مادر یا مادر شوهر خود دریافت می‌کنند (۸). در مطالعه Jimerson و همکاران آموزش به پدران و دخالت دادن آنان در امر تغذیه شیرخوار نه تنها سبب تغییر دانش و نگرش آن‌ها، بلکه سبب شروع زودرس تغذیه با شیر مادر و تداوم آن تا ۶-۴ ماه شد (۹).

مادرانی که سزارین شده‌اند جزء گروهی هستند که آموزش وضعیت‌های مناسب تغذیه از پستان مادر در آنان ضرورت دارد. این گروه از مادران به دلیل درد بعد از عمل جراحی معمولاً قادر نیستند به تنهایی به نوزاد خود شیر دهند و از آنجایی که تغذیه

میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و طول مدت شیردهی از آنچه که سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده است در سراسر جهان بسیار پایین‌تر است.

اطلاعات جمع‌آوری شده از اروپا، آمریکا و استرالیا نشان می‌دهد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به ندرت بالاتر از ۲۰ درصد و معمولاً زیر ۱۰ درصد است و فقط ۲۰-۱۰ درصد شیرخواران تا یک سالگی هنوز با شیر مادر تغذیه می‌شوند. ارتقاء تغذیه با شیر مادر به سیاست‌های جهانی، ملی، محلی و همچنین پافشاری بر روی آن و تلفیق با سیاست‌های مراکز سلامت کودک که برای مراقبین بهداشتی و عموم مردم شناخته شده است، وابسته می‌باشد و به طور ایده‌آل تمام سیاست‌ها و توصیه‌ها باید بر اساس استراتژی جهانی سازمان بهداشت جهانی باشد. مهم‌ترین اجزای ارتقاء دهنده این سیاست‌ها، اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباط بین دولت‌ها و کارکنان بهداشتی و بیمارستان‌های دوستدار کودک و فعالیت‌های جامعه نگر می‌باشد (۲). عوامل متعددی بر تغذیه موفق با شیر مادر تأثیرگذار می‌باشند که یکی از این عوامل نوع زایمان است. زایمان به روش سزارین بر شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر اثر منفی دارد. مادران سزارین شده نسبت به مادرانی که زایمان طبیعی داشته‌اند، به خصوص در وضعیت صحیح شیر دادن به نوزاد خود به کمک و حمایت بیشتری نیاز دارند (۳). مادران سزارین شده به علت عدم احساس راحتی نمی‌توانند در وضعیت رضایت بخشی به نوزاد خود شیر بدهند (۴).

به گزارش Bulk-Bunschoten و همکاران، در تحقیق انجام شده در هلند علت زودرس قطع تغذیه با شیر مادر، تصور ناکافی بودن شیر مادر، زخم و شقاق نوک پستان و دردناک بودن پستان‌ها می‌باشد (۵). مهم‌ترین عامل در پیشگیری از زخم نوک پستان و تغذیه غیر موثر، وضعیت صحیح قرارگیری نوزاد زیر پستان مادر می‌باشد. با آموزش بهترین وضعیت‌های تغذیه از پستان مادر و تصحیح وضعیت‌های نادرست قرارگیری نوزاد زیر

زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر، کمک و حمایت کارکنان بهداشتی و افراد خانواده، منبع کسب اطلاعات در خصوص تغذیه شیرخوار و نحوه تغذیه شیرخوار پس از ترخیص از بیمارستان بود، جمع آوری شد. اعتبار ابزار از طریق اعتبار محتوا توسط اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تعیین شده و پایایی آن با مشاهده همزمان مورد سنجش قرار گرفت. پس از انتخاب افراد مورد پژوهش، برنامه‌های بازدید منزل در روزهای سوم، دهم و پایان ماه‌های اول و دوم پس از ترخیص جهت گروه آزمایش انجام شد.

