

بررسی تأثیر حمایت زنان با سابقه شیردهی موفق بر الگوها و طول مدت شیردهی در زنان نخست زای مراجعه کننده به زایشگاه های شهر ایلام در سال ۱۳۸۹

شهناز ترک زهرانی^۱، ذلیخا کرم الهی^{۲*}، گیتی ازگلی^۱، علی رضا اکبرپور باغبان^۲، زهره شیخان^۱

(۱) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
(۲) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
(۳) گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۶

چکیده

مقدمه: با این که بیشتر مادران بلافاصله بعد از زایمان شیردهی را شروع می کنند، ولی متأسفانه طی ماه های اول پس از زایمان این امر کاهش می یابد. در این رابطه، علی رقم اختلاف نظرها، حمایت از مادر شیرده یکی از بهترین راه کارهای تداوم شیردهی اعلام شده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حمایت زنان با سابقه شیردهی موفق بر الگوهای شیردهی و طول مدت شیردهی انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این کارآزمایی بالینی تعداد ۲۴۰ زن نخست زا به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. برنامه گروه شاهد شامل آموزش های معمول بود و گروه آزمون علاوه بر آن از حمایت ۳۰ زن با سابقه شیردهی مثبت، طی سه ماهه اول پس از زایمان برخوردار شدند. الگوهای شیردهی و طول مدت شیردهی در پایان ماه اول، دوم و سوم ارزیابی شدند.

یافته های پژوهش: در ماه اول، دوم و سوم، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه آزمون به طور معنی داری بالاتر از گروه شاهد بود، ($P=0.001$). هم چنین کاهش در طول مدت تغذیه با شیر مادر از زمان ترخیص تا ماه سوم در گروه شاهد بیش تر از گروه آزمون بود. ($P=0.001$)

بحث و نتیجه گیری: حمایت زنان با سابقه شیردهی موفق از زنان نخست زا می تواند بر الگوهای شیردهی و طول مدت تغذیه با شیر مادر مؤثر باشد.

واژه های کلیدی: حمایت، الگوی شیردهی، تغذیه با شیر مادر

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

mohamad20101@gmail.com Email:

مقدمه

تغذیه با شیر مادر بهترین رشد جسمی و روانی را برای شیرخوار فراهم می‌کند، (۱). در این راستا تغذیه انحصاری با شیر مادر از تولد تا ۶ ماهگی، سپس ادامه تغذیه با شیر مادر تا پایان ۲ سالگی همراه با غذاهای کمکی، مطلوب‌ترین نحوه تغذیه و دارای مفیدترین اثرات بهداشتی برای مادر، کودک و جامعه است، (۲،۳). با این که بیشتر زنان بلافاصله بعد از زایمان و طی اقامت در بیمارستان شیردهی را شروع می‌کنند، متأسفانه در هفته‌ها یا ماه‌های اول عمر، تغذیه بسیاری از شیرخواران با شیر مادر متوقف می‌شود، (۴،۵)، که پیامد آن افزایش دو یا سه برابر میزان سوء تغذیه، عفونت و مرگ و میر شیرخواران است، (۷،۶). در ایران، طبق گزارش‌های وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۴ میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در جمعیت شهری ۲۲/۷ درصد و در جمعیت روستایی ۲۴ درصد اعلام شده است، (۸). علل کوتاهی در تغذیه با شیر مادر اغلب، نبود یا ناکافی بودن دانش و آگاهی مادران از فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر، عدم دسترسی به مراقبین سلامتی به هنگام بروز مشکلات شیردهی، عدم حمایت و تشویق از سوی خانواده و کارکنان بهداشتی-درمانی بیان شده است، (۹،۱۰). بنا بر این طی دوران شیردهی لازم است که چگونگی شیردهی به شیرخوار و راه‌های غلبه بر مشکلات شیردهی به مادران آموزش داده شود، (۱۱). اگر چه مراقبین بهداشتی-درمانی در مراقبت و آموزش نقش مهمی دارند، ولی از آن جایی که مراقبین بهداشتی همیشه در دسترس نیستند، این استراتژی به تنهای کافی نمی‌باشد، (۱۲). بنا بر این جهت دستیابی به این هدف، وجود مراقبینی که در خارج از ساعات ویزیت‌های کلینیکی معمول، بتوانند پاسخگوی نیازهای آموزشی مادر بعد از تولد شیرخوار باشند، امری ضروری به نظر می‌رسد. (۱۳،۱۴)

