

The Use of Bristol's tool in lactation Counseling and its Impact on the Breastfeeding Status in Primiparous Mothers Undergone Cesarean Section

Parisa Parsa¹, Raheleh Khodabandelou², Farzaneh Soltani*³, Younes Mohammadi⁴

1. Associate Professor, Ph.D. in Health Society, Chronic Disease (Home Care) Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Ph.D. in reproductive health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor, Faculty of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

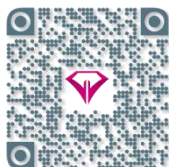
Received: 2019/05/18;
Accepted: 2019/06/06;
Published Online: 2019/08/28



[10.30699/sjhnmf.27.6.424](https://doi.org/10.30699/sjhnmf.27.6.424)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Mothers of cesarean section need more support for breastfeeding. The purpose of this study was to use Bristol's tool for lactation counseling on the breastfeeding status in mothers undergone Cesarean section.

Methods: In this quasi-experimental study, 80 primiparous women after cesarean section in Fatemeh Hospital of Hamedan in year 2018 were selected by available sampling method and assigned to two groups of test (pairs) and control (individual days) (40 persons per group). In two groups, the researcher reviewed the Bristol Breastfeeding checklist, assessed the breastfeeding status, nuchal infant, milk swallowing and infant suction and, based on the need, a breastfeeding counselor was provided in the test group. The counseling was given to the mother during the first 2 hours, 2 days, 10 days and one month after delivery. During this time, the control group received routine care only. The lactation continuity questionnaire was completed for both groups during the four months after delivery.

Results: Two groups had no significant differences in demographic variables ($P > 0.05$). There was a significant difference between the mean duration of lactation during the four months postpartum ($P < 0.001$). The mean of Bristol instrument scores in the first session did not have a significant difference between the two groups, but in the second, third and fourth sessions after delivery, there was a significant difference between the two groups ($P < 0.001$).

Conclusion: The Bristol tool is a good tool for evaluating mothers breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Exclusive breastfeeding, Consultation, Cesarean sections, Delivery

Corresponding Information:

Farzaneh Soltani, Associate Professor, Ph.D. in reproductive health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: farzanehsoltani2008@yahoo.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Parsa P, Khodabaneloo R, Soltani F, Mohamadi Y. The Use of Bristol's tool in lactation Counseling and its Impact on the Breastfeeding Status in Primiparous Mothers Undergone Cesarean Section. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (6) :424-431

استفاده از ابزار بریستول (BBAT) در مشاوره شیردهی و تأثیر آن بر وضعیت شیردهی مادران سزارینی نخست‌زای

پریسا پارسا^۱، راحله خدابنده‌لو^۲، فرزانه سلطانی^{۳*}، یونس محمدی^۴

۱. دانشیار، دکتری تخصصی بهداشت جامعه، مرکز پژوهشات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، مرکز پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. دانشیار، دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. دانشیار، دکتری آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۲/۲۸	
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۶	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۶/۰۶	
نویسنده مسئول:	
فرزانه سلطانی	
دانشیار، دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران	
پست الکترونیک:	
farzanehsoltani2008@yahoo.com	
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	
	

مقدمه: مادران سزارینی برای شیردهی به حمایت بیشتری نیاز دارند. هدف مطالعه حاضر، استفاده از ابزار بریستول در مشاوره شیردهی و تأثیر آن بر وضعیت شیردهی مادران نخست‌زای سزارینی است.

روش کار: در این مطالعه نیمه‌تجربی ۸۰ زن نخست‌زای سزارینی بیمارستان فاطمیة همدان در سال ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به دو گروه آزمون (روزهای زوج) و کنترل (روزهای فرد) تخصیص داده شدند (۴۰ نفر در هر گروه). در دو گروه پژوهشگر با استفاده از چک‌لیست ارزیابی شیردهی بریستول، وضعیت شیردهی، چسبیدن نوزاد به مادر، قورت‌دادن شیر و مکیدن شیرخوار را بررسی کردند و براساس نیاز، مشاوره شیردهی به مادر در گروه آزمون ارائه می‌شد. مشاوره طی دو ساعت اول، ۲ روز، ۱۰ روز و یک ماه پس از زایمان به مادر داده شد. طی این مدت گروه کنترل تنها مراقبت‌های روتین را دریافت می‌کردند. پرسشنامه تداوم شیردهی طی چهار ماه بعد از زایمان برای هر دو گروه تکمیل شد.

