

مقایسه الگوی شیردهی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین

شهناز کریمی^{۱*}، مجید نجفی کلیانی^۲، محمدمهدی نقی زاده^۳، دکتر فرهود نکویی^۴، مژگان کمالی^۵

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۳. کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۴. استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۳/۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۶/۲۹

خلاصه

مقدمه: تغذیه با شیر مادر یکی از فاکتورهای اصلی در سلامتی و بقاء نوزادان است. با توجه به نوع زایمان مادر الگوی تغذیه با شیر نوزادان ممکن است متفاوت باشد. هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه الگوی شیردهی پس از زایمان طبیعی و سزارین در مادران بود.

روش کار: این پژوهش مقطعی مقایسه ای در سال ۱۳۸۸ در مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی فسا روی ۱۹۷ مادر پس از زایمان انجام شد. پس از انتخاب هدفمند نمونه ها، الگوی شیردهی آنان با استفاده از سیستم چارت شیردهی لیچ (LATCH) به صورت مشاهده ای مورد بررسی قرار گرفت. داده ها پس از جمع آوری با کمک نرم افزار SPSS (نسخه ۱۵) و با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، من ویتنی و کای دو تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سن حاملگی در گروه سزارین $38/8 \pm 1/7$ هفته و در گروه زایمان طبیعی $39/5 \pm 1/0$ هفته بود ($p=0/004$). بین دو گروه از نظر جنسیت نوزاد و وزن هنگام تولد اختلاف معنی داری وجود نداشت. امتیاز الگوی شیر دهی در مادران گروه سزارین ($8 \pm 1/5$) و بیشتر از امتیاز مادران گروه زایمان طبیعی ($9/3 \pm 0/8$) بود ($p=0/001$).

نتیجه گیری: روش زایمان با رفتار شیردهی ارتباط دارد و مادران سزارین شده در مقایسه با گروه زایمان طبیعی نیاز به حمایت حرفه ای بیشتر و کمک در شیردهی در روزهای اول بعد از تولد فرزند دارند. بررسی الگوی شیردهی مادران می تواند در تعیین مشکلات شیردهی و برنامه ریزی برای انجام مداخلات پرستاری مناسب به کار گرفته شود.

کلمات کلیدی: الگوی شیردهی، تغذیه با شیر، سزارین، زایمان طبیعی

* نویسنده مسئول مکاتبات: شهناز کریمی؛ گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران. همراه: ۰۹۱۷۳۳۱۰۴۵۷
پست الکترونیک: shahkar20022002@yahoo.com

مقدمه

شیر مادر از بین تمامی متغیرهای واسطه‌ای مهم، نقش حیاتی در تعیین سلامتی و بقاء کودک دارد. شیر مادر حاوی مواد غذایی متعدد و عوامل ضد میکروبی از جمله ماکروفاژها، لنفوسیت‌ها و فاکتورهای ضد استرپتوکوک است که نوزاد را در برابر عفونت‌های ویروسی و باکتریایی محافظت می‌کند (۱).

امروزه در ایالات متحده آمریکا، تقریباً ۷۳ درصد مادران جوان در طی دوره پس از زایمان هر چه سریع‌تر شیردهی را شروع می‌کنند (۲) و در راهنمای بخش اطفال این بیمارستان‌ها چنین وضع شده است که ترخیص اولیه نوزاد باید زمانی صورت گیرد که دست کم دو بار تغذیه موفق انجام شده باشد و شیرخوار قادر به هماهنگی مکیدن، بلعیدن و تنفس طی تغذیه با شیر مادر باشد (۳). انتقال ناکافی شیر مادر به یک شیرخوار رسیده و سالم می‌تواند منجر به افزایش بیلی روبین خون، دهیدراتاسیون و کاهش وزن شود (۴).

