تاثیر حامی همتا بر میزان بارداری هم زمان با شیردهی در زنان نخست زا

ذلیخا کرم الهی[1*]، شهناز ترک زهرانی[2]، علی رضا اکبرزاده باغبان[3]، هاشمیه چهره[4]، منیره محمد حسن نهال[1]

۱) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳) گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۸ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۲۵**

چکیده

مقدمه: بارداری های متوالی و با فاصله کمتر از ۲ سال با پیامدهای نامطلوب مادر و نوزاد همراهند. آموزش و حمایت زنان در زمان شیردهی یکی از راهکارهایی است که برای رعایت فاصله مناسب بین موالید به کار گرفته شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر حامی همتا بر استفاده از روش های تنظیم خانواده و میزان بارداری هم زمان با شیردهی در زنان نخست زا در شهر ایلام انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه مداخله ای، تعداد ۲۴۰ زن نخست زا با روش نمونه در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. برنامه گروه شاهد شامل آموزش های معمولی بود و گروه آزمون علاوه بر آن از حمایت ۳۰ مشاور طی ۶ ماه پس از زایمان برخوردار بودند. پرسش نامه توسط ۱۵۴ نفر از شرکت کنندگان(۷۹ نفر گروه آزمون و ۷۴ نفر گروه شاهد) تکمیل گردید. این مطالعه مداخله ای در زایشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر ایلام از تیر ماه ۱۳۸۹ تا فروردین ماه ۱۳۹۱ انجام شد. داده ها با استفاده از پرسش نامه در پایان ماه ۶، ۱۲ و ۲۴ جمع آوری شد سپس با استفاده از vol.SPSS 16 و تست های آماری تعیین میانگین، درصد، آزمون کای دو، تست فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که در پایان ۲۴ ماه بعد از زایمان، میزان حاملگی هم زمان با شیردهی در گروه شاهد به طور معنی داری بیشتر از گروه آزمون بود(گروه شاهد ۲۰ درصد در مقایسه با ۵/۱ درصد گروه آزمون P=0.005). زمان وقوع حاملگی در گروه شاهد به طور معنی داری زودتر از گروه آزمون بود(۳/۵۶±۹/۶ ماهگی در مقایسه با ۱/۲۵±۱۸/۲۵ ماهگی در گروه آزمون P=0.01). دو گروه از نظر زمان شروع روش پیشگیری از بارداری تفاوت آماری معنی دار داشتند(گروه شاهد ۷۱/۳۵±۷۲/۶۱ روزگی در مقایسه با ۳۶/۷۱±۱۰/۰۲ روزگی گروه آزمون P=0.001).

بحث و نتیجه گیری: آموزش و مشاوره به موقع به زنان جوان و کم تجربه، می تواند از وقوع حاملگی در دوران شیردهی جلوگیری کند.

واژه های کلیدی: حامی همتا، نخست زا، شیردهی، روش های تنظیم خانواده

* نویسنده مسئول: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: mohamad20101@gmail.com