یافته‌ها: از نظر متغیرهای دموگرافیک دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$). میانگین نمره تداوم شیردهی طی چهار ماه پس از زایمان تفاوت معنی‌داری بین دو گروه داشت ($P < 0/001$). میانگین نمرات ابزار بریستول در جلسه اول تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نداشت، اما در جلسه دوم، سوم و چهارم پس از زایمان تفاوت معنی‌داری بین دو گروه داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: ابزار بریستول ابزار مناسبی برای ارزیابی شیردهی مادران است.

کلیدواژه‌ها: شیردهی، شیردهی انحصاری، مشاوره، سزارین، زایمان

مقدمه

شیردهی انحصاری در زنان آمریکایی در ابتدای دوره بعد از زایمان ۷۰/۱ درصد است؛ در حالی که در شش‌ماهگی به ۳۳/۲ درصد می‌رسد. این مسئله بیان‌کننده نیاز زنان به حمایت از شیردهی انحصاری از پستان در دوران پس از زایمان است. اقدامات جهانی برای افزایش انتخاب شیر مادر و طولانی‌کردن مدت شیردهی انحصاری مدنظر است، اما هنوز مادران مشکلاتی را گزارش می‌کنند که در دوره بعد از زایمان و در منزل منجر به رهاکردن شیردهی انحصاری آنان می‌شود [۴]. مطالعه‌ای پیمایشی در ایران نشان می‌دهد میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر شش ماه

امروزه اهمیت شیردهی انحصاری به نوزاد در کاهش مرگ‌ومیر نوزادان تأیید شده است [۱]. سازمان جهانی بهداشت، تغذیه انحصاری با شیر مادر را تا شش ماه اول زندگی کودک و ادامه شیردهی را به همراه غذای جامد تا ۲ سالگی به مادران توصیه کرده است که در این راستا، شش ماه اول پس از تولد، مهم‌ترین و بحرانی‌ترین دوره برای رشد و تکامل شیرخوار است [۲]. شیر مادر نه‌تنها میزان بیماری دوره نوزادی (سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت‌های تنفسی، گوارشی و گوش) و کودکی (آلرژی، آسم، چاقی) را کاهش می‌دهد، بلکه میزان سرطان تخمدان و سرطان سینه را در مادر کمتر می‌کند [۳].

