

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره بیستم، شماره ۲، بهمن ۱۳۹۶، صفحه ۷۶-۷۰

مقایسه تاثیر تماس پوستی کوتاه مدت "شکمی و هم آغوشی (کانگورویی)" بر شروع شیردهی موفق

محدثه عادل (MSc)^۱، سمیه علیرضایی (MSc)^{۲*}، مریم کبیریان (MSc)^۱، فاطمه رفیعی (BSc)^۲

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳- دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

دریافت: ۹۶/۵/۲۹، اصلاح: ۹۶/۹/۱۲، پذیرش: ۹۶/۹/۲۰

خلاصه

سابقه و هدف: مراقبت هم آغوشی یک عامل مهم در تغذیه با شیر مادر می باشد. اما بر خلاف تماس شکمی زمانبر محسوب می شود. لذا در این مطالعه ضمن کوتاه تر کردن زمان تماس هم آغوشی، مطالعه ای با هدف "مقایسه تاثیر تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم آغوشی بر شیردهی موفق" انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی زنان باردار زایشگاه های تربت حیدریه سال ۱۳۹۴ انجام گردید. ۶۸ خانم شکم اول با حاملگی رسیده (ترم) و ۴۰-۱۸ سال به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه مداخله (تماس هم آغوشی) و کنترل (تماس شکمی) قرار گرفتند. پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، باروری و طبی برای هر دو گروه تکمیل شد. نوزدان با آپگار ۱۰-۸ و وزن ۴۰۰۰ - ۲۵۰۰، برای مدت ۱۰ - ۵ دقیقه در تماس هم آغوشی و تماس شکمی قرار داده شدند. پس از زایمان فرم ارزیابی شروع شیردهی موفق (IBFAT) تکمیل و میانگین متغیرهای میل به تغذیه، جستجو کردن، فیکس شدن به بدن مادر (Latch on) و الگوی مکیدن بررسی شد (IRCT: ۲۰۱۴۰۹۰۴۱۹۰۳۹N۱).

یافته ها: میانگین میل به تغذیه در گروه مداخله (۲/۶۳±۰/۰۶) و در گروه کنترل (۲/۶۱±۰/۰۶)، جستجو کردن (۲/۷۶±۰/۰۴۳) و (۲/۷۳±۰/۰۴۴)، فیکس شدن به بدن مادر (Latch on) (۲/۷۶±۰/۰۴۳) و (۲/۷۹±۰/۰۴۱) و الگوی مکیدن (۲/۸۲±۰/۰۵۴) و (۲/۶۴±۰/۰۶۴) و نمره کل: (۱۱/۸۴±۵/۱۰) و (۱۰/۷۹±۱/۸۲) که در هیچ کدام از ابعاد با هم تفاوت معنی داری نداشتند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که تماس کوتاه مدت هم آغوشی با تماس کوتاه مدت شکمی تفاوتی در شروع شیردهی موفق ندارد.

واژه های کلیدی: تماس کانگورویی، تماس پوستی، شیردهی.

مقدمه

مشکلی جدی تبدیل شده است (۹). از مهم ترین عوامل مؤثر بر تغذیه با شیر مادر، مراقبت ها و مداخلات هنگام زایمان (۱۰) و از عوامل موثر در تداوم شیردهی شوره زود هنگام تغذیه با شیر مادر می باشد (۱۱) جداسازی مادر و نوزاد حتی به صورت کوتاه مدت میتواند سبب کاهش موفقیت شیردهی شود (۱۲). مادران و مراقبین بهداشتی جهت برقراری و موفقیت شیردهی نیاز به آموزش و حمایت دارند. بر همین اساس WHO و یونسف طرح بیمارستان دوستدار کودک BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) را در سال ۱۹۹۲ راه اندازی کردند (۱۳). یکی از اقدامات این بیمارستان ها، طرح "ده گام شیردهی موفق" است که چهارمین گام آن به خدماتی مثل مراقبت کانگورویی می پردازد (۸) و بهترین تمرین استاندارد برای شروع و تداوم شیردهی است (۱۴). در مطالعه ای در سال ۲۰۱۶ بیان شده بود که تماس کانگورویی سبب افزایش حجم شیر و طول مدت شیردهی می شود (۱۵). در مطالعه Hake-Brooks و همکارانش نیز بررسی شد که تماس پوستی سبب افزایش مدت شیردهی، از یک تا ۶ ماه اول زندگی نوزاد میشود (۱۶). بررسی های اخیر بر روی ۳۴ کارآزمایی شاهددار

