مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۰، شماره ۳، پاییز ۸۹، صفحات ۱۸۲ تا ۱۸۸

Original Article

تاثیر تماس کانگورویی بر مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر و الگوی تغذیه در نوزادان مادران سزارینی

مریم کشاورز[۱]، ناهید بلبل حقیقی[۲]

[۱] استادیار، گروه مامائی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
[۲] مربی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

چکیده

سابقه و هدف: *پس از تولد، جدایی بین مادر و نوزاد اثرات زیان‌آوری بر جنبه‌های مختلف رشد و تکامل شیر خوار و تغذیه با شیر مادر دارد. با توجه به جدایی طولانی تر مادر و نوزاد در ساعات اولیه زایمان سزارین، بررسی تاثیر روش‌هایی مانند تماس کانگورویی از اهمیت ویژه‌ای بر خوردار است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر اجرای مراقبت کانگورویی در الگوهای تغذیه‌ای نوزادان در بیمارستان و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه انجام شد.*

روش بررسی: *در یک کار آزمایی شاهددار تصادفی شده، ۱۶۰ جفت مادر و نوزاد در دو گروه آزمون و شاهد (۸۰ زوج مادر و نوزاد در هر گروه) بررسی شدند. در گروه آزمون یا مراقبت کانگورویی، حدود ۲ ساعت پس از عمل سزارین، نوزاد در تماس پوست با پوست و بین دو سینه مادر با استفاده از پوشش مناسبی قرار گرفت. برنامه مراقبتی، ۳ نوبت در روز هر نوبت ۶۰ دقیقه برای مدت ۲ روز اجرا شد. با تحویل پوشش‌های مخصوص نگهداری نوزاد به مادران گروه تجربی و اجرای این مراقبت در منزل، میزان تغذیه با شیر مادر تا ۶ ماه بین دو گروه مقایسه شد.*

یافته‌ها: *دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای در مادر و نوزاد تفاوتی نداشتند. در گروه مراقبت کانگورویی، تعداد دفعات تغذیه در بیمارستان ($p<۰/۰۵$) و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه ($p<۰/۰۵$) بیشتر از گروه مراقبت معمول بود، اما فاصله تولد تا زمان شروع اولین تغذیه بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. در گروه آزمون، دفعات گریه شدید نوزاد در بیمارستان به طور معنی‌داری کمتر از گروه مراقبت معمول بود (۵/۶ در مقابل ۱۲/۳بار، $p<۰/۰۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه از نتایج ارزشمند تماس پوستی بین مادر و نوزاد در این مطالعه بود، لذا اجرای مراقبت کانگورویی در کلیه بخش‌های زایمان و سزارین و ادامه اجرای آن در منزل توصیه می‌شود.*

واژگان کلیدی: *مراقبت کانگورویی، تغذیه انحصاری با شیر مادر، الگوهای تغذیه‌ای.*

مقدمه

بر اساس بیانیه صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل (یونیسف) در سال ۲۰۰۷میلادی، تغذیه با شیر مادر جان ۱/۳ میلیون کودک را در جهان از مرگ حتمی نجات می‌دهد. این در حالی است که سو تغذیه عامل بیش از ۵۰ درصد مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در جهان است، به طوری که با بهبود شاخص‌های تغذیه با شیر مادر، تغذیه انحصاری با شیر مادر و تغذیه تکمیلی، می‌توان روزانه جان پنج هزار کودک را در سراسر جهان نجات داد (۱). علی‌رغم تلاش‌های بسیاری که در زمینه حمایت و ارتقا تغذیه با شیر مادر به صورت ملی و بین‌المللی صورت گرفته است، مرکز پیشگیری و کنترل

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری مامایی، مریم کشاورز
(**email**: Keshavarz@iums.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۰
شماره ثبت کارآزمائی بالینی: IRCT138806172324N2

