



دکتر سوسن پارسای

طلعت خدیوزاده

دکتر غلامعلی معموری

رابطه بین طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد (Rooming In) با الگوی تغذیه‌ای شیرخوار و رفتارهای شیردهی مادر

استاد محترم
۷/۱۲/۱۳۷۳
تذکره ۱۲

□ خلاصه:

تحقیق حاضر بمنظور تعیین اثر طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد (Rooming in) بر شاخصهای اساسی تغذیه شیرخوار و رفتارهای شیردهی مادر به روش آینده صورت گرفته است. این مطالعه روی ۱۰۳ مادر و کودک در گروه کنترل و ۱۰۰ مادر و کودک در گروه مطالعه انجام پذیرفته است. در گروه مطالعه تماس زود و مداوم بین مادر و کودک برقرار گردید. و آموزشهای لازم در زمینه تکنیک و رفتارهای شیردهی به مادر داده شد و از شیرخشک و شیشه برای تغذیه شیرخوار در مدت بستری در بیمارستان استفاده نگردید. نحوه تغذیه شیرخوار و رفتارهای شیردهی مادر، در پایان ۱ ماهگی و ۲ ماهگی با مراجعه به منزل افراد مورد مطالعه، بررسی شد. در پایان ۲ ماه میزان شیردهی منحصر در گروه افراد مورد مطالعه، بررسی شد. در پایان ۲ ماه میزان شیردهی منحصر در گروه مطالعه ۳۰٪ بیش از گروه شاهد بود. میزان استفاده از غذاهای کمکی تا پایان دو ماه در گروه مطالعه ۱۲/۹٪ کمتر از گروه کنترل بود. میزان استفاده از غذاهای کمکی تا پایان ۲ ماه در گروه مطالعه تعداد بیشتری از مادران بر حسب تقاضای کودک شیر می‌دادند. نتایج این تحقیق، ضرورت اجرای صحیح طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد و آموزش پرسنل زایشگاهها را در مورد شروع بموقع تغذیه با شیر مادر نشان می‌دهد. برای کمک به حفظ و تداوم شیردهی مادر، در بیمارستان هیچ ماده غذایی دیگری غیر از شیر مادر نباید به نوزاد خورانده شود و کارکنان زایشگاهها و بخشهای مادر و کودک باید تکنیکهای صحیح شیردهی و رفتارهایی را که منجر به شیردهی موفقیت‌آمیز می‌شوند به مادران آموزش دهند.

□ مقدمه:

در حال حاضر، تغذیه با شیر مادر، هر سال از مرگ ۷ میلیون کودک در جهان پیشگیری می‌کند. اگر به مادران توان و انگیزه بیشتری برای شیردهی داده شود، از مرگ بیش از یک میلیون کودک زیر یکسال دیگر در هر سال پیشگیری می‌شود و مانع ابتلاء خیل کشیری از کودکان جهان به سوء تغذیه، بیماریها و معلولیتها می‌شود (۲) حداکثر استفاده از مزایای مختلف شیر مادر وقتی حاصل می‌شود که شیردهی بصورت انحصاری (Exclusive) باشد. در مقابل، استفاده زودتر از موعد، از غذای کمکی، میزان شکست در شیردهی را افزایش می‌دهد. (۶) و از طرفی احتمال وارد شدن میکروارگانسمها را به بدن شیرخوار، از طریق دست، شیشه و مواد غذایی آلوده بشدت افزایش می‌دهد. (۹)

علیرغم همه اطلاعات موجود درباره مزایای شیرمادر، بویژه شیردهی انحصاری (Exclusive) در ۴ تا ۶ ماه اول زندگی شیرخوار، در جامعه شهری کشور ما میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر ۴ ماهه اول بعد از تولد تنها ۷٪ می‌باشد و این میزان در

مادران روستایی ۱۹٪ است. در حالی که بیشترین میزان شروع شیرکمکی در اولین ماه زندگی بوده است. (۱) تحقیقاتی که به منظور

