







Research Article

The Effect of Peer Support on the Breastfeeding Continue During the First 2 Years of Infant Life Among Primiparous Women: Randomized Clinical Trial

Shahnaz Tork Zahrani ¹ , Zolaykha Karamollahi ^{2,*} , Razhan Cheherh ³ , Alireza Akbar Zadhe ⁴ 

¹ Department of Midwifery, School of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Midwifery, School of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

³ Department of Midwifery PhD of reproductive health,, School of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

⁴ Department of Basic Sciences, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Karamollahi Zolaykha, Department of Midwifery, School of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. E-mail: mohamad20101@gmail.com

DOI: [10.29252/nkjmd-12044](https://doi.org/10.29252/nkjmd-12044)

How to Cite this Article:

Tork Zahrani Sh, Karamollahi Z, Cheherh R, Akbar Zadhe A. The Effect of Peer Support on the Breastfeeding Continue During the First 2 Years of Infant Life Among Primiparous Women. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**12**(4):23-31. DOI: [10.29252/nkjms-12044](https://doi.org/10.29252/nkjms-12044)

Received: 31 Aug 2020

Accepted: 17 Nov 2020

Keywords:

Peer Support

Support

Breastfeeding Duration

Abstract

Introduction: Continued breastfeeding during the first 2 years of infant life reduces chronic illness and mortality in children and adults, but most mothers discontinue breastfeeding. Several strategies to increase the duration of breast feeding have been used. Strategy tested vary in timing (antenatal or postnatal), is lactation consultant or peer support program. Thus, the current study has been performed to investigate the effect of peer support program on the prolonged breastfeeding pattern and duration.

Methods: In this randomized clinical study, 240 primiparous women were participated. Control group included the routine trainings and intervention group program included the routine trainings plus the support from the 30 peer support during the 6 months after delivery. Feeding pattern and duration were evaluated by the end of The 1, 2, 3, 6, 12 and 24 months after birth. Data were collected by questionnaire and were analyzed with chi-square, fisher and t-test tests.

Results: Exclusive breast feeding rates was significantly higher in intervention group than control in the first, second, third and six months postpartum ($P = 0.001$). significantly more mothers in the intervention group than The control group continued to breast feed at 12 and 24 months after birth (% 89.9, 82 v 52.3 , 27% $P = 0.001$).

Conclusions: The results of this study indicated the peer support intervention was succeed in improving exclusive breastfeeding rate and duration.



بررسی تأثیر همتا بر تداوم شیردهی تا پایان ۲ سالگی در زنان نخست زا: کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور

شهناز ترک زهرانی^۱ ID، ذلیخا کرم الهی^{۲*} ID، رازان چهره^۳ ID، علی رضا اکبرزاده باغیان^۴ ID

^۱ دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

^۳ دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

^۴ پرفسور، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ذلیخا کرم الهی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

ایمیل: Mohamad20101@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjms-12044

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۰
مقدمه: تداوم تغذیه با شیر مادر طی ۲ سال اول زندگی شیرخوار سبب کاهش بیماریهای مزمن و مرگ میر در کودکان و بزرگسالان می شود. متأسفانه، امروزه تمایل مادران به شروع و تداوم شیردهی کاهش یافته است. در این رابطه، علی رغم اختلاف نظرها، حمایت از مادر شیرده یکی از راهکارهای تداوم شیردهی اعلام شده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حمایت همتا بر تداوم شیردهی تا پایان ۲ سالگی کودک در زنان نخست زا انجام گرفته است.	تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۷
روش کار: در این کارآزمایی بالینی تعداد ۱۵۴ زن نخست زا به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. برنامه گروه کنترل شامل آموزشهای معمول بود و گروه آزمون علاوه بر آن از حمایت ۳۰ زن با سابقه شیردهی موفق، طی شش ماه اول پس از زایمان برخوردار شدند. الگوهای شیردهی و طول مدت شیردهی در پایان ماههای اول، دوم، سوم، چهارم، پنجم، ششم، یکسالگی و دوسالگی ارزیابی شدند.	واژگان کلیدی: همتا، حمایت، تداوم شیردهی
یافته‌ها: میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در گروه آزمون به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود ($P = 0/001$). همچنین کاهش در طول مدت تغذیه با شیرمادر از زمان ترخیص تا پایان ۲۴ ماهگی در گروه کنترل بالاتر از گروه آزمون بود ($P = 0/001$).	
نتیجه گیری: حمایت همتا از زنان نخست زا می تواند بر تداوم تغذیه با شیر مادر مؤثر باشد.	

مقدمه

خون و دیابت، اختلالات آلرژیکی مثل آسم، سوءتغذیه، بیماریهای عفونی، کاهش احتمال بستری شدن و کاهش میزان میزان مرگ و میر می شود و از طرفی تأثیر مثبتی بر افزایش ضریب هوشی و موفقیت در امور شغلی و تحصیلی در بزرگسالی دارد [۱، ۲، ۳، ۴، ۵].

برای قطع زود هنگام و عدم تداوم شیردهی طی سال اول و دوم زندگی کودک عوامل مختلفی بیان شده است که در این میان عدم دریافت حمایت و آموزش به موقع از مادران شیرده توسط مراقبین بهداشتی و درمانی نقش پرنگ تری دارد. بنابراین وجود مراقبی که بتواند در خارج از ساعات ویزیت های کلینیکی معمول، پاسخگویی نیازهای آموزشی مادر بعد از تولد شیرخوار باشد امری ضروری به نظر می رسد [۶-۱۰].