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

بیماری‌ها، طی یک مطالعه وسیع در امریکا اعلام نمود که هر چند تعداد زنانی که کودکانشان را تا ۶ ماه به طور انحصاری با شیر خود تغذیه می‌کنند در حال افزایش است، اما هم‌چنان این میزان چندان مطلوب به نظر نمی‌رسد (۲). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ میلادی طی گزارشی از ۹۴ کشور جهان اعلام نمود که تنها ۳۵ درصد شیر خواران تا چهار ماهگی به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می‌شوند (۳). این کاهش در میزان و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر که هم اکنون خصوصا در کشورهای رو به رشد به صورت یک مسئله بهداشتی جدی در آمده است، می‌تواند منجر به افزایش ۲ تا ۳ برابری میزان سو تغذیه، عفونت و مرگ و میر شیرخواران گردد (۴). طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به یونیسف (۱۳۸۵)، تنها ۲۸ درصد از نوزادان زیر ۶ ماه در ایران از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بوده‌اند (۵).

مطالعات متعددی در زمینه ارتباط متغیرهای مختلف با زمان آغاز تغذیه با شیر مادر و تداوم آن انجام شده است. در این تحقیقات، زایمان سزارین به عنوان عاملی مهم معرفی شده است (۱۰-۶). در مطالعه فریمانی (۱۳۸۱)، از میان ۴۰۰ نفر از زنان که در دو گروه ۲۰۰ نفری زایمان طبیعی و زایمان سزارین قرار داشتند، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به ترتیب ۸۱/۵ و ۶۴/۵ درصد گزارش گردید که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (۱۱).

سزارین به عنوان یک عمل جراحی در سال‌های اخیر افزایش چشم‌گیری داشته است، به طوری که میزان سزارین در طی ۳۰ سال اخیر به میزان ۴ برابر افزایش یافته است (۱۲). در مطالعه‌ای که معینی و همکارانش (۲۰۰۷) بر روی ۳۰۹۲۴ مورد زایمان در ۳ بیمارستان آموزشی شهر تهران انجام دادند، مشخص گردید که میزان سزارین از ۳۵/۴ درصد در سال ۱۳۷۸ به میزان ۴۳/۸ درصد در سال ۱۳۸۲ رسیده است (۱۳).

به لحاظ جدایی طولانی‌تر نوزادانی که ماحصل زایمان سزارین هستند، به نظر می‌رسد که این نوزادان بیشتر از نوزادان زایمان طبیعی در معرض عوارض ناشی از جدایی از مادر در ساعات اولیه پس از تولد هستند. تماس کانگورویی از طریق مکانیسم‌های پیچیده‌ای علاوه بر تاثیر مثبت بر رشد جسمی نوزاد، موجب تطابق بدن شیرخوار (۱۴) و دلبستگی بین مادر و نوزاد شده و تولید شیر را افزایش می‌دهد (۱۵). تماس کانگورویی به معنی قرار دادن نوزاد بر روی پوست بدن مادر در میان پستانهای مادر است. اولین گزارش در زمینه مراقبت کانگورویی در نوزادان، در سال ۱۹۸۴ در بیمارستان مرکزی ماپاتو در کلمبیا ارائه شد (۱۶). هم‌چنین در ابتدای سال ۱۹۹۳، سازمان بهداشت جهانی (WHO) مراقبت کانگورویی را به عنوان روشی ایده آل برای گرم نگه داشتن نوزاد معرفی کرد (۱۸، ۱۷).

با عنایت به اینکه ترویج تغذیه با شیر مادر با تاکید بر مراقبت‌ها و اقدامات حمایتی جهت بهبود شاخص‌های تغذیه با شیر مادر یکی از اولویت‌های برنامه بهداشتی در جهان و کشورمان ایران می‌باشد و تغذیه با شیر مادر یکی از موثرترین عوامل دستیابی به هشت هدف هزاره در زمینه کاهش فقر، گرسنگی و سو تغذیه است و با استناد به اینکه در بسیاری از مطالعات، تغذیه انحصاری با شیر مادر به عنوان شیوه‌ای مقرون به صرفه، ارتقا دهنده سلامتی و پیشگیری کننده از بیماری‌ها شناخته شده است (۱۹)، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مراقبت کانگورویی بر مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر و الگوهای تغذیه‌ای نوزاد در زنان سزارینی بستری در بخش زنان شهر شاهرود انجام شد. با توجه به اینکه مراقبت کانگورویی جزو دستورالعمل‌های اجرایی وزارت بهداشت و درمان قرار گرفته، لذا بررسی آثار و فواید اجرای مراقبت مذکور مورد تاکید می‌باشد.

