بررسی ارتباط نحوه شرکت در کلاس های آموزشی آمادگی برای زایمان با وضعیت شیردهی

فاطمه یحیوی کوچکسرایی[۱]، فاطمه نصیری امیری[۱*]، نوشین فاطری[۲]

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران
۲. بیمارستان آیت الله روحانی، بخش لیبر، بابل، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۴
سال شانزدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۶ صص ۲۰۹-۲۰۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ دی ۹۵]

چکیده

مقدمه: به رغم تاکید سازمان سلامت جهان بر شیردهی انحصاری و فواید آن در سلامت مادر و کودک، بسیاری از مادران تغذیه با شیر مادر را متوقف می نمایند. از این رو نیازمند کسب اطلاعات بیشتر در زمینه شیردهی و فواید آن هستند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط نحوه شرکت در کلاس های آموزشی آمادگی برای زایمان با وضعیت شیردهی انجام شد.

مواد و روش کار: در مطالعه‌ی مقطعی حاضر، ۶۰۰ زن باردار شرکت کننده در کلاس های آموزشی قبل از تولد مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی آیت الله روحانی بابل در طی سالهای ۹۱ الی ۹۳ بررسی شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، سابقه پزشکی و مامایی و معاینات بالینی جمع‌آوری شد. برای تعیین ارتباط تعداد جلسات آموزشی قبل تولد با مشخصات دموگرافیک و وضعیت شیردهی از آزمون های متناسب در سطح معناداری $P<۰/۰۵$ استفاده گردید.

یافته ها: دو عامل، تعداد جلسات شرکت در کلاسهای آموزشی قبل از تولد و سن هنگام تولد نوزاد با وضعیت شیردهی ارتباط آماری معنادار داشتند؛ بطوریکه مادران شرکت کننده در تعداد جلسات آموزشی بیشتر (۴ جلسه و بالاتر) به میزان کمتری از شیر خشک در دوران شیردهی استفاده کردند(۰/۰۵>). همچنین مادران شرکت کننده در کلاس آمادگی برای زایمان با سن هنگام تولد نوزاد (۳۷ هفته و کمتر) به میزان بیشتری از شیر خشک استفاده نمودند (۰/۰۵>). ارتباط معنادار بین وضعیت شیردهی با مشخصات دموگرافیک، باروری و نوع زایمان یافت نشد.

بحث و نتیجه گیری: آموزش‌های دوران بارداری بعنوان بخشی از مراقبتهای معمول بارداری می‌توانند در بهبود شیردهی مؤثر باشند. لذا با تاکید به اهمیت تغذیه با شیر مادر و نقش آموزش بعنوان عنصری کلیدی، برگزاری چنین کلاس هایی راه حلی مناسب برای افزایش سازگاری مادر و کاهش استفاده از تغذیه مصنوعی در دوران شیردهی است.

کلیدواژه: کلاسهای آموزش بارداری، پیامدهای بارداری، شیردهی

کد اخلاق: MUBABOL.REC.1395.191

* نویسنده پاسخگو: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی
E-mail: nasiri_fa@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

مقدمه

شیر مادر موهبتی الهی است که با وجود پیشرفت‌های چشمگیر، بشر نتوانسته است هنوز ترکیبی مشابه آن تهیه کند و بدلیل منافع بی نظیرش باعث شد که از اوایل دهه ۱۹۸۰، یونیسف تغذیه با شیر مادر را بعنوان بخشی از استراتژی‌های رشد و بقای کودک معرفی کند [۱]. همچنین بهترین روش برای تامین مواد مغذی مورد نیاز نوزاد است و به توصیه سازمان بهداشت جهانی: تغذیه انحصاری با شیر مادر باید یک ساعت بعد تولد شروع و تا ۶ ماهگی ادامه یابد [۲]. تغذیه با شیر مادر بهترین شروع در زندگی هر کودک است و منافع بسیاری برای مادر و کودک دارد [۴، ۳]. کودکانی که به مدت بیشتر از ۱۲ ماه تغذیه می شوند کمتر به بیماریهای عفونی مبتلا می شوند و مرگ و میر آنان نسبت به کودکانی که از شیر مادر تغذیه نمی شوند، کمتر است [۵] همچنین الگوی شیردهی در دوران شیرخوارگی در بروز یا عدم بروز چاقی کودکان نقش عمده ای ایفا می کند [۶]. مطالعات نشان داده علاوه برخاصیت مصونیت زایی و ایمنی موجود در شیرمادر، مصرف آن هزینه کمتری را به خانواده تحمیل کرده و باعث افزایش علاقه و نزدیکی مادر و کودک به یکدیگر می‌شود [۴، ۳]. آمار نشان می دهد کاهش طول مدت تغذیه با شیر مادر یکی از علل عمده مرگ و میر شیرخواران است بطوریکه عدم استفاده از شیر مادر میزان مرگ و میرکودکان را در کشورهای در حال توسعه به ازای هر ۳۰ ثانیه یک کودک و هر سال ۱/۵ میلیون کودک رسانده و۷۰ درصد مرگ و میر کودکان در این کشورها در نتیجه عدم استفاده از شیرمادر است[۷]. با گذشت زمان فرهنگ شیردهی کم رنگ شده و حمایت از این رفتار قویا تحت حمایت سازمان های ملی و بین المللی قرار گرفته است [۸]. Clifford در مطالعه مروری خود روی ۲۴ کشور نشان داد که گروه های حامیان شیردهی از جمله پدر، خویشاوندان، دوستان، مشاوران شیردهی، پزشک و کارکنان بهداشتی باعث می‌شوند که مادران بر مشکلات ناشی از شیردهی غلبه کنند [۹،۱۰]. نتایج مطالعه Dennis نشان داد که تعداد محدودی از مادران در کشورهای توسعه یافته شیردهی را پس از سه ماه ادامه خواهند داد [۱۱]. به رغم تمامی راهکارها و گام های موثر جهت ترویج تغذیه با شیر مادر بر اساس آمار ارائه شده در ایران ، در سال ۱۹۹۶شیوع تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی کمتر از ۴۵٪ ، در سال ۲۰۰۰ حدود ۴۴٪ براورد شد در حالیکه در سال ۲۰۰۷ به ۲۷٪ تقلیل یافت [۱۲].