Copyright © 2018 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

مقدمه

به فاصله زمانی بین تولد یک نوزاد تا شروع بارداری بعدی، فاصله گذاری بین تولـدها اطـلاق می شود(۱،۲). بنا به توصیه WHO، بین دو بارداری متـوالی حـداقل ۲۴ ماه فاصلـه الزامی است(۳). بارداری های که در فاصله کمتر از ۲۴ ماه رخ می دهند به ویژه بارداری های که هم زمان با شیردهی هستند، با پیامدهای نامطلوب نوزادی از جمله نارسی، وزن کم تولد، مـحدودیت رشد داخل رحمی، کاهش ضریب هوشی، اختلالات تکـاملی و شـنوایی و هم چنین عوارض مادری از جمله خونریزی زایمانی، کم خونی، زایمان دشوار، سزارین و سوء تغذیه همراهند(۱،۴،۵)، این گونه بارداری ها در ۳۳ درصد موارد تهدیدکننده زندگی مادر نیز می باشند(۶). نتایج تحقـیقات نشان می دهد اکثر حاملگی های هم زمان با شیردهی بدون برنامه و یا ناخواسته هستنـد(۷،۸) که تعداد زیادی از آن ها به سقط غیر قانونی منجر می شوند(۹). از طرفی تداوم این دسته از بارداری به دلیل عدم تمایل مادر به شروع مراقبت های بهـداشتی دوران بارداری سبـب رفتارهای بهداشتی نامنـاسب می شود در نتیجه بر سلامت جسمی و روانی مادر و کودک اثرات نامطلوب دارند(۱۰،۱۱). عوامل مختلفی از جمله مدت و الگوی شیردهی، قابلیت باروری و کافی نبودن دانش و آگاهی زنان شیرده در مورد روش های پیشگیری از بارداری، سرانجام بارداری قبلی مثل سقط، مرده زایی، مرگ نوزاد، جنسیت نوزاد بر فاصله گذاری بین تولدها موثرند(۱۲). اگر چه مشاوره و آموزش های کارکنان بهداشتی-درمانی نقش مهمی در آگاه کردن زنان شیـرده در مورد روش های تنـظیم خانـواده و فاصله گـذاری مناسب بین موالید دارند، ولی نتایج مطالعات نشان می دهد که این استراتژی ها به تنهایی کافی نمی باشد(۱۴-۱۳). بنا بر این جهت غنی کردن و گسترش برنامه های آموزشی کارکنان بهداشتی درمانی استفاده از حمایت های افراد غیر حرفه ای به ویژه حمایت همتا گسترش یافته است. همتا جزء تیم پزشکی و یا از اقوام مادر شیرده نبود ولی در برخی از ویژگی ها مثل سن، تحصیلات، سطح اقتصادی اجتماعی و منطقه سکونت با وی همگن است. حامی همتا در طی برنامه های حمایتی اطلاعات صحیح، جدید و علمی در اختیار مادران قرار می دهند و آن ها را با تجربیات مادران دیگر آشنا می سازد(۱۵،۱۶). مطالعات انجام شده در این زمینه با نتایج ضد و نقیضی همراه بوده است. بعضی مطالعات بر تاثیرات مثبت مشاوره و آموزش در کاهش میزان بارداری های با فاصله کمتر از ۲ سال تائید کرده اند(۱۷). برخی دیگر از مطالعات نشان می دهند که حمایت و مشاوره در جلوگیری از حاملگی های متوالی و با فاصله کم، تاثیر معنی داری ندارند(۱۸،۱۹). با توجه به نتایج مطالعات مختلف و با در نظر گـرفتن این مـوضـوع که فاصله گذاری مناسب بین تولدها نقش به سزایی در ایمن تر ساختن نتایج بارداری دارد، بنا بر این پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر حامی همتا بر میزان بارداری هم زمان با شیردهی در زنان نخست زا انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه مداخله ای حاضر در بخش بعد از زایمان کلیه زایشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر ایلام از تیرماه سال ۸۹ تا فروردین ۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نخـست زا و نوزادان آن ها بود.

در ابتدا، حامیان شیردهی از بین داوطلبین جمعیت هلال احمر شهر ایلام و دارای سابقه شیردهی موفق انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای حامیان شیردهی عبارت بودند از: ۱-ساکن شهر ایلام باشد ۲-حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد ۳-سابقه شیردهی موفق داشته باشد ۴-بیماری ناتوان کننده نداشته باشد. سپس فرم رضایت نامه کتبی، فرم اطلاعات دموگرافیک و سوالات مربوط به تاریخچه حاملگی و سابقه شیردهی، توسط پژوهشگر و به روش مصاحبه حضوری جهت گروه حامی تکمیل گردید. بدین ترتیب ۵۰ نفر داوطلب ثبت نام شدند. اهداف پژوهش، زمینه شیردهی، مشکلات تغذیه ای نوزاد، بهداشت مادر و نوزاد و تنظیم خانواده در ۳ جلسه ۳ ساعته با روش سخنرانی و ایفای نقش به آنان آموزش

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

داده شد. سپس با برگزاری آزمون شفاهی و مصاحبه حضوری ۳۰ نفر به عنوان حامی شیردهی انتخاب شدند و حامیان به ۱۵ گروه ۲ نفری تقسیم شدند. در ضمن جزواتی در مورد شیردهی، مشکلات شیردهی و منابع ارجاع، جهت ارجاع نوزادان و مادران دارای مشکلات شیردهی در اختیار حامیان قرار داده شد.

سپس، از ۱۵۳۴ زایمان، ۴۳۰ نفر دارای شرایط ورود به مطالعه بودند که از این تعداد ۲۴۰ نفر به عنوان نمونه پژوهشی در مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری با روش نمونه در دسترس در بخش بعد از زایمان بیمارستان ها سطح شهر ایلام انجام شد ولی اختصاص نمونه ها به گروه ها به روش تصادفی و به کمک تابع رند و با استفاده از نرم افزار اکسل در گروه آزمون(۱۲۰) و شاهد(۱۲۰) قرار گرفتند(نمودار شماره ۱). برای محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد.