شیرخوارگی از حساس ترین مراحل رشد و تکامل کودکان محسوب میشود (۱، ۲). شیر مادر راهی بی نظیر برای تامین مواد غذایی ایده آل نوزادان است. شواهد نشان می دهد که تغذیه با شیر مادر برای ۶ ماه اول، مطلوب ترین روش است (۳). در دین اسلام نیز به تغذیه با شیر مادر و تداوم آن تاکید شده است (۴). شیر مادر سبب تقویت رشد نوزاد و حفاظت وی در برابر بیماری ها، کاهش مرگ و میر و سرعت بخشیدن به روند بهبودی بیماری ها می شود (۵). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است که از بین ۹۴ کشور جهان تنها ۳۵٪ شیرخواران تا چهار ماهگی با شیرمادر تغذیه میشوند، این شیوع در اوگاندا ۳۵/۱٪، در عربستان ۲۷/۳٪ (۶) و در ژاپن ۴۲/۲٪ در ماه اول (۷) بوده است. طبق گزارش وزارت بهداشت و درمان ایران، در سال ۱۳۸۹ نرخ تغذیه با شیر مادر تا یک سالگی ۸۴/۱٪ و تا دو سالگی ۵۱/۱٪ است، که نسبت به سال ۱۳۸۴، کاهش داشته است (۸). در سالهای اخیر تغییراتی در روش های زندگی، رابطه متقابل مادر و کودک و الگوهای تغذیه ای ایجاد شده است، به طوری که در بسیاری از کشورهای صنعتی کاهش چشم گیری در روند تغذیه با شیر مادر مشاهده شده که در حال حاضر به

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۱۶/۱ دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه می باشد

* مسئول مقاله: سمیه علیرضایی

آدرس: مشهد، میدان شریعتی، خیابان ابن سینا شرقی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۲۸۵۱۲

E-mail: somayea67@gmail.com

مشکلات طبی، بارداری و زایمان، اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر، مشکلات ذهنی و فیزیکی، بدحال شدن نوزاد و عدم تمایل مادر به ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه‌ها شامل، اطلاعات دموگرافیک، باروری و طبی و مراحل زایمان و فرم ارزیابی موفق تغذیه با شیر مادر (IBFAT Infant breastfeeding assessment tools) شامل ۴ قسمت تمایل به تغذیه با شیر مادر (۰-۳)، جست و جو کردن (۰-۳)، فیکس شدن با بدن مادر (۰-۳)، و الگوی مکیدن (۰-۳)؛ حداکثر نمره ۱۲ و حداقل نمره صفر بود. شیردهی موفق با نمره بیشتر از ۸ تایید می‌شود (۲۷).

پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک ابزاری پایا بود. پایایی پرسشنامه اطلاعات باروری و طبی و مادر و نوزاد با روش آزمون مجدد به ترتیب با $t=0/94$ ، $t=0/89$ ، $t=0/77$ ، $t=0/84$ تایید گردید. پایایی اطلاعات مراحل زایمان و فرم ارزیابی موفق تغذیه با شیر مادر، توسط آزمون مشاهده همزمان، سنجیده شد ($t=0/78$ ، $t=0/85$). روایی پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به باروری و طبی و مادر و نوزاد با روایی محتوا تایید و فرم ارزیابی موفق تغذیه با شیر مادر، نیز توسط Carfoot و همکاران به روش روایی محتوا تایید شده است (۲۷). سپس نمونه‌ها به روش غیر احتمالی در دسترس انتخاب و پس از اخذ "رضایت نامه کتبی"، با استفاده از بلوک‌های تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند.

پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و باروری و طبی تکمیل شد. در گروه مداخله، بلافاصله پس از انجام مراقبت‌های بعد از تولد (پاک کردن راه هوایی، زدن کلامپ بند ناف و خشک کردن) نوزاد خوابیده به شکم و برهنه بین پستانهای برهنه مادر قرار گرفت تا تماس چشمی نیز ایجاد گردد. جهت جلوگیری از هیپوترمی یک شان خشک و گرم روی نوزاد انداخته شد و سر نوزاد نیز پوشانده و از مادر خواسته شد نوزاد خود را نوازش و به صورتش نگاه کند. مدت زمان تماس ۵-۱۰ دقیقه بود که در این مدت شیردهی انجام نمی‌شد. سپس نوزاد به گرم کننده تابشی منتقل شد. در حالیکه برای گروه کنترل طبق روتین بیمارستان، نوزاد برهنه، بدون توجه به وضعیت قرار گیری، روی شکم مادر قرار گرفت، به مادر نشان داده شده و به گرم کننده منتقل گردید. برای تمامی نمونه‌ها پرسشنامه اطلاعات مراحل زایمان و مادر و نوزاد تکمیل شد. طی یک ساعت اول پس از زایمان، شیردهی توسط مادر انجام شد. سپس فرم ارزیابی موفق تغذیه با شیر مادر تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS، ویرایش ۲۰ و آزمون‌های آماری کای دو، من ویتنی، تی مستقل تجزیه و تحلیل و $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دو گروه از نظر مشخصات فردی (مانند سن، سطح تحصیلات و شغل خود و همسر، درآمد خانواده)، اطلاعات مربوط به باروری و سابقه طبی (تعداد حاملگی، سقط و مرده زایی، جنس نوزاد، مراقبت‌های بارداری و زمان اولین ویزیت، احساس خود و همسر نسبت به بارداری)، اطلاعات مراحل زایمان (استفاده از بی‌دردی، داروهای مصرفی در طی زایمان و وضعیت پرینه)، اطلاعات مربوط به مادر (میزان رضایت از زایمان، احساس پس از تماس پوستی با نوزاد) و نوزاد (جنس، وزن و قد و دور سر) و سایر متغیرهای مداخله‌گر اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول

تصادفی نیز این مطلب را تایید کرده اند (۱۷) اکثر مطالعات نشان داده‌اند که انجام مراقبت آغوشی سبب موفقیت شیردهی می‌شود (۱۵). در سال ۲۰۱۰، ۷۲٪ از کل مادران شیرده در ایالت متحده آمریکا، شیردهی خود را به شکل زودرس و در یک ساعت ابتدایی پس از زایمان شروع کرده بودند (۱۸). یک ساعت اول تولد، زمانی است که نوزاد بیشترین پاسخگویی را دارد، در نتیجه مطلوب‌ترین زمان برای شروع شیردهی و عمل بلع در نوزاد است (۱۹).

