مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (33) العدد (3) 2011
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (3) 2011

تقييم أداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده

الدكتورة نسرين مصطفى*

(تاريخ الإيداع 10 / 5 / 2011. قُبِل للنشر في 14 / 6 /2011)

□ ملخّص □

هدف هذا البحث إلى تقييم آداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده. وقد أنجزت هذه الدراسة في ثلاث مراحل. المرحلة الأولى ارتبطت بتقييم أداء السيدات بالنسبة لتقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي أما المرحلة الثانية فقد تم فيها تقديم برنامج التثقيف الصحي حول تقنية الإرضاع الطبيعي. وفي المرحلة الثالثة أعيد تقييم أداء الأمهات بالنسبة لتقنية الإرضاع الطبيعي بعد برنامج التثقيف الصحي خلال أسبوع واحد من الزيارة الأولى. وقد استخدمت استمارة ملاحظة تقنية الإرضاع الطبيعي التي ترجمت إلى اللغة العربية لجمع البيانات الخاصة بالبحث. وقد طبقت هذه الاستمارة على 100 سيدة تم اختيارهن بالطريقة العشوائية من العيادة الخارجية للأطفال لمركز حي العائدين في مدينة اللاذقية .

وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن 80% أو أكثر من السيدات قد استخدمن وضعية غير صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي. و أن أكثر من 75% منهن يتبعن طريقة غير صحيحة بالنسبة لعملية مسك الطفل لثدي أمه. وأن 86% منهن يرضعن أطفالهن لمدة أقل من 5 دقائق قبل برنامج التثقيف الصحي. وبينت الدراسة الحالية أيضا أن 93% أو أكثر من الأمهات يستخدمن وضعية صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي. وأن 94% أو أكثر من الأمهات يملكن أداءً صحيحاً فيما يخص المؤشرات السبع لعملية التقاط الطفل لثدي أمه، و 92 % أو أكثر منهن يرضعن أطفالهن لمدة 15 دقيقة أو أكثر بعد برنامج التثقيف الصحي.

الكلمات المفتاحية: تقنية الإرضاع الطبيعي، وضعية الأم /الطفل، التقاط الطفل للثدي، الوقت المستغرق في الإرضاع، برنامج التثقيف الصحي.

*معيدة عائدة من الإيفاد– قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة– كلية التمريض–جامعة تشرين–اللاذقية–سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (33) العدد (3) 2011
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (3) 2011

Assessment of Women's Performance about Breastfeeding Technique before & after Health Education Program

Dr. Nessrin Mustapha*

(Received 10 / 5 / 2011. Accepted 14 / 6 / 2011)

□ ABSTRACT □

The present study has been conducted to assess women's performance about breastfeeding technique before and after health education program. The study has been carried out over three stages. The first stage was concerned with assessment of the performance of the sample in relation to breastfeeding technique before health education program. The second stage was concerned with designed a health education program about breastfeeding technique. The third stage was concerned with reassessment of women's performance in relation to breastfeeding technique after health education program during one week of the first visit. However, an observation sheet was translated into Arabic language and used to assess the performance of women in relation to breastfeeding technique before and after health education program. It was administered on a sample of 100 women. They were randomly selected from the Pediatric outpatient Clinic in (Hi- al-Aadin Center), Lattakia city.

It is observed that (≥80) of the study sample was unaware about the recommended position during breastfeeding, more than three quarter of them have incorrect latch-on technique, and (86%) of the subjects breastfeed their infants less than 5 minutes before health education program. It is also observed that, (≥93 %) of the study sample was aware about the recommended position during breastfeeding, (≥ 94 %) of women have corrects 7 parameters indicative latch-on, and (≥ 92 %) of them breastfeed their infants 15 minutes duration or more after health education program.

Keywords: Breastfeeding Technique, Body Position, Latch-on, Time Spent for Sulking, Health Education Program

***Assistant Professor, Department of Maternity Nursing & woman's health, Faculty of Nursing, University of Tishreen, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

يعتبر الإرضاع الطبيعي الغذاء الأمثل للطفل في بداية الحياة. حيث يموت أكثر من مليون طفل كل عام بسبب الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي وغيرها من الأمراض وذلك لأنهم لم يأخذوا كفايتهم من حليب الأم. يعاني العديد من الأطفال من أمراض يمكن تجنبها بسهولة في حال الإرضاع الطبيعي. بالإضافة إلى أن الإرضاع الطبيعي يساعد أيضا في حماية والحفاظ على صحة الأمهات. [1,2,3,4] اتباع تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة في وقت مبكر يمكن أن يمنع تشقق أو التهابات الحلمة في المستقبل. فإذا كانت عملية التقاط الطفل لثدي أمه بشكل غير صحيح فقد ينتج عن ذلك ألم كبير في حلمة الأم.[5,6] يمكن أن يؤدي تشقق الحلمة الشديد إلى احتقان الثدي، الأمر الذي يجعل من الثدي محتقناًومؤلما، و لا يمكن أن يتدفق الحليب بشكل جيد. [7, 8] وضعية الرضيع الصحيحة هي أحد أهم المتطلبات الأساسية لنجاح عملية الإرضاع الطبيعي. إذا لم يكن هناك أي مضادات إستطباب للإرضاع من قبل الأم أو الطفل مثل (تعرض الأم لعلاج طبي، مقياس أبجار منخفض، تشوهات خلقية معروفة في الجهاز الهضمي، مشاكل تنفسية، الخداجة) والتي تحدث بعد الولادة فوراً، من المفروض مساعدة الأم للوصول إلى وضعية مناسبة للإرضاع لتجنب حدوث آلام الظهر. [9, 10, 11]