بر این اساس استفاده از حمایت های افراد غیر حرفه ای به ویژه حمایت همتا گسترش یافته است. حمایت همتا به عنوان رویکرد دیگری برای

شیرمادر بهترین و ایمن ترین غذایی است که مواد مغذی و ایمنونولوژیکی مورد نیاز شیرخوار را تامین می کند [۱]. تغذیه با شیرمادر و تأثیر آن بر ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در دوران کودکی و بزرگسالی به طور گسترده ای پذیرفته شده است [۲] علاوه بر تغذیه انحصاری با شیرمادر از تولد تا ۶ ماهگی به ادامه تغذیه با شیرمادر همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی و حتی بیشتر توصیه موکد شده است [۳] در بسیاری از جوامع میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و همچنین تداوم شیردهی کاهش یافته است. طوری که ۴۰ درصد از شیرخواران تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند و تداوم شیردهی تا پایان ۲ سالگی کودک، فقط ۴۵ درصد است [۴]. نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد کودکانی که بیشتر از یکسال با شیرمادر تغذیه شده اند در سنین مدرسه عادات غذایی سالم تری خواهند داشت [۵-۷] که این موضوع سبب کاهش ابتلاء به بیماریهای مزمن مثل اختلالات فشار

فرمول حجم نمونه:

$$N = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

با استفاده از نتایج پژوهش های موجود در رابطه با تاثیر حمايت همتا بر شيردهي، با فرض خطای نوع اول $\alpha = 0/05$ و خطای نوع دوم $\beta = 0/20$ و $\text{Power} = 0/8$ و با در نظر گرفتن نسبت تداوم شيردهي در گروه آزمون $P1 = 90\%$ و در گروه کنترل $P2 = 75\%$ ، تعداد نمونه لازم در هر گروه ۸۰ نفر برآورد گرديد که با در نظر گرفتن احتمال ريزش نمونه ها در هر گروه تعداد ۱۲۰ نفر و در کل ۲۴۰ نمونه تعيين شد. به دليل ريزش نمونه ها در نهايت ۱۵۴ نفر مطالعه را ادامه دادند. دلايل ريزش نمونه ها عبارت بودند از: عدم تمايل مادر به همکاري (۴۷ نفر)، پاسخ ندادن به تلفن حامی (۲۲ نفر)، نقل مکان مادر (۱۵ نفر)، فوت نوزاد (۲ نفر). در اين پژوهش، متخصص آمار زيستي به کمک تابع رندو با استفاده از نرم افزار اکسل در ابتدا ليستي تهيه کردند که در آن حرف a (گروه آزمون) و حرف b (گروه کنترل) در نظر گرفته شد و سپس با احتمالات مختلف ۲۴۰ انتخاب به اين شکل مشخص گرديد.

سپس پژوهشگر در بخش بعد از زايمن، نمونه های را که شرايط ورود به مطالعه داشتند انتخاب می کردند و برای اختصاص نمونه ها به گروه های آزمون يا کنترل از ليست اکسل مذکور استفاده می شد. درنتيجه نمونه گيري به روش در دسترس در بیمارستان و اختصاص نمونه های در گروه مداخله (۱۲۰) و کنترل (۱۲۰) با روش تصادفی صورت می گرفت (نمودار ۱).

معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: ۱- تمايل به همکاري داشته باشد. ۲- ساکن شهر ايلام باشد. ۳- در دسترس باشد. ۴- حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد. ۵- تک قلو باشد. ۶- نخست زا باشد. ۷- سن حاملگی ۳۷ هفته و بالاتر داشته باشد. ۸- مادر و نوزاد بیماری ناتوان کننده نداشته باشند. ۹- ناهنجاریهای جنيني وجود نداشته باشد. ۱۰- نياز به بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نوزادان مطرح نباشد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از زنان نخست زای واجد شرايط که در بخش های بعد از زايمن بیمارستان های سطح شهر ايلام بستری بودند، در اين پژوهش ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل سه بخش بود؛ بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل بارداری و زايمن اخير که در مجموع شامل ۲۸ سوال بسته بود با روش مصاحبه حضوری با مادر و مراجعه به پرونده تکميل شد. سپس جهت اطمینان از تکنیک صحیح شيردهي چک ليست کنترل شيردهي برای کلیه زنان نخست زا، قبل از ترخیص از بیمارستان تکميل شد اين چک ليست شامل ۶ قسمت اصلی است که هر قسمت از تعدادی موارد تشکیل شده است که عبارتند از وضعیت بدن مادر و

افزايش تأثير مداخلات بهداشتی-درمانی به کار گرفته شده است. اعضاء اين گروه های حمايتی، زنان با تجربه شيردهي موفق هستند که جزو تيم پزشکی و يا از اقوام مادر شيردهي نيستند. طی برنامه های حمايتی خود اطلاعات صحیح، جديد و علمی را در اختيار مادران قرار می دهند و آن ها را با تجربيات مادران ديگر آشنا می سازد. از اهداف اين گروه ها، ترويج تغذيه کودک با شيرمادر، کمک به حل مشکلات شيردهي مادران، تأمین نيازهای حمايتی مادران و خوشايند سازی تجربه شيردهي است [۱۳-۱۵].

مطالعاتی که در اين زمينه صورت گرفته است با نتايج ضد و نقیض همراه بوده است. نتايج برخی مطالعات تأثير مثبت حمايتهای غير حرفه ای را بر بهبود الگوها شيردهي و تداوم شيردهي نشان داده اند [۱۶-۱۸]. بعضی ديگر نشان می دهد که مشاوره و حمايتهای بعد از زايمن بر الگوها و تداوم شيردهي تأثيری ندارند [۱۹-۲۱].

با توجه به اين که بيشتر مطالعات به شروع شيردهي و تغذيه انحصاری با شير مادر طی ماههای اول تولد پرداخته اند مطالعات انجام شده در مورد تداوم شيردهي تا پايان ۲ سالگی اندک است، لذا اين مطالعه با هدف بررسی تأثير حمايت همتا بر تداوم شيردهي تا پايان ۲ سالگی در زنان نخست زا طراحی گرديد.

روش کار

اين کارآزمایی باليني تصادفی یک سو کور (کورسازی برای همتا) در بخش بعد از زايمن زايشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر ايلام از تيرماه سال ۸۹ تا فروردين ۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نخست زا و نوزادان آن ها بودند.