عوامل بسیاری از جمله سن ازدواج، سطح تحصیلات، میزان درآمد خانواده، تصمیم به شیردهی در بارداری، تجربه اولین شیردهی، اعتماد به نفس مادر و حمایت دریافتی از سوی خانواده در شیردهی دخالت دارند [۱۳،۱۴]. نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که آگاهی والدین نسبت به شیر مادر نقش تعیین کننده ای در روند شیردهی مادران دارد و عقاید غلط رایج در جامعه در عدم موفقیت شیردهی مادر تأثیر گذار است [۱۵،۱۶]. در این راستا سازمان سلامت جهان و یونیسف مهمترین راهکار ترویج شیردهی را، آموزش همه جانبه آن از طریق اجرای برنامه بیمارستانهای دوستدار کودک و آموزش پرسنل بهداشتی معرفی کرده تا کلیه مادران آموزشهای لازم را کسب نموده و قادر به شیردهی موفقیت آمیز باشند[۱۷]. همچنین در جهت بهبود نتایج، مراقبان سلامت باید بر متغیرهای قابل تغییر و مؤثر نظیر قصد مادر در شیردهی به نوزاد، نوع حمایت دریافتی مادر طی زایمان وخودکارآمدی شیردهی توجه نمایند[۱۸]. درسالهای اخیر در ایران، بدلیل کاهش تغذیه با شیر مادر تدوین راهبردهای مناسب در راستای افزایش شیردهی مادران اهمیت خاصی داشته و توجه ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی به این مسأله ضروری بوده و بسیار توصیه می شود [۸،۱۹]. از این رو با توجه به اهمیت غیر قابل انکار تغذیه با شیر مادر درسلامت و شادابی مادر و کودک و مبادرت در تشکیل کلاسهای آموزشی دوران بارداری در بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی کشور از جمله شهرستان بابل در راستای دستیابی به آمار سازمان سلامت جهان در امر زایمان طبیعی و با تاکید به این امر که بسیاری از مقالات منتشر شده تنها به بررسی تاثیر کلاس های فوق بر نوع زایمان پرداخته اند، لذا پژوهشگران مطالعه حاضر را با هدف بررسی ارتباط بین تعداد جلسات کلاس آموزشی آمادگی برای زایمان طبیعی با نوع شیردهی انجام دادند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر بصورت مطالعه بر روی۶۰۰ زن باردار که بصورت تصادفی بین مرداد ۱۳۹۱ لغایت شهریور ۱۳۹۳ جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری به مرکز آموزشی درمانی آیت الله روحانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل مراجعه نموده (و پس از ارائه توضیحات لازم و اخذ رضایتنامه کتبی) انجام شد. به منظور گردآوری داده ها در پژوهش حاضر، از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و باروری (تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط) و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