بیمارستان‌های دوستدار کودک اضافه شد و ابزار ۵ آیتمی بریستول ساخته شد که براساس آن به شیردهی مادر نمره بدهند. هیچ تفاوتی بین نمرات LATCH و IBFAT در نمرات از ابتدا ۵ روز بعد یا ۸ هفته بعد وجود نداشت، اما نمرات ابزار IBFAT در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته بود ($P=0/02$) که نشان می‌دهد BBAT ابزار حساس‌تری برای ارزیابی شیردهی است [۷]. از آنجا که تاکنون از ابزار بریستول در ایران استفاده نشده است و با توجه به اهمیت شناسایی مشکلات شیردهی، هدف از این پژوهش استفاده از ابزار بریستول (BBAT) در مشاوره شیردهی و تأثیر آن بر وضعیت شیردهی انحصاری و تعداد دفعات آن در مادران نخست‌زای سزارینی بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر نیمه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. ۸۰ نفر از زنان نخست‌زای سزارینی بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۹۷ (۴۰ نفر در هر یک از دو گروه کنترل و آزمون) به روش در دسترس (روزهای زوج در گروه آزمون و روزهای فرد در گروه کنترل) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زایمان به روش سزارین، نخست‌زای بودن، نوزاد ترم و تک‌قلو و عدم منع تغذیه با شیر مادر برای نوزاد بود. تمایل نداشتن مادر به ادامه همکاری، حضور نداشتن مداوم خانم در حداقل در یک جلسه مشاوره و توانایی نداشتن در شیردهی از پستان به تأیید پزشک از معیارهای خروج مطالعه بودند. حجم نمونه که با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۱ درصد و توان مطالعه ۹۰ درصد بود، ۴۰ نفر در هر یک از گروه کنترل و آزمون محاسبه شد. نمونه‌گیری از فروردین تا شهریور ۱۳۹۷ انجام شد. در اولین ملاقات با مادر که طی دو ساعت اول پس از زایمان بود، توضیحاتی درباره موضوع و نحوه انجام پژوهش به مادران داده شد و از آنان برای ورود به پژوهش و پرکردن فرم پرسشنامه، رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. در دو گروه کنترل و آزمون، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به صورت مصاحبه با مادر تکمیل شد. در هر دو گروه، ارزیابی شیردهی مادر براساس ابزار بریستول از سوی پژوهشگر انجام می‌شد. هر دو گروه کنترل و آزمون، قبل از مطالعه از نظر نمرات ارزیابی بریستول تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P=0/1$). با استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی با این ابزار، در گروه آزمون

۲۳/۱ درصد است. در عین حال با تلاش‌های فراوان در کشور پیرامون ترویج تغذیه با شیر مادر، استفاده از شیر خشک در کودکان زیر یک سال به میزان ۹ درصد نزول کرده، اما شاخص میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش‌ماهگی کاهش داشته و به متوسط ۲۸ درصد رسیده است [۵]. در مطالعه‌ای کمی که سودها در برزیل برای ارزیابی الگوی تغذیه نوزادان درباره تغذیه با شیر مادر و تعیین اثربخشی مشاوره در ۳۰ مادر نخست‌زای انجام داد، ابتدا تغذیه نوزادان با استفاده از ابزار بریستول ارزیابی شد. در همین روز مشاوره درباره تغذیه با شیر مادر داده شد. ۷ روز پس از مشاوره، برای ارزیابی اثربخشی مشاوره از مادران پس‌آزمون گرفته شد. نتایج نشان داد، مشاوره مادران نخست‌زای درباره تکنیک تغذیه با شیر مادر موجب بهبود شیردهی آنان می‌شود [۶]. برای ارزیابی شیردهی ابزارهایی نیازمند است تا بتوان نحوه شیردهی را ارزیابی کرد و براساس آن مشاوره کارآمدتری به مادر ارائه داد. یکی از این ابزارها BBAT (Bristol Breastfeeding Assessment Tool) است که شامل ۴ آیتم (وضعیت شیردهی، چسبیدن نوزاد به مادر، قورت‌دادن شیر و مکیدن شیرخوار) است. این ابزار می‌تواند به‌سادگی میزان نیاز مادر به کمک و مشاوره در شیردهی را ارزیابی کند [۷]. عوامل متعددی بر تداوم تغذیه با شیر مادر اثر منفی دارند که یکی از آنها زایمان به روش سزارین است. مادران سزارینی از مادرانی که زایمان طبیعی داشته‌اند، به‌ویژه در وضعیت صحیح شیردادن به شیرخوار خود به کمک و حمایت بیشتری نیاز دارند [۸]. برنامه‌های حمایت از شیردهی به روش‌های مختلفی ارائه می‌شود. یکی از مؤثرترین روش‌ها که به‌وسیله مراقبان بهداشتی در حل مشکل مددجو استفاده می‌شود، مشاوره است [۹]. در مطالعه Ingram و همکاران در سال ۲۰۱۵ در انگلستان، هفت مامای کارشناس شیردهی فاکتورهای ارزیابی شیردهی را درباره ۱۶۰ مادر و نوزاد مورد بحث قرار دادند. نمونه‌ها در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند و نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد. در این مطالعه از دو آیتم قورت‌دادن و راحتی مادر از ابزار LATCH (Latch, Audible) (Swallowing, Type) و یک آیتم مکیدن از ابزار IBFAT (Infant Breast Feeding Assessment Tools) استفاده شد و دو آیتم جدید وضعیت شیردهی و چسبیدن مادر به نوزاد نیز براساس مطالعات مبتنی بر شواهد و قوانین