ساعات بازدید منزل با هماهنگی قبلی و توافق مادر و بازدید کننده تعیین می‌شد. هر بازدید حدود ۳۰ دقیقه طول می‌کشید. در منزل آموزش‌های لازم در مورد نحوه تغذیه شیرخوار با تأکید بر تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در حضور شخصی که مسئولیت مراقبت از مادر را به عهده داشت داده شد. اکثر افراد مراقبت کننده از مادر و نوزاد، مادر یا مادر شوهر آنان بودند. شماره تلفن بازدید کننده در اولین ملاقات در اختیار مادران قرار گرفت و علاوه بر آموزش‌های چهره به چهره، ارائه اطلاعات، مشاوره، راهنمایی و ارجاع هم در زمینه شیردهی و هم سایر مشکلات مادر و نوزاد صورت گرفت. اطلاعات مورد نیاز در خصوص نحوه تغذیه شیرخوار و منبع توصیه کننده آن جهت گروه کنترل مصاحبه تلفنی جمع آوری گردید. سپس تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها

در مجموع از میان ۱۰۰ زوج مادر و نوزاد شرکت کننده در پژوهش ۶۷ زوج به طور کامل پیگیری شدند. بر اساس آزمون مجذور خی دو گروه از نظر مشخصات فردی و اجتماعی با یکدیگر اختلاف معنی دار آماری نداشته و همسان بودند. در هر دو گروه اکثر مادران در گروه سنی ۲۶-۱۷ (۴۱/۸٪) قرار داشتند. اکثریت

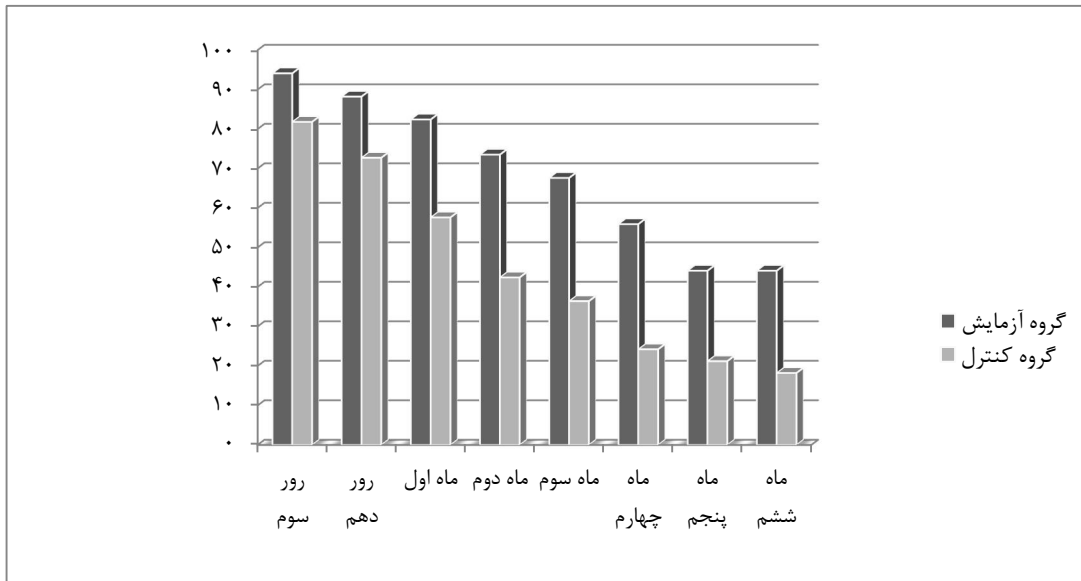
نوزاد با شیر مادر در ساعت‌های اولیه پس از تولد از اهمیت زیادی برخوردار است و در تداوم تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر تأثیر بسزایی دارد، باید کمک و حمایت بیشتری شوند. از آنجایی که تولد نوزاد بحرانی است که طی آن والدین نیاز به حمایت‌های آموزشی، روحی روانی، اجتماعی و جسمی دارند، لذا بازدید منزل روشی بنیادی برای کمک به خانواده‌ها جهت مقابله با بحران‌های بوجود آمده در زندگی‌شان می‌باشد (۱۱). به دلیل اهمیت تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و مشخص نبودن مؤثرترین روش آموزشی و حمایتی، بر آن شدیم تحقیقی با هدف تعیین تأثیر بازدید منزل بر ارتقاء تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در زنان سزارین شده انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی در عرصه بود. جامعه پژوهش را مادران ایرانی‌الاصلی که زایمان سزارین تک قلو با وزن طبیعی داشته، از نظر جسمی و روحی سالم بوده و در بخش پس از زایمان یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران بستری بودند، تشکیل دادند. مرکز مذکور به عنوان بیمارستان دوستدار مادر و کودک شناخته می‌شود و به علت مجهز بودن به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، مادران از نقاط مختلف شهر به این مرکز ارجاع داده می‌شوند. نمونه‌گیری به صورت مستمر و گمارش افراد در گروه‌ها به صورت تصادفی بود. اشتغال مادر در مراکز بهداشتی درمانی، عدم دسترسی به افراد از طریق تلفن، منع تغذیه با شیر مادر، جزء معیارهای حذف نمونه بودند. تعداد کل افراد شرکت کننده در پژوهش ۱۰۰ نفر بود. طی انجام پژوهش تعدادی از نمونه‌ها از مطالعه خارج شده و در نهایت یافته‌های جمع آوری شده از ۶۷ نفر مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه ساخته شده توسط پژوهشگر که شامل مشخصات فردی و اجتماعی، سؤالاتی در مورد

