

تأثیر اصلاح وضعیت شیردهی بر پیشگیری از شقاق

پستان

مهین تفضلی^۱، آمنه ابراهیمی^{۲*}، دکتر اشرف محمد زاده^۳،دکتر حبیب الله اسماعیلی^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۶

خلاصه

مقدمه: شقاق نوک پستان، یکی از مشکلات شایعی است که زنان شیرده در روزهای اول پس از زایمان آن را تجربه می کنند و یکی از عوامل عمده آن، وضعیت غیر صحیح قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اصلاح وضعیت شیردهی بر پیشگیری از شقاق پستان در زنان نخست زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۷۰ زن نخست زای زایمان کرده در بیمارستان های ام البنین و ۱۷ شهریور مشهد انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند. مادران گروه تجربی طی ۲ ساعت اول پس از زایمان در مورد وضعیت صحیح قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان به صورت فرد به فرد آموزش دیدند و جزوه آموزشی در این زمینه به آن ها داده شد و افراد گروه کنترل، مراقبت معمول بخش را دریافت کردند. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم مصاحبه، معاینه و مشاهده، فهرست واریسی وضعیت شیردهی و مقیاس نوک پستان استور بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های کای دو، فیشر، من ویتنی، تی مستقل، تی زوجی، آنالیز واریانس دوطرفه و رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره شقاق در گروه تجربی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود ($p < ۰/۰۰۱$) که با کنترل متغیرهای مداخله گر، نمره شیردهی با شقاق رابطه معنی داری نداشت ($p = ۰/۷۹$).

نتیجه گیری: آموزش وضعیت صحیح قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان به صورت چهره به چهره، درد، حساسیت و شقاق نوک پستان را در ۱۰ روز اول پس از زایمان کاهش می دهد.

کلمات کلیدی: پیشگیری، شقاق نوک پستان، وضعیت صحیح شیردهی

* نویسنده مسئول مکاتبات: آمنه ابراهیمی؛ دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۶۰۵۰۹۷۱؛ پست

الکترونیک: EbrahimiA3@mums.ac.ir

مقدمه

شقاق پستان، یکی از مشکلات شایعی است که زنان شیرده در روزهای اول پس از زایمان تجربه می کنند (۱-۳) و به عنوان دومین علت قطع زودرس شیردهی بعد از احساس ناکافی بودن شیر توسط مادر ذکر شده است (۴). اما درد و حساسیت و شقاق نوک پستان اغلب باعث می شود که بسیاری از مادران، بلافاصله پس از زایمان از شیر دادن اجتناب کنند (۲). شقاق پستان، زخمی در نوک پستان زنان شیرده است و در برخی زنان تا ۶ هفته طول می کشد (۵، ۶) و بیشترین بروز آن بین روزهای ۷-۳ بعد از زایمان است.

در مطالعه نولی و همکاران (۱۹۹۷) درد و حساسیت نوک پستان در زنان شیرده ۳۳٪ گزارش شد (۷). در مطالعه زایمر و همکاران (۱۹۹۰) که بر روی ۱۰۰ مادر شیرده انجام شد، درد و حساسیت نوک پستان در مادران ۹۶٪ گزارش شد (۸).

علت اولیه درد نوک پستان، اغلب ناشی از شیردهی بد است که ناشی از چسبیدن ناصحیح دهان نوزاد به پستان و مکیدن ناکارآمد نوزاد می باشد (۹). از عوامل احتمالی درد و آسیب نوک پستان می توان به علل آناتومیکی مانند بد چسباندن نوزاد به پستان (۱۱-۱۴)، بد بودن وضعیت قرارگیری نوزاد (۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶)، محدودیت شدید حرکات زبان به دنبال چسبندگی آن به کف دهان، فرنولوم کوتاه (۴، ۱۷)، زبان خیلی کوچک (۱۸)، استفاده از شیردوش، استفاده از پستانک و شیشه (۱۲، ۴)، نوک پستان پلاستیکی (۱۲، ۱۹، ۲۰)، نوک دار شدن بیش از حد پستان (۴) و بیرون کشیدن پستان از دهان نوزاد قبل از توقف مکیدن (۴، ۲۰) اشاره کرد.