بررسی عوامل مؤثر بر شیردهی در جهان انجام گرفته نشان می‌دهد که برقراری تماس زود بین مادر و کودک پس از زایمان و برقراری شیردهی در دقایق اولیه پس از زایمان بر رفتارهای مادرانه (۶، ۱۱، ۱۴، ۱۵) که شیردهی نیز یکی

از آنها می‌باشد تأثیر مثبت داشته است و تحقیقات مختلف نشان داده است که طول مدت شیردهی بعد از اجرای این برنامه افزایش یافته است. (۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۶)

استفاده از هر نوع ماده غذایی قبل از شروع شیردهی (Prelactal feed) و شیشه در بخشهای نوزادان، باعث امتناع کودک از گرفتن پستان و کاهش امکان موفقیت مادر در برقراری و تداوم شیردهی می‌گردد. (۱۰) آموزش تکنیک شیردهی و روشهای حفظ تداوم شیردهی، و کمک به مادر در برقراری

شیردهی و رفع مشکلات ویژه در روزهای اولیه پس از زایمان باعث موفقیت بیشتر مادران در امر شیردهی می‌شود. (۱۶)

در نتیجه تحقیقات بحث برانگیزی که از سال ۱۹۷۰ توسط Kannel و Klus

در مورد اثر تماس زود و مداوم بین مادر و کودک بر رفتارهای مادرانه و شیردهی انجام شد، تغییرات واضح و سریعی در سرویسهای مراقبت بعد از زایمان در

بیمارستانهای ایالات متحده و تمام دنیا بوجود آمد و به مادران اجازه داده شد تا کودکانشان را در اولین فرصت ممکن بعد از زایمان در کنار خود داشته و در آغوش بگیرند. (۱۲)

در راستای حرکت‌های بین‌المللی

گسترده‌ای که در جهت ترویج تغذیه با شیر مادر انجام گرفته است، WHO و یونسف در سال ۱۹۹۱ با فرستادن نامه مشترکی به سران کشورهای جهان، خواستار اجرای برنامه

ایجاد بیمارستانهای دوستدار کودک (Baby friendly hospital) این کشورها شده اند. (۳) تحقیق حاضر بمنظور تعیین اثر طرح Rooming in بر شاخصهای اساسی تغذیه شیرخوار و رفتارهای شیردهی مادر و رشد و سلامت شیرخوار، بروش آینده‌نگر انجام گرفته است.

به این امید که اطلاعات حاصل از این پژوهش بتواند بعنوان راهنما برای آن دسته از کارکنان بهداشتی که هدف آنها تقویت و حمایت از شیردهی و ارتقاء سطح سلامت و بویژه سلامت مادر و کودکان می‌باشد مورد استفاده قرار گیرد. و همچنین بتواند برنامه‌ای ارائه دهد که در ارائه خدمات بیمارستانی پس از زایمان بسادگی قابل اجرا بوده و در آموزش کلیه کارکنان بهداشتی بویژه کارکنان زایشگاهها، به عنوان نخستین افرادی که پس از تولد کودک در جهت برقراری اولین ارتباط پس از زایمان و اولین تغذیه پس از تولد و آموزش مادران تلاش می‌کنند بکار گرفته شود تا با افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر و پیشگیری از شروع زودرس تغذیه کمکی و پیشگیری از کاهش میزان و مدت شیردهی مادران به پیشرفتی چشمگیر در

برای کمک به حفظ و تداوم شیردهی مادر، در بیمارستان هیچ ماده غذایی دیگری غیر از شیر مادر نباید به نوزاد خورانده شود و کارکنان زایشگاهها و بخشهای مادر و کودک باید تکنیکهای صحیح شیردهی و رفتارهایی را که منجر به شیردهی موفقیت آمیز می‌شوند به مادران آموزش دهند.

تغذیه با شیر مادر، هر سال از مرگ ۷ میلیون کودک در جهان پیشگیری می‌کند.

ارتقاء سطح سلامت و رشد و بقاء کودکان نائل گردیم.