شیردهی نمرة ۱، شیردهی کمتر از ۸ بار نمرة ۲، شیردهی بین ۸-۱۲ بار نمرة ۳ و بیشتر از ۱۲ بار نمرة ۴ را می‌گرفت. در مجموع دامنه امتیازات تداوم شیردهی از امتیاز ۷ تا ۲۸ است. کسب نمرة ۲۳-۲۸ تداوم شیردهی انحصاری با شیر مادر در نظر گرفته می‌شود. به منظور تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد و پرسشنامه را ده عضو هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان بررسی کردند. به منظور بررسی پایایی ابزار تداوم شیردهی، از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ بدین‌صورت که پژوهشگر آزمون را برای ۱۰ نفر از مادران، دو بار به فاصله یک هفته اجرا کرد و پایایی آن با شاخص $r = 0/72$ به دست آمد.

پس از گردآوری داده‌ها، تلخیص داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی انجام شد. برای توصیف متغیرهای کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. برای مقایسه ویژگی‌های دو گروه از آزمون تی مستقل، تی زوجی و کای‌اسکوئر و آزمون توکی استفاده شد. بررسی نرمالیتی به کمک آزمون کولموگراف- اسمیرونف صورت گرفت که نرمالیتی داده‌ها تأیید شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد و سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش براساس جدول ۱ نشان می‌دهد، دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، شغل و تحصیلات مادران و همسران و میزان درآمد ماهیانه) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. وضعیت شیردهی انحصاری چهارماه پس از زایمان تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P = 0/04$) (جدول ۲).

۹۵ درصد مادران گروه آزمون و ۸۲/۵ درصد مادران گروه کنترل، شیردهی انحصاری با شیر مادر را داشتند. ۲/۵ درصد از مادران گروه آزمون شیردهی ترکیبی با شیرخشک داشتند. ۲/۵ درصد آنان نیز از آب‌قند، آب‌نبات و... استفاده می‌کردند؛ درحالی‌که ۵ درصد مادران گروه کنترل شیرخشک استفاده می‌کردند، ۷/۵ درصد آنان تغذیه ترکیبی داشتند و ۵ درصد آنان از آب‌قند و... استفاده می‌کردند. میانگین نمرة تداوم شیردهی طی ماه‌های اول تا چهارم پس از زایمان، در گروه آزمون و کنترل براساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری داشتند ($P < 0/001$). براساس نمرة کسب‌شده مادران گروه آزمون تا چهار ماه پس از زایمان تداوم شیردهی با شیر مادر داشتند (جدول ۳).

مشاوره‌ای برای تغذیه صحیح نوزاد، وضعیت مادر و نوزاد و وضعیت صحیح شیردهی داده می‌شد. مشاوره شیردهی براساس ابزار بریستول طی چهار جلسه مشاوره فردی چهره به چهره (طی ۲ ساعت اول پس از زایمان، قبل از ترخیص، روز دوم، روز دهم بعد از زایمان و یک ماه بعد از زایمان) صورت گرفت. همچنین جزوه‌های آموزشی شیردهی براساس معیارهای ارزیابی بریستول به کمک پژوهشگر تهیه شده بود و در جلسات مشاوره در اختیار مادران قرار می‌گرفت. سپس با مشاوره و پیگیری تلفنی ۱۰ الی ۱۵ دقیقه‌ای در ماه‌های دوم، سوم و چهارم پس از زایمان وضعیت شیردهی انحصاری مادران و مشکلات شیردهی آنان بررسی شد. گروه کنترل طی این مدت، تنها مراقبت‌های معمول پس از زایمان را بدون دخالت پژوهشگر دریافت می‌کردند و ارزیابی بریستول مشابه گروه آزمون ولی بدون مداخله مشاوره شیردهی انجام می‌شد. همچنین در ماه دوم، سوم و چهارم به‌صورت تلفنی روش شیردهی و دفعات شیردهی از آنان پرسیده و در پرسشنامه ثبت می‌شد. در نهایت دو گروه در چهار ماه پس از زایمان از نظر نمرات بریستول، وضعیت شیردهی انحصاری و تعداد دفعات شیردهی با یکدیگر مقایسه شدند.