تولد شروع کرده بودند و ۹۱ درصد آن‌ها ذکر کردند که جهت شروع تغذیه با شیر مادر هیچ کمکی به آن‌ها نشده است. ۴۵/۷ درصد نوزادان دختر و ۵۴/۳ درصد پسر بودند و اکثریت آن‌ها وزن ۳۰۰۰-۳۵۰۰ گرم داشتند. طبق آزمون خی دو بین دو گروه از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر اختلاف معنی داری وجود داشت (نمودار شماره ۱).

آنان و همسرانشان از سطح تحصیلات در حد راهنمایی برخوردار بودند. اکثریت آن‌ها خانه دار بوده و از سطح اقتصادی متوسط برخوردار 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



نمودار شماره (۱): فراوانی نسبی تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران مادران سزارین شده در دو گروه آزمایش و کنترل

جدول شماره (۱): فراوانی نسبی تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان حمایت شده توسط همسر در گروه آزمایش و کنترل

تشیق و حمایت همسر	تغذیه انحصاری با شیر مادر		گروه آزمایش
	خیر	بله	
جمع	فراوانی و درصد	فراوانی و درصد	
بله	۴۱	۳۶	۷۸/۳
	۸۹/۱	۷۸/۳	
خیر	۵	۱	۲/۲
	۱۰/۹	۲/۲	
جمع	۴۶	۳۷	۸۰/۴
	۱۰۰/۰	۸۰/۴	
گروه کنترل	۳۸	۲۰	۴۱/۷
	۷۹/۲	۴۱/۷	
بله	۱۰	۰	
	۲۰/۸	۰	
خیر	۴۸	۲۰	
	۱۰۰/۰	۴۱/۷	
جمع	۵۸/۳	۴۱/۷	

$P < 0.001$

شش ماه اول پس از تولد بیشتر از سایرین بود (جدول شماره ۱). در مادران گروه آزمایش که توسط مادر یا مادر شوهر خود حمایت و به تغذیه با شیر مادر تشویق می‌شدند و سایر مادرانی که مورد حمایت و تشویق به این امر قرار نگرفتند، از نظر آماری اختلاف معنی داری در تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر وجود داشت. این اختلاف در مادران گروه کنترل نیز مشاهده شد (جدول شماره ۲).