در ابتدا حاميان شيردهي از بين زنان که سابقه شيردهي موفق داشتند و از اعضا داوطلبين جمعيت هلال احمر شهر ايلام بودند، در صورت داشتن معيارهای ورود به مطالعه که عبارتند از: ۱- ساکن شهر ايلام باشد؛ ۲- حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد؛ ۳- سابقه شيردهي موفق داشته باشد؛ ۴- بیماری ناتوان کننده نداشته باشد؛ انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی از داوطلبين، اطلاعات دموگرافیک، تاريخچه حاملگی و سابقه شيردهي، توسط پژوهشگر و به روش مصاحبه حضوری ثبت گرديد. بدین ترتيب ۵۰ نفر داوطلب ثبت نام شدند. اهداف پژوهش، روشهای صحیح شيردهي، مشکلات شيردهي و مشکلات تغذيه ای نوزاد در ۳ جلسه ۳ ساعته با روش سخنرانی و ايفای نقش به آنان آموزش داده شد. سپس با برگزاري آزمون شفاهی و مصاحبه حضوری ۳۰ نفر به عنوان حامی شيردهي انتخاب شدند و حاميان به ۱۵ گروه ۲ نفری تقسيم شدند. در ضمن جزواتی در مورد شيردهي، مشکلات شيردهي و منابع ارجاع، جهت ارجاع نوزادان و مادران دارای مشکلات شيردهي در اختيار حاميان قرار داده شد. از ۱۵۳۴ زايمن، ۴۳۰ نفر دارای شرايط ورود به مطالعه بودند که از اين تعداد ۲۴۰ نفر به عنوان نمونه پژوهشی در مطالعه شرکت کردند.

شود). ۴ - تغذیه تفننی با شیر مادر Token Breast feeding)
 دفعات شیردهی از پستان ارزش انرژی زایی قابل توجهی ندارد. ۵ -
 تغذیه با بطری Bottle feeding (دریافت غذای مایع و جامد با
 بطری و شیشه که شامل شیر دوشیده شده از پستان نیز می باشد). ۶ -
 قطع شیردهی Cessation of Breast feeding (زمان قطع
 تغذیه با شیر مادر) است.

برای اعتبار علمی ابزار، از روش اعتبار محتوا و برای تأیید اعتماد علمی
 ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد که با ضریب اعتماد $0/92$ - $0/92$
 $(\alpha = 0/92)$ پایایی به دست آمد. در پایان ماه اول، دوم، سوم، ششم، دوازدهم
 و بیست و چهارم فرم ارزیابی تغذیه شیرخوار، با مصاحبه حضوری تکمیل
 می گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶
 و آزمون های تی مستقل، کای اسکور و دقیق فیشر استفاده شد. داده ها
 با $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

دوگروه از نظر متغیرهای دموگرافیک، روش زایمان، علت سزارین، نوع
 بیهوشی، سن حاملگی، جنسیت نوزاد، وزن هنگام تولد، دریافت مراقبت
 های دوران بارداری، تعداد دفعات دریافت مراقبت های بارداری، محل
 دریافت مراقبت های دوران بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری،
 اولین ماده غذایی مصرفی نوزاد، زمان شروع اولین تغذیه با شیرمادر،
 تماس پوست با پوست، تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱).
 میزان و تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر طی ماه های اول، دوم و سوم
 در دوگروه تفاوت آماری معنی دار داشت [۲۲].

الگوهای شیردهی در پایان ماه ششم پس از زایمان اختلاف آماری معنی
 دار داشتند ($P=0/001$) (جدول ۲).

میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر در گروه
 آزمون ($5/80 \pm 0/62$) بیشتر از گروه کنترل ($4/40 \pm 2/00$) بود
 $(P=0/001)$. همچنین در پایان ۱۲ و ۲۴ ماهگی تداوم و طول مدت
 تغذیه با شیرمادر در گروه آزمون به ترتیب ۸۹/۹ درصد و ۸۲ درصد در
 مقایسه با ۵۲/۳ درصد و ۲۷ درصد در گروه کنترل بود. لذا دو گروه از
 این نظر تفاوت آماری معنی دار داشتند ($P=0/001$) (نمودار ۲).

در گروه آزمون زودترین زمان شروع شیرخشک ۶۲ روزگی و در گروه
 کنترل طی روز اول پس از ترخیص مادر از بیمارستان بود. در گروه
 کنترل تا پایان ۱۲ ماهگی ۴۸٪ مادران شیردهی را قطع و شیرخوار
 خود را با شیرخشک و یا سایر شیرهای تغذیه و طی سال دوم زندگی
 ۷۳ درصد شیرخواران گروه کنترل از شیر گرفته شدند، درگروه آزمون
 این میزان به ترتیب ۱۰ و ۱۸ در صد بود بنابراین دو گروه از این نظر با
 هم تفاوت آماری معنی دار داشتند ($P=0/001$) (نمودار ۳).

کودک (۵ مورد)، واکنشهای مادر و کودک (۳ مورد)، پیوند عاطفی میان
 مادر و کودک (۳ مورد)، آناطومی پستان (۴ مورد)، وضعیت مکیدن
 شیرخوار (۷ مورد) و مدت زمان مکیدن (۱ مورد) که برای تمامی موارد
 به صورت وضعیت درست و نادرست ثبت گردید. برای تعیین پایایی
 چک لیست کنترل شیردهی از پایایی هم ارز استفاده شد. بدین منظور
 تغذیه ۱۰ نوزاد با شیرمادر با استفاده از این ابزار، به طوری همزمان
 توسط پژوهشگر و فرد دیگری که اطلاعات هماهنگ با موضوع پژوهش
 داشته و با روش جمع آوری اطلاعات آشنایی داشت، ثبت گردید. و
 ضریب همبستگی $r = 0/92$ بدست آمد.