از جمله عواملی که می تواند در ایجاد شقاق پستان دخیل باشد می توان به عوامل عفونی، گاز گرفتن یا لیس زدن نوک پستان، هرگونه خشکی نوک پستان و آرئول (۱۱، ۱۲)، فاکتورهای خواب آلود کننده نوزاد (داروهای استفاده شده در زردی و فوتوتراپی) (۲۰)، دیر شروع کردن اولین تغذیه و کاهش تعداد تغذیه ها (۱۶) و هر عاملی که توانایی نوزاد را در باز کردن دهان و گرفتن پستان تحت تأثیر قرار دهد (۲۰) اشاره کرد.

شقاق پستان در اثر عدم درمان، ممکن است منجر به مشکلاتی از قبیل درد شدید، خونریزی و خروج ناکافی شیر، ماستیت و آبسه پستان شود (۱۷). آسیب نوک پستان می تواند به عنوان یک شاخص اولیه باشد که ممکن است فرد را مستعد ایجاد ماستیت کند (۱۱) و چنانچه مادر از حساسیت پستان ها دچار هراس شده باشد، ممکن است رفلکس جهش شیر به تعویق بیافتد. این امر باعث احساس نامطلوب در شیرخوار شده و شیر خوردن با شدت بیشتری ادامه می یابد، در نتیجه نوک پستان و ناحیه آرنول، آسیب بیشتری می بیند (۲۱).

همچنین دریافت ناکافی شیر در اثر احتقان و عفونت پستان، باعث بی قراری نوزاد می شود (۲۲). همچنین فرآیند دلبستگی که اولین علامت برقراری سلامت روان کودک است، حاصل نمی شود. در این شرایط، تقاضای بیشتر در مورد خدمات درمانی و فشار بیشتر بر این خدمات نیز مورد توجه است (۲۳).

جهت برطرف کردن درد و حساسیت و شقاق نوک پستان اقدامات متفاوتی به کار می رود که به شیوه های دارویی و غیر دارویی در این زمینه می توان اشاره کرد که استفاده از بسیاری از این موارد دارای عوارض خاص می باشد. در نتیجه پیشگیری، بهترین راه کنترل درد و حساسیت و شقاق نوک پستان است و مقدم بر درمان آن می باشد (۲۴، ۲۵).

وضعیت غیر صحیح قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان، دلیل عمده بروز درد و حساسیت و شقاق نوک پستان می باشد (۱۲، ۲۶). در مطالعه برادفوت و همکاران (۱۹۹۹)، ۳۲٪ مادران شیرده، مشکلات وضعیت قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان را گزارش کردند (۲). دافی و همکاران (۱۹۹۷) گزارش کردند که آموزش قبل از زایمان وضعیت قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان، منجر به کاهش بروز درد و آسیب نوک پستان می شود (۱).

سنتوری و همکاران (۱۹۹۹) بیان کردند که آموزش وضعیت قرارگیری و شیردهی و اصلاح آن در بیمارستان، بر کاهش مشکلات نوک پستان مؤثرتر از سایر مداخلات می باشد (۲۷). هرچند متخصصین

شیردهی عقیده دارند که وضعیت صحیح قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان، مشکلات شیردهی را کاهش و باعث افزایش مدت شیردهی می شود، ولی شواهد حاصل از آزمون های تصادفی ناچیز است (۲۷). از طرفی با توجه به جوان بودن جمعیت کشور و بالا بودن درصد زنان نخست زا و عدم آگاهی آن ها از روش صحیح شیردهی و مطالعات محدودی که به بررسی معیارهایی جهت کاهش و یا پیشگیری از درد و حساسیت نوک پستان پرداخته اند (۱۵)، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر وضعیت اصلاح شیردهی بر شقاق پستان در زنان نخست زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۷۰ زن نخست زای زایمان کرده در بیمارستان های ام البنین و ۱۷ شهریور مشهد انجام شد. نمونه پژوهش را ۷۰ زن نخست زا تشکیل می دادند که با توجه به معیارهای موجود در فرم انتخاب نمونه و بر اساس نمونه گیری غیر احتمالی به روش آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل: فرم مصاحبه، فرم معاینه و مشاهده جهت انتخاب واحد پژوهش، فرم ثبت اطلاعات از پرونده زائو، فرم مشخصات فردی- خانوادگی و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان، فرم اطلاعات روز ۱۰ بعد از زایمان، فرم معاینه و مشاهده بررسی عفونت نوک پستان، مقیاس درد نوک پستان استور و مقیاس عددی درد بود. روایی ابزارها به روش روایی محتوا و پایایی آن ها با روش هم ارز انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست زا، زایمان طبیعی و تک قلو، داشتن قصد شیردهی، نبودن نوک پستان صاف یا فرو رفته، نداشتن سابقه بیماری داخلی و جراحی، عدم ابتلاء نوزاد به ناهنجاری زبان و دهان، وزن نوزاد بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم و آپگار دقیقه اول و پنجم بیشتر و یا مساوی ۷ بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم ابتلاء مادر به عفونت نوک پستان، عدم انجام ویزیت های روزهای مقرر و تکمیل نکردن فرم درد نوک پستان استور بیشتر از ۱ روز توسط مادر بود.