روش بررسی:

این مطالعه، یک پژوهش تجربی است که از دی ماه ۱۳۷۱ تا اردیبهشت ماه ۱۳۷۲ روی ۲ گروه تقریباً یکسان از مادرانی صورت گرفته است که زایمان خود را در دو بیمارستان دولتی شهر مشهد انجام دادند. جهت مطالعه ۲۰۳ مادر که حاملگی آنها در ترم ختم شده و کودکان سالم با آپکار ۱۰-۸ داشتند (۱۰۳ مادر گروه کنترل و ۱۰۰ مادر گروه مورد) انتخاب شدند. انتخاب گروه کنترل از طریق (Match control) صورت گرفت.

ویژگی‌های طرح Rooming in در گروه مورد مطالعه:

گروه مطالعه از بیمارستانی انتخاب شده بودند که اتاق نوزادان سالم تعطیل شده و بجای آن یک اتاق بهبودی (Recovery Room) مادر و نوزاد دایر گردید. کارکنان این بخش بین اتاق بهبودی و بخش بعد از زایمان تقسیم شدند. ارتباط بین مادر و نوزاد و تماس و شیردهی در لحظات حساس اولیه پس از تولد (حد اکثر با

بیست دقیقه تاخیر در مورد مادران اول زای و یک ساعت در مورد مادران سزارینی) برقرار گردید، و هم اتاقی مادر و کودک بطور مداوم از بدو تولد تا هنگام ترخیص مادر و نوزاد انجام

شد. در مدت حضور کودک در بیمارستان، از شیشه و سرپستانک و شیرخشک برای تغذیه هیچیک از نوزادان مورد مطالعه استفاده نگردید. نوزادان مادرانی که تحت عمل جراحی مدت بستری کمک می شد بعلاوه هر روز یک کلاس آموزشی در مورد شیردهی برای مادران دایر گردیده در بیمارستان شاهد، بلافاصله پس از تولد کودک از مادر جدا و به نرسری سپرده می شد. مدت زمان متوسط تا برقراری

کنترل	مطالعه	
۲۵/۲۹+۵/۹۵	۲۴/۸۴+۶/۱۹	سن مادر
۶/۵۴+۳/۲۱	۶/۳۲+۲/۹۱	تحصیلات مادر
۶/۶۵+۴/۲۵	۶/۳۹+۳/۶	تحصیلات پدر
۱۱۶۹۸+۷۷۷۲	۱۲۱۳۷+۸۹۶۶	درآمد خانواده
۳۳/۵۹+۲۹/۷	۳۲/۴+۳۴/۶	سن فرزند قبلی
۳/۰۶+۲/۱۹	۳/۰۳+۲/۱۳۹	تعداد زایمان مادر

جدول شماره ۱- مقایسه متغیرهای دموگرافیک در گروه مورد و شاهد

بستن لوله قرار گرفتند در صورت لزوم، توسط یکی دیگر از مادران شیر داده می شد و یا تغذیه با قاشق انجام می گرفت. از اولین لحظات پس از تولد، به محض آمادگی مادر، آموزشهای تئوری و عملی لازم در زمینه تغذیه انحصاری با شیر مادر، توسط کارکنان مخصوص آموزش مادران به شیردهی، بصورت چهره به چهره داده می شد و به برقراری شیردهی و رفع مشکلات مادر در طی تماس اولیه بین مادر و کودک از ۳ تا ۴۸ ساعت (در زایمان طبیعی و سزارین) متفاوت بود. بعلاوه در صورت لزوم این کودکان با شیرخشک یا آب تغذیه می شدند. تجربیات مربوط به تغذیه نوزاد در طی مدت اقامت در بیمارستان ثبت گردید. نحوه تغذیه شیرمادر، وزن کودک در پایان ماه اول و ماه دوم بعد از زایمان با مراجعه به منزل افراد مورد مطالعه، بررسی و ثبت می شد و تکنیکهای شیردهی مورد مشاهده قرار