با وجود مزایای شناخته شده شیردهی برای مادر و شیرخوار، عوامل مختلفی می‌توانند بر تصمیم مادر در شروع شیردهی و ادامه آن تأثیر داشته باشند. از جمله این موارد می‌توان به عواملی از قبیل دانش مادر در مورد مزایای شیردهی، سیستم‌های حمایتی، وضعیت اقتصادی- فرهنگی و اجتماعی مادر و آموزش کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی اشاره کرد (۵). روش زایمان نیز به عنوان یکی از این عوامل مطرح است. سزارین به عنوان یک روش زایمان امروزه به سرعت در ایالات متحده و سایر کشورها در حال افزایش است، چنانچه از سال ۱۹۹۶ افزایشی بیش از ۴۰ درصد داشته است (۶) که یکی از دلایل آن افزایش تعداد درخواست مادران برای عمل سزارین بوده است (۷). خطرات سزارین در شیرخواران مشتمل بر افزایش بیماری و مرگ و میر، افزایش خطر بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، افزایش خطر مشکلات تنفسی، تأخیر در ارتباط مادر شیرخوار و تأخیر در شروع شیردهی هستند (۸). شیرخواران متولد شده به روش سزارین تأخیر معنی‌داری در شروع تغذیه با شیر مادر دارند (۹،۱۰). دوی و همکاران در سال ۱۹۹۹ در کشور آمریکا گزارش نموده-

اند شیرخواران متولد شده از راه سزارین رفتارهای تغذیه‌ای کمتر از حد استاندارد و کاهش وزن بیش از حد دارند و در مادران آنها شروع تولید شیر تا ۴ الی ۶ روز به تأخیر می‌افتد (۱۱). یکی از موارد مهم و تأثیرگذار در تغذیه نوزادان، الگوی شیردهی آنان است. الگوی شیردهی مادران در جوامع مختلف متفاوت است که ریشه‌های آن را در پاره‌ای از مسائل اجتماعی، فرهنگی و عوامل مرتبط با روش زایمان باید جستجو کرد. توجه و رفع مشکلات نوزادان و مادران در الگوی شیردهی و تغذیه سبب تسهیل تغذیه نوزادان می‌شود (۱۰، ۱۱).

در شهرستان فسا در ایران بررسی آمار ماهیانه تولدها نشان داده است که در حدود دو سوم زایمان‌ها به صورت سزارین است (۱۲) و مادران بعد از زایمان طبیعی ۲۴ ساعت و بعد از سزارین ۴۸ ساعت بستری هستند. مسلماً مسئولیت حمایت و تشویق مادر در امر شیردهی در این مدت بر دوش تیم درمان به ویژه پرستار است؛ چرا که هرگونه تأخیر در شروع شیردهی، محروم کردن نوزاد از آغوش مادر و ترکیبات موجود در شیر است.

اسلامی و همکاران (۱۳۸۷) مطالعه‌ای را با هدف رابطه نوع زایمان بر موفقیت تغذیه با شیر مادر انجام دادند که نتایج به‌دست آمده نشان داد مادران سزارین شده در مقایسه با مادران با زایمان طبیعی از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر و طول مدت تغذیه کمتر موفق بودند (۱۳).

نتایج حاصل از مطالعه پارسای و همکاران در سال ۱۳۸۳ با هدف مقایسه الگوی شیردهی مادران سزارینی و مادران با زایمان طبیعی، نشان داد که هیچ تفاوت معنی‌داری از نظر آماری در الگوی شیردهی، تغذیه بار اول و دفعات شیردهی در مادران دو گروه وجود ندارد (۱۴).

کاک مک و همکارانش در سال ۲۰۰۷ در مطالعه‌ای روی ۲۰۰ مادر سزارینی و زایمان طبیعی در کشور ترکیه با هدف بررسی الگوی شیردهی با استفاده از سیستم چارت شیردهی، به این نتیجه رسیدند که تفاوت معنی‌داری از نظر آماری بین جلسات اول، دوم و سوم شیردهی بین گروه مادران سزارینی و مادران با زایمان طبیعی وجود داشته است (۱۰).