پژوهشگر هر روز در شیفت صبح و عصر به بخش بعد از زایمان بیمارستان های مذکور مراجعه و افراد واجد شرایط پژوهش را شناسایی می کرد. بعد از ذکر توضیحات کافی در زمینه مطالعه و کسب رضایت از افراد جهت شرکت در مطالعه، واحد های پژوهش به صورت تصادفی و دو روز در میان در گروه های تجربی و کنترل قرار گرفتند.

به مادران گروه تجربی طی ۲ ساعت اول پس از زایمان در مورد اصلاح وضعیت قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان آموزش داده شد و به دنبال آن در اجرای درست آموزش های دریافت شده، به مادر کمک بالینی ارائه می شد و نحوه شیردهی آن ها اصلاح می شد و پمفلتی شامل اصول وضعیت صحیح شیردهی به مادر داده شد و قبل از ترخیص، مجدداً شیردهی مادر مشاهده و در صورت لزوم اصلاح می شد. مادران گروه کنترل، مراقبت ها و آموزش شیردهی معمول بخش را دریافت می کردند. فرم فهرست واری و وضعیت صحیح شیردهی برای همه مادران گروه تجربی و کنترل در بدو ورود به مطالعه، قبل از ترخیص، در بیمارستان و بین روزهای ۵-۳ و روز دهم با مراجعه به منزل ایشان تکمیل می شد. چگونگی تکمیل کردن چک لیست درد نوک پستان استور و مقیاس عددی درد برای همه مادران در دو گروه شرح داده شد و به آنان توضیح داده شد در صورتی که نمره مقیاس درد نوک پستان ۳ و یا بیشتر از آن بود (در فرم داده شده به مادر پر رنگ تر از سایر قسمت ها مشخص شده بود)، با پژوهشگر تماس بگیرند. از ملاحظات اخلاقی مطالعه حاضر این بود که در صورت ایجاد شقاق پستان در مادران گروه کنترل، وضعیت شیردهی ایشان اصلاح می شد و در صورت عدم بهبود شقاق نوک پستان با وجود وضعیت صحیح شیردهی، مادران هر دو گروه جهت درمان رایگان به مطب همکار فوق تخصص نوزادان معرفی می شدند.

برای محاسبه میانگین نمره شقاق پستان و وضعیت شیردهی در گروه تجربی، مجموع نمرات ۱۰ روز را به عدد ۱۰ تقسیم کرده و میانگین نمرات ذکر شده در گروه کنترل برای افرادی که طی ۱۰ روز پس از زایمان

شقاق پستان ایجاد نشده بود و آموزش ندیده بودند، مانند گروه تجربی محاسبه می شد، ولی برای افرادی که در این مدت به دلیل ایجاد شقاق پستان آموزش دیده بودند، میانگین نمرات روزهای قبل از آموزش محاسبه شد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو، فیشر و من ویتنی، برای متغیرهای کمی نرمال از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای کمی غیر نرمال از آزمون من ویتنی استفاده شد. جهت مقایسه هر یک از گروه ها در دو مرحله مختلف از آزمون تی زوجی و جهت بررسی اثر برخی متغیرهای مداخله گر بر وضعیت شیردهی و شقاق پستان از آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد که بدین منظور ابتدا نمرات شقاق نرمال شد و جهت تعیین عوامل مؤثر بر نمره وضعیت صحیح شیردهی از آزمون رگرسیون لوجستیک استفاده شد. در تمام آزمون ها ضریب اطمینان ۹۵٪ و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه افراد دو گروه از نظر متغیرهای سن مادر، تحصیلات و شغل مادر و همسر، سطح درآمد ماهیانه، طبقه اجتماعی - اقتصادی، آموزش قبل از