در یک ساعت اول تولد، نوزاد رفتارهایی مثل غنچه کردن و حرکات چرخشی لب و... را نشان می‌دهد که به شروع تغذیه با پستان کمک می‌کند. در نتیجه این دوره فرصتی طلایی برای برقراری ارتباط است و بیشترین سود از طریق ایجاد تماس پوستی بین مادر و نوزاد به دست می‌آید (۲۰). در حال حاضر بعد از زایمان تماس پوستی به دو شکل شکمی و هم آغوشی انجام می‌شود. تماس هم آغوشی به این صورت است که نوزاد لخت بر روی بدن مادر و بین پستانهای وی قرار داده می‌شود (۲۱) و ضمن گرم نگه داشتن وی، نوزاد به سمت نیل مادر می‌خزد (Crawl Breast) و به این ترتیب فرآیند شیردهی شروع می‌شود (۲۲) اما در تماس پوستی شکمی، نوزاد برهنه بر روی پوست شکم مادر برای مدت کوتاهی قرار می‌گیرد. در این نوع تماس، ارتباط چهره به چهره بین مادر و نوزاد برقرار نمی‌گردد. در حین تماس هم آغوشی، گیرنده‌های تماسی، گرمایی و بویایی می‌توانند منجر به آزادسازی اکسی توسین مادر شوند، نتیجه ترشح اکسی توسین، تولید شیر بیشتر است (۲۳).

سازمان جهانی بهداشت برقراری تماس کانگورویی در ۳۰ دقیقه ابتدایی تولد را توصیه می‌کند (۲۴). این زمان طولانی نیاز به حمایت و آموزش مادران و داشتن نیروی انسانی کافی است ولی معمولاً زایشگاه‌ها با این کمبودها روبرو هستند، زمان طولانی مورد نیاز از یک طرف و مشغله زیاد ماما از طرف دیگر سبب زیر سوال رفتن ارزش آن می‌شود. با وجود تبلیغات فراوان، باز هم در بسیاری از زایشگاه‌ها، تماس پوستی شکمی به جای تماس هم آغوشی (کانگورویی) انجام می‌گیرد، زیرا هم ساده تر و هم کوتاه مدت تر است (۲۵).

حال این سوال ایجاد می‌شود که با توجه به مشکلات مطرح شده در اجرای روش کانگورویی، اگر این تماس در مدت زمان کوتاه تری انجام گیرد، آیا همچنان فواید آن از نظر تداوم و ترویج شیردهی در مقایسه با تماس کوتاه مدت شکمی به قوت خود باقی می‌ماند یا خیر. و از آنجایی که تاکنون چنین مطالعه‌ای انجام نشده است لذا در این مطالعه به مقایسه تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم آغوشی (کانگورویی) بر شروع شیردهی موفق پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با کد اخلاق ۱۶/۱ و شماره ثبت IRCT:۲۰۱۴۰۹۰۴۱۹۰۳۹N۱ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از مطالعه Monajemzadeh و همکاران (۲۶)، با ضریب اطمینان ۹۸٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۶۸ نفر تعیین شد که ۳۴ نفر در گروه مداخله و ۳۴ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. مادران با سن ۱۸-۴۰ سال، ایرانی و فارسی زبان، حاملگی ترم با جنین سالم، شکم اول، حاملگی خواسته، زایمان طبیعی، آپگار نوزاد ۸-۱۰، وزن نوزاد ۲۵۰۰-۴۰۰۰ وارد مطالعه شدند و در صورت وجود

میانگین کلی شروع موفق شیردهی در گروه تماس هم آغوشی بیشتر از تماس پوستی شکمی بود ولی این تفاوت معنی دار نبود. Charpak و همکارانش بیان کردند با گذشت ۲۰ سال از شروع مراقبت کانگورویی اثرات حفاظتی مثبت آن روی نوزادان تاکنون به خوبی اثبات شده است (۲۸). در مطالعه Iqbal و همکاران نیز، نتایج آنها نشان داد که تماس زود هنگام هم آغوشی بر افزایش موفقیت در شروع و تداوم شیردهی نقش دارد (۲۹).

از علل این ناهمخوانی میتوان به طول مدت مداخله که در مطالعه آنها ۴۵ دقیقه بوده است اشاره کرد؛ با اینکه به طور میانگین ۱۲۰ دقیقه طول کشیده شده است تا نوزادان شیر خوردن را شروع کنند. Karimi و همکارانش نشان دادند که میزان موفقیت شیردهی در تماس پوستی به طور قابل توجهی بیشتر از مراقبت معمولی پس از زایمان بوده است (۳۰). در مطالعه Ward و همکاران نیز بیان شده است که تماس پوستی به مدت ۶ هفته به افزایش موفقیت در شیردهی انحصاری به میزان ۲۲٪ انجامیده است (۳۱). Flacking و همکاران بیان کرده اند که تماس پوستی با هر طول مدتی از چند دقیقه تا چند ساعت، اثرات مثبتی بر شیردهی دارد (۳۲).