تكمن أهمية دور الممرضة في مساعدة الأمهات الجدد وتعليمهن تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة. حيث يتم فحص الثدي للأم الجديدة من حيث الحجم والشكل والاحمرار، والصلابة، وحالة حلمة الثدي (احمرار، رضوض، تشقق، أو نزيف) وذلك من قبل الممرضات. عندما يصبح ألم الحلمة شديداً، ويستمر إلى ما بعد الأيام الأولى من الإرضاع الطبيعي، أو إذا كان هناك تشقق و/ أو نزيف ، يجب على الأم التأكد من العوامل الأكثر شيوعاً التي تؤدي إلى هذا النوع من ألم الحلمة. وانطلاقاً من ذلك يجب أن تتلقى الدعم من متخصصي العناية في مجال الإرضاع الطبيعي.[12, 13, 14] التثقيف والدعم للأم المرضعة المقدم من الممرضة يجعل تجربة الإرضاع الطبيعي الإيجابية سهلة. تشير الأبحاث إلى أن موقف ومستوى معلومات الفريق الصحي من الإرضاع الطبيعي يمكن أن يؤثر مباشرة على قدرة الأم على الإرضاع من الثدي بنجاح. [15, 16]

أهمية البحث وأهدافه:

هدفت الدراسة الحاليه لتقييم أداء الأمهات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده لمساعدتهن في الوصول إلى فهم أهمية البدء المبكر والاستمرار في الإرضاع الطبيعي الحصري ومدى احتياجهن للتثقيف الصحي حول تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة. سوف يسهم ذلك في المحافظة على استمرار الإرضاع الطبيعي وتعزيزه ويقلل من حدوث المشاكل المختلفة المتعلقة بالإرضاع الطبيعي مثل تشقق الحلمات التي يمكن أن تؤدي إلى عدم استمرارية عملية الإرضاع الطبيعي

طرائق البحث ومواده:

لقد أنجزت هذه الدراسة في ثلاث مراحل. المرحلة الأولى ارتبطت بتقييم أداء السيدات بالنسبة لتقنية الإرضاع الطبيعي تبعا لـ (وضعية الجسم، التقاط الطفل للثدي، والوقت الذي يستغرقه الطفل في عملية الإرضاع) قبل التثقيف الصحي وذلك من أجل الكشف عن الثغرات في أدائها. أما المرحلة الثانية فقد تم فيها تقديم برنامج التثقيف الصحي

حول تقنية الإرضاع الطبيعي. وفي المرحلة الثالثة أعيد تقييم أداء الأمهات بالنسبة لتقنية الإرضاع الطبيعي بعد برنامج التثقيف الصحي خلال أسبوع واحد من الزيارة الأولى.

وقد استخدمت استمارة ملاحظة تقنية الإرضاع الطبيعي التي ترجمت إلى اللغة العربية لجمع البيانات الخاصة بالبحث و تتألف هذه الأداة من جزأين هما:

الجزء الأول: يتضمن الأسئلة المتعلقة بالخصائص العامة لعينة الدراسة مثل عمر السيدة، المستوى التعليمي، والإقامة، والعمل، وتقديم الإرشاد نحوتقنية الإرضاع الطبيعي أثناء الحمل .

الجزء الثاني: تم تقييم تقنية الإرضاع الطبيعي باستخدام نموذج مراقبة الإرضاع الطبيعي، وتم استخدام خمسة معايير لتقييم وضعية الأم والطفل أثناء الإرضاع (الأم مسترخية ومرتاحة، وجه وجسم الطفل في مواجهة الثدي، رأس الطفل والجسم على استقامة واحدة، ذقن الطفل يلمس الثدي، وأسفل ظهر الطفل مسنود)، بالإضافة إلى سبعة معايير تدل على التقاط الطفل للثدي مثل (الفم مفتوح بشكل واسع، الشفة السفلى تتجه للأمام، واللسان يشكل كأساً حول الثدي، والخدان مدوران حوله، معظم الهالة داخل فم الطفل، يمص ببطء وعمق، ويمكن أن يرى أو يسمع البلع)، والوقت المستغرق في الإرضاع .وقد اتخذت هذه العناصر من توصيات منظمة الصحة العالمية لتقييم عملية الإضاع الطبيعي. [17] وقد طبقت هذه الاستمارة على 100 سيدة تم اختيارهن بالطريقة العشوائية من العيادة الخارجية للأطفال لمركز حي العائدين الصحي في مدينة اللاذقية تبعاً للمواصفات التالية (مرضعات حاليا، لا يشكون من أية مشكلة في الثدي، ولادتها الحالية طبيعية، أول ولادة لها (خروس)، على استعداد للمشاركة في الدراسة الحالية). وتم جمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة في مدة تقدر بثلاثة أشهر في الفترة من بداية شباط 2010 وحتى نهاية نيسان 2010.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