زایمان در مورد وضعیت صحیح شیردهی، زمان تصمیم گیری در مورد شیردهی، تجارب موفق مادر و اطرافیان در مورد شیردهی مصرف آنتی بیوتیک قبل، حین و بعد از زایمان، سن بارداری، خواسته بودن بارداری، تعداد مراقبت های دوران بارداری، مصرف عوامل ضد درد در طی زایمان، طول مرحله اول و دوم زایمان، وضعیت پرینه از نظر صدمات، جنسیت مورد علاقه پدر، جنسیت مورد علاقه مادر، تطابق جنس نوزاد با جنسیت مورد علاقه مادر و پدر، آپگار دقیقه ۱ و ۵ نوزاد، جنس نوزاد، ساعات بیداری قبل از اولین شیردهی، تعداد دفعات شیردهی، استفاده از پستانک و شیشه، استفاده از شیردوش، مالیدن روغن یا پماد به نوک پستان، مصرف مسکن در دوران شیردهی، مالیدن شیر به نوک پستان، استفاده از کمپرس گرم و سرد، پستان غالب در شیردهی، ابتلاء نوزاد به بیماری، آموزش در مورد شیردهی در منزل توسط اطرافیان، تعداد روزهای پری پستان و شاخص توده بدنی همگن بودند. ولی دو گروه از نظر شستشوی پستان با آب قبل از شیردهی همگن نبودند ($p=0/02$) که بر اساس آزمون آنالیز واریانس دو طرفه، شستشوی پستان با آب قبل از شیردهی تأثیر معنی داری بر نمره شقاق نداشت ($p=0/39$). بر اساس آزمون من ویتنی، میانگین نمره کل شقاق پستان در دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشت ($p<0/001$) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره شقاق نوک پستان راست و چپ به تفکیک گروه

نتایج آزمون*	پستان / گروه		
	کل	چپ	راست
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
تجربی	۰/۴۳ ± ۰/۴۲	۰/۴۴ ± ۰/۴۲	۰/۴۲ ± ۰/۴۷
کنترل	۱/۱۸ ± ۰/۸۶	۱/۲۱ ± ۰/۹۲	۱/۱۵ ± ۰/۸۵
کل	۰/۸۱ ± ۰/۷۷	۰/۸۳ ± ۰/۸۱	۰/۷۹ ± ۰/۷۸
نتیجه آزمون**	$Z=3/73, p<0/001$	$Z=3/26, p=0/001$	$Z=3/74, p<0/001$

*آزمون ویلکاکسون، **آزمون من ویتنی

مداخله گر بر اساس آزمون آنالیز واریانس دو طرفه بررسی شد که بدین منظور ابتدا میانگین نمره شقاق با تبدیل به لگاریتم نرمال شد و سپس این متغیرها با

حال این سؤال مطرح است که آیا متغیرهای مداخله گر بر این تفاوت اثر داشته اند یا خیر؟ لذا برای رسیدن به این مطلب، میانگین نمره شقاق بر حسب متغیرهای

متغیرهای تعداد دفعات مالیدن شیر به نوک پستان و نمره وضعیت شیردهی باقی ماندند. در حضور متغیر نمره وضعیت شیردهی، متغیر گروه تأثیر معنی داری را نشان نداد، لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش از طریق تأثیر بر نمره وضعیت شیردهی بر نمره شقاق مؤثر است (جدول ۲).