مواد و روشها

در این کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده، ۱۶۰ زوج مادر و نوزاد به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند و از نظر الگوهای تغذیه‌ای شیر خوار در بیمارستان و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه مقایسه شدند. این مطالعه در بخش پس از زایمان بیمارستان فاطمیه شاهرود، به مدت ۱۳ ماه، از شهریور ۱۳۸۶ تا پایان مهر ۱۳۸۷، اجرا گردید. مشخصات جامعه پژوهش شامل کلیه مادران ایرانی با بارداری تک قلو و ترم و در محدوده سنی ۴۰-۱۸ سال بود که به روش سزارین (فقط با بیهوشی عمومی) ختم بارداری داشته و نوزاد سالمی را بدنیا آورده بودند.

معیار های ورود به مطالعه شامل عدم وجود هر یک از موارد زیر بود: پارگی زودرس کیسه آب (پارگی کیسه آب به مدت حداقل ۱۷ ساعت قبل از عمل سزارین به طوری که ضروری است نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری گردد)، بیماری مادر (نظیر دیابت، فشارخون، بیماری قلبی)، وجود پره‌اکلامپسی و فشار خون بارداری در مادر، دکولمان جفت، وجود هر نوع نقص در نوزاد (مانند آترزی مری، دئودنوم و پیلور، هیرشپرونگ، آنومالی های سیستم عصبی مرکزی)، نیاز به احیا (آپگار کمتر از ۷ نوزاد در بدو تولد)، ابتلای مادر به بیماری‌های روانی، طلاق در مادر،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

بارداری ناخواسته و یا نامشروع، مکونیومی بودن مایع آمنیوتیک، اعتیاد در مادر، بستری شدن نوزاد به هر دلیل در بخش مراقبت-های ویژه نوزادان، عدم تمایل مادر در اجرای مراقبت کانگورویی، ازدواج ناموفق و عدم پذیرش جنسیت فرزند متولد شده. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل مادر در ادامه‌ی مراقبت در بیمارستان و در مدت ۶ ماه پس از تولد نوزاد و بستری شدن نوزاد یا شیر خوار در طول اجرای مطالعه (از تولد تا پس از گذشت ۶ ماه) بود.