همه شرکت‌کنندگان در پژوهش این اختیار را داشتند که در هر مرحله‌ای از پژوهش در صورتی که تمایل به ادامه همکاری نداشتند از مطالعه خارج شوند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، چک‌لیست ابزار ارزیابی شیردهی بریستول، پرسشنامه وضعیت شیردهی انحصاری و تعداد دفعات شیردهی آن بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل ۸ پرسش درباره سن، شغل و میزان تحصیلات مادر و همسر و درآمد خانوار بود. ابزار بریستول شامل ۴ آیتم وضعیت شیردهی، چسبیدن به مادر، مکیدن و قورت‌دادن است که به هر آیتم براساس موارد چک‌لیست امتیاز از صفر (ضعیف)، یک (متوسط) تا دو (خوب) داده می‌شد. محدوده نمرة این چک‌لیست ۰-۸ بود. پژوهشگر براساس نمرة کسب‌شده نحوه شیردهی مادر را با استفاده از ابزار بریستول در دو گروه امتیازبندی می‌کرد و براساس مشکل موجود مشاوره شیردهی در گروه آزمون انجام می‌گرفت. پرسشنامه تداوم شیردهی به‌صورت محقق‌ساخته و شامل ۸ پرسش بود. در پرسش اول، روش شیردهی در پرسش‌های ۲-۶ تأثیر اطرافیان و پیشنهاد آنان برای شیردهی و در پرسش ۷ تعداد دفعات شیردهی در شبانه‌روز پرسیده می‌شد. درباره تعداد دفعات شیردهی و عدم

جدول ۱. توزیع فراوانی و مقایسه مادران دو گروه آزمون و کنترل برحسب متغیرهای دموگرافیک

P value	آماره	میانگین (انحراف معیار)		سطوح متغیر	متغیر
		کنترل تعداد (درصد) N= ۴۰	آزمون تعداد (درصد) N= ۴۰		
۰/۴۴	*۰/۹۸		۲۴/۶۵ (۶/۶۸)	۲۶/۱۰ (۶/۴۵)	سن مادر
			۳۰/۳۵ (۶/۱۷)	۳۱/۴ (۵/۴۴)	سن پدر
۰/۸۰	**۱/۲۵	۳ (۷/۵)	۴ (۱۰)	شاغل	شغل مادر
		۳۷ (۹۲/۵)	۳۶ (۹۰)	خانهدار	
۰/۶۵	**۱/۶۲	۳ (۷/۵)	۴ (۱۰)	کارمند	شغل پدر
		۱۲ (۳۰)	۹ (۲۲/۵)	کارگر	
		۲۵ (۶۲/۵)	۲۷ (۶۷/۵)	آزاد	
		—	—	بیکار	
۰/۳۵	**۲/۲۸	۱۶ (۴۰)	۱۳ (۳۲/۵)	ابتدایی	تحصیلات مادر
		۲۰ (۵۰)	۱۸ (۴۵)	متوسطه	
		۴ (۱۰)	۹ (۲۲/۵)	دانشگاهی	
۰/۳۱	**۲/۰۸	۲۰ (۵۰)	۱۴ (۳۵)	ابتدایی	تحصیلات پدر
		۱۵ (۳۷/۵)	۲۱ (۵۲/۵)	متوسطه	
		۵ (۱۲/۵)	۵ (۱۲/۵)	دانشگاهی	
۰/۵۸	**۱/۳۴	۳ (۷/۵)	۲ (۵)	<۷۰۰ هزار تومان	درآمد خانوار
		۱۷ (۴۲/۵)	۱۳ (۳۲/۵)	۷۰۰ – ۹۰۰ هزار تومان	
		۲۰ (۵۰)	۲۵ (۶۲/۵)	>۱ میلیون تومان	