۵۰ درصد مادران گروه آزمایش تصور می‌کردند که شیر کافی ندارند. پس از آموزش‌های لازم، این میزان به ۲۱/۷ درصد رسید و طبق آزمون Mc Nemar، قبل و بعد از آموزش وضعیت‌های صحیح شیردهی تصور مادر از ناکافی بودن شیر از نظر آماری کاهش معنی داری پیدا کرد ($P=0/0001$). در مادرانی که توسط همسر تحت حمایت قرار داشته و به تغذیه شیر خوار با شیر مادر تشویق می‌شدند، میزان تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر طی

جدول شماره (۲): فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان حمایت شده توسط مادر یا مادر شوهر در گروه آزمایش و کنترل

جمع	تغذیه انحصاری با شیر مادر		تشویق و حمایت مادر یا مادر شوهر
	خیر	بله	
فراوانی و درصد	فراوانی و درصد	فراوانی و درصد	گروه آزمایش
۳۶	۳	۳۳	بله
۷۸/۳	۶/۵	۷۱/۷	
۱۰	۶	۴	خیر
۲۱/۷	۱۳/۰	۸/۷	
۴۶	۹	۳۷	جمع
۱۰۰/۰	۱۹/۶	۸۰/۴	
۱۴	۲	۱۲	گروه کنترل
۲۹/۲	۴/۲	۲۵/۰	
۳۴	۲۶	۸	خیر
۷۰/۸	۵۴/۲	۱۶/۷	
۴۸	۲۸	۲۰	جمع
۱۰۰/۰	۵۸/۳	۴۱/۷	

$P < 0/0001$

بحث و نتیجه گیری

وضعیت‌های صحیح قرار گیری مادر و قرار دادن نوزاد زیر پستان مادر، مشاهده شد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه آزمایش همچنان بالاتر از گروه کنترل باقی ماند و در روز دهم پس از ترخیص، دو گروه از نظر تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر با یکدیگر اختلاف معنی داری داشتند ($P=0/1$) و در پایان ماه ششم ۴۴/۱ درصد مادران گروه آزمایش و ۱۸/۲ درصد مادران گروه کنترل هنوز شیرخوار را به طور انحصاری با شیر خود تغذیه می‌کردند که نشان دهنده این بود که پس از آموزش وضعیت‌های صحیح تغذیه

در این پژوهش اکثریت مادران از سطح اقتصادی - اجتماعی متوسط برخوردار بوده و به طریقه سزارین زایمان کرده بودند، به همین علت به کمک و حمایت بیشتری نیاز داشتند. ۹۴/۱ درصد مادران گروه آزمایش در روز سوم پس از ترخیص همچنان نوزاد را به طور انحصاری با شیر خود تغذیه می‌کردند در حالی که فقط ۸۱/۸ درصد مادران گروه کنترل تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر را ادامه داده بودند. پس از اولین بازدید منزل و آموزش

شیرخوار از پستان مادر، نتایج رضایت بخشی وجود خواهد داشت. طبق یافته‌های پژوهش حاضر، بین تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و تصور کافی بودن شیر توسط مادر ارتباط وجود داشت. یافته‌های مشابه در مطالعه تارکا^۱ و همکاران که بر روی ۳۰۰ مادر نخست‌زا در فنلاند انجام شده بود، بدست آمد که با مطالعه حاضر همسو بود (۱۱). همچنین مطالعه بولک بانسچتون^۲ و همکاران نشان داد که تردید درباره کیفیت شیر و احساس محدود شدن هنگام تغذیه نوزاد با شیر مادر، از دلایل اصلی قطع تغذیه با شیر مادر تلقی می‌شود که با مطالعه حاضر همسو بود (۶). مشکل اصلی که سبب کاهش میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر شده بود، تصور مادران از ناکافی بودن شیر و ترس از گرسنه ماندن شیرخوار بود که پس از آموزش وضعیت‌های صحیح شیردهی و اطمینان دادن به مادر در خصوص کافی بودن شیر مادر برای رشد مناسب شیرخوار و ترشح شیر بیشتر در اثر مکیدن صحیح پستان وی، تا حدودی از مشکلات آنان کاسته شد.