در ادامه هر ۸ نفر از زنان نخست زا به یک گروه حامی شیردهی معرفی
 شدند برنامه حمایتی برای گروه مداخله به این ترتیب بود که، شماره
 تلفن، آدرس و اسم حداکثر هر ۸ نفر از زنان نخست زا در اختیار ۲ نفر
 از حامیان که از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی
 و محل زندگی با آنان تشابه داشتند، قرار داده شد. اولین تماس توسط
 حامی و طی ۴۸ ساعت اول بعد از ترخیص مادر و صرفاً جهت آشنایی
 حامی با مادر صورت می گرفت سپس، تا پایان ماه ششم پس از تولد،
 حامی در زمینه شیردهی، مشکلات تغذیه ای نوزاد، بهداشت مادر و
 نوزاد پاسخگوی سوالات تلفنی مادر بود و اطلاعات صحیح و علمی در
 اختیار مادر قرار می داد. تماس مادر با حامی، بر اساس نیاز مادر و بدون
 محدودیت در تعداد و زمان بود. علاوه بر این، حامی بصورت هفتگی با
 مادر تماس گرفته و مادر را تشویق به تداوم تغذیه انحصاری با شیرمادر
 می کرد. در ضمن جلسات رفع اشکال با حضور حامیان و پژوهشگر طی
 ماه اول، دوم و سوم به صورت یک هفته در میان و طی ماه چهارم،
 پنجم و ششم به صورت ماهیانه در مرکز جمعیت هلال احمر شهر ایلام
 برگزار شد. شماره تلفن پژوهشگر در اختیار گروه مداخله، گروه کنترل
 و حامیان قرار داده شد تا در صورت بروز مشکلات شیردهی ارجاع به
 مراکز درمانی صورت گیرد.

برنامه گروه کنترل، شامل آموزش ها و مراقبت های معمولی بخش بعد
 از زایمان و مراکز بهداشتی درمانی بود. برای بررسی الگوهای شیردهی
 بخش سوم پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل اطلاعات مربوط به
 الگوهای تغذیه شیرخوار، مشکلات شیردهی و منابع دریافت حمایت و
 در مجموع شامل، ۲۵ سؤال بود، تکمیل شد. الگوهای شیردهی در
 پژوهش حاضر به صورت: ۱ - تغذیه انحصاری با شیر مادر Exclusive
 Breast feeding (شیرخوار فقط با شیرمادر تغذیه می کند). ۲ -
 تغذیه غالب با شیر مادر Predominant Breast feeding (منبع
 اصلی تغذیه کودک شیر مادر است، ولی شیرخوار آب و نوشیدنی های
 دیگر هم دریافت می کند). ۳ - تغذیه نسبی با شیر مادر Partial
 Breast feeding (کودک علاوه بر تغذیه با شیر مادر، با شیر خشک
 یا شیرهای دیگر یا غذاهای کمکی به نسبت های مختلف تغذیه می

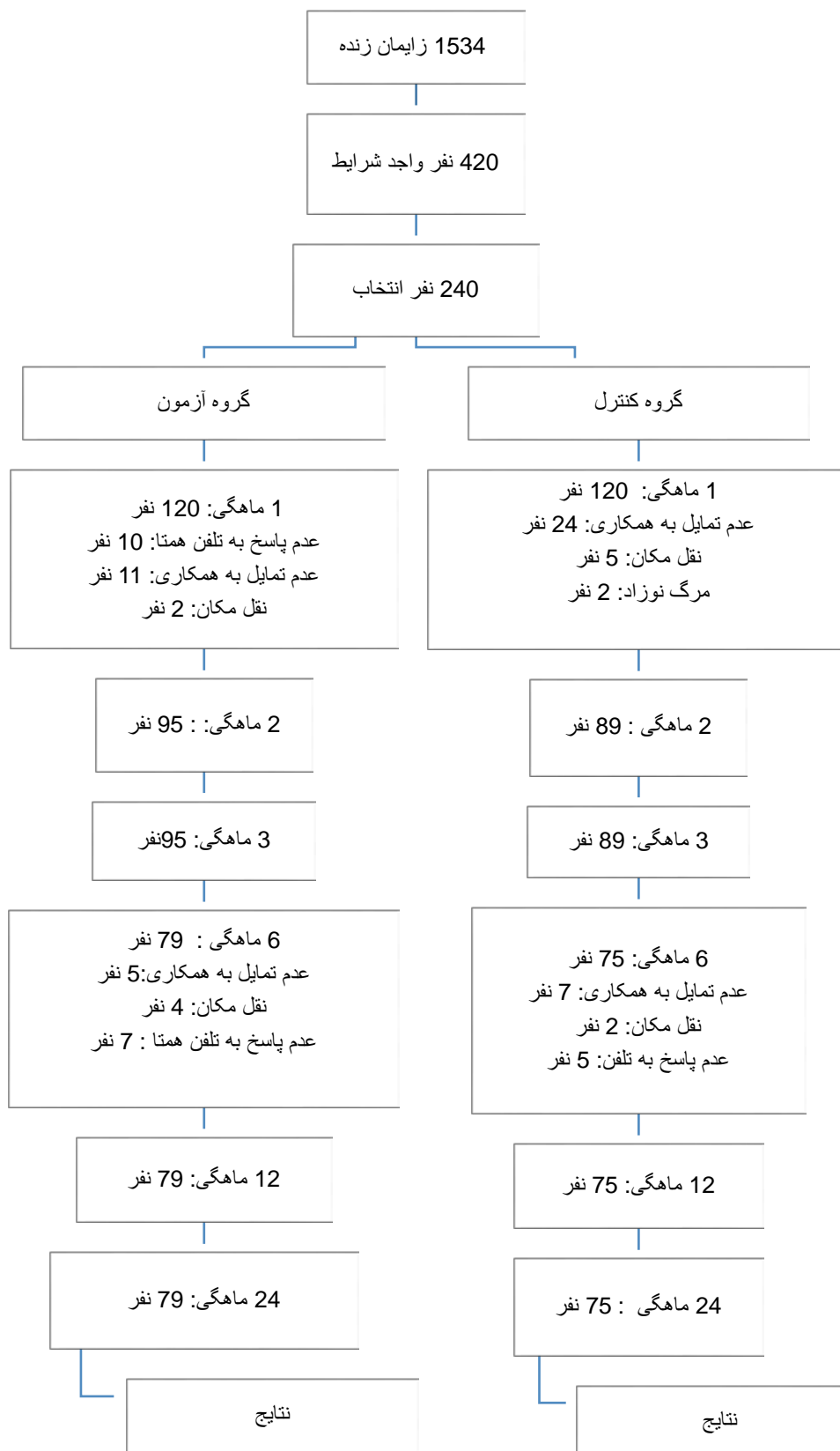
جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