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

با فرض خطای نوع اول ۰/۰۵ =α و خطای نوع دوم ۰/۲۰=β و (Power= ۰/۸) با در نظر گرفتن نسبت تداوم شیردهی در گروه آزمون ۹۰ درصد=P1 و در گروه شاهد ۷۵ درصد=P2، تعداد نمونه در هر گروه ۸۰ نفر محاسبه شد ولی با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه ها و در هر گروه تعداد ۱۲۰ نفر نمونه نیاز بود. به دلیل ریزش نمونه ها در نهایت ۱۵۴ نفر مطالعه را ادامه دادند. دلایل ریزش نمونه ها عبارت بودند از: عدم تمایل مادر به همکاری(۴۷ نفر)، پاسخ ندادن به تلفن حامی(۲۲ نفر)، نقل مکان مادر(۱۵ نفر)، فوت نوزاد(۲ نفر). معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: ۱- تمایل به همکاری داشته باشد. ۲-ساکن شهرایلام باشد. ۳-در دسترس باشد. ۴-حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد. ۵-نوزاد 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- ناهنجاری های جنینی وجود نداشته باشد. ۱۰-نیاز به بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نوزادان مطرح نباشد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از زنان نخست زای واجد شرایط، فرم اطلاعات دموگرافیک و بارداری و زایمان اخیر که در مجموع شامل ۲۸ سوال بسته بود با روش مصاحبه حضوری با مادر و مراجعه به پرونده تکمیل شد. در ادامه هر ۸ نفر از زنان نخست زا به یک گروه حامی معرفی شدند.

پس از کسب رضایت نامه کتبی از زنان نخست زای واجد شرایط، فرم اطلاعات دموگرافیک و بارداری و زایمان اخیر که در مجموع شامل ۲۸ سوال بسته بود با روش مصاحبه حضوری با مادر و مراجعه به پرونده تکمیل شد. در ادامه هر ۸ نفر از زنان نخست زا به یک گروه حامی معرفی شدند.

برنامه حمایتی برای گروه آزمون به این ترتیب بود که، شماره تلفن، آدرس و اسم حداکثر 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، در زمینه شیردهی، مشکلات تغذیه ای نوزاد، بهداشت مادر و نوزاد و تنظیم خانواده؛ حامی 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 به صورت هفتگی با مادر تماس گرفته و مادر را تشویق به تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر می کرد. در ضمن جلسات رفع اشکال با حضور حامیان و پژوهشگر طی ماه اول به صورت هفتگی، طی ماه 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 آزمون، گروه شاهد و حامیان قرار داده شد تا در صورت لزوم، ارجاع به مراکز درمانی صورت گیرد. برنامه گروه شاهد، شامل آموزش ها و مراقبت های معمولی بخش بعد از زایمان و مراکز بهداشتی درمانی بود. در این مطالعه، داده ها با استفاده از پرسش نامه، شامل اطلاعات مربوط به الگوهای تغذیه شیرخوار، مشکلات شیردهی، نوع و زمان شروع روش های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

تنظیم خانواده، زمان شـــروع قاعـدگی، زمان وقوع بارداری مجدد و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری(در مجموع ۲۵ سوال) و با مصاحبه حضوری در پایان ماه ۶، ۱۲ و ۲۴ جمع آوری شدند. برای اعتبار علمی ابزار، از روش اعتبار محتوا و برای تایید اعتماد علمی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد که با ضریب اعتماد بیش از ۹۰ درصد پایایی به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS و آزمون های تی مستقل، کای اسکوئر، دقیق فیشر استفاده شد. داده ها با P<0.05 معنی دار تلقی شد.

یافته های پژوهش

دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سن بارداری، نوع زایمان، مکان زایمان، جنســیت نوزاد، زمـــان شروع شیردهی، تماس پوست با پوست، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری قبلی همـــگن بـــودند(P>0.05). جدول شماره ۱ میزان تغذیه انحصاری و سایر الگوهای شیردهی و هم چنین تداوم شیردهی تا پایان ۲۴ ماه پس از زایمان در دو گروه تفاوت آماری معنی دار داشت(P>0.05)(۲۰).

در پایان ۲۴ ماه بعد از زایمان، میزان بارداری هم زمان با شیردهی در گروه شاهد به طور معنی داری بیشتر از گروه آزمون بود(P=0.004)(جدول شماره ۲). زمان وقوع حاملگی درگروه شاهد به طور معنی داری زودتر از گروه آزمون بود(۳/۵±۹/۴ ماهگی در گروه شاهد در مقایسه با ۱/۲۵±۱۸/۲۵ ماهگی آزمون P=0.001). دو گروه از نظر زمان شروع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری اخـــتلاف آماری معنی دار داشتند(P=0.001)(جدول شماره ۳). در گروه شاهد ۳۹ درصد و در گروه آزمون ۱۱ درصد مادران قبل از شروع روش پیشگیری از بارداری و طی دوران نفاس فعالیت جنسی داشتند(P=0.004).

دو گروه از نظر نوع روش های پیشگیری از بارداری در پایان ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد از زایمان اختلاف آماری معنی دار داشتند(P<0.05)(نـــمودارهای شـــماره ۳، ۲).