الجدول(1): المواصفات العامة لعينة الدراسة:

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن 75% من العينة تتراوح أعمارهن بين 20– وأقل من 30 سنة وأن 10% من العينة عمرها 30 سنة أو أكثر وأن 15% من عينة الدراسة تبلغ من العمر أقل من 20 سنة. وكذلك يبين هذا الجدول أن 57% من عينة الدراسة كنَّ من أصل ريفي وأن 43% منهن كانوا من المدينة. فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، لوحظ أن 50% من عينة البحث حصلن على تعليم ابتدائي وأن 30% منهن كانوا أميات، بينما لوحظ أن 20% من عينة الدراسة حصلت على تعليم ثانوي. ويبين الجدول أيضا أن جميع الأمهات المشاركات في الدراسة 100% هن ربات منزل. والحقيقة التي يبينها هذا الجدول والتي تتطلب منا الانتباه هي أن جميع السيدات في هذه الدراسة لم يتلقين الإرشاد والتثقيف الصحي حول تقنية الإرضاع الطبيعي خلال فترة الحمل.

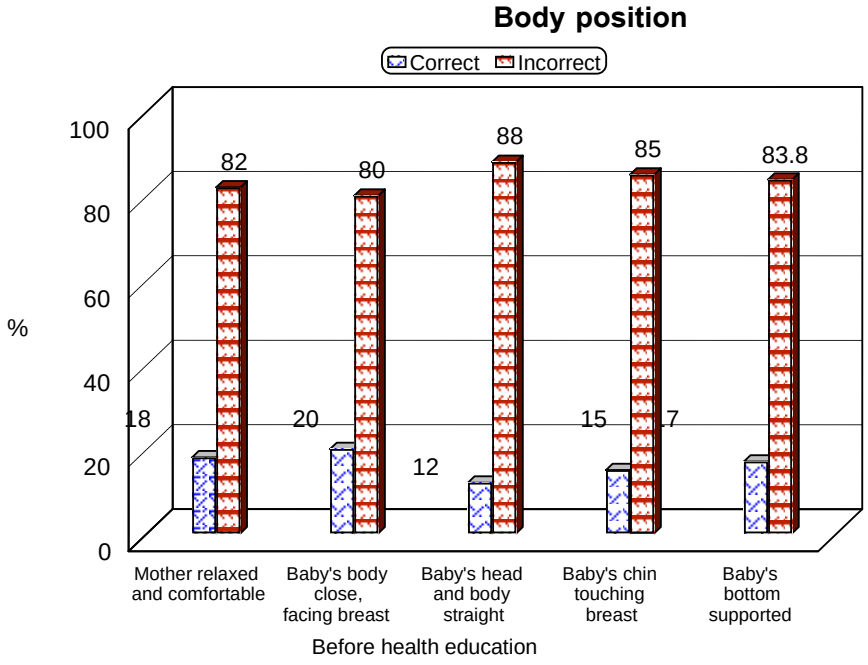
الجدول(1): المواصفات العامة لعينة الدراسة:

المواصفات العامة	العدد 100	النسبة %
العمر		
20 ‹ –	15	15.0
20 –	75	75.0
30 +	10	10.0

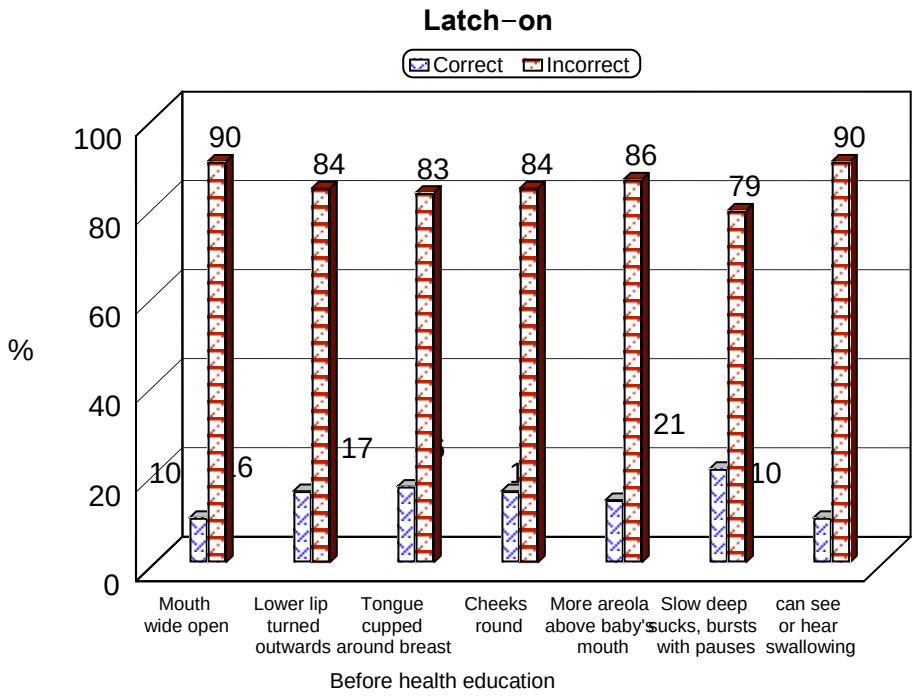
مكان الإقامة		
–الريف	57	57.0
–المدينة	43	43.0
مستوى التعليم		
–أمي	30	30.0
–أقل من ثانوي	50	50.0
–ثانوي	20	20.0
المهنة		
–ربة منزل	100	100.0
تلقي الأمهات للتثقيف الصحي حول تقنية الإرضاع الطبيعي أثناء الحمل:		
– نعم	0	0.0
– لا	100	100.0