متغیرها	گروه آزمون (n = ۹۵)	گروه کنترل (n = ۸۹)	P- Value
میانگین سن مادر (سال)	۲۵/۹±۴/۷	۲۵/۷±۵/۲	^a P=۰/۹
سطح تحصیلات ابتدایی	(/۱۱/۲)۱۰	(/۵/۳)۵	^b P=۰/۲
دبلم و پایین تر	(/۵۱/۷)۴۶	(/۶۰/۵)۵۷	
دانشگاهی	(/۳۷/۱)۳۳	(/۳۴/۷)۳۳	
وضعیت اشتغال خانه دار	(/۸۳/۱)۷۴	(/۸۱/۱)۷۷	^b P=۰/۷
شاغل	(/۱۶/۹)۱۵	(/۱۸/۹)۱۸	
نژاد کرد	(/۷۸/۸)۷۹	(/۹۳/۷)۸۹	^b P=۰/۲۳
غیر کرد	(/۱۱/۲)۱۰	(/۶/۳)۶	
نوع زایمان طبیعی	(/۵۵/۱)۴۹	(/۴۹/۵)۴۷	^b P=۰/۴
سزارین	(/۴۴/۹)۴۰	(/۵۰/۵)۴۸	
علت سزارین اورژانسی	(/۵۴/۲)۲۶	(/۵۵)۲۲	^b P=۰/۹
الکتیو	(/۴۵/۸)۲۲	(/۴۵)۱۸	
تعداد ویزیت های دوران بارداری < ۶	(/۲/۲)۲	(/۴/۲)۴	^a P=۰/۴
۱۲-۶	(/۵۵/۱)۴۹	(/۴۶/۳)۴۴	
> ۱۲	(/۴۲/۲)۳۸	(/۴۹/۵)۴۷	
میانگین وزن هنگام تولد (گرم)	۳۲۹۷/۸ ± ۴۰۱/۲۱	۳۲۷۷/۱۶ ± ۳۵۶/۲۴	^a P=۰/۲
سن بارداری بر اساس (هفته) LMP	۳۸/۹ ± ۱/۱	۳۸/۹ ± ۰/۹۹	^d P=۰/۵
زمان اولین تغذیه با شیرمادر بلافاصله بعد تولد	(/۸/۴)۸	(/۱۲/۴)۱۱	^a P=۰/۵
نیم ساعت	(/۳۸/۸)۳۷	(/۴۲/۷)۳۸	
۳-۱ ساعت	(/۴۸/۴)۴۶	(/۳۲/۷)۳۰	
۶-۴ ساعت	(/۴/۲)۴	(/۱۱/۲)۱۰	
تماس پوست با پوست بله	(/۹/۵)۹	(/۱۳/۵)۱۲	^b P=۰/۳
خیر	(/۹۰/۵)۸۶	(/۸۶/۵)۸۶	
جنسیت نوزاد دختر	(/۴۴/۲)۴۲	(/۴۷/۲)۴۲	^b P=۰/۶
پسر	(/۵۵/۸)۵۳	(/۵۲/۸)۴۷	
مهمترین منبع دریافت اطلاعات در مورد شیردهی مراقبین بهداشتی درمانی	(/۳۳/۷)۳۲	(/۳۷/۱)۳۳	^b P=۰/۸
مطالعه	(/۳۰/۵)۲۹	(/۳۱/۵)۲۸	
دوستان و آشنایان	(/۳۵/۸)۳۴	(/۳۱/۵)۲۸	

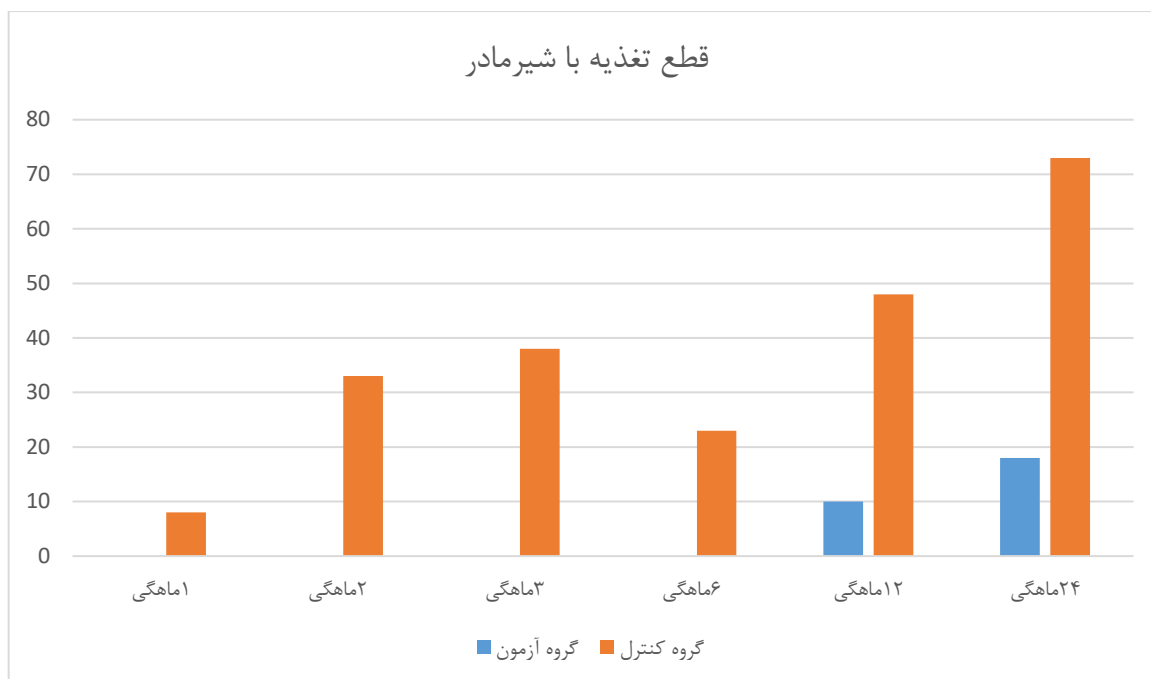
^a (Mann-Whitney U-test) ^b (Chi-square test) ^c (Fisher's exact test) ^d (t-test) LMP= Last menstrual period