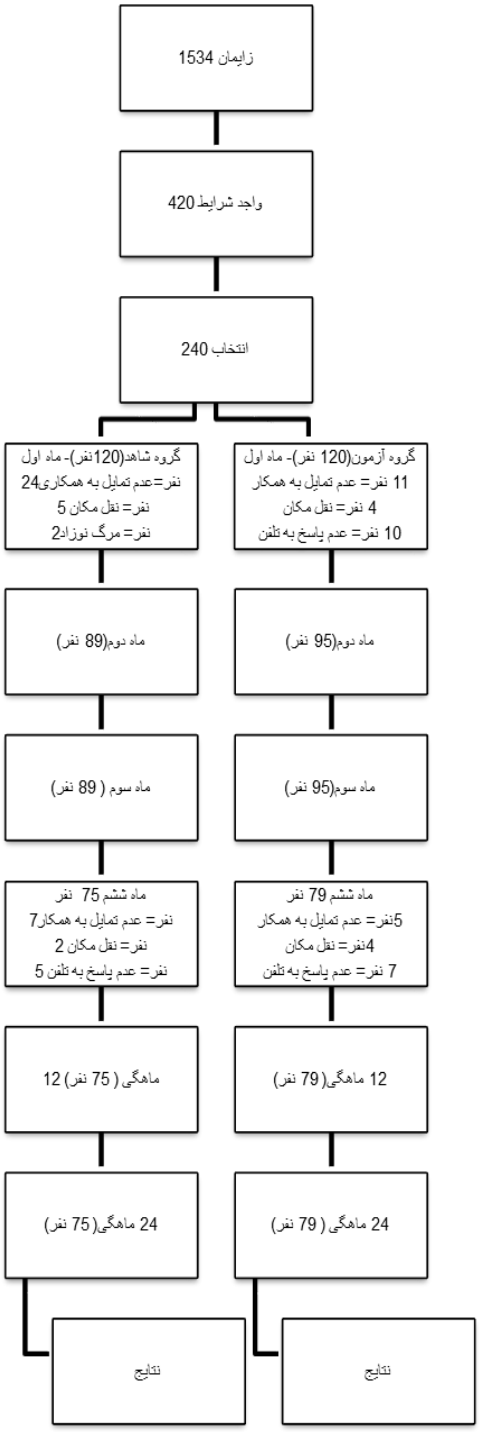
جدول شماره ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل دموگرافیک در دوگروه آزمون و شاهد

متغیرها		گروه شاهد(n=89)	گروه آزمون(n=95)	P
میانگین سن مادر(سال)		۲۵/۴±۹/۷	۲۵/۷ ± ۵/۲	a p=۰/۹
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۰ (۱۱٪/۲)	۵(۵٪/۳)	b p=۰/۲
	دیپلم و پایین تر	۴۶(۵۱٪/۷)	۵۷(۶۰٪)	
	دانشگاهی	۳۳(۳۷٪/۱)	۳۳(۳۴٪/۷)	
وضعیت اشتغال	خانه دار	۷۴(۸۳٪/۱)	۷۷(۸۱٪/۱)	b p=۰/۷
	شاغل	۱۵(۱۶٪/۹)	۱۸(۱۸٪/۹)	
نژاد	کرد	(۷۸٪/۸)۷۹	۸۹(۹۳٪/۷)	b p=۰/۲۳
	غیر کرد	(۱۱٪/۲)۱۰	۶(۶٪/۳)	
نوع زایمان	طبیعی	۴۹(۵۵٪/۱)	۴۷(۴۹٪/۵)	b p=۰/۴
	سزارین	۴۰(۴۴٪/۹)	۴۸(۵۰٪/۵)	
علت سزارین	اورژانسی	۲۲(۵۵٪)	۲۶(۵۴٪/۲)	b p=۰/۹
	الکتیو	۱۸(۴۵٪)	۲۲(۴۵٪/۸)	
تعداد ویزیت های دوران بارداری	کمتر از ۶بار	۲(۲٪/۲)	۴(۴٪/۲)	a p=۰/۴
	۶ الی ۱۲ بار	۴۹(۵۵٪/۱)	۴۴(۴۶٪/۳)	
	بیشتر از ۱۲ بار	۳۸(۴۲٪/۲)	۴۷(۴۹٪/۵)	
میانگین وزن هنگام تولد(گرم)		۳۲۹۷/۸ ± ۴۰۱/۲۱	۳۲۷۷/۱۶ ± ۳۵۶/۲۴	a p=۰/۲
سن بارداری بر اساس LMP (هفته)		۳۸/۹ ± ۱/۱	۳۸/۹ ± ۰/۹۹	d p=۰/۵
زمان اولین تغذیه با شیرمادر	بلافاصله بعد تولد	۱۱(۱۲٪/۴)	۸(۸٪/۴)	a p=۰/۵
	کمتر از ۱ساعت	۳۸(۴۲٪/۷)	۳۷(۳۸٪/۸)	
	۱الی۳ ساعت	۳۰(۳۲٪/۷)	۴۶(۴۸٪/۴)	
	۴الی۶ ساعت	۱۰(۱۱٪/۲)	۴(۴٪/۲)	
تماس پوست با پوست	بله	۱۲(۱۳٪/۵)	۹(۹٪/۵)	b p=۰/۳
	خیر	۷۷(۸۶٪/۵)	۸۶(۹۰٪/۵)	
جنسیت نوزاد	دختر	۴۲(۴۷٪/۲)	۴۲(۴۴٪/۲)	b p=۰/۶
	پسر	۴۷(۵۲٪/۸)	۵۳(۵۵٪/۸)	
مهم ترین منبع دریافت اطلاعات درمورد شیردهی	مراقبین بهداشتی درمانی	۳۲(۳۳٪/۷)	۳۳(۳۷٪/۱)	b p=۰/۸
	مطالعه	۲۹(۳۰٪/۵)	۲۸(۳۱٪/۵)	
	دوستان و آشنایان	۳۴(۳۵٪/۸)	۲۸(۳۱٪/۵)	