بر این اساس در بسیاری از کشورها، تشکیل گروه‌های حامی مادران شیرده، به عنوان رویکرد دیگری برای افزایش تأثیر مداخلات بهداشتی-درمانی به کار گرفته شده است. اعضای این گروه‌های حمایتی، زنان با تجربه شیردهی موفق هستند که طی

برنامه‌های حمایتی خود اطلاعات صحیح، جدید و علمی را در اختیار مادران قرار می‌دهند و آن‌ها را با تجربیات مادران دیگر آشنا می‌سازند. از اهداف این گروه‌ها، ترویج تغذیه کودک با شیر مادر، تأمین نیازهای حمایتی مادران و خوشایندسازی تجربه شیردهی است. (۱۵،۱۶)

مطالعات محدود انجام شده در این زمینه با نتایج متناقضی همراه بوده است. بعضی از مطالعات، تأثیرات مثبت حامیان شیردهی بر میزان و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر را تأیید کرده‌اند، (۵،۱۷،۱۸). و برخی دیگر تفاوت معنی‌داری در میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر مشاهده نکردند اما تأثیرات سودمند دیگر حمایت، از جمله افزایش سایر الگوهای مطلوب شیردهی و رضایتمندی مادر از شیردهی را نتیجه گرفته‌اند، (۱۹،۲۰). با توجه به نتایج مطالعات مختلف و با در نظر گرفتن این موضوع که می‌توان از گروه‌های حامی مادران شیرده، در گسترش و غنی کردن برنامه‌های حمایتی جهت ترویج تغذیه با شیر مادر استفاده نمود، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حمایت زنان با سابقه شیردهی موفق بر الگوهای و طول مدت شیردهی در زنان نخست‌زا طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای در بخش بعد از زایمان زایشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر ایلام در سال ۸۸-۸۹ انجام شد. جامعه پژوهش شامل زنان نخست‌زا و نوزادان آن‌ها بود.

معیارهای ورود به مطالعه عبارتند بودند از: ۱- تمایل به همکاری در مطالعه داشته باشد. ۲- ساکن شهر ایلام باشد. ۳- در دسترس باشد. ۴- حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد. ۵- تک‌قلو باشد. ۶- نخستین زایمان فرد باشد. ۷- سن حاملگی ۳۷ هفته و بالاتر باشد. ۸- مادر و نوزاد بیماری ناتوان‌کننده نداشته باشند. ۹- ناهنجاری‌های جنینی نداشته باشد. ۱۰- نیاز به بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان نباشد.

در ابتدا ۲۴۰ زن نخست‌زای واجد شرایط در مطالعه شرکت کردند، ولی به دلیل ریزش نمونه‌ها در نهایت ۱۸۴ زن نخست‌زا مطالعه را ادامه دادند. دلیل

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.

برنامه حمایتی برای گروه آزمون به این ترتیب بود که، شماره تلفن، آدرس و اسم حداکثر هر ۸ نفر از زنان نخست را 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 سوم پس از تولد حامی در زمینه شیردهی، مشکلات تغذیه ای نوزاد، بهداشت مادر و نوزاد پاسخگوی سؤالات 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 و طی ماه دوم و سوم به صورت یک هفته در میان 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 بروز مشکلات شیردهی 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، برای بررسی الگوهای شیردهی از فرم ارزیابی تغذیه شیرخوار استفاده شد که این فرم شامل اطلاعات مربوط به الگوهای تغذیه شیرخوار، مشکلات شیردهی و منابع دریافت حمایت در مجموع شامل، ۲۵ سؤال بود. برای اعتبار علمی ابزار، از روش اعتبار محتوا و برای تأیید اعتماد علمی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد که با ضریب اعتماد بیش از ۹۰ درصد پایایی به دست آمد. در