معاینات بالینی (سن و وزن نوزاد) مربوطه استفاده گردید. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. هفته‌ی بارداری براساس تاریخ اولین روزآخرین قاعدگی طبیعی و در صورت مشخص نبودن تاریخ مذکور توسط سونوگرافی در اوایل بارداری تعیین گردید. وضعیت شیردهی از بدو تولد تا ۶ ماهگی بصورت (شیردهی انحصاری با شیر مادر و شیرخشک)، در ۶ الی ۱۲ ماهگی بصورت (شیر مادر با تغذیه تکمیلی یا ترکیبی از شیر مادر به همراه تغذیه تکمیلی و شیر خشک) و در ۱۲ الی ۲۴ ماهگی بصورت (شیر مادر با غذای سفره خانواده یا ترکیبی از شیر مادر به همراه غذای سفره خانواده و شیر خشک) تعریف شد. تکمیل پرسشنامه‌ها، معاینات بالینی و برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان توسط کارشناس مامایی شاغل و آموزش دیده در آن مرکز انجام شد. شماره تماس این زنان جهت پی گیری وضعیت شیردهی پس از زایمان گرفته شد. جامعه مورد پژوهش تمام مادران باردار شرکت کننده در کلاس های آموزشی آمادگی برای زایمان بودند که حداقل در یک جلسه آموزشی شرکت کرده اند. ملاکهای ورود به مطالعه شامل: سن بارداری ۲۰ هفته و بیشتر، سن مادر ۱۸ تا ۴۰ سال، عدم سابقه بیماری حاد و مزمن، عدم ممنوعیت برای زایمان طبیعی و معیارهای خروج شامل هرگونه عوارض طبی و مامایی و سوء مصرف مواد بودند. شرکت در کلاس به دو صورت نا مرتب (۳ جلسه و کمتر) و مرتب (۴ جلسه و بیشتر) تعریف شد. کلاسهای آمادگی قبل از زایمان بصورت۸ جلسه ۲ ساعته بود که هر دو هفته یکبار از هفته ۲۰ تا ۳۷ بارداری زنان باردار تحت آموزش قرار می‌گرفتند. این کلاسها بصورت گروهی (حداکثر ۱۰ نفر) تشکیل می شد. محتوای آموزشی این کلاسها شامل تغییرات فیزیولوژیک جسمی و روانی مادر، مشکلات شایع بارداری و روشهای حل آن، علائم خطر در بارداری، تغذیه، ورزش در بارداری، مراقبت از نوزاد وعلایم خطر نوزاد و آموزش شیردهی، آموزش مراحل زایمان، درد زایمان و روشهای تطابق با آن، تمرینهای عصبی وعضلانی، آرام سازی وآموزش آن، وضعیتهای مختلف و تنفس صحیح حین زایمان بود که توسط یک کارشناس مامایی مجرب که قبلاً دوره آموزش ۶۰ ساعته زایمان فیزیولوژیک را گذرانده بود، آموزش داده می‌شد. در ابتدای هر کلاس دانسته ها، باورها و دغدغه های مادران به صورت گروهی و با شرکت فعال تمام شرکت کنندگان مورد بحث قرار می‌گرفت. سپس ماما بر اساس دیدگاه آنها اطلاعات درست را تقویت کرده و اطلاعات نادرست را تصحیح می‌کرد و براساس فهم و درک آنان مطالب جدید را آموزش می‌داد. با توجه به محتوای درسی، از روش های سخنرانی، نمایش، ایفای نقش، فیلم و پمفلت استفاده می‌شد. (هر جلسه ۹۰ دقیقه).

پس از اتمام جمع‌آوری، اطلاعات از نظر تعداد جلسات شرکت در کلاس، نوع زایمان، محل انجام زایمان، سن هنگام تولد نوزاد ، وزن هنگام تولد نوزاد و نحوه شیردهی (صفر تا دو سالگی) مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخصهای میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگیهای افراد مورد مطالعه است. جهت بررسی ارتباط بین تعداد جلسات آموزشی آمادگی زایمان با مشخصات دموگرافیک و باروری از آزمون کای دو و برای متغیرهای عددی از آزمون t و برای متغیرهای عددی غیر نرمال از آزمون من ویتنی استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل (تعداد جلسات آموزشی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، سطح تحصیلات، سن هنگام تولد نوزاد، سن مادر، نوع زایمان) با متغیر وابسته (وضعیت شیردهی) از تحلیل رگرسیون تک متغیره لجستیک استفاده گردید. و جهت کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گر، تمامی متغیرهای معنادار شده در تحلیل چند متغیره الگو رگرسیون لجستیک وارد شدند و نسبت بخت (Odds Ratio) گزارش گردید. در تمامی مراحل، متغیرهای شیردهی انحصاری در ۶ ماهگی، شیر مادر با تغذیه تکمیلی در ۱۲-۶ ماهگی و شیر مادر با غذای سفره خانواده در ۱۲ الی ۲۴ ماهگی رفرنس قرار گرفتند. ضرایب رگرسیونی، نسبت شانس و فاصله اطمینان (CI٪۹۵) نیز برای نشان دادن اندازه اثر استفاده شد، سطح P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت انجام این تحقیق مجوزکمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بابل اخذ گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۶۰۰ زن باردار وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک و باروری آنان در جدول شماره (۱) آورده شده است. حدود نیمی از شرکت کنندگان (۴۷/۸ درصد) در ۴ جلسه و یا بیشتر از کلاس های آمادگی زایمان حضور داشتند. ۳۳۴ نفر (۵۵/۷ درصد) از زنانی که از کلاسهای آموزشی آمادگی برای زایمان استفاده کرده بودند برای زایمان به همان بیمارستان مراجعه کردند. از نظر نوع زایمان، ۵۴/۳ درصد (۳۲۶ نفر) از مادران زایمان طبیعی و در اکثریت موارد (۷۷/۸ درصد) نوزاد ترم بدنیا آوردند. میانگین و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

