مقاله پژوهشی

بررسی تاثیر مشاوره بر تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران با نوزاد متولد شده در اواخر دوران نارسی بستری در بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۳

سیده زهرا معصومی[۱]، شلیر احمدی[۲]، پریسا پارسا[۳*]، قدرت ا... روشنایی[۴]، بهناز بصیری[۵]

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت از مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲- کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵- بیمارستان فاطمیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۷

چکیده:

مقدمه: تغذیه انحصاری با شیر مادر در میزان وزن گیری و رشد نوزادان تاثیر دارد. هدف این مطالعه بررسی تاثیر مشاوره بر تداوم تغذیه انحصاری در مادران با نوزاد متولد شده در اواخر دوران نارسی می باشد.

روش کار: این پژوهش از نوع کارآزمایی های بالینی تصادفی شده می باشد که بر روی ۱۲٤ نفر از مادران با نوزاد نارس بستری در بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. نمونه ها بطور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. از چک لیست محقق ساخته برای بررسی عملکرد شیردهی استفاده شد. و برای گروه مداخله، ۵ جلسه مشاوره شیردهی برگزار شد. در نهایت اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار *SPSS/21* در سطح معنی داری $P<۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از یک ماه پی گیری، تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان گروه آزمون از لحاظ دفعات شیردهی، عدم استفاده از مایعات و تغذیه غیر از شیر مادر و استفاده از شیرخشک در شبانه روز و عملکرد شیردهی تفاوت معناداری با نوزادان گروه کنترل داشت ($P<۰/۰۰۱$). در پایان پی گیری یک ماهه، میانگین وزن نوزادان گروه آزمون ۲۸۱۸/۶۲±۵۸۸/۵٤ گرم و در گروه کنترل ۲٤۲۲/۵۸±۶۰۷/۱۷۵گرم بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار می باشد($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه نهایی: بنا بر یافته ها، مشاوره شیردهی مادران می تواند سبب بهبود تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر و وزن گیری نوزادان نارس متولد شده و بهبود عملکرد شیردهی مادران آنها شود. بنابراین پیشنهاد می شود برای تمام مادران نوزادان نارس جلسات مشاوره شیردهی برگزار شود.

کلیدواژه ها: تغذیه با شیر مادر / مشاوره / نوزاد نارس

*نویسنده مسئول: پریسا پارسا؛ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email: Pparsa2003@yahoo.com

مقدمه:

زایمان زودرس به تولد نوزاد با سن حاملگی هنگام زایمان کمتر از ۳۷ هفته کامل گفته می شود. میانگین تولد نوزادان نارس در سراسر دنیا ۹/۵۷٪ می باشد (۱). در ایران میزان تولد نوزادان نارس بین ۱۳/۴٪- ۵/۶٪ گزارش شده است (۲). نوزادانی که درحد فاصل شروع ۳۴ هفته تا ۳۶ هفته و ۶ روز پس از اولین روز آخرین قاعدگی مادرمتولد شوند را نوزادان متولد شده در اواخر دوران نارسی (*LPI*) می نامند (۳). این نوزادان ۶/۸۲٪ کل تولدهای ایالت متحده در سال۲۰۱۴ (۱)و ۷۰٪ کل تولدهای نارس را شامل می شوند (۴). به علاوه ۲۵-۲۰٪ موارد پذیرش نوزاد در بخش مراقبت های ویژه، نوزادان *LPI* می باشند (۶, ۵).

در یک مطالعه گذشته نگر احتمال بروز عوارض در نوزادان متولد شده در اواخر دوران نارسی ۷ برابر نوزادان ترم ذکر شده است (۷). علاوه بر این نوزادان *LPI* بدلیل عدم بلوغ و رشد عمومی (۹, ۸) در مقایسه با نوزادان ترم بیشتر در معرض خطر ابتلا به زردی، هیپوگلیسمی، دیسترس تنفسی و مشکلات تغذیه ای می باشند (۱۳-۱۰). بر اساس مطالعات انجام شده شروع و ادامه تغذیه با شیر مادر در نوزادان *LPI* به طور قابل توجهی کمتر از نوزادان ترم می باشد(۱۴). ناکارآمدی تغذیه در این نوزادان بدلیل بی ثباتی قلبی– تنفسی، خستگی زودرس در طول تغذیه و تحریک پذیری بیش از حد، طولانی تر بودن زمان خواب، ناهماهنگی بین بلع، فرو بردن و تنفس نسبت به نوزادان ترم شایع تر می باشد (۱۵). این مسائل به طور همزمان سبب تخلیه ناقص پستان مادر خواهد شد، لذا در مکانیسم تولید و عرضه شیر مادر تداخل ایجاد می نماید(۱۶) و این حالت این نوزادان را در معرض خطر بالاتری برای کاهش وزن و اختلال رشد در اوایل شیرخوارگی قرار می دهد(۱۸, ۱۷).

بر اساس مطالعه ای نوزادان نارس تغذیه شده با شیر مادر بدلیل وجود میزان بالاتر آنتی اکسیدان ها در شیر مادرانشان، نسبت به نوزادان ترم و نوزادان تغذیه شده با شیر خشک ایمنی بدنی بالاتری دارند(۱۹).

تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول پس از تولد تغذیه شیرخوار فقط با شیر مادر و بدون دریافت مایع ومواد غذایی جامد، بجز ویتامین، موادمعدنی و دارو می‌باشد(۲۰). داده های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها در سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده شیوع تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی را در میان نوزادان متولد شده در اواخر دوران نارسی ۷۳/۱٪ گزارش نموده است (۲۱). شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول پس از تولد در کشور ایران و مناطق مختلف آن متفاوت است و از ۱۳٪ تا ۷۷٪ متفاوت است (۲۶-۲۲). این مساله می تواند بیان کننده نیاز زنان به حمایت از تداوم شیردهی انحصاری از پستان در دوران پس از زایمان باشد. بیشترین علل جایگزینی تغذیه مصنوعی به جای شیر مادر، تصور مادر از ضعیف بودن کودک، کمبود شیر وگرسنگی کودک، گریه و بی قراری کودک و امتناع از گرفتن پستان بوده است(۲۷).

مادر برای شیر دهی موفقیت آمیز نیاز به اطلاعات صحیح، آرامش و اعتماد به نفس وکسب مهارت های لازم دارد. بررسی سیستماتیک شواهد موجود نشان می دهد که مشاوره تغذیه با شیر مادر هم در افزایش سرعت شروع تغذیه با شیر مادر و هم در افزایش مدت زمان تغذیه با شیر مادر موثر است. خدمات مشاوره شیردهی شامل آموزش و پشتیبانی از مادران باردار و زایمان نموده و ارایه مشاوره فردی برای مادران به منظور رسیدگی به مشکلات خاص آنها می باشد. این خدمات شامل مشاوره طی مدت بستری و مشاوره سرپایی شیردهی تا ۶ ماه پس از تولد نوزاد می باشد(۳۱-۲۸). مادران نوزادان نارس به توجه و حمایت بیشتری نیاز دارند زیرا تولد چنین نوزادانی تنش زیادی را برای مادر به همراه می آورد(۳۲). این مساله می تواند بیان کننده نیاز این مادران به مشاوره و حمایت از تداوم شیردهی انحصاری از پستان در دوران پس از زایمان باشد(۳۲). در این بررسی سعی خواهد شد تا با استفاده از مشاوره ی شیردهی شاهد ارتقای رفتار شیردهی مادران نوزادان متولد شده در اواخر دوران نارسی باشیم.

روش کار:

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشاوره بر تداوم تغذیه انحصاری در نوزادان متولد شده در اواخر دوران نارسی، از نوع تجربی تصادفی سازی شده می باشد. نمونه گیری در بخش نوزادان بیمارستان فاطمیه شهر همدان انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه مادران دارای سواد خواندن و نوشتن، غیر معتاد، با حاملگی تک قلو و بدون سابقه بیماری زمینه ای، دیابت حاملگی و پره اکلامپسی که در ۳۷-۳۴ هفته بارداری زایمان نموده و نوزاد شان ناهنجاری

حین تولد نداشت بودند. مادران با عدم تمایل به همکاری، عدم حضور مستمر در جلسات آموزشی یا عدم دسترسی هنگام تکمیل پرسش نامه و مادرانی که به صلاحدید پزشک توانایی شیردهی نداشتند از مطالعه خارج شدند، همچنین وجود بیماری متابولیکی در نوزاد، دیسترس تنفسی شدید و عفونت بیمارستانی نیازمند *NPO* شدن و مرگ نوزاد به هر دلیلی سبب خارج شدن نوزاد از مطالعه گردید.

بر اساس مطالعه ارزانی و همکاران (۱۳۸۷) که در آن میزان تغذیه با شیر مادر در گروه مورد و شاهد برابر ۶۰ و ۴۰ درصد بود (۳۹) و بر اساس فرمول زیر

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{\bar{P}(1-\bar{P})}+Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1)+P_2(1-P_2)})^2}{(P_1-P_2)^2}$$ ،

$$\bar{p} = \frac{p_1+p_2}{2}$$ β=۰/۲ ،α=۰/۰۵ ،

تعداد نمونه مورد نیاز با ۱۰ درصد ریزش، ۶۲ نفر محاسبه شد. لذا در این مطالعه به صورت تصادفی و با استفاده از روش بلوک جایگشتی۶۲ نفر در گروه آزمون و ۶۲ نفر در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه و چک لیست استفاده شد. پرسش نامه مورد استفاده محقق ساخته بوده که خود شامل سه قسمت سوالات مربوط به خصوصیات فردی (۷ سوال) و سوابق باروری (۷ سوال) و تداوم شیردهی انحصاری (۹ سوال) بود که همراه با چک لیست مشاهده عملکرد شیردهی جهت بررسی عملکرد شیردهی در ۱۷ آیتم تکمیل گردید. این چک لیست قبلا در مطالعه شهنازی مورد استفاده قرار گرفته است(۳۴). پایایی و روایی این چک لیست مجددا سنجیده شد، بدین صورت که جهت تعیین روایی آن از روش اعتبار محتوی استفاده شده است وجهت تعیین پایایی پرسش نامه از تعیین آلفا کرونباخ بر روی ۲۰ نفر استفاده شد که این مقدار برابر ۰/۹۲ = α بود. پایایی سوالات مربوط به تداوم شیردهی انحصاری نیز سنجیده شد و مقدار آن ۰/۸۱=α بود.