*Independent t-test

** Chi-square test

جدول ۲. مقایسه وضعیت شیردهی مادران طی چهار ماه پس از زایمان در دو گروه کنترل و آزمون

P value	آماره کای دو	گروه			روش شیردهی
		کل	کنترل	آزمون	
۰/۰۴	۷/۱	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	شیردهی انحصاری
		۷۱ (۸۸/۷۵)	۳۳ (۸۲/۵)	۳۸ (۹۵)	
		۲ (۲/۵)	۲ (۵)	۰ (۰)	شیر خشک
		۴ (۵)	۳ (۷/۵)	۱ (۲/۵)	شیر مادر و شیر خشک
		۳ (۳/۷۵)	۲ (۵)	۱ (۲/۵)	آب‌قند و...
		۸۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	کل

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره تداوم شیردهی مادران طی چهار ماه پس از زایمان در دو گروه کنترل و آزمون

P value	آماره t	گروه		متغیر
		کنترل (انحراف معیار) میانگین	آزمون (انحراف معیار) میانگین	
<۰/۰۰۱	۶/۷۸	۲۶/۶۲ (۳/۱)	۲۶/۲۵ (۱/۴)	نمره تداوم شیردهی یک ماه پس از زایمان
<۰/۰۰۱	۶/۸۷	۲۲/۵۵ (۲/۹)	۲۶/۱۷ (۱/۵)	نمره تداوم شیردهی دو ماه پس از زایمان
<۰/۰۰۱	۵/۲۶	۲۲/۱۲ (۲/۷)	۲۵/۷ (۳/۲)	نمره تداوم شیردهی سه ماه پس از زایمان
<۰/۰۰۱	۶/۲۸	۲۱/۸۷ (۲/۲)	۲۵/۸۷ (۳/۳)	نمره تداوم شیردهی چهار ماه پس از زایمان

۵/۲۳، در جلسه سوم ۵/۸ و در جلسه چهارم ۶/۲ است؛ بنابراین دو گروه در جلسه اول تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره بریستول نداشتند، اما در جلسه دوم، سوم و چهارم این تفاوت معنی‌دار شد ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۴).

براساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۴، میانگین نمره چهار آیتم ابزار بریستول در گروه آزمون در جلسه اول ۵/۰۲، در جلسه دوم ۶/۰۱، در جلسه سوم ۷/۵۵ و در جلسه چهارم ۷/۹۷ است؛ در حالی‌که در گروه کنترل در جلسه اول ۴/۹۹، در جلسه دوم

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره کل ابزار بریستول در چهار جلسه مشاوره در دو گروه

P value	آماره t	جلسه مشاوره	
		کنترل (انحراف معیار) میانگین	آزمون (انحراف معیار) میانگین
$P = ۰/۱$	۱/۷۵	۴/۹۹ (۱/۶۲)	۵/۰۲ (۱/۶۲)
$P < ۰/۰۰۱$	۵/۲	۵/۲۳ (۱/۶۲)	۶/۰۱ (۱/۰۷)
$P < ۰/۰۰۱$	۳/۷	۵/۸ (۱/۶۲)	۷/۵۵ (۰/۴۳)
$P < ۰/۰۰۱$	۴/۶	۶/۰۲ (۱/۶۲)	۷/۹۷ (۰/۵۳)