انحـراف معیـار وزن هنگـام تولـد آنـان (۰/۳۷±) ۳/۲۱ کیلـوگرم. اکثریت شرکت کننـدگان (۶۸/۳ درصـد) از کـلاس هـای آموزشـی آمادگی برای زایمان رضایت کامل داشتند. در پیگیری بعمـل آمـده تا دو سال بعد از زایمان۸۴/۳ درصد از واحدهای مورد مطالعـه تـا ۶ ماهگی شیردهی انحصاری، ۷۸/۷ درصـد در ۱۲-۶ مـاهگی از شـیر مادر با تغذیه تکمیلی و ۸۳/۵ درصد در ۲۴-۱۲ ماهگی از شیر مادر همراه با غذای سر سفره استفاده کرده بودند. بر اساس نتایج آزمـون کای دو، ارتباط آماری معنی دار بین تعداد جلسات آموزشی قبـل از تولد با مشخصات دموگرافیک وجود نداشت (جـدول ۱). بـر اسـاس نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره، تفاوت آماری معنـادار در میـزان استفاده از شیر خشک از بدو تولد تا ۲۴ ماهگی دیده شـد. شـانس استفاده از شیر خشـک در مـادرانی کـه در ۳ جلسـه و یـا کمتـر از کلاس‌های آموزشی شرکت داشتند، بترتیب از بدو تولد تا ۶ ماهگی ۲/۰۸ برابر، ۶ تا ۱۲ ماهگی ۵/۴ برابر و ۱۲ تا ۲۴ ماهگی ۵/۹ برابـر بیشتر بوده است. همچنین شانس استفاده از شیرخشک در نـوزادان نارس از بدو تولد تا ۶ ماهگی ۲/۶ برابر، ۶ تا ۱۲ ماهگی ۲/۴ برابـر و ۱۲ تا ۲۴ ماهگی ۱/۹ برابر بیشتر بوده است (جدول ۲). تحلیل چند متغیره بر اساس الگو رگرسیون لجسـتیک نشـان داد کـه دو عامـل تعداد جلسات شـرکت در کلاسـهای اموزشـی قبـل از تولـد و سـن هنگام تولد نوزاد با وضعیت شیردهی ارتباط آمـاری معنـادار دارنـد. بخت استفاده از شیر خشک در مادرانی که در ۳ جلسه و یا کمتر از کلاس‌های آموزشی شرکت داشتند، بترتیب از بدو تولد تا ۶ مـاهگی ۱/۹ برابر، ۶ تا ۱۲ ماهگی ۵/۳ برابر و ۱۲ تا ۲۴ ماهگی ۵/۹ برابـر و در نوزادان نارس (سن هنگام تولد ۳۷ هفته یا کمتر)، از بدو تولد تـا ۶ ماهگی ۲/۴ برابر، ۶ تا ۱۲ ماهگی ۲/۳ برابـر و ۱۲ تـا ۲۴ مـاهگی ۱/۸ برابر بیشتر بوده است (جدول ۳).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی و باروری شرکت کنندگان و ارتباط آن با تعداد جلسات آموزشی آمادگی برای زایمان(تعداد=۶۰۰)

	فراوانی	درصد	تعداد جلسات آموزشی امادگی برای زایمان		
			۳ جلسه و کمتر	۴ جلسه و بیشتر	
			فراوانی (درصد)		p
سن (سال)					
≤ ۲۰	۹۰	۱۵/۰	۴۸ (۵۳/۳)	۴۲ (۴۶/۷)	۰/۱۸۸
۲۱-۳۰	۴۲۲	۷۰/۳	۲۲۷ (۵۳/۸)	۱۹۵ (۴۶/۲)	
≥۳۱	۸۸	۱۴/۷	۳۸ (۴۳/۲)	۵۰ (۵۶/۸)	
تعداد بارداری					
۱ و کمتر	۴۵۵	۷۵/۸	۲۳۵ (۵۱/۶)	۲۲۰ (۴۸/۴)	۰/۶۵۳
≥۲	۱۴۵	۲۴/۲	۷۸ (۵۳/۸)	۶۷ (۴۶/۲)	
تعداد زایمان					
سابقه زایمان ندارد	۵۱۵	۸۵/۸	۲۶۹(۵۲/۲)	۲۴۶ (۴۷/۸)	./۹۳۶
≥۱	۸۵	۱۴/۲	۴۴ (۵۱/۸)	۴۱ (۴۸/۲)	
سابقه سقط					
ندارد	۵۳۸	۸۹/۷	۲۸۲ (۵۲/۴)	۲۵۶ (۴۷/۶)	۰/۷۱۸
≥۱	۶۲	۱۰/۳	۳۱ (۵۰/۰)	۳۱ (۵۰/۰)	
تحصیلات					
دیپلم و کمتر	۳۰۱	۵۰/۲	۱۵۱ (۵۰/۲)	۱۵۰ (۴۹/۸)	۰/۳۲۵
دانشگاهی	۲۹۹	۴۹/۸	۱۶۲ (۵۴/۲)	۱۳۷ (۴۵/۸)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