با وجود مطالعات در زمینه شیردهی، مطالعات در زمینه موفقیت شیردهی با توجه به روش زایمانی در کشور ایران محدود است. از طرف دیگر با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی کشورمان با کشورهای خارجی، مطالعات انجام شده در خارج از ایران از نظر تعمیم-پذیری دارای محدودیت هستند. با توجه به شیوع سزارین، اهمیت شروع هر چه سریع‌تر شیردهی و محدود بودن مطالعات در این زمینه، این مطالعه به منظور بررسی و مقایسه الگوی شیردهی پس از زایمان طبیعی و سزارین انجام شد. با استفاده از نتایج به‌دست آمده در مورد الگوی شیردهی در دو نوع زایمان طبیعی و سزارین می‌توان مشکلات زنان را پس از زایمان به موقع شناسایی کرده و در جهت حل آنها و حمایت از مادران در امر شیردهی اقدامات مناسب به‌عمل آورد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش مقطعی از نوع مقایسه‌ای و مشاهده‌ای است که در سال ۱۳۸۸ در مرکز آموزشی-درمانی حضرت ولی عصر (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن هنگام زایمان، سکونت در شهرستان فسا یا حومه، سن رحمی حداقل ۳۷ هفته بر اساس مدارک پزشکی تایید شده، عدم ابتلا به مشکلات دوران بارداری در مادران، آپگار حداقل ۸ در دقیقه پنج، عدم ابتلا به بیماری یا ناهنجاری در بدو تولد و داشتن توانایی تغذیه با شیر مادر در نوزادان بود. حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی (۱۰) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد ۱۹۷ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت در دسترس بود. با توجه به تعداد زایمان‌های انجام شده در بیمارستان، در روزهای زوج هفته همه افرادی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند وارد مطالعه شدند. پس از توضیح هدف از انجام مطالعه و دادن آگاهی به مادران و گرفتن رضایت کتبی آگاهانه از داوطلبان شرکت در مطالعه، الگوی شیردهی آنان توسط یک نفر پرستار آموزش دیده مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات فردی (سن، تعداد زایمان، سابقه سزارین و اطلاعات نوزاد)، مقیاس الگوی شیردهی و مشاهده مستقیم توسط پرستار آموزش دیده بود. در این مطالعه به منظور بررسی الگوی شیردهی از سیستم چارت شیردهی (LATCH) استفاده شد، که تکمیل آن به روش مشاهده مستقیم انجام شد. این ابزار اولین بار در سال ۱۹۹۴ انتشار یافت و از آن برای شناسایی نیاز به مداخلات مورد نیاز در ارتباط با شیردهی استفاده می‌شود (۵، ۱۰). نحوه امتیازدهی چارت شیردهی بر اساس سیستم نمره‌گذاری آپگار است و مجموع نمرات در آن از صفر تا ۱۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۰ بر اساس سیستم چارت شیردهی، دلیل بر نیاز مادر به حمایت بیشتر در هنگام شیردهی است. سیستم امتیازدهی LATCH حاوی ۵ جزء است که شامل نحوه پستان گرفتن شیر خوار، بلع صدادار، نوع نوک پستان مادر، وضعیت پستان مادر و وضعیت نگهداشتن شیرخوار هنگام شیردهی بوده و هر جزء با نمرات ۰-۱-۲ (ضعیف، نسبتاً خوب، خوب) تعیین می‌شود (۵، ۱۵، ۱۶).

روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و تایید شده است (۱۰، ۱۵، ۱۶). به-منظور بررسی روایی پرسشنامه در این مطالعه، ابتدا پرسشنامه از انگلیسی به فارسی ترجمه شد و پس از اصلاحات توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و توسط فرد متخصص در زمینه زبان انگلیسی با اصل آن تطبیق داده شد. به منظور بررسی پایایی، این پرسشنامه روی ۲۰ نفر از مادران بررسی و با استفاده از ضریب پایایی آلفای کرونباخ پایایی آن ($\alpha = 0.711$) محاسبه شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با کمک نرم افزار SPSS (نسخه ۱۵) و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، من ویتنی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه از مجموع ۱۹۷ داوطلب شرکت کننده، ۱۴۲ نفر در گروه سزارین و ۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۰۶ نفر (۵۳/۲٪) از مادران شرکت کننده سن کمتر از ۲۵ سال، ۸۵ نفر

(۴۲/۹٪) سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال و ۵ نفر (۲/۹٪) سن بالاتر از ۳۵ سال داشتند. از نظر سطح تحصیلات ۱۰۸ نفر (۵۴/۸٪) تحصیلات دیپلم و بالاتر و ۸۹ نفر (۴۵/۲٪) تحصیلات زیر دیپلم داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی مادران و نوزادان در مقایسه الگوی شیردهی در زنان با زایمان طبیعی و

		سزارین			
معنی‌داری	طبیعی (۵۵ نفر) تعداد (درصد)	سزارین (۱۴۲ نفر) تعداد (درصد)			
			کمتر از ۲۵		
۰/۰۶۵	۳۵ (۶۳/۶)	۷۱ (۵۰/۰)	۲۵ تا ۳۵	سن (سال)	
	۱۷ (۳۰/۹)	۶۸ (۴۷/۹)	۳۵ و بیشتر		
	۳ (۵/۵)	۳ (۲/۱)			
	۷ (۱۲/۷)	۱۸ (۱۲/۷)	ابتدایی	تحصیلات	
۰/۰۷۹	۲۳ (۴۱/۸)	۴۱ (۲۸/۹)	راه‌نمایی		
	۲۱ (۳۸/۲)	۵۲ (۳۶/۶)	دیپلم		
	۴ (۷/۳)	۳۱ (۲۱/۸)	عالی		
	۲۷ (۴۹/۱)	۷۹ (۵۶)	یک	تعداد فرزند	
۰/۵۲۷	۲۱ (۳۸/۲)	۴۲ (۲۹/۸)	دو		
	۷ (۱۲/۷)	۲۰ (۱۴/۲)	سه و بیشتر		
	۳۰ (۵۴/۵)	۸۸ (۶۲)	شهر	محل سکونت	
۰/۳۴۰	۲۵ (۴۵/۵)	۵۴ (۳۸)	روستا		
	۵۲ (۹۴/۵)	۱۳۵ (۹۵/۱)	خانه دار	وضعیت اشتغال	
۰/۱۸۸۰	۳ (۵/۵)	۷ (۴/۹)	شاغل		
	۲۴ (۴۳/۶)	۷۲ (۵۰/۷)	اول	رتبه حاملگی	
۰/۶۲۱	۱۹ (۳۴/۵)	۴۰ (۲۸/۲)	دوم		
	۱۲ (۲۱/۸)	۳۰ (۲۱/۱)	سوم و بیشتر		
	۲۶ (۵۰)	۵۹ (۴۲/۴)	دارد	سزارین قبلی	
۰/۳۵۰	۲۶ (۵۰)	۸۰ (۵۷/۶)	ندارد		
	۲۵ (۵۲/۱)	۴۷ (۳۷/۳)	دارد	تجربه شیردهی	
۰/۱۰۶	۳۰ (۴۷/۹)	۹۵ (۶۲/۷)	ندارد		
	۲۸ (۵۰/۹)	۶۸ (۴۷/۹)	مذکر	جنسیت نوزاد	
۰/۷۰۳	۲۷ (۴۹/۱)	۷۴ (۵۲/۱)	مونث		
	۰ (۰/۰)	۵ (۳/۵)	کمتر از ۲۵۰۰	وزن	
	۱۹ (۳۴/۵)	۵۲ (۳۶/۶)	۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰		
۰/۴۴۰	۲۸ (۵۰/۹)	۶۴ (۴۵/۱)	۳۵۰۰ تا ۳۰۰۰		
	۶ (۱۰/۹)	۱۷ (۱۲/۰)	۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰		
	۲ (۳/۶)	۴ (۲/۸)	بیشتر از ۴۰۰۰		

مشخصات فردی مادران

مشخصات جمعیت‌شناختی نوزادان

در بررسی دو گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف معنی‌دار آماری از نظر سن ($p=0/065$) و سطح تحصيلات ($p=0/079$) دیده نشد.