[۱۲]. در این پژوهش، مقایسه وضعیت شیردهی انحصاری با شیر مادر در مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده برای زایمان سزارین بعد از مشاوره در دو گروه کنترل و آزمون در چهارماهگی نشان داد، دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند و استفاده از ابزار بریستول در مشاوره شیردهی بر وضعیت شیردهی انحصاری مؤثر است. در این خصوص، Bahri و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش شیردهی به روش کارگاهی می‌تواند آگاهی بالاتر، باورهای بهداشتی مطلوب‌تر و رفتار شیردهی صحیح‌تری را پس از زایمان نسبت به افراد استفاده‌کننده از بوکت دارد که با مطالعه فعلی که آموزش به‌صورت حضوری بود نتایج مشابهی دارد [۱۳]. Dehkordi و همکاران به این نتیجه رسیدند مشاوره تلفنی بر طول مدت شیردهی انحصاری تأثیر معنی‌داری دارد [۱۴]. در بررسی نتایج ابزار بریستول در گروه آزمون، میانگین نمرات در جلسه دوم بهتر از جلسه اول بود. میانگین جلسه سوم نسبت به جلسه اول و دوم بیشتر بود و افزایش چشمگیری داشت، اما

بحث

هدف این مطالعه استفاده از ابزار بریستول (BBAT) در مشاوره شیردهی و تأثیر آن بر وضعیت شیردهی انحصاری و تعداد دفعات آن در مادران نخست‌زای سزارینی است. نتایج نشان می‌دهد پس از مشاوره، تفاوت معنی‌داری در شیردهی انحصاری مادران وجود دارد. Saba و همکاران در پژوهش خود دریافتند آموزش حضوری و چهره به چهره در افزایش آگاهی مادران و افزایش عملکرد آن‌ها در شیردهی به فرزندان مؤثر است [۱۰]. Arzani و همکاران استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند اورهد، فیلم آموزشی، تصاویر و جزوه را در امر آموزش شیردهی مؤثر در سال ۲۰۰۸ گزارش کردند [۱۱]. Peyman و Shishegar نتیجه گرفتند برنامه‌های مستقیم و مستمر آموزشی شیر مادر در ارتقای میزان آگاهی مادران بسیار مؤثر است، اما عملکرد مادران در گروه زایمان طبیعی بهتر از عملکرد مادران سزارینی است ($P < ۰/۰۵$)

نتیجه گیری

مادران سزایینی برای شیردهی به حمایت بیشتری نیاز دارند. زنان نخست‌زا برای تغذیه انحصاری با شیر مادر به دلیل نداشتن تجربه کافی با مشکلات بیشتری مواجه خواهند بود. از آنجا که ماماها از اولین افرادی هستند که پس از زایمان در ارتباط با مادر قرار می‌گیرند و مشاوره شیردهی بعد از زایمان را بر عهده دارند، بنا بر نتایج مطالعه حاضر، ابزار ارزیابی شیردهی بریستول می‌تواند ابزار مناسبی برای ارزیابی شیردهی مادر توسط ماماها باشد و از آن جهت شناسایی مشکلات شیردهی مادران و انجام مشاوره شیردهی مناسب استفاده کرد.

سیاسگزاری

کد کارآزمایی بالینی این پژوهش IRCT2017041810426N16 و کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1396.66 است. پژوهشگران این طرح مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری صمیمانه مادران و کارکنان محترم بیمارستان فاطمیه همدان و همچنین دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت حمایت مالی این پژوهش اعلام می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