پژوهش رحمت نژاد و باستانی با مطالعه حاضر همسو بود بطوریکه از بین عوامل مادری قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر ۱۷/۲ درصد درک مادر از کم بودن حجم شیر گزارش شد (۱۳). افزایش در میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر مستلزم افزایش مهارت‌های کارکنان بیمارستان و همچنین آموزش وضعیت‌های صحیح قرارگیری مادر و شیرخوار حین تغذیه از پستان مادر می‌باشد و ما در پژوهش خود به این نکته دست یافتیم که پس از آموزش‌های لازم به مادران سزارین شده و درک مادران از اینکه یکی از عوامل موثر بر جریان یافتن شیر، قرار دادن صحیح شیرخوار بر پستان مادر و مکیدن می‌باشد، میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در گروه آزمایش بسیار بیشتر از گروه کنترل بود. در پژوهشی دیگر محققین به این نکته دست یافتند که در مادرانی که وضعیت صحیح شیردهی را آموزش دیدند، نسبت به

مادران گروه کنترل، میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر بیشتر است (۱۴). اینگرام^۳ و همکاران نیز در پژوهش خود در Bristol دریافتند که آموزش وضعیت‌های صحیح شیر دادن در مدت زمان کوتاهی پس از زایمان توسط ماماها به صورت شفاهی، بطوریکه خود مادران قادر به قرار دادن نوزاد بر پستان باشند، سبب افزایش میزان تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر می‌گردد. تغذیه موفق با شیر مادر در هفته‌های اول پس از تولد با حمایت مادران در بیمارستان و پس از ترخیص در منزل ارتباط مستقیم مثبتی دارد (۱۷). اما نتایج پژوهش خرشه^۴ با مطالعه حاضر مغایر بود، علیرغم اینکه آموزش چهره به چهره میزان آگاهی مادران را افزایش داده بود ولی در تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماه بی تأثیر بود (۱۵). در بسیاری از فرهنگ‌ها و در فرهنگ ما، مادری که به تازگی صاحب فرزند شده است بسیار تحت تأثیر توصیه‌های سایرین از قبیل خانواده، فامیل، دوستان و همسایگان می‌باشد. علیرغم توصیه‌های کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، هنوز هم برای بسیاری از مادران، سخنان مادر یا مادر شوهر و سایر زنان با تجربه در مورد تغذیه شیرخوار بسیار ارزش می‌باشد. در مطالعه حاضر مشاهده شد که علت بسیاری از موارد عدم تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، توصیه بستگان نزدیک در خصوص استفاده از داروهای گیاهی برای دل درد، زردی، گریه بیش از حد و درد گوش شیرخوار می‌باشد. اکثر مادران گروه آزمایش پس از ترخیص در منزل مادر یا مادر شوهر خود اقامت داشتند و یا اگر در منزل خود بودند حتماً مادر یا مادر شوهر مسئولیت مراقبت از مادر و نوزاد را به عهده داشتند. آموزش‌هایی که در منزل به مادران داده می‌شد اغلب در حضور این افراد بود ولی آنان بر اساس تجربیات خود مصرف مایعاتی نظیر آب قند، آب نبات و چای، همچنین داروهای گیاهی را علاوه بر شیر مادر جهت تقویت بنیه شیرخوار و یا درمان برخی از مشکلات

³ Ingram

⁴ Khresheh

¹ Tarkka

² Bulk-Bunschoten

شیرخوار خود حداقل به مدت شش هفته می‌گردد که با پژوهش حاضر همسو بود(۹). مطالعه جیمرسون و همکاران نیز با این یافته‌ها همسو بود(۱۰). بنابراین یافته‌های متعدد، لازم است تمامی اعضای خانواده در مورد مزایا و منافع تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، به خصوص در هفته‌های اول پس از تولد آگاه شوند و چگونگی تشویق و حمایت مادران را بدانند و این از وظایف ماماها است که علاوه بر مادر، در طول دوران بارداری و پس از زایمان به سایر اعضای خانواده نیز در مورد تغذیه با شیر مادر آموزش‌های لازم را بدهند که این امر مهم با سوق یافتن هر چه بیشتر علم مامایی به سوی مامایی جامعه نگر امکان پذیر است.