۹۷ نفر ($49/2\%$) از مادران مورد بررسی حاملگی اول و بقیه ($50/8\%$) حاملگی دوم به بعد را تجربه می‌کردند. $36/5\%$ از مادران در مطالعه تجربه شیردهی داشتند. بین دو گروه زایمان طبیعی و زایمان سزارین از نظر رتبه حاملگی ($p=0/621$) و تجربه شیردهی ($p=0/106$) اختلاف معنی‌داری از نظر آماری وجود نداشت. میانگین سن حاملگی در گروه سزارین $38/8 \pm 1/7$ هفته و در گروه زایمان طبیعی $39/5 \pm 1/0$ هفته بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/004$). کمترین سن

حاملگی در دو گروه ۳۷ هفته و بیشترین سن حاملگی در دو گروه ۴۰ هفته بود. در ارتباط با مشخصات شیرخوار ۹۶ نفر ($48/7\%$) مذکر و ۱۰۱ نفر ($51/3\%$) مونث بودند. بین دو گروه از نظر جنسیت نوزاد ($p=0/703$) و وزن هنگام تولد ($p=0/440$) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱).

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲ مادران گروه زایمان طبیعی فرزند خود را به طرز معنی‌داری زودتر از مادران گروه سزارین در آغوش می‌گرفتند ($p=0/001$). همچنین مادران با زایمان طبیعی شیردهی خود را زودتر از مادران سزارینی شروع می‌نمودند ($p=0/001$).

جدول ۲- مقایسه زمان‌های در آغوش گرفتن و شیردهی در در مقایسه الگوی شیردهی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین

p-value	سزارین (۱۴۲ نفر)	طبیعی (۵۵ نفر)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
	زمان اولین بار در آغوش گرفتن:	
	۲ (۱/۴)	۳۵ (۶۳/۶)
۰/۰۰۱	۵۶ (۳۹/۴)	۱۰ (۱۸/۲)
	۴۵ (۳۱/۷)	۸ (۱۴/۵)
	۳۹ (۲۷/۵)	۲ (۳/۶)
	زمان اولین شیر دهی:	
	۴۶ (۳۲/۴)	۴۱ (۷۴/۵)
۰/۰۰۱	۴۸ (۳۳/۸)	۱۱ (۲۰/۰)
	۱۹ (۱۳/۴)	۱ (۱/۸)
	۲۹ (۲۰/۴)	۲ (۳/۶)

سزارین بود ($p=0/001$). بررسی زیر مقیاس‌های الگوی شیردهی نیز چنین روندی را نشان داد (جدول ۳).

امتیاز الگوی شیردهی در مادران گروه سزارین $8/0 \pm 1/5$ و در مادران گروه زایمان طبیعی $9/3 \pm 0/8$ بود که این امتیاز در مادران گروه طبیعی بیشتر از گروه

جدول ۳- مقایسه امتیاز الگوی شیردهی بر اساس معیار (LATCH) در مقایسه زنان با

زایمان طبیعی و سزارین

p-value	سزارین (۱۴۲ نفر)	طبیعی (۵۵ نفر)
	(انحراف معیار \pm میانگین)	(انحراف معیار \pm میانگین)
۰/۰۳۴	$1/54 \pm 0/164$	$1/76 \pm 0/143$
۰/۰۱۰	$1/78 \pm 0/151$	$1/96 \pm 0/119$
۰/۰۱۹	$1/77 \pm 0/150$	$1/93 \pm 0/133$
۰/۶۹۰	$1/97 \pm 0/117$	$1/98 \pm 0/113$
$<0/001$	$0/96 \pm 0/159$	$1/71 \pm 0/153$
$<0/001$	$8/04 \pm 1/53$	$9/35 \pm 0/84$