میانگین نمره شقاق نیز مورد بررسی قرار گرفتند که در مورد متغیرهای گروه ($p < 0/001$)، تعداد روزهای مالیدن شیر به نوک پستان ($p = 0/002$)، تعداد دفعات آن ($p = 0/001$)، تعداد روزهای پری پستان ($p = 0/001$) و نمره وضعیت شیردهی ($p < 0/001$) اختلاف معنی دار بود که پس از قرار گرفتن در مدل خطی عمومی،

جدول ۲- ضرایب مدل خطی عمومی متغیرهای گروه، تعداد دفعات مالیدن شیر به نوک پستان، نمره وضعیت شیردهی بر نمره شقاق

نام متغیر	ضریب رگرسیون	تی	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪
گروه	-۰/۰۳	-۰/۲۳	۰/۷۹	(-۰/۲۵، ۰/۱۹)
تعداد دفعات مالیدن شیر به نوک پستان	-۰/۴۶	-۳/۷۴	< ۰/۰۰۱	(-۰/۷۱، ۰/۲۱)
نمره وضعیت شیردهی	-۰/۱۱	-۴/۲۰	< ۰/۰۰۱	(-۰/۱۶، -۰/۰۶)

بر اساس آزمون تی دانشجویی، میانگین اختلاف نمره وضعیت شیردهی مادر در ابتداء و انتهای مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشت ($p < 0/001$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره وضعیت شیردهی ابتداء و انتهای مطالعه و اختلاف آن به تفکیک گروه

تی زوج	زمان			گروه
	ابتدای مطالعه	انتهای مطالعه	اختلاف ابتداء و انتها	
t=۱۳۱/۸۹ df=۳۰, p<0/001	۶/۶۴±۲/۴۵	۱۲/۸۳±۱/۲۱	۶/۱۹±۲/۴۸	تجربی
t=۹/۸۵ df=۳۱, p<0/001	۵/۷۸±۱/۹۲	۹/۷۵±۲/۰۴	۳/۹۶±۲/۲۷	کنترل
t=۳/۷۰ df=۶۱, p<0/001	t=۱/۵۵ df=۶۱, p=0/۱۲	Z=۵/۴۹, p<0/001*	t=۳/۷۰ df=۶۱, p<0/001	نتیجه آزمون

*آزمون من ویتنی

بحث

از ابزارهای متفاوت می باشد (۱). البته در مطالعه دافی و همکاران برای سنجش درد و آسیب نوک پستان از شاخص آسیب نوک پستان استفاده شد که نمرات حاصل از آن در محدوده ۰-۳۴ بود که نمرات بالاتر نشان دهنده آسیب کمتر بود و نمره واحد پژوهش از مجموع نمرات ۴ روز تشکیل می شد. در مطالعه حاضر از مقیاس درد نوک پستان استور استفاده شد که نمرات آن بین ۰-۴ متغیر بود و نمره واحد پژوهش، میانگین نمرات ۱۰ روز بود. نتایج مطالعه هندرسون و همکاران (۲۰۰۱) که با هدف بررسی تأثیر آموزش بعد از زایمان وضعیت قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان بر درد و آسیب نوک پستان

در این مطالعه میانگین نمره شقاق در گروه تجربی $0/43 \pm 0/42$ و در گروه کنترل $1/18 \pm 0/86$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). در مطالعه تجربی یک سوکور دافی و همکاران (۱۹۹۷) تحت عنوان تأثیرات مثبت آموزش گروهی قبل از زایمان بر درد و آسیب نوک پستان و شیردهی بعد از زایمان، نمرات شقاق در دو گروه اختلاف معنی داری را نشان داد. میانگین نمرات در مادران گروه تجربی $132/8 \pm 5/5$ و در گروه کنترل $94/2 \pm 16/3$ گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت که تفاوت سطح نمرات گزارش شده به دلیل استفاده

عدم وجود آن ارزیابی می شد. در مطالعه هیدبرند و همکار (۱۹۹۳) که با هدف بررسی تأثیر لانولین بر روی درد و آسیب نوک پستان انجام شد، تفاوت معنی داری بین نمره شقاق در دو گروه وجود نداشت ($p=0/29$)؛ به طوری که میانگین نمرات حاصل از مقیاس درد نوک پستان استور در گروه تجربی $2/29 \pm 1/09$ و در گروه کنترل $2/59 \pm 0/29$ بود (۳۰). در مطالعه آنان تمام واحدهای پژوهش در مورد وضعیت صحیح شیردهی آموزش می دیدند و شیردهی مادران در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان ۲ بار کنترل می شد که شاید به توان اینگونه گفت که عامل اصلی مؤثر بر نمره شقاق در این مطالعه، در حقیقت اصلاح وضعیت شیردهی بوده است (۳۰).