نحوه تغذیه کودک گروه	تغذیه انحصاری با شیر مادر تعداد در صد	شیر مادر+ آب قند مکمل تعداد در صد	شیر مادر+ غذاهای کمکی تعداد در صد	قطع شیر مادر	جمع
مطالعه	۴۰ (٪۴۰)	۳۲ (٪۳۲)	۲۴ (٪۲۴)	۴ (٪۴)	۱۰۰ (٪۱۰۰)
کنترل	۱۰ (٪۹/۷)	۴۹ (٪۴۷/۶)	۳۸ (٪۳۶/۹)	۶ (٪۵/۸)	۱۰۳ (٪۱۰۰)
	۵۰ (٪۲۴/۶)	۸۱ (٪۳۹/۹)	۶۲ (٪۳۰/۵)	۱۰ (٪۴/۹)	۲۰۳ (٪۱۰۰)

جدول شماره ۲- مقایسه الگوی تغذیه شیرخواران در ۲ ماه در گروه مورد و شاهد

سطح معنی داری اختلاف دو گروه	کنترل	مطالعه	
$P=0/03$	۲۰ + ۱۵	۳۰ + ۱۲	سن کودک موقع شروع شیرمکمل به روز
$P=0/2$	(.۱۴/۶)۱۵	(.۹)۹	میزان استفاده از شیرخشک
			میزان استفاده از فرنی، نشاسته و
$P=0/08$	(.۲۳)۲۴	(.۱۳)۱۳	حریره بادام
$P=0/09$	(.۸۸/۴)۸۴	(.۹۷/۹)۹۴	تنظیم شیردهی بر حسب تقاضا
$P=0/03$	(.۹۵/۸)۹۱	(.۹۲/۷)۸۹	شیردهی در شب
$P=0/08$	(.۶۷)۶۱	(.۷۶/۳)۴۵	استفاده از شیشه
$P=0/08$	(.۵۹/۲)۶۱	(.۴۵)۴۵	استفاده از پستانک

جدول شماره ۳- مقایسه بعضی از رفتارهای مربوط به تغذیه کودک در گروه مورد و شاهد در پایان ۲ ماه

جمع ۲۰۳ و (در صد از کل)	کنترل n=۱۰۳ تعداد(درصد از کل گروه)	مطالعه n=۱۰۰ تعداد(در صد از کل گروه)	گروه ابتلا به بیماریها
(.۴۴/۸)۹۱	(.۵۲/۴)۵۴	(.۳۷)۳۷	عفونت تنفسی
(.۴/۸)۱۱	(.۳/۶)۴	(.۵)۵	اسهال
(.۱۳/۸)۲۸	(.۱۶/۵)۱۷	(.۱۱)۱۱	برفک دهان

جدول شماره ۴- میزان ابتلا به عفونتهای تنفسی و اسهال و برفک دهان در گروه شاهد و مورد

اثربخشی طرح Rooming in بر افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و پیشگیری از شروع زود استفاده از شیر و غذاهای کمکی در گروه مطالعه می باشد ($P<0/0001$).

میانگین و انحراف معیار زمان شروع شیرکمی در گروه مطالعه $13 + 19/9$ روز بود. اختلاف معنی داری در زمان شروع شیرکمی بین دو گروه دیده می شود. ($P=0/03$) میزان شیردهی بر حسب تقاضای کودک در گروه مطالعه بیشتر بود. ($P=0/0001$).

میزان شیردهی در شب در گروه مطالعه بیش از گروه شاهد بود. سن شروع اولین تغذیه کمکی، فاصله بین

افزایش یافت ($P<0/0001$). میزان شیردهی بطور انحصاری (Exclusive breast feeding) در گروه مطالعه ۴۰٪ و در گروه شاهد ۱۰٪ می باشد. میزان شروع غذاهای کمکی تا پایان ۲ ماه در گروه مطالعه ۲۴٪ و در گروه شاهد ۳۶/۹٪ بود.

تغذیه با شیر مادر بعلاوه آب قند در گروه مطالعه به میزان ۳۲٪ و در گروه شاهد ۴۷/۶٪ بود. میزان قطع شیردهی در گروه مطالعه ۴٪ و در گروه کنترل ۵/۸٪ بود.