جدول ۲: ارتباط بین جلسات آموزشی قبل از تولد و سایر متغیرها با وضعیت شیردهی زنان باردار شرکت کننده در کلاس های آمادگی برای زایمان بر اساس آزمون رگرسیون تک متغیره لجستیک (تعداد=۶۰۰)

	وضعیت شیردهی از تولد تا ۶ ماهگی*			وضعیت شیردهی ۱۲- ۶ ماهگی**			وضعیت شیردهی ۲۴- ۱۲ ماهگی***		
	OR (95%CI)	p	B	OR (95%CI)	p	B	OR (95%CI)	p	B
تعداد بارداری									
<=۱	۱/۰۵ (۰/۶۲-۱/۷۶)	۰/۸۵	۰/۰۵	۱/۰۵ (۰/۶۷-۱/۶۶)	۰/۸۰	۰/۵۰	۰/۸۷ (۰/۴۱-۱/۸۴)	۰/۷۱	۰/۱۳
۲ و بیشتر	۰								
تعداد زایمان									
ندارد	۱/۴۲ (۰/۷۹-۲/۵۵)	۰/۲۳	۰/۳۵	۱/۱۶ (۰/۶۷-۱/۹۹)	۰/۵۹	۰/۱۴	۰/۹۱ (۰/۳۵-۲/۳۳)	۰/۸۵	۰/۰۸
۱ و بیشتر	۰								
تعداد سقط									
ندارد	۰								
۱ و بیشتر	۰/۵۴ (۰/۲۲-۱/۳۱)	۰/۱۷	-۰/۰۶	۰/۹۷ (۰/۵۱-۱/۸۶)	۰/۹۴	-۰/۰۲	۱/۱۰ (۰/۵۵-۰/۲۰)	0/78	۰/۰۹
سطح تحصیلات									
دیپلم و پایین تر	۰								
دانشگاهی	۱/۱۷ (۰/۷۵-۱/۸۲)	۰/۴۷	۰/۱۵	۱/۰۴ (۰/۷۱-۱/۵۵)	۰/۸۰	۰/۰۴	۱/۱۲ (۰/۷۳-۱/۷۴)	۰/۵۸	۰/۱۲
سن مادر									
<=۲۰	۰								
۲۱-۳۰	۱/۶۱ (۰/۷۹-۳/۲۷)	۰/۱۸	۰/۴۸	۱/۰۸ (۰/۶۱-۱/۹۱)	۰/۷۷	۰/۰۸	۱/۹۸ (۰/۶۳-۲/۲۷)	۰/۵۸	۰/۱۸
>=۳۱	۱/۳۸ (۰/۵۷-۳/۳۵)	۰/۴۶	۰/۳۲	۱/۱۷ (۰/۵۷-۲/۴۱)	۰/۶۵	۰/۱۶	۱/۲۱ (۰/۵۴-۲/۷۳)	۰/۶۳	۰/۱۹
زایمان									
طبیعی	۰								
سزارین	۰/۸۶ (۰/۵۵-۱/۳۴)	۰/۵۱	-۰/۰۱	۱/۲۹ (۰/۸۷-۱/۹۲)	۰/۱۹	۰/۲۶	۱/۳۲ (۰/۸۶-۲/۰۴)	۰/۲۰	۰/۲۸
تعداد جلسات کلاس اموزشی امادگی برای زایمان									
<=۳ جلسه	۲/۰۸ (۱/۳۰-۳/۳۱)	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۵/۴۵ (۳/۳۷-۸/۸۰)	۰/۰۰۱	۱/۶۹	۵/۹۸ (۳/۴۰-۱۰/۵۲)	۰/۰۰۱	۱/۷۸
>=۴ جلسه	۰								
سن هنگام تولد نوزاد									
<=۳۷ هفته	۲/۶۱ (۱/۵۸-۴/۲۹)	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۲/۴۶ (۱/۵۶-۳/۸۹)	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۹۶ (۱/۱۹-۳/۲۶)	۰/۰۰۱	۰/۶۸
۳۸-۴۲ هفته	۰								

* متغیر شیردهی انحصاری رفرنس است.
** متغیر شیر مادر با تغذیه تکمیلی رفرنس است.
*** متغیر شیر مادر با غذای سفره خانواده رفرنس است.