تقدیر و تشکر

این مقاله قسمتی از پایان نامه مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. بدین وسیله از معاون محترم پژوهشی و کلیه کارکنان دانشکده که در این مسیر پر تلاطم یار و همراه ما بودند و کلیه مادران شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مادران به آن‌ها توصیه می‌کردند. عده‌ای از آنان پس از شنیدن توصیه بازدید کننده مبنی بر لزوم تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر از اصرار به مصرف این‌گونه مواد غذایی خودداری می‌کردند ولی عده‌ای دیگر هنوز بر باورهای خود پافشاری می‌کردند. اینگرمان و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان تأثیر مادر بزرگ‌ها بر تغذیه شیرخوار به یافته‌های مشابهی دست یافتند(۹). کاتبمانا در سال ۲۰۰۰ در مطالعه‌ای بر روی تفاوت‌های فرهنگی زنان بنگلادشی و هندی به این نتیجه رسید که بستگان نزدیک زن در مورد مراقبت از مادر و نوزاد دارای تأثیر بسیار قوی بر روی خانواده هستند و وظیفه آماده کردن غذا در منزل بعهده آنان است و معتقدند که غذاهای سنتی بسیار مغذی هستند و برای بهبودی مادر و کمک به تغذیه مناسب شیرخوار ضروری می‌باشد(۱۶). در پژوهش حاضر، نقش پدر و سایر اعضای خانواده و ماما که مادر را، به خصوص در روزهای اول پس از زایمان تشویق و حمایت می‌کردند، در تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر اهمیت بسزایی داشت. Ingram و همکاران در مطالعه خود دریافتند که حمایت و تشویق همسر، سایر اعضای خانواده و کارکنان بهداشتی سبب توانمند شدن مادران در ادامه شیردهی به

References:

1. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Internet]. WHO. 2008 [cited 2013 Jan 7]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>.
2. Cattaneo A, Quintero-Romero S. Protection, promotion and support of breastfeeding in low-income countries. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006 Feb;11(1):48-53.
3. Cattaneo A, Quintero-Romero S. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2006;11: 48-53
4. Bobak L, Jenson. Maternity women are health care. 7th Ed. USA: Mosby; 2000.P. 617.
5. Heck KE, Schoendorf KC, Chavez GF. Dose post partum length of stay affect breastfeeding duration?. *Birth* 2003; 30(3): 153- 9.
6. Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, de Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in the Netherlands. *Acta Paediatr*. 2001; 90(9): 1047-53.
7. Ingram J, Johnson D, Greenwood G. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support from fathers and families. *Midwifery* 2002; 18: 87-101.
8. Kools EJ, Thijs C, Kester A, Brandt A, Vries H. A breast-feeding promotion and support program a

- randomized trial in the Netherlands. *Prev Med* 2005; 40(1): 60–70.
9. Ingram G, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery*. 2003;19(4): 318-27.
10. Jimerson A, Huu Bich T, Phuong Hoa N, Kim Tuan D. Who Loves Their Wives and Children More?: Vietnamese Fathers' Support Improves Early and Exclusive Breastfeeding. *J Nutr Educ Behav* 2012;44(4).
11. Cliemanston S, Gerberigst A, Megaire S. comprehensive family and community health nursing. 3^{ed} Ed. Philadelphia: Mosby Co; 1990.
12. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth*. 1998;25(3):175–81.
13. Rahmatnejad L, Bastani F. factors associated with discontinuation of exclusive breastfeeding by first time mothers. *Iran j nurs* 2011; 241(71): 42-53.
14. Suzanne D, Colson A, Judith H, Meek B, Jane M. Hawdon B. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev* 2008; 84(7): 441-9.
15. Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: A randomized controlled trial. *Int J Nur Stud* 2011;48(9): 1058–65.
16. Katbamna S. Race and childbirth. Buckingham: Open University Press; 2000.
17. Ingram J, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery* 2003;19(4):318–27.