در ابتدا نوزادان با سن حاملگی مادر حین تولد ۳۴ تا ۳۶ هفته و ۶ روز، با حداقل پوشش بعداز وزن گیری با وزنه ی استاندارد و دارای معیارهای ورود وارد مطالعه شدند. تمام اندازه گیری ها در قبل و بعد از مداخله با یک وزنه و توسط پژوهشگر انجام شد. مادران شرکت کننده درطرح ازنظرمحرمانه بودن اطلاعات توجیه شدند و پرسش نامه ی دموگرافیک و چک لیست مشاهده عملکرد شیردهی یکبار قبل از مداخله و سپس یک ماه پس از تولد، با حضور پژوهشگرتوسط مادران در بیمارستان تکمیل گردید.

برای خانم های گروه آزمون ۵ جلسه مشاوره شیردهی ۳۰ دقیقه ای جهت تداوم تغذیه انحصاری در نوزادان نارس توسط پژوهشگر، روزانه و در طی مدت بستری در بیمارستان به صورت مشاوره مستقیم چهره به چهره و فردی، به شکل عملی و نظری (با استفاده از ماکت، پمفلت و بسته تشویقی) و بر اساس گام های مشاوره در خدمات بهداشت باروری (*GATHER*)(۳۲)که شامل مواردی مانند برخورد احترام آمیز با مادران، سوال در مورد نیازهای آنها، ارایه مشاوره، کمک به مادر جهت تصمیم گیری، اطمینان از یادگیری مطالب ارایه شده با پرسیدن سوالاتی از مادران و برنامه ریزی جهت پی گیری مجدد می باشد و همچنین طبق جدول اهداف روزانه برگزارشد. مشاوره در خصوص موارد زیر انجام گرفت: چگونگی تغذیه صحیح شیرخوار با شیر مادر، یادگیری فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر، خصوصیات تغذیه ای نوزادان نارس، دفعات و طول مدت شیردهی، نحوه ی ذخیره نمودن شیر مادر در مادران شاغل، علل احتمالی پستان نگرفتن شیرخوار، تاثیرات شیردهی بر سلامت مادر و کودک، تداوم یا قطع شیردهی در زمان بیماری مادر یا شیرخوار و تغذیه مادر در دوران شیردهی. برای نوزادان نارسی که زود ترخیص شدند باقی جلسات مشاوره با هماهنگی والدین با تعیین وقت قبلی در بیمارستان انجام گرفت. سپس از گروه آزمون خواسته شد تا اصولی را که آموزش می بینند، در زمان حضور در منزل به کار گیرند و در شروع هر جلسه آموزشی از مادران خواسته می شد آموزش های جلسه ی قبل را بر اساس جدول اهداف روزانه بیان کنند و مهارت ها را در حضور پژوهشگر انجام دهند تا نقاط ابهام احتمالی برطرف شود، این مسئله سبب تکرار و تمرین بیشتر و پایایی ذهنیت جدید در مورد مسائل مطرح شده گردید.گروه کنترل فقط آموزشهای معمول و جاری توسط پرسنل بخش نوزادان و بعداز زایمان را دریافت نمودند. یک ماه بعد، پرسشنامه ی اولیه مجددا توسط دوگروه تکمیل شد و وزن گیری نوزادان انجام گرفت.

بسته تشویقی (شامل کتاب تغذیه نوزاد نارس و *CD* آموزشی) و پمفلت آموزشی در آخرین جلسه جهت گروه آزمون و به منظور رعایت اصول اخلاقی در پایان پی گیری در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. نمونه گیری آن۸ ماه، از آبان سال۱۳۹۳تا پایان خرداد سال ۱۳۹۴طول کشید.

در نهایت اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار *SPSS/21* و با استفاده از آزمون های آمار توصیفی شامل نمودار ها، جداول و شاخص های عددی و آمار استنباطی شامل: آزمون آماری کای دو، مان- ویتنی، آزمون *T* مستقل و*T* زوجی در دو گروه آزمون وکنترل در سطح معنی داری $P<۰/۰۰۵$ قبل و بعد از مداخله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین سن مادران در گروه آزمون ۲۷/۱۳±۰/۵۲۷ سال و در گروه کنترل ۲۷/۱۹±۰/۵۹۶ سال بود. ۱۱۵ نفراز مادران (۹۲/۷ درصد) خانه دار بودند. از لحاظ میزان درآمد ماهیانه، ۱۰۲ نفر (۸۲/۳ درصد) کمتر از یک میلیون تومان در ماه درآمد داشتند. از نظر تحصیلات ۶۳ مادر (۵۰/۸) تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند. ۴۸ نفر از مادران گروه آزمون (۷۷/۴۱٪) و ۴۷ نفر از مادران گروه کنترل (۷۵/۸۰٪) سابقه زایمان قبلی داشتند. در هر دو گروه آزمون و کنترل ۹ نفر (۱۴/۵٪) سابقه تولد نوزاد نارس قبلی داشتند. ۹۵ نفر از مادران سابقه شیردهی از پستان (۷۶/۶۱٪) را ذکر نمودند، که ۸۷ نفر (۷۰/۱۶٪) آنها جهت تغذیه نوزاد قبلی خود تا ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند.۸۶ نوزاد هنگام تولد(۶۹/۴ درصد) ۳۳ تا ۳۵ هفته و ۳۸ نوزاد (۳۰/۶ درصد) ۳۵ تا ۳۷ هفته سن داشتند (جدول ۱). بر اساس آزمون تی مستقل و کای دو، دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک ذکر شده در بالا و سکونت در شهر یا روستا با یکدیگر اختلاف معنی داری نداشته و همگن بودند.