ریش نمونه ها عبارت بود از: ۱-عدم تمایل مادر به همکاری (۳۵ نفر) ۲-پاسخ ندادن به تلفن حامی (۱۰ نفر) ۳-نقل مکان مادر (۹ نفر) و ۴-فوت نوزاد (۲ نفر). نمونه گیری با روش نمونه در دسترس در بیمارستان انجام شد ولی اختصاص نمونه ها به گروه ها به روش تصادفی و به کمک تابع رند (Rand) و با استفاده از نرم افزار اکسل (Excel) در گروه آزمون (۹۵ نفر) و شاهد (۸۹ نفر) قرار گرفتند (نمودار شماره ۱). پس از جلب موافقت زنان نخست را برای همکاری و کسب رضایت نامه کتبی از آنان، 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. سپس جهت اطمینان از تکنیک صحیح شیردهی چک لیست مشاهده شیردهی برای کلیه زنان نخست را، قبل از ترخیص از بیمارستان تکمیل شد. این چک لیست شامل ۶ قسمت اصلی است که هر قسمت از تعدادی موارد تشکیل شده است که عبارتند از: وضعیت بدن مادر و کودک (۵ مورد)، واکنش های مادر و کودک (۳ مورد)، پیوند عاطفی میان مادر و کودک (۳ مورد)، آناتومی 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. در ادامه هر ۸ نفر از زنان نخست را به یک گروه حامی شیردهی معرفی شدند. حامیان شیردهی از بین زنانی که سابقه شیردهی مثبت داشتند و از اعضای داوطلبین جمعیت هلال احمر شهر ایلام بودند، در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱-ساکن شهر ایلام باشد. ۲-حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد. ۳-سابقه شیردهی موفق داشته باشد و ۴-نداشتن بیماری ناتوان کننده. سپس فرم رضایت نامه کتبی، فرم اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به تاریخچه حاملگی و سابقه شیردهی، توسط پژوهشگر و به روش مصاحبه حضوری تکمیل گردید. بدین ترتیب ۵۰ نفر داوطلب ثبت نام شدند. اهداف پژوهش، روش های صحیح شیردهی، مشکلات شیردهی و مشکلات تغذیه ای نوزاد در ۳ جلسه ۳ ساعته با روش سخنرانی و ایفای نقش به آنان آموزش داده شد. سپس با

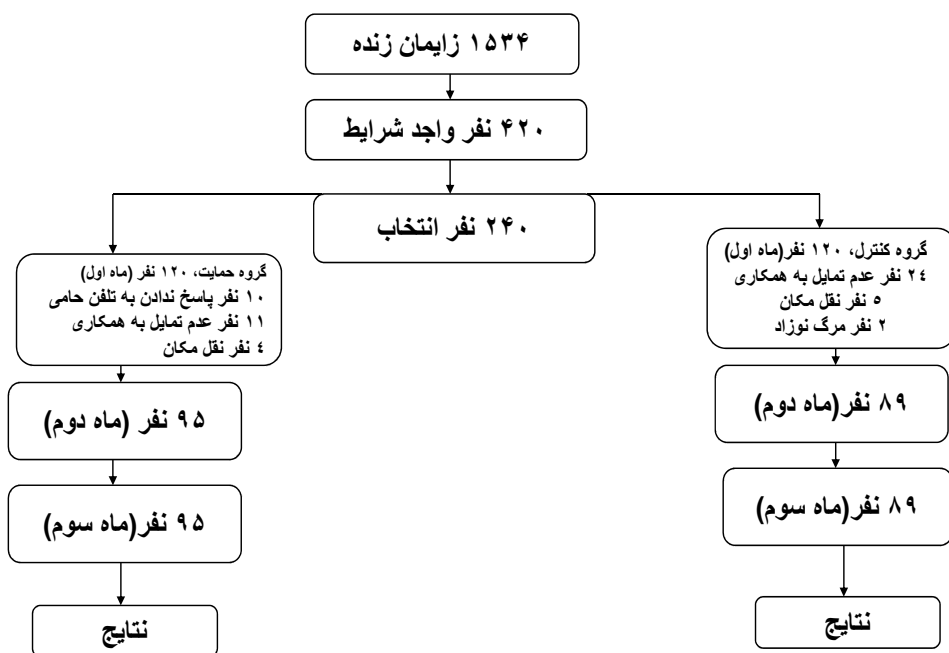
پایان ماه اول، دوم و سوم فرم ارزیابی تغذیه شیرخوار، با مصاحبه حضوری تکمیل می گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS و آزمون های تی مستقل، کای اسکور و دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

دو گروه 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 شیر مادر، تماس پوست با پوست، تفاوت آماری معنی داری نداشتند.