جدول ۲. مقایسه الگوهای شیردهی در دو گروه آزمون و کنترل پایان شش ماهگی کودک

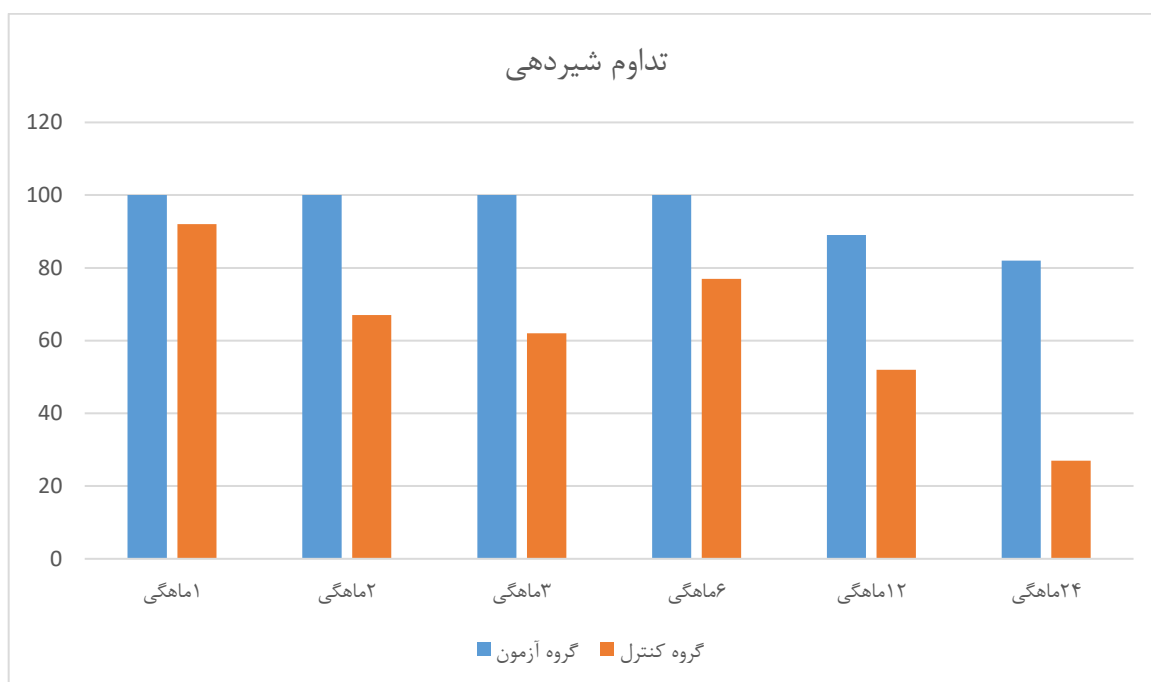
الگوی تغذیه با شیرمادر	گروه کنترل N=۷۵	گروه آزمون N= 79	P Value
تغذیه انحصاری	۴۷ (۶۲/۷)	۷۱ (۸۹/۹)	۰,۰۰۱
تغذیه غالب	۲ (۲/۷)	۴ (۵/۱)	۰,۰۰۱
تغذیه نسبی	۹ (۱۲)	۴ (۵/۱)	۰,۰۰۱
قطع شیر مادر	۱۷ (۲۲/۶)	۰	۰,۰۰۱
جمع	۷۵ (۱۰۰)	۷۹ (۱۰۰)	۰,۰۰۱



نمودار ۱. الگوریتم انتخاب و پیگیری دو گروه آزمون و کنترل



نمودار ۲. مقایسه دو گروه آزمون و کنترل از نظر قطع تغذیه با شیرمادر تا پایان ۲۴ ماهگی



نمودار ۴. مقایسه در دو گروه از نظر تداوم شیردهی تا پایان ۲۴ ماهگی در دو گروه آزمون و کنترل

و همکاران (۲۰۱۱) نیز اذعان داشتند حمایت و مشاوره همتا بصورت حضوری در منزل بر میزان و تداوم تغذیه با شیرمادر تاثیر چشمگیری دارد [۲۳].

یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که تداوم شیردهی تا پایان دو سالگی نیز در گروه آزمون موفق تر از گروه کنترل بود. این نتایج با نتایج تحقیق Kang و همکارانش (۲۰۰۸) همخوانی دارد، که آنان در مطالعه خود نشان دادند حمایت و مشاوره شیردهی علاوه بر افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر در تداوم شیردهی تا ۱۲ ماهگی و کاهش مصرف شیر خشک و از شیر گفتن شیر خوار موثر هستند [۱۸].