همچنین Morelius و همکاران نشان دادند که گروه تماس هم آغوشی با گروه تماس پوستی تفاوتی در شروع موفقیت شیردهی نداشتند (۳۳). شاید یک علت موفقیت شروع شیردهی در روش های کانگورویی انگیزه بالای مادران است چرا که طبق تحقیقی، از میان مادرانی که تمایل زیادی برای شیردهی داشته اند و همزمان از تماس پوستی کمک می گرفتند، ۶۰٪ آنها در این زمینه موفق بوده اند (۳۴). مطالعه Robiquet و همکارانش نشان داد که برای تاثیر مراقبت کانگورویی بر شروع تغذیه با شیر مادر نیاز به حداقل ۹۰ دقیقه زمان است و هر گونه وقفه در این زمان سبب کاهش موفقیت می شود (۳۵).

متأثالیزی که در سال ۲۰۱۵ بر روی ۹۸۸ نوزاد انجام شده بود نشان داد که مراقبت آغوشی (کانگورویی) طولانی در هفته اول تولد با افزایش موفقیت در شیردهی همراه بوده است (۳۶). اما در اغلب این مطالعات، زمان ایده آل برای شروع تغذیه با شیر مادر در روش تماس پوستی و کانگورویی ۲ ساعت است تا نوزاد به مرور با تحریک لامسه و بویایی و حرارت رفتارهای منجر به شروع شیردهی را از خود نشان دهد (۲۲).

در مطالعه Vaidya و همکارانش (۳۷) حداقل زمان لازم برای شروع شیردهی ۶۰ و حداکثر زمان ۱۲۰ دقیقه بوده است و یا در پژوهش Flacking و همکاران این حداقل زمانی ۱۲ و حداکثر ۴۷ دقیقه بوده است (۳۲) اما مطالعه حاضر با توجه به ازدحام و شلوغی در بخش زایمان و همچنین کمبود نیروی ماما، مدت زمان روش کانگورویی را به ۱۰-۵ دقیقه کاهش داد، تا باز هم وجود تاثیر مثبت تماس پوستی بر شیردهی انحصاری که بارها این موضوع اثبات شده است (۳۸ و ۳۴) را بررسی کند. در مطالعه Sampaio و همکاران که مدت زمان مراقبت پوستی را ۳۰ دقیقه انتخاب کردند، نتایج نشانگر این بود که این تماس با شروع موفق شیردهی در مادر همراه نبوده است (۳۹). مطالعه White و همکاران که تماس کانگورویی را در یک ساعت اول پس از تولد برقرار کردند نتایج نشان داد گروهی از زنان که تماس پوستی برقرار نکرده بودند نیز به همان اندازه گروه مداخله موفق بودند (۱۷). نتیجه حاصل از پژوهش نشان داد که فرضیه باقی ماندن تاثیر مثبت تماس هم آغوشی بر شروع شیردهی با وجود کاهش مدت زمان این روش رد می شود و شواهد کافی در این زمینه برای اثبات فرضیه بدست نیامد

(۱). میانگین نمرات متغیرهای بررسی شروع شیردهی موفق به ترتیب شامل میل به تغذیه: در گروه مداخله (۲/۶۳±۰/۶) و در گروه کنترل (۲/۶۱±۰/۶)، جستجو کردن: در مداخله (۲/۷۶±۰/۴۳) و در کنترل (۲/۷۳±۰/۴۴)، فیکس شدن به بدن مادر: (Latch on) در مداخله (۲/۷۶±۰/۴۳) و در کنترل (۲/۷۹±۰/۴۱) و الگوی مکیدن: در مداخله (۲/۸۲±۰/۵۴) و در کنترل (۲/۶۴±۰/۶۴) و نمره کل در مداخله (۱۰/۸۴±۵/۱۰) و در کنترل (۱۰/۷۹±۱/۸۲) بود که با هم تفاوت معنی داری نداشتند.