با این که دو گروه طی اقامت در بیمارستان ۱۰۰ درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند. روند تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه آزمون موفق تر از گروه شاهد بود، به طوری که در پایان ماه سوم گروه آزمون ۹۶/۸ درصد و گروه شاهد ۶۲/۹ درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود، ($P=0.001$). (جدول شماره ۱)

هم چنین کاهش در روند تداوم و طول مدت تغذیه با شیر مادر در گروه شاهد بیش از گروه آزمون بود، ($P=0.001$). به طوری که، میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه آزمون $64/33 \pm 2/51$ روز و در گروه شاهد $14/98 \pm 13/30$ روز بود. در گروه آزمون زودترین زمان شروع شیرخشک ۶۲ روزگی نوزاد و در گروه شاهد طی روز اول تولد و پس از ترخیص مادر از بیمارستان بود.



نمودار شماره ۱. روش انتخاب نمونه ها و پیگیری ماهانه آن ها تا پایان سه ماهه اول پس از زایمان

جدول شماره ۱. فراوانی مادران مورد مطالعه برحسب نوع تغذیه نوزادان در دو گروه آزمون و شاهد

زمان بررسی	گروه ها	آزمون		شاهد		سطح معنی داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
هنگام ترخیص	شیرمادر	۹۵	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	N.S
	جمع	۹۵	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	
ماه اول	شیرمادر	۹۵	۱۰۰	۵۹	۶۶/۳	۰/۰۰۱
	شیرمادر+ شیرخشک	۰	۰	۲۷	۳۰/۵	
	شیرخشک	۰	۰	۳	۳/۴	
	جمع	۹۵	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	
ماه دوم	شیرمادر	۹۵	۱۰۰	۵۸	۶۵/۲	۰/۰۰۱
	شیرمادر+ شیرخشک	۰	۰	۳	۴/۳	
	شیرخشک	۰	۰	۲۸	۳۱/۵	
	جمع	۹۵	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	
ماه سوم	شیرمادر	۹۲	۹۶/۸	۵۶	۶۲/۹	۰/۰۰۱
	شیرمادر+ شیرخشک	۳	۳/۲	۲	۲/۲	
	شیرخشک	۰	۰	۳۱	۳۴/۸	
	جمع	۹۵	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	

بحث و نتیجه گیری

میزان فقط ۱۰ درصد بود. نتایج تحقیق لی و همکاران (۵) نیز با نتایج این بررسی هم خوانی داشت. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که از ۲۵۶ زن نخست زاء، ۱۲۶ نفر در گروه مورد، آموزش های شیردهی را به صورت مشاوره تلفنی و ملاقات حضوری دریافت کرده و به مدت ۳ ماه پیگیری شدند، پس از این مدت کمتر از ۵۰ درصد افراد در گروه شاهد (که از آموزش های کارکنان بهداشتی درمانی برخوردار بودند) در مقابل ۷۵ درصد گروه مورد شیردهی انحصاری را حفظ نموده و ۲۵ درصد مادران گروه شاهد قبل از ۳ ماهگی در مقابل ۴۱ درصد گروه شاهد اقدام به قطع شیردهی نمودند. در مطالعات موری هد و همکاران (۱۹) در اسکاتلند و گرافی و همکاران (۱۸) در لندن، با این که میزان و تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنانی که از آموزش تلفنی و مشاوره حضوری حامیان شیردهی برخوردار بودند، ولی نسبت به گروه کنترل (که این آموزش ها را دریافت نکرده بودند) اختلاف

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که اجرای برنامه حمایتی زنان با سابقه شیردهی موفق از زنان نخست زاء، بر میزان و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر تأثیر مثبت دارد. این نتایج با نتایج تحقیق حیدر و همکاران (۱۷) هم خوانی دارد. آن ها در یک مطالعه تجربی تأثیر حامی شیردهی در قالب ملاقات در منزل بر تداوم شیردهی انحصاری را بررسی کردند. این حامیان ۲ بار قبل از زایمان، طی ماه اول به صورت هفتگی و بعد از آن هر ۲ هفته یک بار تا سن ۵ ماهگی مادر و کودک را در منزل ملاقات کردند. ۷۲۶ زن در مطالعه آن ها شرکت داشتند که شامل گروه شاهد و گروه مورد بود. ۲۵ حامی شیردهی، مهارت های شیردهی را به مادران آموزش داده و وضعیت مادران را در منزل مورد بررسی قرار دادند. نتایج بیانگر آن بود که در ۵ ماهگی ۷۵ درصد گروهی که برنامه حمایت در منزل را دریافت داشتند، هنوز تغذیه انحصاری با شیر مادر ادامه می دادند در حالی که در گروه شاهد این