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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]



نمودار شماره ۱. روش انتخاب نمونه ها و پیگیری آن ها تا پایان دو سالگی

جدول شماره ۲ . توزیع فراوانی دو گرو بر حسب میزان بارداری همز مان با شیردهی

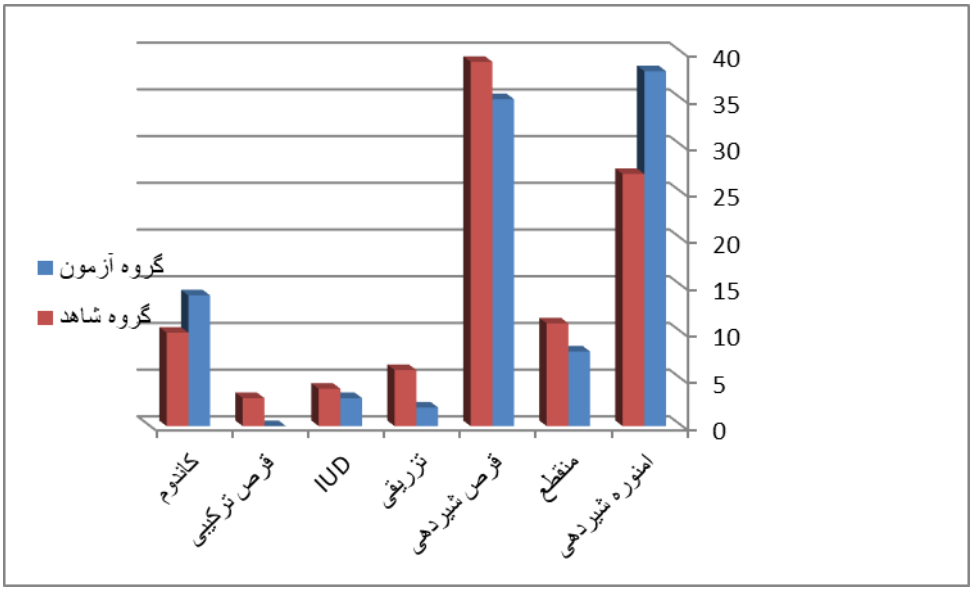
متغیر	گروه شاهد(%)N	گروه آزمون(%)N	P
بارداری هم زمان با شیردهی	۱۵ (۲۰٪)	۴ (۵٪/۱)	۰/۰۰۴

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

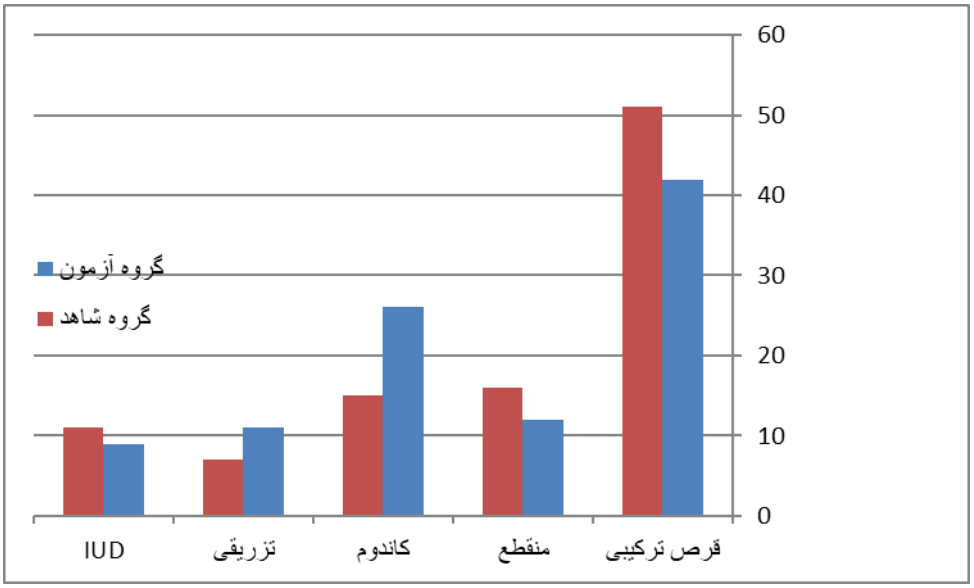
[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