جدول ۳: ارتباط بین جلسات آموزشی قبل تولد و سن هنگام تولد نوزاد با وضعیت شیردهی زنان باردار شرکت کننده در کلاس هاس امادگی برای زایمان بر اساس آزمون رگرسیون چند متغیره لجستیک (تعداد=۶۰۰)

	وضعیت شیردهی از تولد تا ۶ ماهگی*			وضعیت شیردهی ۱۲- ۶ ماهگی**			وضعیت شیردهی ۲۴- ۱۲ ماهگی***		
	OR (95%CI)	p	B	OR (95%CI)	p	B	OR (95%CI)	p	B
سن هنگام تولد نوزاد									
<=۳۷ هفته	۲/۴۹ (۱/۵۱-۴/۱۲)	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۲/۳۴ (۱/۴۴-۳/۸۰)	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۸۰ (۱/۰۶-۳/۰۶)	۰/۰۲	۰/۵۹
۳۸-۴۲ هفته	۰								
تعداد جلسات کلاس اموزشی امادگی برای زایمان									
<=۳ جلسه	۱/۹۹ (۱/۲۴-۳/۱۸)	۰/۰۰۴	۰/۶۸	۵/۳۴ (۳/۲۹-۸/۶۷)	۰/۰۰۱	۱/۶۷	۵/۹۷ (۳/۳۹-۱۰/۵۰)	۰/۰۰۱	۱/۷۸
>=۴ جلسه				۰					

* متغیر شیردهی انحصاری رفرنس است.
** متغیر شیر مادر با تغذیه تکمیلی رفرنس است.
*** متغیر شیر مادر با غذای سفره خانواده رفرنس است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج بدست آمده از این مطالعه استفاده از شیر خشک (بدو تولد تا ۶ ماهگی، ۶ تا ۱۲ ماهگی و ۱۲ تا ۲۴ ماهگی) در مادرانی که در تعداد جلسات آموزشی کمتری حضور داشتند به مراتب بیشتر از سایرین بوده و این تفاوت از نظر آماری معنادار بوده است. در یک کارآزمایی بالینی که توسط مک کویین و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که بعد از مداخله آموزشی بصورت برگزاری دو جلسه آموزش شیردهی چهره به چهره پس از زایمان در بیمارستان و یک جلسه مشاوره تلفنی پس از ترخیص از بیمارستان، میزان خودکارآمدی و شیردهی در مادران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل که آموزش های معمول را دریافت می کردند، بیشتر بوده است [۲۰]. در مطالعه کمپنار و همکاران، پژوهشگران طی بازدید از منزل، به ارائه آموزش های حضوری در مورد شیردهی به والدین پرداختند و در نتایج خود به طولانی‌تر بودن مدت شیردهی نسبت به گروه شاهد که مراقبتهای رایج را دریافت کرده بودند، اشاره کردند [۲۱]. همچنین در مطالعه صبا و همکاران نیز، آموزش حضوری مادران در زمان بارداری نسبت به آموزش غیر حضوری توانسته بود، تاثیر بیشتری بر افزایش شیردهی انحصاری مادر داشته باشد [۲۲]. Natali و همکاران نیز در مطالعه خود، از جمله عوامل موثر بر روی انتخاب تغذیه با شیر مادر را تعداد جلسات آموزشی، آموزش درباره تغذیه با شیر مادر، محل تولد کودک و مدت زمان بستری در بیمارستان ذکر کردند [۲۳]. در مطالعه جانسون و همکارانش، به ۴۱ مادری که در بیمارستان دولتی زایمان کرده بودند در ۳ گروه جداگانه در ارتباط با شیر مادر، مزایا و رفع مشکلات شیردهی آموزش های متفاوتی داده شد. بعد از ۴ هفته، تغذیه با شیر مادر در مادرانی که آموزش های کاملی را دریافت کرده بودند به میزان ۶۷ درصد افزایش یافت. ولی در گروه شاهد که حداقل مشاوره با آنها انجام شده بود این نسبت فقط ۱۶ درصد بود [۲۴]. در مطالعه lin و همکارانش نیز، دریافت آموزش های شیردهی در بارداری و پس از زایمان در مقایسه با آموزش های رایج بیمارستانی بطور معنادار در انتخاب نوع تغذیه شیرخوار موثر بود و میزان شیردهی مادر را بهبود بخشید [۲۵]. در مطالعه حاضر، میزان استفاده از شیر خشک (از بدو تولد تا ۲۴ ماهگی) در نوزادان نارس بیشتر از نوزادان ترم بوده است. در مطالعه Akerstrom و همکاران تغذیه با شیر مادر در نوزادان نارس بطور معنادار کمتر از نوزادان ترم گزارش شد [۲۶]. در مطالعه امیر شاهی و همکاران نیز، تداوم تغذیه با شیر مادر در نوزادان نارس با گذشت زمان سیر نزولی پیدا کرد بطوریکه از ۸۷ درصد در یک ماهگی به ۱۳ درصد در ۱۲ ماهگی رسید [۲۷]. مطالعه قاسمی و همکاران نشان داد که ۸۱/۱ درصد از مادران نوزادان نارس در امر شیردهی از پستان، ضعیف و متوسط عمل کردند که این امر می تواند با عدم آگاهی از الگوی تغذیه نوزاد نارس و روش های گوناگون شیردهی به این نوزادان مرتبط باشد [۲۸]. جعفری اصل و همکاران نیز در مطالعه خود به وجود ارتباط معنادار بین مدت تغذیه با شیر مادر و نارس بودن نوزاد اشاره کردند و خاطر نشان کرد که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی فقط ۱۵/۳ درصد بوده است [۲۹]؛ بطور کلی احتمال اینکه مادران دارای نوزادان نارس شیردهی موفقی داشته باشند کمتر از مادران دارای نوزاد سالم و رسیده است [۳۰]؛ که می تواند ناشی از عدم دانش مادران در رابطه با فواید تغذیه انحصاری، الگوی تغذیه ایی نوزادان نارس، تصور غلط نسبت به ناکافی بودن حجم شیرمادر، عدم دسترسی به مراقبان سلامت به هنگام بروز نگرانی، گرسنگی و تقاضای مکرر شیرخوار و عدم حمایت و تشویق از سوی خانواده و کارکنان بهداشتی و درمانی باشد [۳۱]. در مطالعه حاضر بدلیل نداشتن گروه کنترل نمی توان تاثیر تعداد جلسات کلاس های آموزشی آمادگی برای زایمان را بر نوع زایمان شرکت کنندگان جدی گرفت(ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد). نتایج این مطالعه در راستای مطالعه Kjrgaardab و همکاران و Ryding و همکارانش می‌باشد [۳۳, ۳۲]. اما با نتایج مطالعات مهدیزاده، jain و همکاران و Camper و همکارانش مطابقت نداشت [۳۶-۳۴]. در توجیه این تفاوت می توان عدم وجود گروه کنترل در مطالعه فوق، نقش عوامل فرهنگی- اجتماعی در انتخاب نوع زایمان، عدم توجه به نیازهای آموزشی شرکت کنندگان و تفاوت در حجم نمونه را ذکر کرد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و در نظر گرفتن عوامل اجتماعی و بافت فرهنگی موجود، جلسات آموزشی آمادگی برای زایمان با ارائه اطلاعات صحیح و آموزش های شیردهی مورد نیاز به زنان باردار و حمایت روحی آنها توانسته اثرات مثبتی بر افزایش روند شیردهی انحصاری و کاهش استفاده از تغذیه مصنوعی در دوران شیردهی داشته باشد.