مقایسه الگوهای تغذیه شیرخواران در پایان دو ماه در دو گروه اختلاف معنی داری را نشان داد که حاملگی از

می گرفت. در تعریف الگوهای تغذیه شیرخوار از شاخصهای سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است.

محاسبات آماری توسط کامپیوتر و با استفاده از تست های آماری T-Student و Chicsquare و One way انجام گرفته است.

□ یافته ها:

میانگین سن، سواد مادر، سواد پدر، درآمدخانواده و تعداد حاملگی مادر در دو گروه تقریباً یکسان بود. (جدول شماره ۱) میزان استفاده از مایعات آب قند - شیرخشک (Prelactal feed) و شیشه در بیمارستان، در گروه کنترل نسبت به گروه مطالعه شدت

دو وعده شیردهی و میزان استفاده از پستانک و شیشه در گروه مطالعه نسبت به گروه کنترل کمتر بود. اما این اختلافها از نظر آماری معنی نبوده نحوه تغذیه کودک در ۲ ماه با

استفاده از آب قند و شیرخشک (Prealactal feed) و شیشه در بیمارستان ارتباط داشت ($P=0/02$) بطوریکه طولانی ترین فاصله بین زایمان و تماس بین مادر و نوزاد در گروهی دیده شد که قبل از ۲ ماه شیردهی را قطع

نموده اند. در حالیکه گروهی از مادران که به طور منحصر شیر می دادند، کوتاهترین فاصله بین زایمان و تماس با نوزاد را داشته اند.

میزان بروز بیماریهای عفونی تا سن ۲ ماهگی، در بین شیرخواران گروه مطالعه و نسبت به گروه کنترل کمتر بود. عفونت های تنفسی در ۳۷٪ از شیرخواران گروه مطالعه و ۵۲/۴٪ از شیرخواران گروه مطالعه و نسبت به گروه کنترل گزارش شده بود. اختلاف میزان بروز عفونت های تنفسی در ۲ گروه معنی دار بود. ($P<0/05$). بروز اسهال و برفک دهان در گروه مورد کمتر گزارش شده بود. اما این کاهش از نظر آماری معنی دار نبود. بروز عفونت تنفسی با فاصله بین تولد تا اولین تغذیه کودک نیز ارتباط معنی داری داشت ($P=0/0002$).

میانگین و انحراف معیار فاصله تولد تا اولین تغذیه شیرخوار در گروه بدون ابتلا ۷۹۷+۴۹۱ دقیقه و در شیرخوارانی که حداقل یکبار ابتلا به

عفونتهای تنفسی داشته اند ۱۹۸+ دقیقه بوده است. که احتمالاً بدلیل دریافت کمتر کلاستروم در این شیرخواران و متفاوت بودن نحوه تغذیه کودک در گروه با تماس زود و گروه با تماس دیر می باشد.

بحث و نتیجه:

مطالعات متعددی که در سالیان اخیر بر روی شیردهی انجام شده، نقش ساعات اولیه پس از زایمان را در برقراری و تداوم شیردهی مور تأکید قرار داده است.

مطالعات (۱۴، ۱۵) در آمریکا (1970 Klaus و سوئد (Lind 1973) و برزیل (Sosa 1974) مؤکداً، پیشنهاد نمودند که دوره کوتاهی پس از تولد وجود دارد که در ایجاد رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد بسیار مؤثر است. در مطالعات متعدد دیگری نیز ثابت شده که برقراری تماس زود بین مادر و کودک می تواند بر رفتارهای مادرانه که شیردهی نیز یکی از آنها است، تاثیر مثبت فراوانی داشته باشد. (۱۵، ۱۴، ۱۱، ۶)

این مشاهدات جالب، انجام تحقیقاتی را پیرامون ارتباط اجمالی بین این دوره حساس بعد از زایمان و شروع و مدت شیردهی موجب گردید، در مطالعه توسط (Sosa 1976) در گواتمالا نشان داده شده مادرانی که ۴۵ دقیقه پس از زایمان با کودکانشان تماس پوست با پوست داشتند، به نسبت مادرانی که ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از زایمان برای نخستین بار، کودکانشان را می دیدند، طول مدت شیردهی شان ۵۰٪ افزایش داشته است. کودکان در گروه اول تا ۱۲