جدول ۱. مقایسه برخی از عوامل دموگرافیک در دو گروه

متغیر	تماس شکمی	پوستی کوتاه مدت شکمی	کوتاه مدت هم آغوشی	P-value
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
سن مادر (سال)	۲۵/۶۷±۶/۳۰	۲۶/۸۲±۵/۴۲	۲۶/۸۲±۵/۴۲	*۰/۴۹
وزن نوزاد (گرم)	۳/۲۷±۵/۱۶	۳/۰۹±۴/۱۴	۳/۰۹±۴/۱۴	*۰/۱۹
دور سر نوزاد (سانتی متر)	۳۴/۴۶±۴/۱۲	۳۴/۴۲±۱/۳۹	۳۴/۴۲±۱/۳۹	*۰/۱۱
میزان استفاده از اکسی توسین (سی سی)	۱۴/۵۴±۱/۰۳	۲۴/۷۴±۱/۸۸	۲۴/۷۴±۱/۸۸	*۰/۰۶۴
طول فاز فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)	۱۷۲/۲±۹/۹۴	۱۴۸/۲±۱۱/۶۴	۱۴۸/۲±۱۱/۶۴	*۰/۳۸۱
طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۴۲/۹۴±۳/۲۱	۲۸/۶۹±۴/۵۲	۲۸/۶۹±۴/۵۲	*۰/۰۷۱
طول مرحله سوم زایمان (دقیقه)	۹/۵۸±۱/۷۲	۶/۵۱±۴/۲۳	۶/۵۱±۴/۲۳	*۰/۸۷۶
فاصله زمانی تولد تا اولین تماس مادر و نوزاد (دقیقه)	۴/۱۰±۱۶/۰۴	۱/۴۳±۵/۵۷	۱/۴۳±۵/۵۷	*۱/۰۰۰

*آزمون تی تست، *آزمون من ویتنی

جدول ۲. مقایسه شروع موفق شیردهی با شیر مادر در طی یک ساعت اول پس از زایمان در دو گروه

ابعاد	تماس شکمی	پوستی کوتاه مدت شکمی	هم آغوشی	P-value
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
میل به تغذیه	۲/۶۱±۰/۶	۲/۶۳±۰/۶	۲/۶۳±۰/۶	۰/۹۷
جستجو کردن	۲/۷۳±۰/۴۴	۲/۷۶±۰/۴۳	۲/۷۶±۰/۴۳	۰/۷۷
فیکس شدن به بدن مادر (Latch on)	۲/۷۹±۰/۴۱	۲/۷۶±۰/۴۳	۲/۷۶±۰/۴۳	۰/۲۵
الگوی مکیدن	۲/۶۴±۰/۶۴	۲/۸۲±۰/۵۷	۲/۸۲±۰/۵۷	۰/۴۶
نمره کل	۱۰/۷۹±۱/۸۲	۱۱/۸۴±۵/۱۰	۱۱/۸۴±۵/۱۰	۰/۴۷

*آزمون من ویتنی

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه تماس کوتاه مدت هم آغوشی بر شروع موفق شیردهی تفاوتی با تماس شکمی نداشت و کاهش مدت زمان مداخله نتوانست موثر باشد. اگر چه

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت آموزشی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه جهت همکاری در این تحقیق و از تمام مادران مشارکت کننده که ما را در انجام این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

اما از آنجاییکه اولین تغذیه با شیر مادر یکی از مهم ترین عوامل بر موفقیت آتی شیردهی است (۲۲) در نتیجه پیشنهاد می شود در صورت استفاده از روش تماس هم آغوشی برای ترویج تغذیه با شیر مادر بهتر است به مدت طولانی تر و مداوم تر انجام شود تا همچنان اثرات آن بر شیردهی مشاهده شود.