پس از تولد از سایر شیرها و مایعات استفاده می کنند، بیشتر در معرض قطع زودرس شیر مادر هستند. بنا بر این تغذیه موفق شیرخوار با شیر مادر در هفته های اول پس از تولد، مستلزم دریافت حمایت های ضروری در بیمارستان و ادامه حمایت ها در منزل است. در اغلب مطالعه ها مادران عنوان کرده اند که در راستای تغذیه با شیر مادر از سوی کارکنان بهداشتی درمانی حمایت نمی شوند و در صورت بروز مشکل در زمینه شیردهی به آنان دسترسی ندارند. (۹،۲۳)

بنا بر این تشکیل گروه های حامی مادران شیرده امری ضروری به نظر می رسد. زیرا تشکیل این گروه ها علاوه بر این که به عنوان راهی برای توسعه شبکه حمایتی است، بار زحمت مراقبین حرفه ای را کاهش می دهد و حمایت در دسترس را برای مددجویان افزایش می دهد. (۲۵)

تشکیل گروه های حمایتی برای مادران شیرده در راستای اجرای بند دهم از بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف تحت عنوان «ده اقدام برای حفظ، حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر» است. بنا بر این 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.

سپاس گزاری

بدین وسیله از همکاری صمیمانه مسئولان دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مرکز بهداشت شهید ایلام، کارکنان بیمارستان شهید مصطفی خمینی، کوثر و قائم شهر ایلام و جمعیت هلال احمر شهر ایلام قدردانی می شود.

References

1-Foroud A. [The Effect of postpartum home visit programs on continuation of breast feeding and infant weight gain in

معنی داری نداشتند، اما میزان رضایت مادر از تجربه شیردهی به طور معنی دار بالاتر بود. نتایج متناقض این گونه از مطالعات ممکن است منتج از تماس تلفنی و یا ملاقات حضوری با تأخیر، در دسترس نبودن حامی، عدم تناسب بین تعداد حامیان و مادران شیرده باشد. در مطالعه موری هد و همکاران 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 گرافی و همکاران، هر ۱۲ مادر شیرده به یک حامی معرفی شده بودند. نتایج پژوهش ها نشان داده است که تعداد افراد موجود در یک گروه تحت حمایت در صورتی که بیشتر از ۱۰ نفر باشد باعث کاهش نتایج مثبت بهداشتی می شود، (۲۱). از طرفی افزایش تعداد افراد حمایت کننده یا حمایت فراهم شده منجر به افزایش رضایت مددجویان از فواید همراه با حمایت اجتماعی می شود. بنا بر این حمایت اجتماعی 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 آن است که با آن که سقوط در روند تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر از زمان ترخیص تا ماه سوم در گروه شاهد ادامه دارد، ولی بیشترین افت در تغذیه انحصاری با شیر مادر طی ماه اول بود. شاید بتوان علت آن را عدم دسترسی مادر به منابع حمایتی و آموزشی مناسب در موقع بروز مشکلات شیردهی دانست. در همین رابطه اینگرام و همکاران اذعان داشتند که امروزه جهت مقابله با هزینه های بیمارستانی، برنامه های ترخیص زود هنگام به اجرا گذاشته شده است، در این هنگام تغذیه با شیر مادر هنوز برقرار نشده و احتمال بروز مشکلات و قطع شیردهی در هفته های اول بعد از ترخیص وجود دارد، (۲۴،۷،۵). تحقیق براون و همکاران (۱۲) نشان داد مادرانی که مشکلات شیردهی دارند و در روزهای اول

Kerman]. Rafsanjan J of Medical Sciences 2002;1(4):267-77.(Persian)