ماه متحمل عفونتهای کمتری شده و در پایان ۶ ماه تقریباً حدود ۸۰۰ گرم و در پایان یکسال حدوداً ۳۰۰ گرم بیشتر از گروه دوم وزن گرفته بودند. (۱۶)

دو مطالعه جدا از هم توسط (۱۴) (1973 Winter, 1974 Sosa) روی مادرانی که تماس زود و مداوم پس از زایمان با نوزادان خود داشتند و در طی اقامت در بیمارستان در زمینه شیردهی شد. نتایج این مطالعه با شیردهی گروهی از مادران که تماس اولیه نداشتند و نوزادانشان را هر ۳ تا ۴ ساعت یکبار می دیدند مقایسه شد، در پایان ۲ ماه ۷۷٪ از گروه مادران با تماس زود و فقط ۲۷٪ از گروه دوم به کودکان خود شیر می دادند.

بر اساس این یافته ها محققین نتیجه گرفتند که یک سری واکنشهای دو طرفه بین مادر و کودک در لحظه های اول پس از تولد اتفاق می افتد که آنها را بهم باند می کند. تماس نزدیک برای مادر و کودک در طی نخستین دقایق بعد از زایمان برای تشکیل این ارتباط حیاتی است و بطور واضحی وقوع شیردهی و مدت شیردهی را در مطالعات مختلف افزایش داده است. (۱۶)

در مطالعه ای دیگر محققین نشان دادند، نسبت مادرانی که به ادامه شیردهی تمایل داشتند، در گروهی که تماس زود با کودکانشان داشتند در مقایسه با گروه کنترل ۳۰٪ افزایش داشت. (۱۴) در مطالعه دیگر توسط Dechateu (۶) ۵۸٪ مادرانی که بلافاصله پس از زایمان ۲۰ دقیقه با کودک خود تماس داشتند در پایان ۳ ماه به کودک خود شیر می دادند در حالیکه در گروه کنترل، با خصوصیات مشابه،

استفاده از هر نوع ماده غذایی قبل از شروع شیردهی و شیشه در بخشهای نوزادان، باعث امتناع کودک از گرفتن پستان و کاهش امکان موفقیت مادر در برقراری و تداوم شیردهی می گردد.

که تماس آنها چند ساعت پس از تولد برقرار گردیده بود فقط ۲۶٪ مادران به کودکان خود شیر می دادند.

در مطالعه توسط Dechateu در سوئد مادران گروه مطالعه، بلافاصله پس از زایمان، ۳۰ دقیقه با نوزاد خود تماس داشتند، این تماس برای گروه کنترل برقرار نشده بود، پس از دو ساعت مادران در دو گروه با نوزادان خود هم اتاق شدند. طول مدت شیردهی در گروه مطالعه ۱۷۵ روز و در گروه کنترل ۱۰۵ روز بود. (۷)

مطالعه ای که توسط Salarya بر روی ۴ گروه از مادران بر حسب نحوه شیردهی آنها در بیمارستان (گروههایی با تماس زود و شیردهی هر ۲ ساعت، تماس زود و شیردهی هر ۴ ساعت، تماس اولیه ۴ ساعت بعد از زایمان و شیردهی هر ۲ ساعت، تماس اولیه ۴ ساعت بعد از زایمان و شیردهی هر ۴ ساعت) انجام شد و با پیگیری بیمار در منزل ادامه یافت نشان داد تماس زود، در تداوم شیردهی اثر قوی تری نسبت به تکرر بیشتر دفعات تغذیه دارد و پیگیری در ۱۸ ماهگی، این یافته ها را تایید نمود. (۱۰)

مطالعه ای توسط Perez و همکاران در شیلی بر روی گروهی از مادران یک برنامه تقویت شیردهی انجام دادند شروع شیردهی در مادران گروه مطالعه ۶/۷+۸ ساعت و گروه مطالعه ۲/۸+۲/۳ ساعت بود.