در اکثر مطالعاتی که به بررسی تأثیر آموزش وضعیت صحیح شیردهی بر درد و حساسیت و شقاق نوک پستان پرداختند، معمولاً از ابزارهای پژوهشگر ساخته جهت مشاهده و اصلاح شیردهی واحدهای پژوهش استفاده شد.

در مطالعه حاضر که از نظر ابزار مورد استفاده و نحوه محاسبه نمرات شقاق با مطالعه هیدبرند یکسان بود، میانگین نمرات در گروه تجربی $0/43 \pm 0/42$ بود، در حالی که در گروه کنترل مطالعه هیدبرند که فقط آموزش وضعیت صحیح شیردهی را دریافت می کردند، میانگین نمرات شقاق $2/59 \pm 0/29$ بود که این اختلاف را شاید به توان به تفاوت در کیفیت اصلاح شیردهی که در مطالعه حاضر متغیر اصلی بود و بر آن تأکید بیشتر شد.

در مطالعه حاضر حداکثر شقاق در روزهای ۳ و ۴ بعد از زایمان بود که با نتایج اکثر مطالعات در این زمینه مطابقت داشت. در مطالعه حاضر ۳ نفر در گروه تجربی و ۲۰ نفر در گروه کنترل و در مطالعه دافی و همکاران، ۲ نفر در گروه تجربی و ۲۴ نفر در گروه کنترل به شقاق مبتلا شدند (۱). بروز شقاق در مطالعه حاضر $62/5\%$ بود که با نتایج مطالعه دافی که این میزان 69% گزارش شد، مطابقت داشت.

در مطالعه حاضر میانگین نمره درد در گروه تجربی $2/26 \pm 1/05$ و در گروه کنترل $3/28 \pm 2/12$ بود که

و طول مدت شیردهی انجام شد، بین آسیب نوک پستان در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت (۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که این تفاوت احتمالاً ناشی از شیوه ارزیابی آسیب نوک پستان نسبت داد؛ به طوری که در مطالعه آن ها میزان آسیب نوک پستان درجه بندی نشده بود و فقط دو حالت کلی شقاق و عدم شقاق مورد بررسی قرار می گرفت، یعنی در صورت وجود هر یک از علائم قرمزی، تاول، کبودی، خونریزی، ترک و زخم، فرد مبتلا به شقاق در نظر گرفته می شد و در صورت نبود هیچ یک از علائم، وجود شقاق رد می شد. علاوه بر این در مطالعه هندرسون، محدوده زمانی برای آموزش گروه تجربی ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان بود که با توجه به ماهیت بروز زود هنگام درد و آسیب نوک پستان، نمونه هایی که در ساعات آخر محدوده زمانی ذکر شده وارد مطالعه می شدند، ممکن بود به دلیل شیردهی های قبلی که نادرست بود، مقدمه ایجاد شقاق فراهم شده باشد که این آموزش دیر هنگام می تواند به عنوان عامل مخدوش کننده ای در بررسی تأثیر اصلاح وضعیت شیردهی باشد.

در مطالعه ویجایالاکشمی و همکار (۲۰۰۲) که به بررسی تأثیر شیوه درست شیردهی در پیشگیری از درد و حساسیت نوک پستان پرداختند، دو گروه از نظر بروز شقاق نوک پستان اختلاف معنی داری نداشتند (۲۹) که شاید متفاوت بودن نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر را بتوان به عدم استفاده از ابزار درجه بندی شده برای ارزیابی شقاق نسبت داد؛ به طوری که آن ها سنجش شقاق پستان را به صورت وجود یا عدم وجود آن گزارش کردند. در مطالعه اینگرام و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی تأثیر آموزش به ماماها در مورد شیوه درست شیردهی بر مدت شیردهی مادران و مشکلات آن انجام شد، دو گروه از نظر درد و حساسیت نوک پستان اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/82$) (۲۸) که شاید عدم این اختلاف به دلیل نداشتن ابزاری دقیق برای سنجش درد و حساسیت نوک پستان باشد؛ به طوری که در مطالعه آن ها، شقاق نوک پستان بنا به گفته مادر مبنی بر وجود یا