جدول شماره ۳ . توزیع فراوانی دو گرو بر حسب زمان شروع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری

متغیر	گروه شاهد میانگین± انحراف معیار	گروه آزمون میانگین± انحراف معیار	P
زمان شروع روش های پیشگیری از بارداری(روز)	۷۲/۷±۶۱/۳	۱۰/۰۲±۳۶/۷	۰/۰۰۱



نمودار شماره ۲. توزیع فراوانی دو گروه برحسب روش های پیشگیری از بارداری طی ٦ ماه اول



نمودار شماره ۳. توزیع فراوانی دو گروه برحسب روش های پیشگیری از بارداری پایان ۲٤ ماهگی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که حامی همتا با تشویق و ترغیب زنان نخست زای شیرده به استفاده درست و به موقع روش های مدرن پیشگیری از بارداری، بر کاهش میزان بارداری هم زمان با شیردهی در فاصله کمتر از ۲۴ ماه بعد از زایمان تاثیر مثبت داشت. این نتایج با نتایج تحقیق دون لوپ و همکاران(۲۰۰۸) هم خوانی دارد، آنان در مطالعه تجربی خود دریافتند در زنانی که طی ۱۸ ماه بعد از زایمان، از مشاوره و حمایت در زمینه شیردهی، بهداشت باروری و تنظیم خانواده برخوردار بودند میزان بارداری همزمان با شیردهی، ۱۷ درصد بود در حالی که این میزان در گروه کنترل(این آموزش ها را دریافت نکرده بودند) ۵۰ درصد بود(۱۷). ویورال و همکاران(۲۰۱۶)، ایاسی و همکاران(۲۰۱۵) نیز در مطالعه های جداگانه به این نتیجه رسیدند که میزان وقوع بارداری هم زمان با دوران شیردهی و استفاده روش های مدرن تنظیم خانواده و در زنانی که از آموزش و مشاوره حضوری و تلفنی برخوردار بودند نسبت به گروه کنترل(این آموزش ها را دریافت نکرده بودند) اختلاف معنی داری نداشت(۱۸،۱۹). نتایج متناقض این گونه از مطالعات ممکن است منتج از تعداد اندک جلسه های مشاوره، در دسترس نبودن مشاور یا حامی، عدم تناسب بین تعداد مشاورین و مادران شیرده باشد. در مطالعه ویوال و همکاران حداکثر ۴ جلسه مشاوره ۳۰ دقیقه ای انجام شده بود. در مطالعه ایاسی و همکاران، بیشتر جلسات مشاوره هم زمان با مراقبت های دوران بارداری برگزار شده بودند در حالی که بعد از زایمان فقط یک جلسه مشاوره برگزار شده بود و هم چنین در این دو مطالعه تعداد بسیار اندکی مشاور و حامی استفاده شده بود. نتایج پژوهش ها نشان داده است تعداد افراد موجود در یک گروه تحت مشاوره و حمایت در صورتی که بیشتر از ۱۰ نفر باشد باعث کاهش نتایج مثبت بهداشتی و سلامتی می شود(۲۱)، از طرفی افزایش تعداد افراد حمایت کننده یا حمایت فراهم شده منجر به افزایش رضایت مددجویان از فواید همراه با حمایت غیر حرفه ای می شود بنا بر این حمایت غیر حرفه ای زمانی مفید واقع می شود که فرد بداند مواقعی که نیاز دارد حمایت می شود و منابع حمایتی در دسترس است(۲۲). نکته قابل توجه در این مطالعه این است با وجودی که ۳۸ درصد زنان گروه آزمون آمنوره شیردهی را به عنوان روش تنظیم خانواده انتخاب کرده بودند هیچ کدام از بارداری های قبل از ۶ ماهگی و طی آمنوره شیردهی رخ نداده بودند. در همین رابطه اسپیرف و همکاران نیز اذعان داشتند که در صورت برقراری شرایط آمنوره شیردهی شامل، تغذیه انحصاری با شیرمادر و عدم شروع خونریزی قاعدگی طی ۶ ماه اول پس از زایمان، میزان بارداری به کمتر از ۲ درصد خواهد رسید(۲۳). در حالی که عدم رعایت شرایط آمنوره شیردهی مثل تغذیه غالب به جای تغذیه انحصاری با شیرمادر و هم چنین عدم و یا کاهش تعداد دفعات تغذیه نوزاد با شیر مادر در شب منجر به برگشت قدرت باروری زنان شیرده می شود(۲۴). از دیگر نتایج تحقیق حاضر این است که، تعداد زیادی از مادران شیرده قبل از به کارگیری روش های پیشگیری از بارداری و طی دوران نفاس فعالیت جنسی داشتند. شاید بتوان علت آن را پایین بودن سطح آگاهی مادران شیرده در زمینه بهداشت باروری و یا عدم دسترسی مادر به منابع حمایتی و آموزشی مناسب در موقع بروز مشکلات جنسی دانست. هم چنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که کلیه مادرانی که بارداری هم زمان با شیردهی داشتند بارداری خود را ناخواسته عنوان کرده بودند. این نتایج با نتایج مطالعات دیگر همسو است که نشان می دهند بیشتر بارداری هم زمان با شیردهی ناخواسته هستند(۲۵) و دو سوم این بارداری های ناخواسته در زنانی رخ داده اند که در حال استفاده از یکی از روش های پیشگیری از بارداری بوده اند. این نتایج مبین این واقعیت است که مشاوره مراکز بهداشتی درمانی به قدر کافی موثر نبوده است(۱۴). بنا بر این، بسیاری از مطالعات نشان می دهند که، دسترسی مادر به یک منبع حمایتی در خارج از ساعات معمول ویزیت مراکز بهداشتی درمانی، جهت رفع ابهامات و سوال های مادران شیرده در زمینه شیردهی، بهداشت جنسی و تنظیم خانواده در دوران پس از زایمان امری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