جدول ۱: مقایسه فراوانی مطلق و نسبی سوابق بارداری قبلی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل

سوابق بارداری قبلی		گروه آزمون تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)	نتایج تست آماری
داشتن سابقه شیردهی				
	بله	۵۰(۸۰/۶۴)	۴۵(۷۲/۵۸)	* P=۰/۴۳۶
	خیر	۱۲(۱۹/۳۵)	۱۷(۲۷/۴۱)	x^2 =۱/۶۶۲
تعداد نوزادان قبلی زنده				
	۱	۳۱(۵۰)	۳۰(۴۸/۳۸)	
	۲	۱۲(۱۹/۳۵)	۱۲(۱۹/۳۵)	* P=۰/۹۸۷
	۳	۴(۶/۵)	۴(۶/۵)	x^2 =۰/۳۴۶
	>۳	۱(۱/۶)	۱(۱/۶)	
سابقه تولد یک نوزاد نارس قبلی		۹(۱۴/۵)	۹(۱۴/۵)	*P=۱/۰۰۰ ،x^2=۰/۰۰۱
تغذیه نوزاد قبلی با شیر مادر		۵۰(۸۰/۶۴)	۴۵(۷۲/۵۸)	*P=۰/۴۰۳، x^2=۲/۹۳۰
تعداد ماه های شیردهی قبلی(بیشتر از ۶ ماه)		*M(SD)* ۶/۸۱±۰/۵۲۵	*M(SD)* ۶/۵۷±۰/۷۳۹	** P=۰/۳۵۷ t=۰/۸۳
تغذیه انحصاری نوزاد قبلی تا ۶ ماه با شیر مادر		۴۲(۶۷/۷۴)	۴۵(۷۲/۵۸)	* P=۰/۴۹۲ ، x^2=۲/۴۳۰
سن حاملگی هنگام زایمان اخیر		۳۴/۳۱ ±۰/۴۶۵	۳۴/۳۱ ±۰/۴۶۵	** P=۱/۰۰۰ ،t=۰

* آزمون کای دو

** آزمون تی مستقل

قبل از مداخله، در بدو تولد بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر تفاوت معناداری وجود نداشت. اما پس از یک ماه پی گیری این تفاوت معنادار بود. به طوری که بر اساس آزمون مان- ویتنی، میانگین دفعات شیردهی بعد از پیگیری در گروه آزمون (۵±۰/۶۷۵) نسبت به گروه کنترل (۴/۰۳±۱/۱۸۷) تفاوت معناداری داشت ($P<۰/۰۰۱$). بر اساس آزمون کای دو، تفاوت فراوانی عدم استفاده از مایعات پس از پیگیری در

گروه آزمون (۹۳/۵) ۵۸ نسبت به گروه کنترل (۶۶/۱) ۴۱ معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$). تفاوت فراوانی عدم استفاده از تغذیه غیر از شیر مادر بر اساس آزمون کای دو، پس از پیگیری در گروه آزمون (۸۰/۶) ۵۰ نسبت به گروه کنترل (۱۹/۴) ۱۲ معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$). بعلاوه فراوانی استفاده از شیرخشک در شبانه روز بر اساس آزمون تی مستقل پس از پیگیری در گروه آزمون (۱۱/۳)۷ نسبت به گروه کنترل(۸۲/۳)۵۱، تفاوت معناداری داشته است ($P<۰/۰۰۱$) (جدول۲).