بحث

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که اجرای برنامه حمایت همتا در غالب آموزش و مشاوره تلفنی از زنان نخست زاء بر میزان و طول مدت تغذیه انحصاری با شیرمادر تأثیر مثبت داشت. این نتایج با نتایج تحقیق Forster و همکارانش (۲۰۱۳) همخوانی دارد، که آنان در مطالعه خود دریافتند، در زنان نخست زای که از حمایت، مشاوره و آموزش تلفنی و حضوری همتا برخوردار بودند، علاوه بر افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر، تداوم شیردهی بعد از ۶ ماهگی نیز بیشتر است [۱۷]. Tylleskär.

که مادران علت اصلی قطع شیردهی و استفاده از شیرخشک را بروز مشکلات پستانی و عدم دسترسی به کارکنان بهداشتی درمانی در صورت مواجه شدن با مشکلات شیردهی بیان می کنند. بنابراین آموزش و مشاوره ی شیردهی توسط همتا، می تواند راهکاری مناسب جهت رفع مشکلات شیردهی مادر و کمک به استقرار و تداوم شیردهی بعد از ترخیص از بیمارستان باشد. بنابراین رفع مشکلات شیردهی مادر طی هفته های اول بعد زایمان علاوه برخوشایند سازی تجربه کم نظیر شیردهی در تداوم بلند مدت آن موثر است [۲۹، ۳۱، ۳۲].

از نقاط قوت مطالعه حاضر بررسی و پیگیری شیردهی تا پایان ۲ سالگی است در حالی که در اکثر مطالعات مشابه صرفاً تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان سن ۶ ماهگی شیرخوار را بررسی نموده اند و موارد اندکی تداوم شیردهی را تا پایان ۲۴ ماهگی پیگیری کرده اند. از محدودیت های مطالعه تغییر در آدرس و شماره تلفن مادران شرکت کننده در پژوهش و طولانی بودن مدت زمان مطالعه است.

نتیجه گیری

با توجه به تاثیر مثبت حمایت همتا بر میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر و همچنین تداوم شیردهی تا پایان ۲ سالگی، بنابراین تشکیل گروه های حامی مادران شیرده امری ضروری به نظر می رسد. زیرا تشکیل این گروه های حمایتی نه تنها در راستای دستیابی به اهداف مراقبین حرفه ای است و حمایت در دسترس را برای مادران کم تجربه افزایش دهد. بلکه در راستای اجرای بند دهم از بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونسف تحت عنوان "ده اقدام برای حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیرمادر" است. بنابراین پیشنهاد می شود تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده پیگیری شود و مادران کم سن و نخست زا در طی دوران بارداری و یا موقع ترخیص از بیمارستان به این گروه های حمایتی معرفی شوند.

تشکر و قدر دانی

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۷۹۳۱-۸۶-۱-۹۰ مورخه ۱۰/۷/۹۰ ر کد کارآزمایی بالینی IRCT2017080735540N1 مصوب دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی تهران است. بدین وسیله از همکاری مسئولان دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مرکز بهداشت شهر ایلام، کارکنان بیمارستان شهید مصطفی خمینی، کوثر و قائم شهر ایلام و جمعیت هلال احمر شهر ایلام قدردانی گردد.

References

- Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *J Pediatr.* 2010;156(2 Suppl):S3-7. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.11.021 pmid: 20105662
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387:475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Hanif HM. Trends in breastfeeding and complementary feeding practices in Pakistan, 1990-2007. *Int Breastfeed J.* 2011;6:15. doi: 10.1186/1746-4358-6-15 pmid: 22018392
- World Alliance for Breast feeding Action. World Breastfeeding Week: Breastfeeding Foundation of Life. [On Line]. [cited 2018 1-7 AUGUST]. 2018. Available from: <http://www.waba.org.my>.

در مطالعات Muirhead و همکاران (۲۰۰۶)، Graffy و همکاران (۲۰۰۴)، Watt و همکاران (۲۰۰۹) میزان و تداوم تغذیه با شیر مادر در زنانی که از آموزش تلفنی و مشاوره حضوری حامیان شیردهی برخوردار بودند نسبت به گروه کنترل (این آموزش ها را دریافت نکرده بودند) اختلاف معنی داری نداشت [۱۹-۲۱، ۲۴]. نتایج متناقض اینگونه از مطالعات ممکن است منتج از تماس تلفنی و یا ملاقات حضوری با تاخیر، در دسترس نبودن حامی، محدود بودن تعداد جلسات مشاوره و آموزش، عدم تناسب بین تعداد حامیان و مادران شیرده باشد. Chaves و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان دادند، کم بودن تعداد جلسات مشاوره از عوامل موثر بر قطع شیردهی قبل از یکسالگی شیرخوار است [۲۵]. در مطالعه Muirhead و همکاران (۲۰۰۶) اولین تماس و یا ملاقات حضوری روز ۱۰ بعد از تولد انجام شده بود و تمامی مادران گروه آزمون در مجموع به دو حامی شیردهی معرفی شدند. در مطالعه Graffy و همکاران (۲۰۰۴)، هر ۱۲ مادر شیرده به یک حامی معرفی شده بودند. نتایج برخی پژوهش ها حاکی از آن است در صورتی که تعداد افراد موجود در یک گروه تحت حمایت بیشتر از ۱۰ نفر باشد باعث کاهش نتایج مثبت بهداشتی و سلامتی می شود [۲۶]. از طرفی افزایش تعداد افراد حمایت کننده یا حمایت فراهم شده منجر به افزایش رضایت مددجویان می شود [۲۷]. در مطالعه Watt و همکاران (۲۰۰۹) بیشترین تعداد حمایت و آموزش همتا در دوران بارداری صورت گرفته بود [۲۴]. نتایج مطالعات دیگر موید این مطلب است که آموزش و حمایت همتا در دوران بارداری بر شروع [۲۸] و تداوم شیردهی [۲۴] تاثیر چشمگیری ندارد. بنابراین این گونه حمایت ها زمانی مفید واقع می شود که فرد بداند مواقعی که نیاز دارد حمایت می شود و منابع حمایتی در دسترس است [۱۳].