A Comparison of the Effect of Short Abdominal Skin-To-Skin Contact and Kangaroo Skin Contact on Initiation of Successful Breastfeeding

M. Adeli (MSc)¹, S. Alirezaei (MSc)^{2*}, M. Kabiriyani (MSc)¹, F. Rafiei (MSc)³

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Torbat Heydarieh University of Medical Sciences, Torbat Heydarieh, I.R.Iran.

2. Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran.

3. Torbat Heydarieh University of Medical Sciences.

J Babol Univ Med Sci; 20(2); Feb 2018; PP: 70-6

Received: Aug 20th, 2017, Revised: Dec 3rd, 2017, Accepted: Dec 11th, 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Kangaroo skin contact is an important factor in breastfeeding. However, in contrast to abdominal contact, it is considered timely. Therefore, while shortening the contact time, this study aims at comparing the effects of short abdominal skin-to-skin contact and Kangaroo skin contact on successful breastfeeding.

METHODS: This clinical trial study was conducted among pregnant women in maternity hospitals of Torbat Heydarieh in 2015. Sixty-eight primigravida women with term pregnancy and aged 18-40 years were selected through convenience sampling and were divided into two groups of intervention (Kangaroo skin contact) and control (abdominal skin contact). Questionnaires about demographic, fertility and medical data were completed for both groups. Infants with 8-10 Apgar and birth weight of 2500 – 4000 g were exposed to Kangaroo skin and abdominal skin contact for 5-10 minutes. After delivery, The Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) was completed and the mean values of feeding desire, searching, latch on and sucking pattern were analyzed (IRCT: 2014090419039N1).

FINDINGS: The mean feeding desire in the intervention group was 2.63 ± 0.6 and in the control group was 2.61 ± 0.6 , searching was 2.76 ± 0.43 and 2.73 ± 0.44 , latch on was 2.76 ± 0.43 and 2.79 ± 0.41 , sucking pattern was 2.82 ± 0.54 and 2.64 ± 0.64 , and total score was 11.84 ± 5.10 and 10.79 ± 1.82 , respectively, indicating no significant difference in any of the dimensions.

CONCLUSION: The results of the study showed that short abdominal skin-to-skin contact and Kangaroo skin contact did not differ significantly regarding their effect on initiation of successful breastfeeding.

KEY WORDS: Kangaroo Contact, Skin Contact, Breastfeeding.

Please cite this article as follows:

Adeli M, Alirezaei S, Kabiriyani M, Rafiei F. Comparison of short abdominal skin to skin and Kangaroo-Mother Care's contact on start of successful breastfeeding. J Babol Univ Med Sci. 2018;20(2):70-6.

* Corresponding author: S. Alirezaei (MSc)

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Eastern Ebn Sina St, Shariati Sq, Mashhad, I.R.Iran.