- 2-Sadvndyan S. [Beginning food assistance]. *J of Breast Feeding* 2003;14:22-4. (Persian)
- 3- Reza Soltany p, Parsaei s. [Maternal and child health]. 1th ed. Tehran: Sanjesn publ; 2006.PP.209-12.(Persian)
- 4-Sadvndyan S. [Re-establish breast feeding]. *J of Breast Feeding* 2001;2(8):14-18.(Persian)
- 5-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 Medical Association J* 2002; 166:21-8.
- 6-Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson text book of pediatrics*. 17th ed. USA: Saunders; 2004.PP.157-90.
- 7-Sikorski J, Renfrew M, Pindoria S, Wade A. Support for breast feeding mothers [Cochrane review]. Blackwell Publishing Ltd 2003;17:407-17.
- 8-Ministry of Health and Medical Education. [Monitoring and evaluation of reproductive health]. Tehran; 2007:PP.4-10.(Persian)
- 9-Arzani A, Kermanshahi S, Zahedpasha Y. [The effect of educational intervention on continuous breastfeeding in low birth weight infants]. *J Qazvin Univ* 2008;12(2): 69-75.(Persian)
- 10-Khayyati F. [An investigation into the reasons of terminating breast feeding before the age of two]. *JQUMS* 2007;11(3):25-30.(Persian)
- 11-Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals mother friendly. *J Pediatric Nurse* 2005;20(1):53-9.
- 12-Braun MLC, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of impact of the baby-friendly hospital initiation on rates of breastfeeding. *American Medical J public Health* 2003; 93(8):1277-9.
- 13-CHehrzad M, Fadakari K. [Needs of mothers admitted to primary health care and how breast feeding]. Sari; *J of Nursing Midwifery Education and Research*, 2001; 2(3):25-9.(Persian)
- 14-Emami Naeni M. [Because mothers succeed in breast feeding; what to do?]. *J of Breast Feeding* 2004;6(22):14-15.(Persian)
- 15-World Alliance for Breast feeding Action. World breastfeeding week: mother support going for the gold. [on Line]. 2008[cited 2008,1-7 AUG]. Available from: <http://www.waba.org.my>
- 16-Ebrahim S. [Peer support Gropes]. *J of Breast Feeding* 2000;1:19- 22.(Persian)
- 17-Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SRA. Effect of community-based peer counselors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 356:1643-7.
- 18-Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomized controlled trial of support from volunteer counselors for mothers considering breast feeding. *British Medical Journal* 2004;328:26-9.
- 19-Muirhead E P, Butcher G, Rankine J, Munley A. The effect of programmers of organized and supervised peer support on the initiation and duration of breast feeding. *British J of General Practice* 2006;56:191-7.
- 20-Donna J, Chopman RD, Domio G, Young S, Perez- Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;158(9): 897-902.
- 21-Tilden VP, Nelson CA. Social support In: Lindeman, macatiec in Seditor: Fundamentals' contemporary nursing practice. 1th ed. Philadelphia: W.b Saunders company; 2000.PP.857-876.
- 22-Handeley SM. Pre-received social support in young adults with cancer. MSc. Thesis Montana State University 2004.
- 23-Stewart-Knox B, Gardiner K, Wright M. What is problem with breastfeeding? A qualitative analysis of infant feeding perception. *J Hum Nutr Diet* 2003 Aug;16 (4):265-73.
- 24-Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol, teaching good positioning and support from fathers and family. *Midwifery* 2002;18(2):87-101.
- 25-Mc court C, Percival P. Social support in childbirth. In: page la, editor. *The new midwifery science and sensitivity in practice*. 2th ed. Philadelphia. Churchill Livingston; 2000. PP. 184- 97.

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

Tork Zahrani Sh¹, Karamollahi Z^{2*}, Azgoli G¹, Akbarpur Baghian A.R³, Sheikhan Z¹

(Received: 27 Jun. 2010

Accepted: 8 Aug. 2011)

Abstract

Introduction: Although most mothers start breastfeeding immediately after birth, unfortunately, during the first month after birth it decreases. In this regard, despite disagreements, supporting breastfeeding mothers to continue breast-feeding has been announced as one of the best ways. Thus, the current study has been performed to investigate the effect of support from the mothers with positive breast feeding experience on breast feeding pattern and duration.

Materials & Methods: In this randomized clinical trial, 240 primiparous women participated. The control group program included the routine trainings. Case group program included the routine trainings plus the support from 30 mothers with positive breast feeding experience during the first 3

months after delivery. Breast feeding patterns and duration were evaluated by the end of the first, second and third months.

Findings: Exclusive breast feeding rates were significantly higher in case group than control in the first, second and third months, ($p=0.001$). The continuing trend of decline in breast feeding duration until the third month after discharge was more in the control group than the case, ($p=0.001$).

Discussion & Conclusion: Support from women with positive breastfeeding experience to prime par mother, can be effective on the patterns and breast feeding duration.

Keywords: support, exclusive breast feeding, breast feeding duration

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

2. Dept of Midwifery, School of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3. Dept of Bio-statistics, School of Sub-medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*(corresponding author)