در پژوهش حاضر با آنکه میزان تغذیه انحصاری با شیرمادر و همچنین تداوم شیردهی تا پایان ۲ سالگی در گروه کنترل روند کاهشی داشت، ولی نکته قابل توجه آن است که، بیشترین افت در تغذیه با شیر مادر طی هفته های اول بود [۲۲]. شاید بتوان علت آن را عدم دسترسی مادر به منابع حمایتی و آموزشی مناسب در موقع بروز مشکلات شیردهی دانست. زیرا در این هنگام تغذیه با شیر مادر هنوز به خوبی برقرار نشده و احتمال بروز مشکلات و قطع شیردهی در هفته های اول بعد از ترخیص وجود دارد [۲۹]. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که از شیرگرفتن شیرخوار در سال اول و دوم در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمون بود. همسو با این نتایج Santana و همکاران دریافتند که آموزش و حمایت اجتماعی عاملی کلیدی در تداوم شیردهی تا پایان ۲ سالگی شیرخوار است [۳۰]. نتایج تحقیقات مختلف نیز بیانگر این است

- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5 pmid: 28244064
- Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3 pmid: 27827515
- Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact.*

- 2017;33(3):486-99. doi: 10.1177/0890334417707957 pmid: 28644764
8. Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child.* 2011;96(7):635-42. doi: 10.1136/adc.2010.201970 pmid: 21555784
 9. Ku CM, Chow SK. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. *J Clin Nurs.* 2010;19(17-18):2434-45. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03302.x pmid: 20920071
 10. The World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding*, World Health Organization, Lyon, France 2009.
 11. Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals "mother friendly"? *J Pediatr Nurs.* 2005;20(1):53-9. doi: 10.1016/j.pedn.2004.09.004 pmid: 15834361
 12. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1277-9. doi: 10.2105/ajph.93.8.1277 pmid: 12893612
 13. World Alliance for Breast feeding Action. *World Breastfeeding Week: Mother Support Going for the Gold*. [On Line]. [cited 20081-7 AUGUST].2008.
 14. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J.* 2001;25(2):134-41. doi: 10.1037/h0095032 pmid: 11769979
 15. Muller C, Newburn M, Wise P, Dodds R, Banana V. *NCT breastfeeding peer support project*. London: NCT; 2009.
 16. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, Damio G, Perez-Escamilla R. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. *J Hum Lact.* 2010;26(3):314-26. doi: 10.1177/0890334410369481 pmid: 20715336
 17. Forster DA, McLardie-Hore FE, McLachlan HL, Davey MA, Grimes HA, Dennis CL, et al. Proactive Peer (Mother-to-Mother) Breastfeeding Support by Telephone (Ringing up About Breastfeeding Early [RUBY]): A Multicentre, Unblinded, Randomised Controlled Trial. *EClinicalMedicine.* 2019;8:20-8. doi: 10.1016/j.eclim.2019.02.003 pmid: 31193656
 18. Kang JS, Choi SY, Ryu EJ. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(1):14-23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.03.007 pmid: 17512527
 19. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ.* 2004;328(7430):26. doi: 10.1136/bmj.328.7430.26 pmid: 14703543
 20. Muirhead EP, Butcher G, Rankine J, Munley A. The effect of a program of organized and supervised peer support on the initiation and duration of breast feeding. *British J General Pract.* 2006;56:191-7.
 21. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(9):897-902. doi: 10.1001/archpedi.158.9.897 pmid: 15351756
 22. Tork Zahrani Sh, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian AR, Sheikhan Z. Effect of Support from the Mothers with Positive Breast Feeding Experience on Breast Feeding Pattern and Duration among Primiparous Women Referred to Maternity Ward of Ilam Hospital, 2010. (Persian). *Ilam Univ Med Sci.* 2011;20(9):9-16.
 23. Tylleskär T, Jackson D, Meda N, Engebretsen IMS, Chopra M, Diallo AH. Exclusive breastfeeding promotion by peer counsellors in sub-Saharan Africa (PROMISE-EBF): A cluster-randomised trial. *Lancet.* 2011;378(9789):420-7. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60738-1
 24. Watt RG, Tull KI, Hardy R, Wiggins M, Kelly Y, Molloy B, et al. Effectiveness of a social support intervention on infant feeding practices: randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(2):156-62. doi: 10.1136/jech.2008.077115 pmid: 19141661
 25. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(3):241-6. doi: 10.2223/JPED.1610 pmid: 17486198
 26. Tilden VP, Nelson CA. *Social support in: Lindeman, macatiec in Sediton: Fundamentals' contemporary nursing practice*. 1 th edition. Philadelphia: W.b Saunders Company; 2000.
 27. Nankunda J, Tumwine JK, Nankabirwa V, Tylleskar T, Group P-ES. "She would sit with me": mothers' experiences of individual peer support for exclusive breastfeeding in Uganda. *Int Breastfeed J.* 2010;5:16. doi: 10.1186/1746-4358-5-16 pmid: 20977715
 28. Tafazzoli M, Moudi A, Boskabadi H, Ebrahim Zadeh S. Comparing the effect of peer support and health care providers education on time to initiation of breastfeeding among primiparous women in Mashhad. *Iran J Obstetric Gynecol Infertilit.* 2012;15(4):19-28.
 29. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2003;17(4):407-17. doi: 10.1046/j.1365-3016.2003.00512.x pmid: 14629324
 30. Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira TO, Vieira GO. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(2):104-22. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.06.013 pmid: 28886401
 31. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery.* 2002;18(2):87-101. doi: 10.1054/midw.2002.0308 pmid: 12139907
 32. Gamshidi Avanaki F, Glian Tehrani Sh, Babai GM, Hadian T. [factors effecting on the breastfeeding duration]. (Persian). *J Hayyat.* 2004;10(20):31-9.