صورت شروع تغذیه با شیر مادر دو ساعت بعد از تولد داشتند (۱۳). در مطالعه حاضر نیز درصد بیشتری از مادران گروه سزارین، شیردهی به نوزاد را با تاخیر شروع کرده بودند. گونگور و همکاران (۱۷) ۲۰۰۴ در کشور ترکیه نشان دادند که مادران سزارینی مشکلات متعددی نظیر احساس خستگی، بی خوابی و مشکلات شیردهی را تجربه می کنند که بر هر دو فرایند بهبودی خودشان و نیز مراقبت از فرزندشان تاثیر می گذارد.

اینسه (۱۸) در مطالعه خود در سال ۱۹۹۸ در کشور ترکیه نشان داد که مادران با زایمان طبیعی نمره شیردهی بالاتری نسبت به مادران سزارینی دارند. در ارزیابی ملاک های مختلف در سیستم چارت شیردهی لچ نشان داده شد که مادران سزارینی نیاز به حمایت بیشتری دارند (۱۸). مسلما در زایمان به روش سزارین مادر بیماری است که به واسطه عمل جراحی خطرات و مشکلاتی را به همراه خواهد داشت (۱۹). اگر ارتباط مادر و کودک نتواند به زودی پس از تولد به دلایل مختلف اتفاق بیافتد، این موضوع اثر نامطلوب بر مراقبت فیزیکی که مادر باید از کودک به عمل آورد و نیز ارتباط کودک با دیگران خواهد داشت (۱۵). زایمان به روش سزارین می تواند اثر نامطلوب بر ارتباط عاطفی مادر و نوزاد بگذارد و به عنوان یک مانع در ارتباط مثبت مادر و کودک عمل نماید (۲۰).

مطالعه اینسه (۱۸) همچنین نشان داد در حدود نیمی از مادران سزارین شده قبل از ۱۲ ساعت نتوانسته اند نوزاد خود را به منظور شیردهی در آغوش نگاهدارند. این مادران به دلیل درد و ناراحتی ناشی از جراحی قادر نبودند در هنگام شیردهی در وضعیت رضایت بخشی قرار گیرند؛ به علاوه بدلیل اثر داروی بیهوشی تمایل به شروع شیردهی در زمان دیرتری داشتند (۱۸، ۲۱).

با توجه به تفاوت الگوی شیردهی بین دو گروه و پایین تر بودن امتیاز الگوی شیردهی در مادران سزارین شده، می توان چنین گفت که وجود درد و ناراحتی های پس از عمل جراحی در کنار مصرف داروی بیهوشی به عنوان عوامل مرتبط با جراحی، ایجاد نشدن تعادل هورمونی که پس از زایمان طبیعی اتفاق می افتد و عدم برقراری ارتباط عاطفی کافی بین مادر و نوزاد سبب این

در زیر مقیاس های نحوه گرفتن پستان توسط شیرخوار ($p=0/034$)، بلع صدادار ($p=0/01$) و نوع نوک پستان ($p=0/019$) امتیاز چارت شیردهی در مادران گروه زایمان طبیعی بیشتر از مادران گروه سزارین بود. بیشترین اختلاف نیز در مقیاس نحوه نگهداشتن نوزاد مشاهده شد ($p=0/001$). امتیاز مربوط به زیر مقیاس وضعیت پستان در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/690$).