جدول ۲: مقایسه فراوانی مطلق و نسبی و میانگین تداوم تغذیه انحصاری در گروه آزمون و کنترل

سوالات		گروه آزمون $M\pm SD$	گروه کنترل $M\pm SD$	نتایج تستهای آماری
دفعات شیردهی در شبانه روز				
	قبل مداخله	۲/۵۲±۰/۷۸۴	۲/۴۴±۰/۸۶۱	* P=۰/۶۰۸، u=۱۸۲۷/۵۰۰
	بعد مداخله	۵±۰/۶۷۵	۴/۰۳±۱/۱۸۷	P<۰/۰۰۱، u=۸۶۸/۵۰۰
میزان تعویض پوشک نوزاد در شبانه روز				
	قبل مداخله	۲/۳۹±۰/۸۷۵	۲/۴۲±۰/۸۷۹	* P=۰/۷۵۳،u=۱۸۶۴/۵۰۰
	بعد مداخله	۴/۰۵±۰/۳۴۷	۴/۰۳±۶۵۲	P=۰/۹۷۲، u=۱۷۹۳
عدم استفاده از مایعات غیر از شیر مادردر شبانه روز				
	قبل مداخله	$N(\%)$ ۵۴(۸۷/۱)	$N(\%)$ ۶۰(۹۶/۸)	** P=۰/۶۴۲، x^2=۱۰۸/۴۲۰
	بعد مداخله	۵۸(۹۳/۵)	۴۱(۶۶/۱)	P<۰/۰۰۱، x^2=۱۳۴/۱۵۰
عدم استفاده از تغذیه غیر از شیر مادرشبانه روز				
	قبل مداخله	۳۷(۵۹/۷)	۳۳(۵۳/۲)	** P=۰/۴۳۷ ، x^2=۳۴/۲۳۲
	بعد مداخله	۵۰(۸۰/۶)	۱۲(۱۹/۴)	P<۰/۰۰۱، x^2=۷۸/۵۸۳
استفاده از شیرخشک جهت تغذیه نوزاد				
	قبل مداخله	۲۴(۳۸/۷)	۳۲(۵۱/۶)	*** P=۰/۲۱۱ ،t =۰/۴۹۸
	بعد مداخله	۷(۱۱/۳)	۵۱(۸۲/۳)	P<۰/۰۰۱، t= ۳/۶۴

* آزمون مان- ویتنی
**آزمون کای دو
***آزمون تی مستقل

جهت مقایسه وزن گیری نوزادان، آزمون تی مستقل نشان داد که بین گروه آزمون با میانگین ۲۱۱۲/۲۶±۴۳۹/۲۱۷ گرم و کنترل با میانگین ۲۱۲۶/۲۹±۴۵۳/۹۶ گرم قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۰/۸۶)، اما این تفاوت پس از مداخله با ($P<۰/۰۰۱$) معنادار شده است. میانگین وزن نوزادان بعد از یک ماه پی گیری در گروه آزمون ۵۸۸/۵۴± ۲۸۱۸/۶۲و در گروه کنترل ۶۰۷/۱۷۵ ± ۲۴۲۲/۵۸بود ($P<۰/۰۰۱$). بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، در گروه کنترل بین وزن گیری نوزادان قبل از آزمون و طی ماه اول پی گیری پس از آزمون اختلاف معناداری وجود ندارد، در حالی که این اختلاف در گروه آزمون با ($P<۰/۰۰۱$) معنادار بود (جدول۳).

مقایسه عملکرد شیردهی مادران توسط آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله معنادار نبوده (P=۰/۰۷)، در حالی که پس از آزمون این تفاوت در ماه اول پی گیری با ($P<۰/۰۰۱$) معنادار شده است. به طوری که یک ماه پس از مداخله در ۴۰ مورد (۶۴/۵٪) صورت شیرخوار حین شیرخوردن روبروی پستان و در ۴۱ مورد (۶۶/۱٪) چانه نوزاد روی

پستان مادر و در ۴۷ مادر (۷۵/۸٪) قسمت اعظم هاله پستان در دهان نوزاد قرار داشت. ۴۰ نوزاد(۶۴/۵٪) پس از سیر شدن خودشان پستان مادر را رها می کردند و ۴۶ مادر(۷۴/۲٪) هنگام شیردادن دردی احساس نمی کردند. بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، در گروه کنترل بین عملکرد شیردهی مادران قبل از آزمون و طی ماه اول پس از مداخله اختلاف معناداری وجود نداشت (P=۰/۱۵)، در حالی که این اختلاف در گروه آزمون با (P<۰/۰۰۱) معنادار بود. مادران گروه کنترل آموزشهای روتین مربوط به شیردهی را در بخش نوزادان دریافت نموده بودند، پس از پی گیری یک ماهه۵۱ نفر در این گروه (۸۲/۳٪) از شیرخشک ،۲۱ نفر از مایعات غیر از شیر مادر (۳۳/۸۷٪) و ۵۰ نفر از تغذیه غیر از شیر مادر(۸۰/۶۴٪) نیز جهت تغذیه نوزاد خود استفاده می کردند.