Tel: +98 51 38528512

E-mail: Somayea67@gmail.com

References

1. Marandi SA, Ezzeddin-Zanjani N. On the occasion of the world breastfeeding week: the promotion of breastfeeding in the Iran. *Int J Prevent Med.* 2012;3(8):520-1.
2. Lee SB, Shin HS. Effects of Kangaroo Care on anxiety, maternal role confidence, and maternal infant attachment of mothers who delivered preterm infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2007;37(6):949-56.
3. Infant and young child feeding. Retrieved 2017;17. Available From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
4. Zahed Pasha Y, Zahed Pasha E, Baleghi M. Islam and Breastfeeding. *JBUMS.* 2013; 15 (Suppl 1) :15-20. [In Persian]
5. al KMe. Promotion of breastfeeding intervention trial (probit): a randomized trial in the republic of belarus. *J Am Med Associat.* 2001;285(4):413-20.
6. Ssenyonga R, Muwonge R, Nankya I. Towards a better understanding of exclusive breastfeeding in the era of HIV/AIDS: a study of prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding from birth, in Rakai, Uganda. *J Trop Pediat.* 2004;50(6):348-53.
7. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J.* 2012;7(1):15.
8. Promotion of Breastfeeding in the Islamic Republic of Iran. Retrieved August 1, 2017. Available From: <http://healthbehdashtgov.ir/>.
9. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson's textbook of pediatrics.* 17th ed: W.B. Saunders; 2004.
10. Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvanifard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association.* 2015;65(3):248-52.
11. Forster DA, McLachlan HL. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(3):273-80.
12. CW G. *Supporting sucking skills in breastfeeding infants.* 2nd ed: ones & Bartlett Learning; 2013.
13. Exclusive_breastfeeding. Retrieved June 11, 2017. Available From: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en.
14. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics.* 2016;138(3).
15. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess.* 2009;13(40):1-146.
16. Hake-Brooks SJ, Anderson GC. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial. *Neonatal Netw.* 2008;27(3):151-9.
17. White AL, Carrara VI, Paw MK, Malika, Dahbu C, Gross MM, et al. High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in Karen refugees on the Thai-Myanmar border: a mixed methods study. *Int Breastfeed J.* 2012;7(1):19.
18. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Human Lactation Int Lac Consult Associat.* 2010;26(2):130-7.
19. Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007;32(6):375-81.
20. Bornstein MH. Sensitive periods in development: structural characteristics and causal interpretations. *Psychological Bulletin.* 1989;105(2):179-97.
21. Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatr.* 1970;46(2):187-92.
22. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11: Cd003519.

23. Arivabene JC, Tyrrell MA. Kangaroo mother method: mothers' experiences and contributions to nursing. *Revista latino*. 2010;18(2):262-8.
24. Gonzalez G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Maternal postnatal depression and its impact on child neurodevelopment: a cohort study. *Revista chilena Pediat*. 2017;88(3)
25. Lindberg I, Christensson K, Ohrling K. Midwives' experience of organisational and professional change. *Midwifery*. 2005;21(4):355-64.
26. Monajemzadeh M, Farahmand F, Vakilian F, Mahjoub F, Alam M, Kashef N. Breastfeeding and helicobacter pylori infection in children with digestive symptoms. *Iran J Pediat*. 2010;20(3):330-4.
27. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 2005;21(1):71-9.
28. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J, et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediat*. 2017;139(1).
29. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011;(10):601-5.
30. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. 2014;27(1):37-40.
31. Ward LP, Williamson S, Burke S, Crawford-Hemphill R, Thompson AM. Improving Exclusive Breastfeeding in an Urban Academic Hospital. *Pediat*. 2017;139(2).
32. Flacking R, Ewald U, Wallin L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(2):190-7.
33. Morelius E, Ortenstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2015;91(1):63-70.
34. Kim BY. Factors that influence early breastfeeding of singletons and twins in Korea: a retrospective study. *Int Breastfeed J*. 2016;12:4.
35. Robiquet P, Zamiara PE, Rakza T, Deruelle P, Mestdagh B, Blondel G, et al. Observation of Skin-to-Skin Contact and Analysis of Factors Linked to Failure to Breastfeed Within 2 Hours After Birth. *Breastfeed Med*. 2016;11:126-32.
36. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Barros FC, Horta BL, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to pre-term birth complications. *Int J Epidemiol*. 2011;40(2):525-8.
37. Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med Coll J*. 2005;7(2):138-40.
38. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates :a randomized controlled trial. *Afr Health Sci*. 2016;16(3):790-7.
39. Sampaio AR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a "Baby Friendly" public maternity hospital in Northeast Brazil. *Sistema Unico de Saude do Brasil*. 2016;25(2):281-90.