پس از انجام عمل سزارین و در صورت عدم وجود هر یک از معیارهای رد نمونه که به صورت چک لیست تهیه شده بود، پس از گرفتن رضایت کتبی به صورت تصادفی و یکی در میان، نمونه‌ها در گروه آزمون (گروه تماس کانگورویی) و گروه شاهد (مراقبت معمول) قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود، بدین ترتیب که تخصیص اولین فرد در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد با انتخاب یکی از دو کد مشخصه دو گروه توسط یکی از کارکنان بخش انجام شد. سپس فرد بعدی در گروه دیگر و تا انتها افراد، به نوبت در یکی از دو گروه شاهد و آزمون قرار می‌گرفتند. لازم به ذکر است که برای گروه شاهد یا مراقبت معمول مداخله‌ای انجام نمی‌شد و مراقبت‌های معمول در بخش را دریافت می‌کردند. در گروه تماس کانگورویی، نوزاد حدود ۲ ساعت پس از عمل در تماس پوست با پوست و بین دو سینه مادر با استفاده از پوشش مناسبی که تهیه شده بود، قرار می‌گرفت و سپس در صورت برقراری ارتباط، برنامه مراقبتی به مدت ۶۰ دقیقه ادامه می‌یافت. به منظور ارتباط پوستی مادر و نوزاد، لباس نوزاد از قسمت جلو باز می‌شد که پوست قفسه سینه نوزاد در تماس با سینه مادر قرار گیرد. برای حفظ درجه حرارت، سر نوزاد به وسیله کلاه پوشیده می‌شد. برنامه مراقبتی خودساخته به شکل اجرای تماس کانگورویی ۳ نوبت در روز (صبح، عصر و ابتدای شیفت شب)، هر نوبت حدود یک ساعت اجرا می‌شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه خودساخته‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک مادر، مشخصات نوزاد و اطلاعات مربوط به تغذیه نوزاد در بیمارستان بود. هم‌چنین، نظر مادران گروه تماس کانگورویی از تاثیر اجرای تماس پوستی بر روی شیردهی به نوزاد در مدت ۲ روز اولیه پس از تولد، به وسیله چک‌لیستی که قبل از ترخیص از بیمارستان در اختیار آنها قرار می‌گرفت و با استفاده از مطالعه نیرما تهیه شده بود، جمع آوری گردید (۱۵). با تحویل پوشش‌های مخصوص نگهداری نوزاد به مادران گروه آزمون و اجرای این مراقبت در منزل، دو گروه از نظر میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه مقایسه شدند. در مجموع، ۷۵ و ۷۳ نفر از مادران به ترتیب در گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه پیگیری شدند.

از طریق تماس تلفنی و پرسش از مادران، موارد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه مشخص شد. اعتبار محتوای پرسش‌نامه خودساخته و چک‌لیست نظرسنجی از مادر، در زمینه تاثیر مراقبت بر شیردهی به نوزاد در طول بستری در بیمارستان، توسط اعضای هیات علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود تایید گردید.

در مجموع ۱۴مورد به دلیل بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان از مطالعه خارج شدند و اطلاعات مربوط به ۱۶۰ زوج مادر و نوزاد در بیمارستان آنالیز گردید. در زمینه بررسی موارد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه، امکان تماس تلفنی با ۱۴۸ نفر بر قرار گردید.

به والدین نوزادان شرکت کننده در پژوهش به طور کامل در مورد پژوهش و اهداف و اهمیت آن اطلاعات لازم داده شد. به آنان توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش کاملا اختیاری است، تمامی اطلاعات محرمانه می‌باشد و آنها هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. سپس از مادران، رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه گرفته شد.

اطلاعات جمع آوری شده، طبقه بندی و با استفاده از تست t، کای‌دو، فیشر و با استفاده از برنامه آماری SPSS ۱۴ انجام شد. مقایسه متغیرهای کیفی با تست کای دو و فیشر، مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه با آزمون t انجام شد. داده‌های نرمال با میانگین و انحراف معیار و داده های غیرنرمال با میانه و فاصله نشان داده شده است. سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد در نظر گرفته شد. بر اساس فرمول محاسبه نمونه Z^2S^2/d^2 ، Z=۱/۹۶ ، d=۱۰ و S=۵، تعداد نمونه ۸۰ نفر در هر گروه محاسبه گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، مادران دو گروه از نظر میانگین سن، رتبه بارداری و زایمان، مرده‌زایی، سقط، بچه مرده، میزان سکونت در شهر، میزان شاغل بودن و میزان بی‌سوادی مادر تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱).

دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول، از نظر مشخصات نوزادی از جمله میانگین وزن زمان تولد، دور سر و سینه، قد نوزاد بدو تولد، آپگار دقیقه اول و پنجم تولد، نسبت

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

پسر بودن و میانگین سن بارداری در زمان ختم حاملگی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

جدول ۱- مشخصات مادران دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول در بیمارستان فاطمیه شاهرود (سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶)