ضروری است(۲۶). با در نظر گرفتن یافته های تحقیق حاضر که نشان داد اجرای برنامه مشاوره و حمایت از مادران شیرده در کاهش میزان بارداری طی دوران شیردهی موثر است. بنا بر این حامی همتا با ترویج و ارتقاء تغذیه با شیرمادر در ۲ سال اول پس از زایمان می تواند در دستیابی کودکان به تغذیه ایده ال، رشد و تکامل مناسب هم چنین حفظ و ارتقاء سلامت کودکان و مادران جامعه نقش به سزایی داشته باشد. و از طرفی، بار زحمت مراقبین حرفه ای را کاهش و حمایت در دسترس را برای مددجویان افزایش دهد. زیرا با دادن آگاهی به زنان جوان و کم تجربه در مورد زمان شروع فعالیت جنسی، شرایط لازم جهت استفاده از روش آمنوره شیردهی و روش های مدرن تنظیم خانواده به عنوان راهی برای جلوگیری از بارداری به خصوص بارداری بدون برنامه و ناخواسته طی ۲ سال اول بعد از تولد کودک باشد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۷۹۳۱-۸۶-۱-۹۰ مورخه ۹۰ /۷/۱۰ 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

1.Centers for disease control and prevention. Int Int 2011;2:113-5.

2.Defranco EA, Seske LM, Greenberg JM, Muglia LJ. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. Am J Obstet Gynecol2015; 212: 1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2014.11.017.

3.Tilley EB, Shaaban OM, Wilson M, et al. Breastfeeding and contraception use among women with unplanned pregnancies less than 2 years after delivery. Int J Gynaecol Obstet 2009; 105:127-30. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.01.007.

4. Zhu BP. Effect of interpregnancy interval on birth outcomes: findings from three recent US studies. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89:525-33 . doi:10.1016/j.ijgo.2004.08.002

5. Grace S, Mary E. Penny J, Judith M, Margot M. An overlap of breastfeeding during late pregnancy is associated with subsequent changes in colostrum. Pediatrics 2003; 2: 2012-3. doi:10.1542/peds.109.4.e56.

6.Marquis G, Grace S, Mary E, Judith M. Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy reduced breast milk intake and growth during early infancy. Pediatrics2002; 109: 56. doi:10.1542/peds.109.4.e56.

7.US Department of health and human services. Healthy people 2020 topics and objectives family planning. Washington DC Publication. 2010.

8. Shaaban OM, Glasier AF. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. Contraception 2008; 77:350-4. doi: 10.1016/j.contraception.2008.01.005.

9.Fathalla MF, Abdelraheem MS, Amin A. The prevalence determinants and outcome of unintended pregnancy a hospital based study. J Egypt Soc Obstet Gynecol 2003; 29:945-54.

10. World health organization. Improving sexual and reproductive health is at the core of achieving millennium development goal. WHO Publication. 2008.