التمثيل البياني (1): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الطفل، طريقة التقاط الثدي) قبل التثقيف الصحي:

لوحظ أن 80% أو أكثر من السيدات في عينة الدراسة يستخدمن وضعية غير صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي (20% أو أقل يستخدمن واحداً أو أكثر من المعايير الخاصة بوضعية الطفل بطريقة صحيحة أثناء الإرضاع الطبيعي) قبل التثقيف الصحي. فيما يخص عملية التقاط الطفل لثدي أمه (المص) لوحظ أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات في هذة الدراسة يتبعن طريقة غير صحيحة بالنسبة لعملية مسك الطفل لثدي أمه.



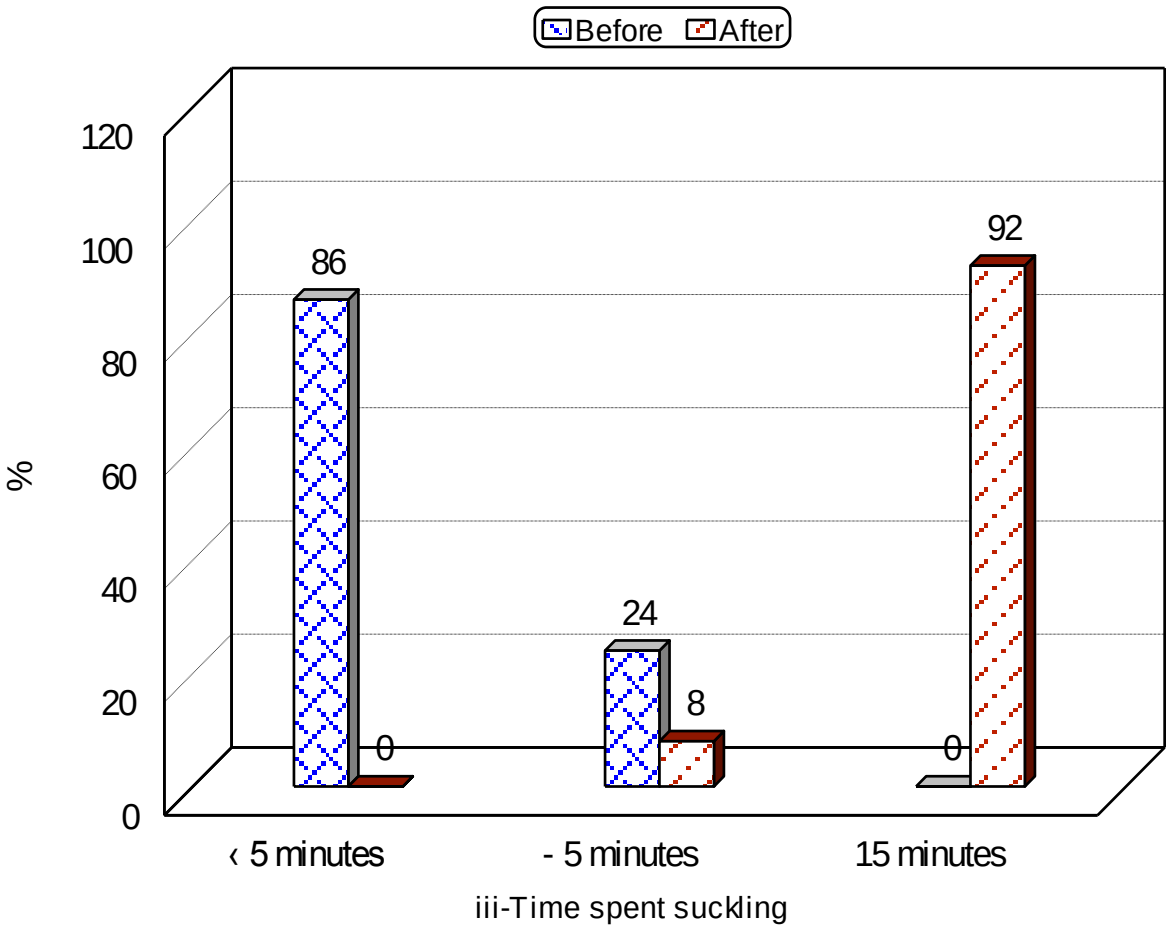
التمثيل البياني (1): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الطفل) قبل التثقيف الصحي