جدول ۳: مقایسه میانگین وزن گیری نوزادان در دو گروه آزمون و کنترل

وزن گیری	گروه آزمون (M±SD)	گروه کنترل (M±SD)	نتایج تست آماری
قبل مداخله	۲۱۱۲/۲۶±۴۳۹/ ۲۱۷	۲۱۲۶ /۲۹±۴۵۳/۹۶	P=۰/۸۶ (-۰/۱۷)
بعد مداخله	۲۸۱۸/۶۲±۵۸۸/۵۴	۲۴۲۲/۵۸±۶۰۷/۱۷۵	P<۰/۰۰۱(۳/۶۲)
نتایج تست آماری	P<۰/۰۰۱ (-۱۵/۱)	P=۰/۰۸ (۰/۲۹)	

بحث:

نتایج این مطالعه نشان می دهد که با مشاوره مادران می‌توان سبب افزایش تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر در نوزادان متولد شده در اواخر دوران نارسی و بهبود عملکرد شیردهی مادران و وزن گیری نوزادان نارس شد. برخی مطالعات نشان داده اند که تغذیه انحصاری با شیر مادر ارتباط زیادی با رشد نوزادان نارس دارد (۳۵, ۳۴). بر اساس این مطالعه مادران گروه کنترل بیش از مادران گروه آزمون برای تغذیه نوزاد خود از شیرخشک استفاده نمودند. این در حالی است که نتایج چندین مطالعه نشان می دهد که در نوزادان تغذیه شده با شیر مادر شدت و دفعات ابتلا به بیماری های عفونی از جمله: مننژیت باکتریایی، اسهال و عفونت دستگاه تنفسی بسیار کمتر از نوزادان تغذیه شده با شیر خشک می باشد(۳۶). اثرات افزایش رشد نوزادان گروه آزمون به دو دلیل می تواند باشد: اول اینکه شیر مادر شامل بهترین مواد مغذی و مناسب برای رشد نوزاد نارس می باشد و تغذیه انحصاری با شیر مادر امکان استفاده از این منافع را برای نوزاد فراهم می آورد. دوم اینکه ابتلا به بیماری های عفونی در این نوزادان کمتر است و در نتیجه کمتر دچار تب و از دست دادن مواد مغذی بدن و انرژی شان از طریق مدفوع می شوند، که این اثرات در مطالعات زیادی تایید شده است(۳۸, ۳۷, ۳۴). یافته های مطالعه حاضر مشابه نتایج حاصل از مطالعه ارزانی و همکاران می باشد(۴۰). آنان در مطالعه خود بر روی ۵۵ مادر توانستند پس از اجرای ۵ جلسه آموزش میزان تداوم تغذیه انحصاری در نوزادان کم وزن را افزایش داده و سبب بهبود عملکرد شیردهی در مادران این نوزادان شوند. همچنین *Aidam* و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که با مشاوره مادران باردار می توان میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر را افزایش داد(۴۱). در مطالعه ما میانگین وزن نوزادان پس از یک ماه در گروه آزمون بیش از گروه کنترل بود. مطالعه نیر مرد آزاد و همکارانش نشان داده که آموزش شیردهی و پی گیری پس از یک ماه در نوزادان نارس می تواند سبب ۴۰۲/۱۶ گرم افزایش وزن بیشتر در نوزادان گروه آزمون نسبت به نوزادان گروه کنترل شود(۴۲)، که مشابه با نتایج حاصل از مطالعه حاضر می باشد، تفاوت وزن گیری در مطالعه حاضر ۴۱۰ گرم است. همچنین در مطالعه ای که توسط *Thakur* و همکارانش انجام گرفته، نشان داده شده که با آموزش تغذیه انحصاری با شیر مادر میتوان در پایان یک ماه، میانگین وزن نوزادان گروه آزمون را ۱۹۶ گرم بیشتر از گروه کنترل افزایش داد(۴۳). میزان تفاوت وزن گیری نوزادان دو گروه در مطالعه ذکر شده کمتر از نتایج بدست آمده توسط مطالعه حاضر می باشد که میتواند بدلیل بیشتر بودن تعداد نمونه های مطالعه آنها در مقایسه با مطالعه حاضر (۱۸۴ نفردر برابر ۱۲۴نفر)، متفاوت بودن وزن اولیه نوزادان مورد مطالعه گروه های آزمون و کنترل در دو مطالعه(در مطالعه ما وزن اولیه در نوزادان گروه آزمون ۲۱۱۲/۲۶ ±۴۳۹/۲۱۷ گرم و گروه کنترل ۲۱۲۶ /۲۹ ±۴۵۳/۹۶ گرم و در مطالعه *Thakur* وزن

اولیه در گروه آزمون ۱۹۸± ۲۲۶۱ گرم و گروه کنترل ۱۴۸± ۲۲۴۱گرم بوده است) و متفاوت بودن جامعه مورد مطالعه باشد زیرا مطالعه آنها در بنگلادش انجام گرفته است.

متاسفانه اغلب به محض وجود کوچکترین مشکل در زمینه تغذیه با شیر مادر، مراقبین بهداشتی به دلیل محدودیت آگاهی های علمی و عملی، استفاده از شیر مصنوعی را به مادران پیشنهاد می کنند. این قبیل مشکلات در مورد نوزادان نارس که ادامه ی تغذیه آنان با شیر مادر برای رشد و بقای آنها امری ضروری محسوب می شود، شایع تر است. بنابراین پیشنهاد می شود کارکنان بهداشتی در کلاس های آموزشی که در زمینه مشاوره شیردهی جهت نوزادان نارس برگزار می شود شرکت نمایند. همچنین برای کلیه ی مادران نوزادان نارس خصوصا مادران کم سن و نخست زا که تجربه ی کافی در مورد شیردهی ندارند، مطابق با نیازهای آنها جلسات مشاوره برگزار شود و آنها را با مادرانی که تجربه مثبتی در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند رویارو کنیم. زیرا برخی مادران از عدم موفقیت در ایفای نقش خود ترس دارند و تصور می کنند تغذیه شیرخوار با شیر مادر باعث محدودیت در سبک زندگی آنها می شود.