11.Sabzi N, Sahebihagh MH , Mohammadpour A. [Prevalence of switching contraceptive methods in referring women to curative health services in Tabriz]. Tabriz Nurs Midwife J 2009; 13:51-8 .(Persian)

12.Mahoori KH, Amirian M. [Unwanted pregnancies and its related factors in pregnant women referred to health centers in Bandar Abbas]. Med J Hormozgan Uni 2009; 13: 25-32. (Persian)

13.Ekpenyong CE, Daniel NE, Uwah AF, Ettebong EO, Ibu JO. Lactational amenorrhoea method of contraception an in depth study of awareness knowledge and practice by breast feeding mothers with

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

unintended pregnancies. Int J Med Sci 2013; 5: 6-13. doi:10.5897/IJMMS11.119
14.Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavimajd H. [The quality of family planning services at health centers affiliated to Shahid Beheshti University of medical sciences. Paysh2009;6:145-155. (Persian)
15.Skoriski J, Renafrew M, Pindoria S, Wade A. Support for breast feeding mothers. Blackwell Publ ltd 2003; 17:407-17.
16.Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast feeding duration among primiparous women a randomized controlled trial. Canadian Med Asso J 2002; 166:21-8.
17.Dunlop AL, Dubin C, Raynor BD, Bugg JR, Schmotzer BW. Interpregnancy primary care and social support for African American women at risk for recurrent very low birthweight delivery a pilot evaluation. Mate Child Health J2008 ;12: 461-8. doi: 10.1007/s10995-007-0279-z.
18. Vural FS, Vural BO, Cakiroglu YG. The effect of combined antenatal and postnatal counselling on postpartum modern contraceptive use prospective case-control study in Kocaeli Turkey. J Clin Diag Res2016; 10:4-7. doi:10.7860/JCDR/2016/16931.7641.
19.Ayiasi RM, Muhumuza C, Justinebukenya J. The effect of prenatal counselling on postpartum family planning use among early postpartum women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. Pan Af Med J2015; 21:138-144. doi: 10.11604/pamj.2015.21.138.7026.
20. Rossman B. Breast feeding peer counselors in the united states helping to build a culture and tradition of breastfeeding. J Midwife Women Health2007;52:631-7.doi;10.1016/i.imwh.2007.05.006.
21.Tilden VP, Nelson CA. Social support in lindeman macatiec in seditor fundamentals contemporary nursing practice. 1 th ed. Philadelphia Saunders Com.2000;P. 857-76.
22.Tremolada M, Bonichini S, Basso G, Pillon M. Perceived social support and health related quality of life in AYA cancer survivors and controls. Psycho Oncol 2016;25 :1408-17. doi: 10.1002/pon.4072.
23.Speroff L, Mishell DR. The postpartum visit it time for a change in order to optimally initiate contraception. Contraception 20008; 78 :90-8. doi: 10.1016/j.cotraception.2008.04.005.
24.World Health Organization. Make every mother and child count. Geneva Switzerland WHO Publication. 2005; P.4.
25.Robson SJ, Vally H, Mohamed AL, Yu M, Westrupp EM. Perinatal and social factors predicting caesarean birth in a 2004 Australian birth cohort. Women Birth 2017; 30:506-10. doi: 10.1016/j.wobj.2017.05.0020.
26. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers a systematic review. Paediatr Per Epidemiol 2003; 17:407-17.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]

Effect of Peer Support on the Incidence of Pregnancy during Breastfeeding in Nulliparous Women

Karamolahi Z[1], Torkzahrani S[2], Akbarzadehbaghban A[3], Chehreh H[4], Mohammadhasannahal M[1]*

(Received: February 6, 2017 Accepted: July 16, 2017)

Abstract

Introduction: Consecutive pregnancies with an of interval less than two years is associated with adverse consequences for the mother and child. Education and support of women during breastfeeding is one of strategies that have been used for appropriate spacing between pregnancies. This study aimed to investigate the effect of peer support on the incidence of pregnancy during breastfeeding and the use of family planning methods in Ilam, Iran.

Materials & Methods: This interventional study was conducted in birth and health centers of Ilam between 2010 and 2012 among 240 nulliparous women who were randomly divided into case and control groups. The control group received the standard educational programs, while the case group received both the standard education and peer support from 30 consultants for six months after delivery. One hundred fifty-four participants (79 subjects in the case group and 74 in the control group) completed the questionnaires.. The collected data were analyzed using decriptive statistics such as mean and percentage and chi-square test and Fisher's exact test in SPSS, version 16.

Findings: The results showed that 24 months after delivery, pregnancy rate during breastfeeding in the control group was significantly higher than the case group (20% v.s 1.5%; P=0.004). The time of pregnancy in the control group was significantly earlier than the case group(9.6±3.56 months postpartum vs. 18.26±1.25; p=0.01). The two groups were statistically different in terms of onset of use of contraceptive methods (72.71±61.35 vs. 10.02±36.71 days post-partum; P=0.001).

Discussion & Conclusions: Appropriate education and consultation programs for young and inexperienced women can prevent pregnancies during breastfeeding.

Keywords: Peer support, Nulliparous, Breastfeeding, Family planning methods

1. Dept of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2. Dept of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Dept of Biostatistics, Faculty of Allied Medical Sciences, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Student Research Commitee, Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
** Corresponding author Email: mohamad20101@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.4.64]