اصلی ترین نقطه قوت بررسی حاضر این است که این مطالعه بصورت آینده نگر و توسط یک مامای مسئول کلاسهای زایمان فیزیولوژیک انجام شد. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می توان به نداشتن گروه شاهد برای مقایسه نتایج بارداری اشاره کرد. مجموعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

یافته‌های این پژوهش نشان داد، کلاس های آموزشی آمادگی بـرای زایمان تاثیر چندانی در کاهش زایمان سزارین نداشـته اسـت امـا از طریق افزایش آگاهی مادران و تطابق آنان با تغییرات دوران بارداری سبب بهبود روند شیردهی انحصاری گشته اسـت. لـذا بـا توجـه بـه اهمیت تغذیه با شیر مادر از بدو تولد تا دو سالگی، برگـزاری چنـین کلاسهای به عنوان بخشی از مراقبتهای معمول بارداری بـرای کلیـه زنان باردار توصیه می شود.

سهم نویسندگان

فاطمه یحیوی: مجری طرح و مشارکت در نگارش مقاله

فاطمه نصیری امیری: مجری طرح و نویسنده مسئول

نوشین فاطری: نمونه گیری و همکاری در اجرای مطالعه

تشکر و قدردانی

این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی بابل تصویب شده اسـت و در مرکز آموزشی درمانی شهید آیت الله روحـانی شهرسـتان بابـل انجـام شد. بدینوسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قـدردانی خـود را از کلیـه ماما ها و مادران باردار شرکت کننده در این مطالعه ابراز می دارند.

منابع

1. Tavafian S, Adili F. Promoting Breast feeding through health education: a randomized controlled trial. Payesh 2005; 4:127-31

2. World Health Organization (WHO). (2016). World Breastfeeding Week. Retrieved from http:/ http://www.who.int/mediacentre/events/2016/world-breastfeeding-week/en/

3. Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2006; 35: 349-57

4. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatric Clinics of North America 2001; 48: 143-58

5. Burns C. Pediatric Primary Care. 2th Edition, W.B.Saunders: USA of America, Philadelphia, 2000

6. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson text book of peditrics. 16 th ed. United States of AmericaSaunders: Philadelphia 2000; 489-490.

7. Bahramy M. [Nutrition with breast feeding is a right for new born and this a right that mother have to breast feed her new born]. Seasonal Journal of Breast Feeding 2000; 2: 3-5 [Persian]

8. Mulford C. Swimming upstream: breastfeeding care in a nonbreastfeeding culture. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1995; 24: 464-74

9. Clifford, J. and E. Mcintyre. Who Supports Breastfeeding? , Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia 2008; 16: 9-19

10. Elahidoust S, Rabani A, Shams B. Weman, motherhood, brest feeding. Women studies 2013;4:1-38

11. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2002; 31: 12-32

12. Nayeri F, Shariat M, Dalili H, Raji F, Karimi A. The ministry of health IR of Iran, breastfeeding office. The Journal of Pediatrics 2007; 5:21-7 [Persian]

13. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2006; 35: 616-24

14. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. Journal of Human Lactation 2003; 19: 136-44