	مراقبت کانگورویی (۸۰ نفر)	مراقبت معمول (۸۰ نفر)	p-value
سن مادر (سال)	۲۶/۷±۴/۵	۲۸±۴/۳	NS*
رتبه بارداری	۲/۳±۰/۹	۲/۲±۱	NS
رتبه زایمان	۰/۸± ۱/۰۶	۰/۹±۰/۷	NS
مرده زایی	۰(۰-۲)†	۰(۰-۲)	NS
سقط	۰(۰-۲)	۰(۰-۳)	NS
بچه مرده	۰(۰-۲)	۰(۰-۱)	NS
بیسوادی	۵ (٪۶/۳)	۲ (٪۲/۴)	NS
شاغل بودن	۶(٪۷/۵)	۹(٪۱۱/۳)	NS
سکونت در شهر	۵۵ (٪۶۸/۸)	۵۶ (٪۷۰)	NS

* Not significant؛ † در موارد داده‌های غیر نرمال، اطلاعات به صورت میانه (فاصله) مشخص گردیده است.

جدول ۲- مشخصات نوزادان دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول

	مراقبت کانگورویی (۸۰ نفر)	مراقبت معمول (۸۰ نفر)	p-value
وزن نوزاد (گرم)	۳۳۱۲/۴±۳۰۲/۵	۳۲۲۹/۸±۲۸۹/۷	NS*
دور سر(سانتی متر)	۳۵/۱۶±۱	۳۵/۲±۱	NS
دور سینه (سانتی‌متر)	۳۳/۳±۱/۴	۳۲/۹±۱/۳	NS
قد (سانتی متر)	۴۹/۶±۱/۸	۴۹±۲	NS
آپگار دقیقه اول	۹±۰/۲	۹±۰/۲	NS
آپگار دقیقه پنجم	۹±۰/۴	۹±۰/۳	NS
نسبت پسر بودن	۴۲ (٪۵۲/۵)	۴۶ (٪۵۸/۲)	NS
سن بارداری (روز)	۲۷۶/۵±۴/۵	۲۷۴/۸±۶	NS

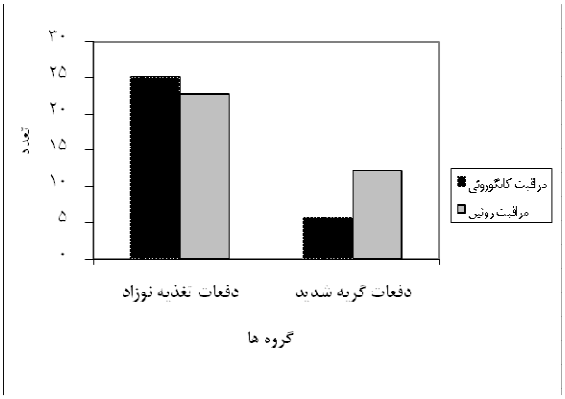
* Not significant

جدول ۳- الگوی تغذیه در نوزادان دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول

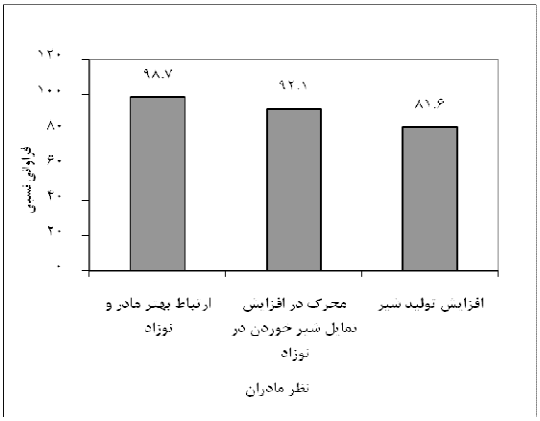
	مراقبت کانگورویی (۸۰ نفر)	مراقبت معمول (۸۰ نفر)	p-value
فاصله تولد تا زمان شروع تغذیه (دقیقه)	۱۶۷±۶۱/۴	۱۸۱±۶۰/۱	NS*
دفعات کل تغذیه با شیر مادر در بیمارستان	۲۵/۲±۶/۳	۲۲/۸±۶/۵	۰/۰۲
تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه†	۶۷(٪۸۹/۳)	۵۵(٪۷۵/۳)	۰/۰۳

* Not significant؛ † ۷۵ و ۷۳ نفر از مادران به ترتیب در گروه مراقبت کانگوروئی و مراقبت معمول از نظر تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه پیگیری شدند.