بین میانگین نمره جلسه چهارم و سوم تفاوت معنی‌داری دیده نشد که این امر بیانگر وضعیت تثبیت شیردهی است. همچنین میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمون در جلسه اول مشاوره تفاوت معنی‌داری نداشت، اما در جلسه دوم، سوم و چهارم این تفاوت معنی‌دار بود که این می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر مشاوره شیردهی بر بهبود نحوه شیردهی مادران باشد. Ingram و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند. میانگین نمره ابزار بریستول ۱۰ روز پس از زایمان مادران به حد مطلوب می‌رسد و پس از آن شیردهی موفق مادر به کودک برقرار می‌شود [۹]. در مطالعه دیگری که سودها در سال ۲۰۱۷ برای ارزیابی الگوی تغذیه نوزادان در مورد تغذیه با شیر مادر و تعیین اثربخشی مشاوره در ۳۰ مادر نخست‌زا انجام داد ابتدا تغذیه نوزادان با استفاده از ابزار بریستول ارزیابی شد. در همین روز مشاوره در مورد تغذیه با شیر مادر داده شد. ۷ روز پس از مشاوره، برای ارزیابی اثربخشی مشاوره از مادران پس‌آزمون گرفته شد. نتایج نشان داد که مشاوره مادران نخست‌زا در مورد تکنیک تغذیه با شیر مادر موجب بهبود شیردهی آنان می‌شود که با مطالعه ما هم‌راستا است [۸]. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام این مطالعه تنها در یک مرکز درمانی اشاره کرد که به دلیل محدودیت مراکز زایمان دولتی در شهر همدان است. از طرف دیگر تعداد محدود نمونه می‌تواند از عمومیت نتایج این مطالعه بکاهد. از طرف دیگر، پیگیری طولانی‌مدت بیشتر از ۴ ماه پس از زایمان به دلیل محدودیت منابع مالی در این پژوهش مقدور نبود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با تعداد نمونه بیشتر، مراکز زایمانی بیشتر و مدت پیگیری طولانی‌تر انجام شوند.

References

1. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.
2. Veghari G, Mansourian A, Abdollahi A. Breastfeeding status and some related factors in northern Iran. *Oman medical journal*. 2011 Sep;26(5):342. [DOI:10.5001/omj.2011.84] [PMID] [PMCID]
3. Morowatisharifabad M, Hajizadeh H, Akhavan Karbasi S, Fallahzadeh H. Study of the status of 6-12 months children exclusive breast-fed up to six months and its related factors in the urban health care centers of Ardakan city. *Toloobehdasht*. 2013 Dec 10;12(3):84-94.
4. O'Lunaigh P, Carlson C. *Midwifery and Public Health E-Book: Future Directions and New Opportunities*. Elsevier Health Sciences; 2005 Jun 15.
5. Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *International breastfeeding journal*. 2009 Dec;4(1):8. [DOI:10.1186/1746-4358-4-8] [PMID] [PMCID]
6. Sudha MB. A Study to Assess the Feeding Pattern of Infants Regarding Breast Feeding and To Determine the Effectiveness of Counselling Among Primi Para Mothers in Selected Hospitals at Puducherry. *International Journal of Current Trends in Science and Technology*. 2017;7(10):20171-5.
7. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast

- feeding self-efficacy. *Midwifery*. 2015 Jan 1;31(1):132-7. [[DOI:10.1016/j.midw.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.001)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
8. Sakkaki M, Khaikhah M. Promotion of exclusive breastfeeding: Teaching good positioning and support from fathers and families. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013;10(6):824-31.
 9. Badger T, Segrin C, Meek P, Lopez AM, Bonham E, Sieger A. Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life. In *Oncology nursing forum* 2005 Mar 1 (Vol. 32, No. 2). [[DOI:10.1188/05.ONF.273-279](https://doi.org/10.1188/05.ONF.273-279)] [[PMID](#)]
 10. Saba MS, Bazmamoun H, Razavi Z. Comparison of face to face education with other methods to pregnant mothers in increase exclusive breast feeding. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2005 Dec 15;12(3):42-7.
 11. Arzani AF, Kermanshahi S, Zahedpasha Y. The effect of educational intervention on continuous breast feeding in low birth weight infants. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2008 Aug 10;12(2):69-75.
 12. Peyman A, Shishegar F. Comparison effect of breast feeding education on knowledge and function of cesarean and normal vaginal delivery mothers. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2007;5(4):53-63.
 13. Bahri N, Bagheri S, Erfani M, Rahmani R, Tolidehi H. The comparison of workshop-training and booklet-offering on knowledge, health beliefs and behavior of breastfeeding after delivery. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(32):14-22.
 14. Dehkordi ZR, Raei M, Shirazi MG, Dehkordi SA, Mirmohammadali M. Effect of telephone counseling on continuity and duration of breastfeeding among primiparus women. *Hayat*. 2012;18(2).