اختلاف آن‌ها از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/02$). در مطالعه هندرسون و همکاران (۲۰۰۱) درد نوک پستان در روز ۲ و ۳ پس از زایمان در دو گروه اختلاف معنی داری داشت ($p=0/004$, $p=0/40$) (۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه ویجایالاکشمی و همکار (۲۰۰۲) نیز درد نوک پستان که با مقیاس دیداری درد اصلاح شده اندازه گیری شد، در دو گروه اختلاف معنی داری داشت ($p<0/05$) (۲۹). در مطالعه وود و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی تأثیر استفاده از یک چک لیست منظم وضعیت قرارگیری و چسباندن نوزاد به پستان بر درد نوک پستان و الگوی شیردهی انجام شد، اختلاف نمرات درد در دو گروه در ۷ روز اول پس از زایمان نزدیک به سطح معنی داری بود ($p=0/075$) (۲). در مطالعه حاضر از مقیاس عددی درد و در مطالعه وود از مقیاس توصیفی درد که درد نوک پستان را در حالات بدون درد، ناراحتی خفیف، درد کم، درد متوسط، درد قابل توجه و درد شدید توصیف می‌کرد، استفاده شد. یونموتو و همکاران (۲۰۱۳) بیان کردند که ویزیت در منزل در دوره پست پارتوم می‌تواند باعث ترویج سلامت نوزاد و تشویق بر شیردهی انحصاری و رضایت مندی مادر شود و مدت و تعداد آن بستگی به نیاز مادر می‌تواند متفاوت باشد (۳۲).

از محدودیت‌های این مطالعه این بود که واحدهای پژوهش از نظر رعایت اصول بهداشت فردی متفاوت بودند و تفاوت‌های فردی واحدهای پژوهش از نظر آستانه درد و کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود و دخالت‌های اطرافیان بر نحوه شیردهی مادر در روزهای بعد از زایمان که غیر قابل اجتناب می‌باشد. از نقاط قوت این پژوهش استفاده از ابزار نوک پستان استور بود که شاید یکی از بهترین نمره دهی را در

شقاق نوک پستان دارد و از ابزار پژوهشگر ساخته مشاهده شیردهی استفاده شد که در پایان مطالعه، زیر نظر استاد مشاور آمار خط برشی برای وضعیت درست و غلط انتخاب شد و با توجه به اینکه شیردهی یکی از اولویت‌های بهداشتی جامعه بوده و ارتقاء بهداشت و سلامت مادر و نوزاد حائز اهمیت است. بنابر این سازمان‌های زیربند در این زمینه فعالیت‌های زیادی را برای ترویج شیر دهی در بین مادران آن‌ها کرده‌اند.

نتیجه گیری

اصلاح وضعیت شیردهی موجب افزایش مهارت مادر در قراردعی و چسباندن نوزاد به پستان شد و از این طریق موجب کاهش شقاق پستان می‌گردد. نقش عمده‌ای در کاهش مشکلات شیر دهی و جلوگیری از قطع زودرس آن دارد، پیشنهاد شده که در راستا فعالیت‌های تبلیغاتی و ترویجی شیر دهی، آموزش وضعیت صحیح آن نیز مد نظر قرار گیرد.

بنابراین در بخش‌های پس از زایمان وجود یک مشاور شیر دهی جهت کمک به مادران در یادگیری صحیح وضعیت شیر دهی می‌تواند موثر واقع شود. پیشنهاد می‌شود که بررسی تأثیر اصلاح وضعیت قرارگیری قبل از زایمان و چسباندن نوزاد به پستان برای تحقیقات آینده انجام شود.

تشکر و قدرانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی به شماره قرارداد ۸۴۳۱۸ و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تایید کمیته اخلاق دانشگاه انجام گرفته و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. بدین وسیله از تمامی مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و پرسنل بیمارستان‌های ام‌البنین و ۱۷ شهریور مشهد کمال تشکر و قدرانی را داریم.