دفعات تغذیه با شیر مادر در بیمارستان و تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه در گروه مراقبت کانگورویی بیشتر از گروه مراقبت معمول بود، اما فاصله زمانی بین تولد تا شروع تغذیه در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۳). دفعات گریه شدید نوزاد در بیمارستان در گروه مراقبت کانگورویی به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود (۵/۹±۵/۶ در مقابل ۱۲/۳±۷، p<۰/۰۰۱) (نمودار ۱).



نمودار ۱- دفعات گریه در دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول



نمودار ۲- فراوانی نظر مادران در تاثیر مراقبت کانگورویی.

فراوانی نسبی نظرات تعداد ۷۵ نفر از مادران مراقبت کانگورویی در زمینه نقش این مراقبت در شیردهی در نمودار ۲ مشخص شده است. در زمینه ارتباط بهتر مادر و نوزاد ۹۸/۷ درصد از مادران، محرک در افزایش تمایل شیر خوردن نوزاد ۹۲/۱ درصد و نقش تماس پوستی بین مادر و نوزاد در افزایش تولید شیر ۸۱/۶ درصد از مادران نظر مثبت داشتند. ۱۰۰درصد از مادران هر دو گروه، پس از زایمان سزارین شیردهی موفق داشتند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

بحث

نتایج مطالعه حاضر بیانگر تاثیر مثبت تماس پوستی مادر و نوزاد در افزایش دفعات تغذیه نوزادان مادران سزارینی بستری در بخش سزارین است. در این مطالعه، ۱۰۰درصد از مادران هر دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول، پس از زایمان شیردهی موفق داشتند، اما تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه در گروه شاهد به طور معنی‌داری کمتر از نوزادان مادران مراقبت کانگورویی بود. نشان داده شده که ۷۰/۱ درصد مادران، پس از زایمان تغذیه با شیر مادر را شروع می‌کنند، اما تنها ۳۳/۲ درصد آنها تا شش ماهگی تغذیه با شیر مادر را به طور انحصاری ادامه داده‌اند (۲۰). کاتانئو و بازتی در سال ۲۰۰۱ میلادی در ایتالیا در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان بالای تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر که در بیمارستان‌های دوست‌دار کودک حاصل می‌گردد، پس از ترخیص از بیمارستان کاهش می‌یابد (۲۱). در مطالعه دیگری که براون و همکارانش در سال ۲۰۰۳ میلادی در شمال برزیل انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که اقدامات بیمارستان‌های دوست‌دار کودک در تداوم تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر ناکافی است و حمایت‌های پس از ترخیص از بیمارستان ضروری می‌باشد (۲۲).

تماس کانگورویی از طریق مکانیسم‌های پیچیده‌ای علاوه بر تاثیر مثبت بر رشد جسمی نوزاد، موجب تطابق بدن شیرخوار (۱۴) و دلبستگی بین مادر و نوزاد شده و تولید شیر را افزایش می‌دهد (۱۵). تحقیقات نشان داده است که بعضی از هورمون‌های گوارشی از جمله کوله‌سیستوکنین (CCK4,CCK8) به عنوان یک نوروترانسمیتر در مغز پستانداران ماده شناسایی شده است (۲۳). آزاد شدن کوله‌سیستوکنین به عنوان یکی از اثرات این تماس کانگورویی در بهبود رفتارهای مادری، فراهم نمودن آرامش مادر و نوزاد و ایجاد ارتباط عاطفی و همبستگی مادر و نوزاد در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۱۴).