مادران گروه مطالعه ۶۶/۸٪ و مادران گروه کنترل ۳۱/۶٪ تا ۶ ماه شیردهی منحصر داشتند در حالی که قطع شیردهی در گروه مطالعه ۱۳٪ کمتر از گروه کنترل بود. (۱۳)

مطالعه ای در نیجریه نشان داد

مادرانی که به عنوان اولین تغذیه پس از تولد به کودکانشان شیر مادر داده بودند، طول مدت شیردهی شان حدوداً دو برابر مادرانی بود که اولین تغذیه کودکان با شیرخشک یا آب قند بود، بعلاوه استفاده از Prelactal feed در بیمارستان با شروع زودتر غذاهای کمکی و استفاده از بطری در روزهای بعد ارتباط داشت. در تحقیقات مختلف ثابت شده شروع زود غذای کمکی و تغذیه با بطری منجر به کاهش طول مدت شیردهی می شود. از طرفی مادرانی که تماس زود با نوزاد خود داشتند، مشکلات کمتری را در رابطه با شیردهی گزارش نمودند. (۱۱)

تماس زود بین مادر و کودک همچنین در برقراری اولین شیردهی با موفقیت، مؤثر بوده است. معمولاً در اولین دقایق پس از تولد نوزاد هشیار و کاملاً آماده برقراری ارتباط است. مطالعه ای در سوئد (Fisha 1986) و مطالعات مشابه نشان داد که وقتی نوزاد بلافاصله پس از تولد روی شکم مادر قرار می گیرد، بعد از مدتی می خزد و خود را به طرف سینه مادر می کشاند، پستان مادر را یافته و شروع به مکیدن می کند. در این لحظات نوزادان آماده هستند که از ۱۵ تا ۵۵ دقیقه تغذیه شوند (1987 Widstrom).

اگر مادر و کودک پس از تولد از هم جدا شوند، معمولاً همیشه شروع شیردهی، آسان صورت نمی گیرد. (۱۰)

تماس زود و مدام بین مادر و کودک علاوه بر اثرات ذکر شده در تحقیقات مختلف اثرات مفید متعدد دیگری نیز در بر داشته است.

طی مطالعات متعددی نشان داده شده که جدا کردن مادر و کودک بعد از

تولد با گریه بیشتر کودک بوده است. گریه می تواند فشار خون بدن و همچنین فشار عروق داخل جمجمه را بالا برده و احتمال خونریزی داخل مغزی را به ویژه در کودکان نارس (Preterm) افزایش دهد. (۱)

مطالعه توسط دکتر Clovano در فیلیپین کاهش بسیار چشمگیری را در میزان اسهال، اسکلردرما و سایر عفونتها به دنبال اجرای طرح Rooming in بطور مداوم، نشان داد. در این مطالعه، پس از اجرای طرح میزان مرگ نوزادان ۹۵/۳۱٪ کاهش یافت. (۴)

هم اتاقی مادر و نوزاد از نظر اقتصادی برای بیمارستان هزینه کمتری را دربردارد و از نظر خانواده نیز در طی مدت بستری و پس از آن با کاهش هزینه تغذیه مصنوعی کودک و هزینه های مربوط به درمان مقرون به صرفه می باشد.

این تماس زود اولیه که به راحتی می تواند فراهم شود از نظر اقتصادی برای بیمارستان مقرون بصره می باشد و با تصحیح الگوی تغذیه شیرخوار، اثرات مفیدی بر رشد، بقاء و سلامت کودکان در دوران شیرخوارگی و پس از آن دارد.

تماس بین مادر و کودک در طی نخستین دقایق و ساعات پس از زایمان نه تنها برقراری ارتباط بین مادر و کودک را تسهیل می کند، بلکه باعث بازیابی توان و تمایل مادر به شیردهی می گردد و بر الگوی تغذیه شیرخوار در جهت تغذیه با شیر مادر تأثیر می گذارد. همچنین به تطابق فیزیولوژیک بدن نوزاد در حضور مادر کمک می شود.