بحث

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که بین الگوی شیردهی در زایمان طبیعی و سزارین اختلاف معنی داری وجود دارد. پایین تر بودن امتیاز الگوی شیردهی در گروه مادران سزارین نشان دهنده این است که این افراد در زمان بستری در بیمارستان و برای شروع شیردهی نیاز به حمایت بیشتری به ویژه در زمینه نحوه نگهداشتن نوزاد دارند. این یافته با نتایج به دست آمده از مطالعات دیگر مطابقت دارد. در مطالعه انجام شده توسط کاک مک و همکاران (۱۰) ۲۰۰۷ در کشور ترکیه در زمینه مقایسه الگوی شیردهی پس از زایمان طبیعی و سزارین با استفاده از سیستم چارت شیردهی لچ، نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین الگوی شیردهی در مادران سزارینی با زایمان طبیعی وجود دارد. در حالی که در مطالعه پارسای و همکاران در سال ۱۳۸۳ الگوی شیردهی مادران گروه زایمان سزارین و طبیعی تفاوت معنی داری نداشت. هرچند در همین مطالعه میانگین زمان شروع شیردهی در گروه زایمان طبیعی کمتر از گروه سزارین بود (۱۴). با توجه به عدم مشابهت نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه پارسای و همکاران (۱۴) می توان چنین نتیجه گیری کرد که ابزار مورد استفاده در این تحقیق و تفاوت ناشی از اختلاف بیماران، دلیل این تفاوت است. یافته ها در مطالعه اسلامی و همکاران (۱۳) در سال ۱۳۸۷ نشان داد که شیردهی در طی ساعت اول پس از زایمان با اختلاف معنی داری در زایمان طبیعی بیش از موارد سزارین همراه است (۸۲ درصد در برابر ۳۸ درصد). همچنین ۵٪ از مادران با زایمان طبیعی و ۲۳٪ از مادران با زایمان سزارین تاخیر در شیردهی به

اختلاف شده‌اند (۹،۱۰). علاوه بر این در برخی تحقیقات، افسردگی رفتاری-عصبی ناشی از مصرف ضد دردها به منظور تسکین درد در سزارین به عنوان علت تاخیر در رفتار شیردهی مثبت از طرف مادران ذکر شده است (۱۰).

به این ترتیب سزارین با احتمال شیردهی کمتر همراه است و بر اساس منابع موجود، داروهای استفاده شده در سزارین روی حالت عصبی، رفتاری نوزاد و شروع سریع تغذیه با شیر مادر اثر می‌گذارد. این داروها می‌توانند منجر به تاخیر و یا سرکوب شدن ترشح شیر شده و خطر از دست دادن زیاد وزن شیر خوار را افزایش دهند. تزریق داخل وریدی مخدرها در طول زایمان با روش سزارین رفلکس‌های طبیعی نوزاد را در ساعات اول تولد تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۱). این در حالیکه وقتی تولد واژینال خودبخود بدون استفاده از ابزار و دارو صورت می‌گیرد و نوزاد بلافاصله در تماس پوست با پوست مادر قرار داده شود احتمال شروع تغذیه با شیر مادر افزایش می‌یابد (۲۲).

با توجه به یافته‌های مطالعه مبنی بر شروع ضعیف تر شیردهی در مادران با سزارین، پرستاران و مراقبان بهداشتی می‌بایست با چگونگی و زمان انجام حمایت‌های لازم از مادران در هنگام شیر دهی به خوبی آشنایی داشته باشند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، چگونگی نگهداشتن نوزاد از مهم‌ترین مواردی است که در آن مادران نیاز به حمایت خواهند داشت.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر را می‌توان تعداد نابرابر موارد زایمان طبیعی در مقایسه با زایمان سزارین

ذکر کرد، که پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای روی تعداد زیادتری و به نسبت مساوی از هر دو زایمان انجام شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه را می‌توان یکسان نبودن زمان شروع اولین شیردهی مادران در دو گروه سزارین و زایمان طبیعی دانست که ممکن است بر نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد پس توصیه می‌شود پایش تغذیه با شیر مادر فوری یا در اولین ساعت بعد از تولد، زمانی که شیرخوار بیدار و هوشیار است انجام شود.