فلدمن و همکارانش (۲۰۰۲) در بیمارستانی در فلسطین اشغالی، مطالعه‌ای را بر روی ۱۴۶ نوزاد پره‌ترم (۷۳ نوزاد در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد) به منظور مقایسه اثرات مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول و تاثیر آن در رفتارهای والدین و تکامل کودک انجام دادند. نتایج مطالعه آنها تاثیر مثبت تماس پوستی مادر و نوزاد را در افزایش شیردهی مادر نشان داد (۱۴). دیویس و همکارانش (۲۰۰۳) نشان دادند که مراقبت کانگورویی احساس توانمندی والدین را افزایش داده، موجب تصمیم‌گیری در موارد بحران و احساس مثبت به نوزاد شده و طول مدت شیردهی را افزایش می‌دهد (۲۴).

در مطالعه حاضر، تفاوت آماری معنی‌داری در فاصله زمانی بین نوزاد تا اولین شیردهی وجود نداشت و شروع اولین تغذیه پس از تولد در هر دو گروه یکسان بود که این نتیجه مطابق با مطالعه کارفوت در سال ۲۰۰۵ میلادی است (۲۴). در این مطالعه، ۱۰۲ جفت مادر و نوزاد در هر یک از گروه‌های شاهد و گروه تماس پوستی مادر و نوزاد شرکت کردند. در ۲۸ درصد از مجموع ۲۰۴ مادر، ختم بارداری به وسیله سزارین بود. در مطالعه کارفوت، تفاوت آماری معنی‌داری در زمان شروع اولین تغذیه بین گروه‌ها وجود نداشت، اما در مجموع مادران گروه دریافت کننده مراقبت پوستی رضایت‌مندی بیشتری را در مقایسه با گروه شاهد ابراز داشتند.

در این مطالعه، ۱۰۰ درصد از مادران در هر دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول پس از زایمان شیردهی موفق داشتند، هم‌چنین فاصله زمان تولد تا شروع تغذیه با شیر مادر در هر دو گروه تفاوتی نداشت. این عدم تفاوت می‌تواند به دلیل آموزش مناسب توسط کارکنان درمانی به مادران سزارینی بستری در بخش باشد.

نتایج نشان داد که تماس پوستی مادر و نوزاد، میانگین دفعات گریه شدید نوزاد را در بیمارستان در مقایسه با گروه مراقبت معمول کاهش معنی‌داری می‌دهد. ارلانسون و همکارانش در سال ۲۰۰۷ میلادی در کارولیسنسکا در استکهلم سوئد، در یک کارآزمایی بالینی، تاثیر تماس پوستی بین نوزاد و پدر را در ۲ ساعت اول پس از تولد در نوزادان ترم مادران سزارینی بررسی نمودند (۲۶). در مطالعه آنها، ۱۵ و ۱۴ خانواده به طور تصادفی، در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. در هر دو گروه، نوزاد پس از تولد سریع خشک شده و به مادر نشان داده می‌شد، سپس در گروه آزمون در تماس پوستی با سینه پدر و در گروه شاهد در کات قرار می‌گرفتند. این کار تا خروج مادر از اتاق عمل ادامه می‌یافت. نتیجه حاکی از آن بود که تماس پوستی بین نوزاد و پدر بر کاهش گریه نوزاد، آرامش بیشتر نوزاد و خواب سریع‌تر آنها موثر است.

در طی قرن‌ها، شیر مادر تنها تغذیه شیرخوار در طی ماه‌های اولیه زندگی شیرخوار محسوب می‌شد و اکنون پس از گذشت ۱۴ قرن از تعالیم قرآن کریم و ائمه معصومین در اهمیت شیر مادر، کشورهای پیشرفته نیز به اهمیت تغذیه با شیر مادر تاکید می‌نمایند. اثرات مثبت اجرای تماس پوستی مادر و نوزاد به خصوص بهبود تغذیه انحصاری با شیر مادر از نتایج مهم

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

مطالعه حاضر می‌باشد، لذا اجـرای ایـن مراقبـت در واحـدهای زایمانی به خصوص بخش‌های سزارین توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از همکـاری کارکنـان محتـرم بخـش، هم‌چنین سرکار خانم دکتر یارمحمدی و جنـاب آقـای عبـاس شاهی تقدیر و تشکر می‌نمایند. در ضمن یادآور می‌شـویم کـه کلیه هزینه‌های مربوط به اجرای طرح مذکور توسـط دانشـگاه علوم پزشکی شاهرود و با حمایت معاونت محترم پژوهشی ایـن دانشگاه پرداخت گردید.