نتیجه نهایی:

با توجه به بدست آوردن نتایج مثبت از مشاوره با مادران دارای نوزاد نارس بر تداوم تغذیه انحصاری و میزان وزن گیری این نوزادان، استفاده از روشهای گوناگون مشاوره ای برای این مادران توصیه می شود.

سپاسگزاری:

این مقاله از پایان نامه ی دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی باشماره ثبت: ۹۳۱۰۲۳۵۲۲۰، مرکز تحقیقات و توسعه فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان و شماره ثبت *IRCT2014111013405N6:IRCT* با عنوان " تاثیر مشاوره بر تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در مادران با نوزاد نارس بستری در بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۳" استخراج گردیده است.

References

1. Hamilton B, Martin J, Osterman M, Curtain S. Births: Preliminary Data for 2014. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2015; 64(6): 1-19.

2. Kamali Fard M, A, R., Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. The effect of lifestyle on the rate of pretermbirth Iranian Journal of Ardabil university of medical sciences. 2010;10(1):55-63. (persion)

3. Whyte R. Safe discharge of the late preterm infant. Paediatrics & child health. 2010; 15(10): 655.

4. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Mathews TJ. Births: final data for 2011. National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2013;62(1):1-69, 72.

5. Clark SL, Knox E, Simpson KR, Hankins GD. Quality improvement opportunities in intrapartum care. Toward Improving the Outcome of Pregnancy III Available at: www marchofdimes com/TIOPIII_FinalManuscript pdf Accessed October. 2012;12.

6. Dietz PM, Rizzo JH, England LJ, Callaghan WM, Vesco KK, Bruce FC, et al. Early term delivery and health care utilization in the first year of life. The Journal of pediatrics. 2012;161(2):234-239.e1.

7. Watchko JF. Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant. Clinics in perinatology. 2006;33(4):839-852; abstract ix.

8. Raju TN. Developmental physiology of late and moderate prematurity. Seminars in fetal & neonatal medicine. 2012;17(3):126-131.

9. Abe K, Shapiro-Mendoza CK, Hall LR, Satten GA. Late preterm birth and risk of developing asthma. The Journal of pediatrics. 2010;157(1):74-78.

10. Bieler GS, Brown GG, Williams RL, Brogan DJ. Estimating model-adjusted risks, risk differences, and risk ratios from complex survey data. American journal of epidemiology. 2010;171(5):618-623.

11. Goyal NK, Fager C, Lorch SA. Adherence to discharge guidelines for late-preterm newborns. Pediatrics. 2011;128(1):62-71.

12. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. Pediatrics. 2011;128(6):1117-1125.

13. Lubow JM, How HY, Habli M, Maxwell R, Sibai BM. Indications for delivery and short-term neonatal outcomes in late preterm as compared with term births. American journal of obstetrics and gynecology. 2009;200(5):e30-33.

14. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. The New England journalof medicine. 2009; 360(2): 111-120.

15. ACOG Committee Opinion No. 404 April 2008. Late-preterm infants. Obstetrics and gynecology. 2008; 111(4):1029-1032.

16. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. Journal of midwifery & women's health. 2007;52(6):579-587.

17. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. Seminars in perinatology. 2006;30(2):54-60.

18. Zanardo V, Gambina I, Begley C, Litta P, Cosmi E, Giustardi A, et al. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. Early human development. 2011; 87(4):321-323.

19. Ezaki S, Ito T, Suzuki K, Tamura M. Association between Total Antioxidant Capacity in Breast Milk and Postnatal Age in Days in Premature Infants. Journal of clinical biochemistry and nutrition. 2008; 42(2):133-137.

20. Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF. Nelson' textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Saunders Co; 2011. p. 555-565.

21. Centers, for, Disease, Control, and, Prevention. National Immunization Survey.Breastfeeding among U.S. children born 1999-2005. 2009 . Available from: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm.

22. Almasi H, Saberi HR, Moravveji AR. [The pattern of exclusivebreast feeding in neonates under healthcares in health centresof Kashan city during 2006]. Journal of Kashan University ofMedical Sciences. 2010;14:163–168. (persion)

23. Eslami Z, etal. [The relationship between types of delivery onbreastfeeding success]. Journal of Pediatrics of Iran. 2009;181(winter special issue): 47–52. (persion)

24. Mohamadbeigi A, Salehi NM, Bayati A, . [The pattern ofexclusivebreast feeding in referred neonatal to health centres ofArak]. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2010; 70: 17–25. (persion)

25. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and currentrecommendations. International breastfeeding journal. 2009;4:8.

26. Vafaee A, etal. Prevalence of exclusive breastfeeding duringthe first six month of life its determinant factors on the referringchildren to the health center in Mashhad, northeast ofIran–2007. Journal of Applied Sciences. 2010;10:343–348. (persion)

27. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? . Lancet. 2013;382(9890): 452-477.

28. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, Damio G, Perez-Escamilla R. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. Journal of Human Lactation. 2010;26(3):314-326.

29. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. BMC public health. 2011;11 Suppl 3:S24.

30. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. The Cochrane database of systematic reviews. 2012; 9:Cd006425.

31. Lotfi MH, Zare S, Fazel Pur SH, . To evaluate the role of advisor teacher in averag escore of Shahed & Isargar students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 2002-2007Journal of Medical Education Development. 2012;4(7): 54-60. (persion)

32. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. Population Reports Series J: Family Planning Programs. 1998(48):1-31.

33. Gunnarsdottir I, Schack-Nielsen L, Michaelsen KF, Sorensen TI, Thorsdottir I. Infant weight gain, duration of exclusive breast-feeding and childhood BMI - two similar follow-up cohorts. Public Health Nutr. 2010;13(2):201-207.

34. Gupta RK. Care of low birth weight neonates. JK Sci J Med Edu Res. 2008;10:158-159.

35. American A, of Pediatrics, (2005). Breastfeeding and the use ofhuman milk, Policy

Statement, organizational principles to guideand define the child health care system and/or improve the healthof all children. Pediatrics 115:496–506.

36. Baker EJ, Sanei LC, Franklin N. Early initiation of and exclusive breastfeeding in large-scale community-based programmes in Bolivia and Madagascar. Journal of health, population, and nutrition. 2006;24(4):530.

37. Singh D, Devi N, Raman TR. Exclusive breast feedingin low birth weight babies. Medical Journal Armed Forces India. 2009;65(3): 208-212.

38. Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals "mother friendly"? Journal of pediatric nursing. 2005;20(1):53-59.

39. Arzani A, Mohammad Khan Kermanshahi S, ZahedPasha Y. Role of discharge planning for mothers on growth and developmental indicators in LBW newborns. Babol University of Medical Sciences. 2005; 7(4):58-63. (persion)

40. Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Lartey A. Lactation counseling increases exclusive breast-feeding rates in Ghana. The Journal of nutrition. 2005;135(7):1691-1695.

41. Mardazad N, Nahidi F, Jannasari S, Amiri Z, . Assessment of effect of mother consulting on weighting of low birth weight neonate. Jentashapir JHealth Res. 2012;3(3):417. (persion)

42. Thakur SK, Roy SK, Paul K, Khanam M, Khatun W, Sarker D. Effect of nutrition education on exclusive breastfeeding for nutritional outcome of low birth weight babies. European journal of clinical nutrition. 2012; 66(3):376-381.

Original Article

Effects of counseling on adherence to exclusive breastfeeding in mothers of hospitalized late preterm infants in Fatemieh hospital, Hamadan, Iran, 2014

S. Z. Masoumi[1]; Sh. Ahmadi[2]; P. Parsa[3]; Gh. Roshanaei[4]; B. Basiri[5]*

1-Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center, Hamedan University of Medical Science, Hamadan, Iran.
2-Ms in counseling in Midwifery, Midwifery Department, Hamedan University of Medical Science, Hamadan, Iran.
3-Assistant Professor, Chronic Diseases (home care) Research Center. Dept. of Mother and Child Health. Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4-Assistant Professor, Research Center for Health Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
5-Fatemieh Hospital, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran.

Received: 11.10.2015 Accepted: 8.12.2015

Abstract

Background: *The exclusive breastfeeding effects on growth and weight gain in infants. This study evaluated the effects of counseling on adherence to exclusive breastfeeding inmothers of late -preterm infants.*
Methods: *This randomized experimental study was recruited 124 mothers of hospitalized late preterm infants in Fatemiyeh Hospital (Hamadan, Iran) during 2014. The participants were randomly allocated to the intervention and control groups. A checklist on lactation performance was completed by both groups. Five daily counseling sessions on lactation were then held for the intervention group. All analyses were performed in SPSS/21 at a significance level of P<0.05.*
Result: *The mean age of mothers was 27.13 ± 0.527 years in the intervention group and 27.19 ± 0.596 years in the control group. While 86 infants (69.4%) were born at 33-35 weeks of gestation, and 38 infants (30.6%) were born at 35 weeks to 36 weeks and six days of gestation. In the one-month follow-up, the two groups had a significant difference in terms of adherence to exclusive breastfeeding, i.e. frequency of breastfeeding and avoiding the use of formula, liquids other than breast milk, and supplements and lactation performance (P < 0.001). Moreover, the infants' mean weight was 2818.62 ± 588.54 and 2422.58 ± 607.175 g in the intervention and control groups, respectively (P<0.001).*
Conclusion: *According to our findings, breastfeeding-related counseling mothers can increase mothers' adherence to exclusive breastfeeding, improve their lactation performance, and enhance weight gain in their late preterm infants. Therefore, lactation counseling sessionsare recommended for mothers of all preterm infants.*

Keywords: *Breast Feeding / Counseling / Infant, Premature*

**Corresponding Author: P. Parsa; Assistant Professor, Chronic Diseases (home care) Research Center. Dept. of Mother and Child Health . Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.*