15. Eslami Z, Falah R, Golestan M, Shajari A. Relationship between delivery type and successful Breast feeding. Iranian Journal of Pediatrics 2008; 18: 47-52

16. Akaberian Sh, Dianat M. Evaluation of factors influencing on non–exclusive breastfeeding during the first six months of life in Bushehr Port using focus group discussion. Iranian South Medical of Journals 2004;6:165-71

17. Jiang H, Li M, Yang D,Wen LM, Hunter C, He G & et al. Awareness, intention, and needs regarding breastfeeding: findings from first-time mothers in Shanghai, China. Breastfeeding Medicine 2012;7:526-34

18. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. Journal of Human Lactation 2004;20:30-8

19. Weimers L, Svensson K, Dumas L, Navér L, Wahlberg V. Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

study of Swedish mothers' experiences. International Breastfeeding Journal 2006;1: 1-11

20. Mcqueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2011;40:35-46

21. Kempenaar LE, Darwent KL. The impact of peer support training on mothers' attitudes towards and knowledge of breastfeeding. Maternal and Child Nutrition 2011;9: 359-68

22. Saba MS, Bazm Amoun H, Razavi Z. Comparison of face-to-face education with other methods to pregnanmothers in increase exclusive breastfeeding. SCIENTIFIC JOURNAL OF HAMADAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES 2005;12:42-7

23. Natalie K, Patricia HS. Early formula supplementation of Breast- feeding. Pediatrics 1991;88:745-49

24. Carmen AJ, Cutberto G, Buford N. A teaching intervention to improve Breast-feeding success. Journal of Nutrition Education 1984;16:19-22

25. Lin-lin SU, Yap-seng CH, Yiong-huak CH, Yah-shih CH, Doris F, Kay-thwe T, Faith spng, Rauff M. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of breast feeding: randomised controlled trial. BMJ 2014;335:1-7

26. Akerstrom S, Asplund L, Norman M. Successful breast feeding after discharge of preterm and sick newborn infants. Acta peadiater 2007;96:1450-4

27. Amirshahi M, Shiri S, Salehin sh, Mohamad Rezaei ZH. A study on the relationship between duration of breastfeeding and some maternal and neonatal factors.
The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2013;11:376-384

28. Ghasemi M, Dehdari T, Mohagheghi P, Gohari MR, Zargrzadh Z. Mothers' Performance on Caring for their Premature Infants: A Pilot Study. Iran Journal of Nursing 2012;25:24-33

29. Gafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A, Ahmad Shear bafi M. Related factors to continued breastfeeding in infants. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery 2013;24:1-8

30. Richard Escaner J. Breast milk. Translated by: Niknafs P. 2 th Edition, Ettelaat publication: Tehran, 2002;12-19

31. Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. Canadian Medical Association Journal 2004;170:976-8

32. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2008;26:340-50

33. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica1998;77:542-7

34. Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z, Khoshgoo N. Evaluation of the effectiveness of antenatal preparationfor child birth courseon the health ofthe mother and the newborn. The Razi Journal of Medical Sciences 2003;10:455-61

35. Jain S, Suneja A, Malik R, Agarwal R, Guleria K ,Vaid N. Cesarean scar pregnancy: a diagnosticmma and impending catastrophe. Archives of Gynecology and Obstetrics 2014;289:221-22

36. Campero L, Hernandez B, Osborne J, Morales S, Ludelow T, Munoz C. Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of cesarean section in a mexican study. Midwifery 2004;20:312-23

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

ABSTRACT

The relationship between participation in childbirth preparation classes and Breastfeeding

Fatemeh yahyavi koochaksaraei[1], fatemeh nasiri amiri[1*], Nooshin fateri[2]

1. Faculty of medical School, BabolUniversity of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Midwife, Ayatollah Rouhani hospital, Departman of labor, Babol, Iran

Payesh 2017; 2: 201-209
Accepted for publication: 24 December 2016
[EPub a head of print-30 January 2017]

Objective (s): Breastfeeding has many benefits for both mother and child. However, in recent years breastfeeding has declined. This study aimed to determine the association between participation in childbirth preparation classes and breastfeeding.
Methods: This was a cross sectional study of 600 pregnant women attending to prenatal education classes in Babol, Iran during year 2014 to 2016. Data were collected by a questionnaire including items on demographic and reproductive content. To determine the relationship between participation in childbirth preparation classes and breastfeeding chi-square and logistic regression analysis were used.
Results: Statistically significant difference observed between number of sessions before birth with breastfeeding from birth to 24 months. Mothers participating in 4 sessions and more were more likely to use less formula milk for feeding their babies ($p<0.05$). Also, compared with term newborns, preterm newborns used more formula milk ($p<0.05$). Significant association between breast feeding status with demographic and reproductive characteristics and kind of delivery were not found.
Conclusion: Prenatal education classes might be useful in improving breastfeeding.

Key Words: Prenatal care, prenatal classes, pregnancy outcomes, breastfeeding

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.7.6]

* Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
E-mail: nasiri_fa@yahoo.com