REFERENCES

1. UNICEF. Breastfeeding information in Iran. Available from: http://www.unicef.org/iran/fa/media.html. Accessed at: Aug 20, 2007.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding practices, 2003. Available from: http://www.cdc.gov/breastfeeding/NIS- data.
3. World Health Organization. Nutrition data banks: global data bank on breastfeeding. Available from: http://www.who.int/nut/dbbfd.htm. Accessed at: Dec 14, 2006.
4. Behrman RE, Kilegman RM, Jenson HB, editors. Nelson's textbook of pediatrics. 17th ed. USA: W.B. Saunders; 2004. p.157-90.
5. UNICEF. Breastfeeding information in Iran. Available at http://www.unicef.org/iran/fa/media.html. Accessed at: 2006.
6. Leung GM, Lam TH, Hi LM. Breastfeeding and its relation to smoking and mode of delivery. Obestet Gynecol 2002; 99: 405-12.
7. Escamilla RP , Radovan IM, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. Am J Public Health 1996; 86: 832–36.
8. Babaei GH, Hajizadeh E, Keshavarz M, Shaiegan M. Application of survival analysis for the assessment of association between the initiation time of breastfeeding and related maternal and neonatal factors. Scientific Medical Journal, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences 2007; 6: 32-37. [In Persian]
9. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered her babies per vagina and via cesarean section. Int J Nurs Stud 2007; 44: 1128-37.
10. Pincomb J, Baghurst B, Antoniou G, Peat B, Herderson A, Reddin E, et al. Baby friendly hospital initiative practices and breastfeeding duration in a cohort of first-time mother in Adelaide, Australia. Midwifery 2007; 10: 1-7.
11. Farimany M. Evalulation of the relationship between the kind of delivery and succeeding in breastfeeding. Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services 2002; 9: 46-50. [In Persian]
12. Dickinson J. Cesarean Section. In: James DK, Weiner CP, Steer PJ, Gonik B, editors. High risk pregnancy. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p.1543.
13. Moini A, Riazi K, Ebrahimi A, Ostovan N. Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran 1999-2003. East Mediterr Health J 2007; 13: 457-60.
14. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin- to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and pre-term infant development. Pediatrics 2002; 110: 16-26.
15. Nirmala P, Rekha S, Washington M. Kangaroo mother care. Effect and perception of mothers and health personnel. J neonatal Nurs 2006; 12: 177-84.
16. Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo mother care with limited resources. J Trop Pediatr 2000; 46: 293-95.
17. World Health Organization. Thermal control of the newborn: a practice guide. Maternal health and safe motherhood program, Division of family health. Geneva: WHO; 1993. p.19-20.
18. World Health Organization. Kangaroo mother care-- a practical guide. Department of reproductive health and research. Geneva: WHO; 2003. p.1-48.
19. Hochenberry MG, Wilson D, editors. Wong's nursing care of infants and children. 8th ed. St. Louise: Mosby; 2007.
20. Feld R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Skin-to-skin contact(Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants. Sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. Develop Psychol 2002; 38: 194-207.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]

21. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breastfeeding of training for the baby friendly hospital initiative. BMJ 2001; 323: 1358-62.

22. Braun MLG, Givgliani ERG, Soares MEM, Giugliani C, De Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the baby- friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. Am J Public Health 2003; 93: 1277-79.

23. Ganong WF, editor. Review of medical physiology. USA: McGraw Hill; 2003. p.97-115.

24. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. J Adv Nurs 2003; 42: 578–86.

25. Carfoot S. A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. Midwifery 2005; 21: 71-79.

26. Erlansson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin to skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth 2007; 34: 105-14.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27]