منابع

1. Duffy EP, Percival p, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. Midwifery 1997; 13(4):189-96.
2. Woods A, Dykes F, Bramwell R. An intervention study using a breastfeeding positioning and attachment tool. Clinical Effectiveness in Nursing 2002; 6(3-4):134-42.

3. Neifert R. Breast milk Transfer: positioning, Latch- on and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstetric Gynecology* 2004; 47(3):656-75.
4. Mass S. Breast pain: Engorgement, Nipple Pain and Mastitis. *Clin Obstetric Gynecology* 2004; 47(3):676-82.
5. Brunner & Suddarth's. Reproductive and Breast disorders-Medical Surgical Nursing Brunner Svders (c10) 2010 [E. Seyed Rasouli ,trans]. Tehran: Boshra; 2010. P.135.
6. Wheeler L. Nurse-Midwifery hand book: A practical guide to prenatal and postpartum care. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. P. 287-88.
7. Noelle AL. Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief?. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26(1):53-8.
8. Zimer MM, Paone JP, Schupay J, Cole E. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurses Res* 1990; 12(6):732-44.
9. Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Bennett CM, Cullinane M, et al. 51 Does Candida and/or Staphylococcus play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open* 2013; 3:e002351.
10. Madoka Inoue RN, Colin W, Yoko Katsuki MA, Mikio O. Japanese mothers' breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. *Asia Pac J Clin Nutr* 2013; 22 (2):261-5.
11. Jeanne P, Spencer, MD. Management of Mastitis in Breastfeeding Women. *American Family Physician* 2008; 78(6):727-32.
12. Long S. Breastfeeding special care babies. 2nd ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2002. p. 200.
13. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7th ed. Boston: Baxter SH; 1999. P. 233-6.
14. Reeder SJ, Martin LL, Koniak Griffin D. Maternity nursing: family, new born, and woman's health care. 18th ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1997. P: 779-81.
15. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. *Obstetrics normal and problem pregnancies*. 4th ed. New York: Livingstone; 2002.
16. Littleton LY, Engbretson JC. *Maternal, Neonatal, and Women's health nursing*. Australia: Delmar; 2002. P. 986-87.
17. Holden C, Macdonald A. *Nutrition and child health*. London: Tindall B; 2000. P. 23-4.
18. Fraser DM, Cooper MA, editors. *Myles textbook for midwives*. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. P. 755-62.
19. Page LA, editor. *The new midwifery: Science and sensitivity in practice*. Edinburgh: Livingstone C; 2000. P. 376-80.
20. Pillitteri A. *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2003. P. 683-5.
21. Enkin MW, Kerise MJ, Renfrew MJ, Neilson JP. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996. P. 124.
22. Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, Fisher SJ. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17(1):53-8.
23. Alghasemi H, Aslanabadi S, Afjhay SA, Tonekaboni S H, Khatami GH, Rabani A, et al. *CMMD, pediatric emergencies*. 2nd ed. Tehran: Noor danesh; 2012. P. 339
24. Satar Panahi F, Hakak F. *Guide child health*. Tehran: Designers' phenomenon; 2000. P. 32-36. (Persian)
25. Olds SB, London ML, Wieland Ladewing PA, Davidson R. *Maternal-newborn nursing & women's health care*. 7th ed. Pearson Prentice Hall Mexico; 2004. P. 1065-68.
26. Henderson A, Dip T, Stamp G, Pincomb J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth* 2001; 28(4):236-42.
27. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: Randomized trial. *J Hum Lac* 1999; 15(2):125-30.
28. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: Teaching good positioning and support from fathers and families. *Midwifery* 2002; 18(2):87-101.
29. Vijayalakshmi S, Raman AV. Breastfeeding technique in prevention of nipple sore. *Nurs J India* 2002; 93(8):173-74.
30. Hildebrandt E, Spangeler A. The effect of modified lanolin on nipple pain/damage during the first ten days of breastfeeding. *International journal of childbirth education* 1993; 8(3):15.
31. Ransomb SB, Evans MI, Dombrowski MP, Ginsburg KA. Contemporary therapy in obstetrics and gynecology. Philadelphia: Saunders; 2002. P. 342.
32. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD009326.