نتیجه گیری

روش زایمان با رفتار شیردهی ارتباط دارد و مادران سزارین‌شده در مقایسه با گروه زایمان طبیعی از نظر در آغوش گرفتن نوزاد بلافاصله بعد از تولد و زمان اولین شیردهی نیاز به حمایت حرفه‌ای بیشتری دارند و در مجموع الگوی شیردهی مادران با زایمان طبیعی نسبت به مادران سزارینی بهتر است. سیستم چارت شیردهی می‌تواند در بررسی و ارزیابی مادران در تعیین مشکلات شیردهی و برنامه‌ریزی برای انجام مداخلات پرستاری مناسب به‌کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی فسا و در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با شماره ۸۳-۸۸ انجام شده است. از همکاری کارکنان بخش زنان مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج) قدردانی می‌شود.

منابع

1. Lawrence PB. Breast milk: Best source of nutrition for term and preterm infants . *Pediatr clin North Am* 1994; 41: 925- 941.
2. Homilton BE, Ventura SJ, Matin JA, Sutton PD. Preliminary births for 2004 . *Health E- stats* 2005; Hyattsville , MD: National Center for Health Statistics.
3. American Academy of Pediatrics Workgroup on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496 – 506.
4. Hall RT, Simon S, Smith MR. Readmission of breastfeding infant in the first 2 weeks of life. *J Perinatol* 2000; 20: 432- 7.
5. Yenal K, Okumus H. A study analyzing the reliability of the LATCH Charting System. *The Turkish Journal of Research and Development in Nursing* 2003; 5(1): 45-52.
6. Martin JA, Hamilton B, Sutton PD, Menacker F, Kimeyer S. Births: Final data for 2004. *National Vital Statistics Reports* 2006; 55-1.
7. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth* 2007; 34: 65-9.

8. Cynthia AM. Cesarean Delivery by Request- What Neoatal Nurses Need to Know. *Neoatal Network* 2009; 28(3): 145-150.
9. Rowe-murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002; 29: 124-131.
10. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 1128-1137.
11. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heining M, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112: 607-18.
12. Statistical unit of the Fasa University of Medical Sciences, *Statistical Annual book of the Fasa University of Medical Sciences 1388*, Iran, Fasa, Fasa University of Medical Sciences publication; 2010: Page: 61-2. (Text in Persian).
13. Islami Z, Golestan M. Relationship between Delivery Type and Successful Breastfeeding. *Iran J Pediatr* 2008; 18(1): 47-52. (Full Text In Persian)
14. Parsay S, Nahidi F, Mirzayeefer S, Alavi Majd H. Comparing breast-feeding patterns in mothers with normal vaginal delivery (NVD) and Cesarean section at teaching hospitals in Tehran, 2004. *Quarterly journal of Shahid Beheshti nursing & midwifery school* 2005, 15(48): 1-3.
15. Riordan J, Koehn M. Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric Gynecology Neonatal Nursing* 1998; 27(3): 236.
16. Demirhan F. Assessment of breastfeeding in the provinve of sakarya. Thesis, University of Marmara, Istanbul; 1997.
17. Gungor I, Gokyildis S, Nahcivan NO. Opinions of a group of women who had cesarean sections about their births and their problems in the early postpartum period. *Journal of Nursing in Istanbul University College Nursing* 2004; 13 (53): 185-187.
18. Ince N. Assessment of breastfeeding techniques and breastfeeding consultancy at baby-friendly hospitals in the city of Istanbul. Thesis, University of Istanbul, Istanbul; 1998.
19. Kroeger M, Smith LJ. Episiotomy and surgical delivery and breastfeeding. In: *Impact of birthing Practices on breastfeeding: Protecting the Mother and Baby Continuum*. Jones and Bartlett, Massachusetts, Sudbruy; 2004: 157-161.
20. Moore E, Anderson GC. Randomized Controlled Trial of Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact. *Jour of Midwifery Womens Health* 2007; 52(2): 116-125.
21. Heck KE, Schoendorf KC, Chavez Gf. Does postpartum Length of stay affect breastfeeding duration? A population based study. *Birth* 2003; 30(3): 153-159.
22. Patel RR, Liegling RR, Murphy DJ. Effect of operative in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth* 2003; 30(4): 255-6