التمثيل البياني (1): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (طريقة التقاط الثدي) قبل التثقيف الصحي:

التمثيل البياني (2): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (الوقت المستغرق في عملية المص من كل ثدي) قبل التثقيف الصحي وبعده:

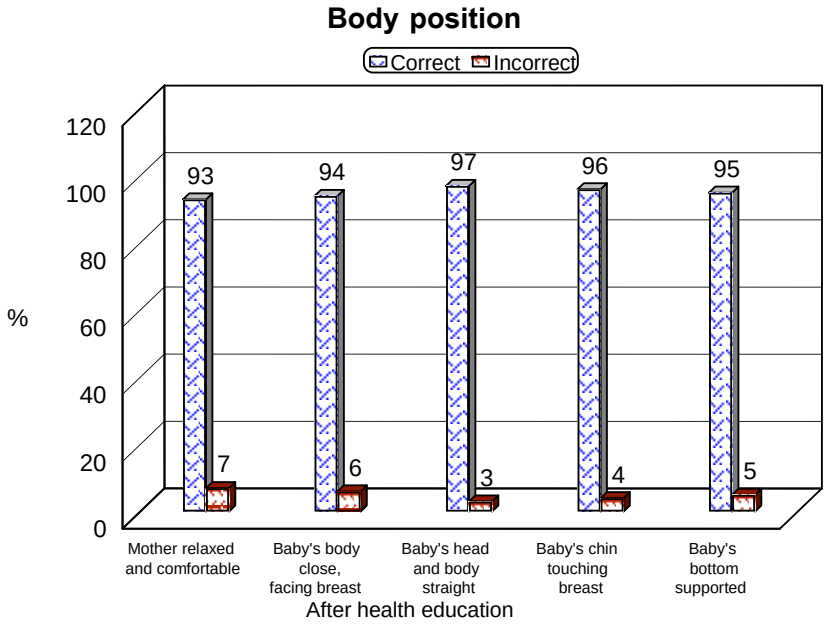
فيما يتعلق بفترة الإرضاع الطبيعي أثناء الرضعة الواحدة (الوقت المستغرق في عملية المص من كل ثدي)، لوحظ أن 86% من الأمهات يرضعن أطفالهن لمدة أقل من 5 دقائق من الثدي الواحد، بينما حوالي 24% منهن يرضعن أطفالهن لمدة 5دقائق قبل التثقيف الصحي. لوحظ أيضاً أن 92% أو أكثر من السيدات يرضعن أطفالهن حتى يتركن الثدي (لمدة 15 دقيقة أو أكثر) بعد التثقيف الصحي.

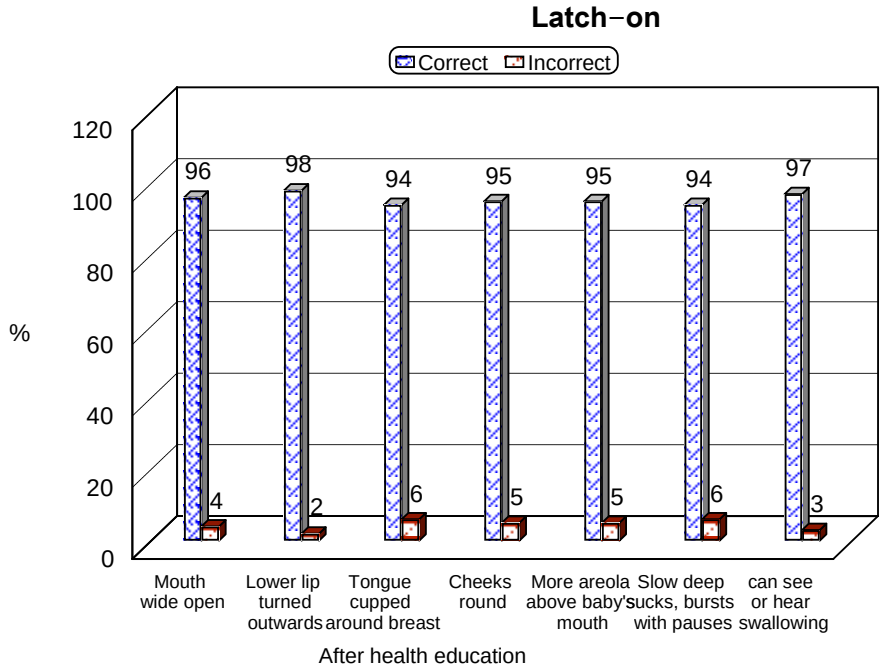


التمثيل البياني (2): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (الوقت المستغرق في عملية المص من كل ثدي) قبل التثقيف الصحي وبعده:

التمثيل البياني (3): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الطفل، طريقة التقاط الثدي) بعد التثقيف الصحي:

لوحظ أن 93% أو أكثر من الأمهات في عينة الدراسة يستخدمن وضعية صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي. فيما يخص عملية التقاط الطفل لثدي أمه (المص) كجزء من تقنية الإرضاع الطبيعي لوحظ أن 94% أو أكثر من الأمهات في هذه الدراسة يملكن أداء صحيحاً فيما يخص المؤشرات (المعايير) السبع لعملية التقاط الطفل لثدي أمه.