دوران بستری مادر در بیمارستان پس از زایمان، فرصت مناسبی برای

حتی مدت کوتاهی مادر و کودک را از هم جدا می کنند باید تجدیدنظر اساسی در جهت برقراری تماس زود و مداوم بین مادر و کودک صورت گیرد. بعلاوه، برای کمک به حفظ و تداوم شیردهی، در بیمارستان هیچ ماده غذایی دیگری غیر از شیر مادر به نوزاد خوراندن نشود کارکنان زایشگاهها باید تکنیکهای صحیح شیردهی و رفتارهایی را که منجر به شیردهی موفقیت آمیز می شوند به مادران آموزش دهند و برای این کار باید کارکنان مخصوصی در نظر گرفته شوند و آموزش لازم را ببینند.

شروع بموقع تغذیه با شیر مادر، یادآور می شود. متأسفانه در کشور ما، حتی در بسیاری از بیمارستانهایی که طرح Room in in اجرا می شود، معمولاً اولین تماس چند ساعت پس از زایمان رخ می دهد و نوزاد دقایق و ساعات حساس اولیه را در نرسری می گذارند. یا در طی شب و حتی در مدتی از طول روز، مادر و کودک از هم جدا می شوند.

بر اساس این یافته ها پیشنهاد می شود در برنامه های بیمارستانی که

تصحیح باورها و تغییر نگرش و رفتارهای مربوط به شیردهی مادر می باشد. همانطور که در این مطالعه و مطالعات قبلی نشان داده شده با استفاده از این دوران کوتاه می توان اقدامی مؤثر در جهت ترویج تغذیه انحصاری با شیرمادر و پیشگیری از شروع زودرس غذاهای کمکی و کمک به تداوم شیردهی انجام داد.

نتایج این تحقیق ضرورت اجرای صحیح طرح هم اتاقی مادر و نوزاد و آموزش کارکنان زایشگاهها را در مورد

منابع:

- 1- مرنندی، دکتر سیدعلیرضا. ملک افضلی، دکتر حسین. سعدوندیان، سومن. "بررسی الگوی تغذیه شیرخواران در جمهوری اسلامی ایران". وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰.
- 2- مرنندی، دکتر سیدعلیرضا. "نقش تغذیه با شیر مادر در رشد و بقاء کودک" وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰.
- 3- کمیته ترویج شیر مادر، فعالیتهای جهانی و کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۲.
- 4- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. جزوه هم اتاقی مادر و نوزاد در فیلیپین ۱۳۷۰.
- 5- Anderson, G. "Risk in mother infant separation post birth". J. Nursing scholarship 21(4):196-199. 1989.
- 6- Bumslag, N. "Perspective on the pasport to life" int J Obs & Gyn. 31 (Suppl.1): 69-76.1990.
- 7- Dechateau. "Long term effect on mother infant behaviour of extra contact during first hour post partum." pediatric. 66:145-151.1977.
- 8- Hikk, C. "Studies on percieved breast milkinsufficiency." Acta pediatrec scand. 80:6-27.1991.
- 9- Dialogue on diarrhoa. No(37).1989.
- 10- Inch, S. 80 stablishing & maintaining breast feeding."Isenalumhe." prelactal feeds & breast feeding problem." Indian J pedatric. 54:89-96.1987.
- 11- Lawrence. "Psychological bonding." Breast feeding, A guide for the medical profession. 1989.
- 12- Perez, A. "Santiago breast feeding promotion program "Am J obs & Gyn. 105:2039-2045.1991.
- 13- Procianoy, R. "The influence of rooming in on breast feeding. "J Tro ped. 29:112-114.1983.
- 14- Klaus, M. Kennel, J. "Human mathernal behaviour of the first contact with her young. "Pediatrics. 46(2):187-192.1970.
- 15- Sosa, R. Kennel. Klaus, M. "The effect of early mother infant contact on breast feeding, infection & growth. "CIBA fudation symposium. 1987.
- 16- WHO. "Indicator for assesing breast feeding practice. "CDD Update. No 10.1992.