التمثيل البياني (3): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الطفل، طريقة التقاط الثدي) بعد التثقيف الصحي:

الجدول (2): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الأم/ الطفل، طريقة التقاط الثدي، الوقت المستغرق في المص من كل ثدي) بعد أسبوع من التثقيف الصحي:

لوحظ أن 93% أو أكثر من الأمهات في عينة الدراسة يستخدمن وضعية صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي. فيما يخص عملية التقاط الطفل لثدي أمه (المص) كجزء من تقنية الإرضاع الطبيعي يبين الجدول أن 94% أو أكثر من الأمهات في هذة الدراسة يملكن أداء صحيحاً فيما يخص المؤشرات (المعايير) السبع لعملية

التقاط الطفل لثدي أمه. فيما يتعلق بفترة الإرضاع الطبيعي أثناء الرضعة الواحدة (الوقت المستغرق في عملية المص من كل ثدي)، يبين الجدول أن 92% أو أكثر من السيدات يرضعن أطفالهن حتى يتركن الثدي (لمدة 15 دقيقة أو أكثر) بعد التثقيف الصحي.

الجدول (2): الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الطفل، طريقة التقاط الثدي، الوقت المستغرق في المص من كل ثدي) بعد أسبوع من التثقيف الصحي:

الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي	بعد أسبوع من التثقيف الصحي			
	صح		خطأ	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وضعية الطفل				
– الأم مسترخية وفي وضعية مريحة	93	93.0	7	7.0
– جسم الطفل ملاصق لجسم الأم، مواجهة للثدي	94	94.0	6	6.0
– رأس وجسم الطفل مستقيمان	97	97.0	3	3.0
– ذقن الطفل يلامس ثدي أمه	96	96.0	4	4.0
–سند مؤخرة الطفل	95	95.0	5	5.0
المص والتقاط الطفل لثدي أمه				
– فم الطفل مفتوح جيدا	96	96.0	4	4.0
– دوران الشفة السفلية نحو الخارج	98	98.0	2	2.0
– التفاف اللسان حول الثدي	94	94.0	6	6.0
– الخدان مدوران	95	95.0	5	5.0
– الجزء الأكبر من الهالة داخل فم الطفل	95	95.0	5	5.0
– مص عميق بطئ–خدان منتفخان	94	94.0	6	6.0
– يمكن سماع صوت البلع	97	97.0	3	3.0
الوقت المستغرق في الإرضاع من كل ثدي				
أقل من 5 دقائق	0		0.0	
5– 15 دقيقة	8		8.0	
أكثر من 15 دقيقة	92		92.0	

الجدول(3): مقارنة بين قبل وبعد التثقيف الصحي فيما يخص الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي:

يبين الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين قبل وبعد تطبيقق التثقيف الصحي فيما يتعلق بوضعية الأم / الطفل– طريقة التقاط الطفل لثدي أمه– الوقت المستغرق في المص من كل ثدي.

الجدول(3): مقارنة بين قبل وبعد التثقيف الصحي فيما يخص الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي:

الاداء حول تقنية الارضاع الطبيعي	قبل التثقيف الصحي				بعد التثقيف الصحي				X^2	p
	صح		خطأ		صح		خطأ			
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%		
وضعية الطفل الأم مسترخية في وضعية مريحة	18	18.0	82	82.0	93	93.0	7	7.0		
جسم الطفل ملاصق لجسم الام	20	20.0	80	80.0	94	94.0	6	6.0		
رأس وجسم الطفل مستقيمان	12	12.0	88	88.0	97	97.0	3	3.0	68.9	0.00001*
ذقن الطفل يلامس ثدي أمه	15	15.0	85	85.0	96	96.0	4	4.0		
سند مؤخرة الطفل	17	17.0	83	83.0	95	95.0	5	5.0		
التقاط الطفل لثدي أمه										
فم الطفل مفتوح جيدا	10	10.0	90	90.0	96	96.0	4	4.0		
دوران الشفة السفلية نحو الخارج	16	16.0	84	84.0	98	98.0	2	2.0		
التفاف اللسان حول الثدي	17	17.0	83	83.0	94	94.0	6	6.0		
الخدان مدوران	16	16.0	84	84.0	95	95.0	5	5.0	87.98	0.00001*
الجزء الأكبر من الهالة داخل فم الطفل	14	14.0	86	86.0	95	95.0	5	5.0		
مص عميق وبطيء	21	21.0	79	79.0	94	94.0	6	6.0		
يمكن سماع صوت البلع	10	10.0	90	90.0	97	97.0	3	3.0		
الوقت المستغرق في الإرضاع من كل ثدي										
أقل من 5 دقائق	86			86.0	0			0.0	105.95	0.00001*
5-15 دقيقة	24			24.0	8			8.0		
أكثر من15 دقيقة	0			0.0	92			92.0		

الجدول(4): توزيع عينة الدراسة تبعا للمقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل وبعد التثقيف الصحي.

يبين الجدول أن المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي فيما يتعلق بوضعية إرضاع خاطئة وكذلك طريقة التقاط الثدي الخاطئة كان على التتابع 84% و 85%. يظهر الجدول أن المقياس العام

للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي فيما يتعلق بوضعية إرضاع صحيحة وكذلك طريقة التقاط الثدي الصحيحة كان على التتابع 95% و 96%.

الجدول(4): توزيع عينة الدراسة تبعا للمقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل وبعد التثقيف الصحي.

	قبل التثقيف الصحي		بعد التثقيف الصحي	
	العدد	%	العدد	%
وضعية الطفل				
– صح	16	16.0	95	95.0
– خطأ	84	84.0	5	5.0
طريقة التقاط الطفل للثدي				
– صح	15	15.0	96	96.0
– خطأ	85	85.0	4	4.0

الجدول(5): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي ومستوى التعليم للأمهات.

يظهر الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مستوى التعليم و المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي حيث إن $P = 0.013^{*}$.

الجدول(5): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي ومستوى التعليم للأمهات.

	أمي		تعليم تحت الثانوي		+ ثانوي		المجموع الكلي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
وضعية الطفل								
–صح	0	0.0	2	4.0	14	70.0	16	16
–خطأ	30	100.0	48	96.0	6	30.0	84	84
طريقة التقاط الثدي								
–صح	0	0.0	3	6.0	12	60.0	15	15
–خطأ	30	100.0	47	94.0	8	40.0	85	85
المجموع الكلي	30		50		20		100	
X^2	9.89							
P	0.013*							

الجدول(6): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي ومستوى التعليم للأمهات.

يظهر الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مستوى التعليم و المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي حيث إن $P= 0.042^{*}$.

الجدول(6): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي ومستوى التعليم للأمهات.

	أمي		تعليم تحت الثانوي		+ ثانوي		المجموع الكلي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
وضعية الطفل								
-صح	25	83.3	50	100.0	20	100.0	95	95
-خطأ	5	16.7	0	0.0	0	0.0	5	5
طريقة التقاط الثدي								
-صح	26	86.7	49	98.0	20	100.0	15	15
-خطأ	4	13.3	1	2.0	0	0.0	85	85
المجموع الكلي	30		50		20		100	
X^2	4.56							
P	0.042*							

الجدول(7): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي ومكان إقامة الأمهات.

يظهر الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مكان إقامة الأمهات و المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي حيث إن $P= 0.021^{*}$.

الجدول(7): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل التثقيف الصحي ومكان إقامة الأمهات.

	ريف		مدينة		المجموع الكلي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
وضعية الطفل						
- صح	1	1.8	15	34.9	16	16
- خطأ	56	98.2	28	65.1	84	84
طريقة التقاط الثدي						
- صح	2	3.5	13	30.2	15	15
- خطأ	55	96.5	30	69.8	85	85
المجموع الكلي	57		43		100	
X^2	8.25					
p	0.021*					

الجدول(8): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي ومكان إقامة الأمهات.

يظهر الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مكان إقامة الأمهات والمقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي حيث إن $P= 0.047^{*}$.

الجدول(8): يبين العلاقة بين المقياس العام للأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي بعد التثقيف الصحي ومكان إقامة الأمهات.

	ريف		مدينة		المجموع الكلي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
وضعية الطفل						
– صح	52	91.2	43	100.0	95	95
– خطأ	5	8.8	0	0.0	5	5
طريقة التقاط الثدي						
–صح	53	93.0	43	100.0	96	96
– خطأ	4	7.0	0	0.0	4	4
المجموع الكلي	57		43		100	
X^2	4.22					
p	0.047*					

المناقشة:

يتميز الإرضاع الطبيعي بكونه مهماً لكل من الأم وطفلها . يزيد بدء الإرضاع الطبيعي خلال الساعتين الأوليتين بعد الولاده من مدة الإرضاع الطبيعي بالمقارنه مع تأخر عملية الإرضاع لمدة أربع ساعات أو أكثر .[18] تقترح العديد من الدراسات المختلفة بأن تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة خلال الأيام الأولى بعد الولادة تترافق مع فترة الإرضاع الطبيعي. في سويسرا ، لاحظ كل من Righar and Alade أن الاطفال الذين يلتقطون ثدي أمهاتهم بطريقة غير صحيحة (يمص الطفل الحلمه فقط) حتى يوم الخروج من وحدة الأمومة أكثر عرضه ب 10 عشر مرات من الإرضاع الصناعي (بالببرونه) خلال الشهر الأول مقارنه مع الأطفال الذين يلتقطون ثدي أمهاتهم بطريقه صحيحة بينما هم في وحدة الأمومه .[19]

وفقا لنتائج هذه الدراسة، كان واضحا أن جميع الأمهات لم يتلقين الإرشاد والتثقيف حول تقنية الإرضاع الطبيعي خلال فترة الحمل (جدول2). يمكن أن يعزى ذلك للمستوى التعليمي المتدني للأمهات وبسبب تأثير التقاليد السائدة في مجتمعاتهن الريفية. تتوافق هذه النتيجة مع نتائج Brasil (2001) والذي يبين فيها أن قليلاً من الأمهات تلقين الإرشاد حول تقنية الإرضاع الطبيعي أثناء فترة الحمل.[20]

يمكن أن ينشأ العديد من المشاكل خلال الإرضاع الطبيعي مثل: تشقق الحلمات؛ احتقان الثدي؛ والتهاب الثدي. تعتبر تشقق الحلمات واحدة من أكثر الإزعاجات البسيطة الشائعة التي تواجه الأمهات المرضعات خلال 3–6 أيام بعد الولاده؛ خاصة الخروسات. الأسباب الأساسية لتشقق الحلمات هي: وضعية الطفل غير المناسبة على ثدي أمه؛ إهمال نظافة الحلمة خلال الإرضاع؛ التجفيف الشديد للجلد ..... الخ. تعتبر وضعية الطفل الصحيحة وطريقة التقاطة لثدي أمه أساسية لمنع تشقق الحلمات . [21]

فيما يخص أداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الطفل / الأم– التقاط الطفل للثدي) قبل التثقيف الصحي أوضحت هذة الدراسة أن أغلبية الأمهات يمتلكن أداء غير صحيح فيما يخص تقنية الإرضاع الطبيعي (تمثيل بياني 1). من المحتمل أن يكون السبب أن جميع السيدات هن خروسات وأنهن لم يتلقين الإرشاد

والتثقيف المناسب حول تقنية الإرضاع الطبيعي خلال فترة الحمل . في العام 2005، أشار .Mustafa N أن أغلبية الأمهات لايملكن معلومات كافية حول تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة .[22]

فيما يخص فترة الإرضاع الطبيعي (الوقت المستغرق في عملية المص) ؛ كشفت هذة الدراسة أيضا أن أغلبية السيدات يرضعن أطفالهن لمدة أقل من 5 دقائق (تمثيل بياني 2). تتعارض هذة النتيجة مع المراجع التي تشير إلى أن الوقت المستغرق في الرضعة الواحدة يختلف من طفل إلى آخر لكن في العموم من 10–30 دقيقة. يرضع بعض الرضع قليلاً؛ مما يؤدي إلى إخفاق في النوم العميق .[23]

بوضوح؛ تشير الدراسة الحالية إلى أن الأمهات تنقصهن أساسيات الأداء فيما يخص الإرضاع الطبيعي كما لاحظنا سابقا من المناقشة المشار إليها سابقاً يجب أخذ هذه الخلاصة باهتمام في اعتبارنا عند التحضير لبرنامج التثقيف الصحي. صمم التثقيف الصحي لكي يتضمن الأداء الصحيح فيما يخص الإرضاع الطبيعي باستخدام اللغة المناسبة والسهلة؛ بالإضافة إلى استخدام الصور التوضيحية المناسبة. يمكن بسهولة وعن طريق تحسين تقنية الإرضاع الطبيعي للأمهات أن يرضعن بأريحية أكبر ؛ وبالتالي ازدياد متعة الإرضاع الطبيعي عندهن. تؤكد العديد من الدراسات المختلفة أن تحسين تقنية الإرضاع الطبيعي يقلل من آلام وضرر حلمة الثدي .[24]

تعتبر وضعية الإرضاع الطبيعي المناسبة والإرشاد والتثقيف الشامل عن الإرضاع الطبيعي الخط الأول في الوقاية من آلام الحلمة. يجب تحضير الأمهات للإرضاع الطبيعي بتقنية صحيحة خلال فترة الحمل عن طريق الإرشاد والتثقيف. ويقوم مقدم الرعاية الصحية المدرب جيدا بتقييم عملية الإرضاع الطبيعي عن طريق تقييم تقنية الإرضاع الطبيعي وبالتالي نموذج وقوة المص عند الطفل.[25]

كشفت نتائج الدراسة الحالية أن معظم السيدات كن مدركات لتقنية الإرضاع الطبيعي (وضعية الأم/الطفل – طريقة التقاط الطفل لثدي أمه –الوقت المستغرق في المص) بعد أسبوع من التثقيف الصحي (جدول 2). دعمت هذه النتائج من قبل Duffy(1997) الذي يشير إلى أن الأمهات اللواتي تلقين الإرشاد حول وضعية الإرضاع الطبيعي وطريقة التقاط الطفل لثدي أمه خلال ال 36أسبوع من الحمل ينتشر بينهن الإرضاع الطبيعي في ال6 أسابيع الأولى بعد الولادة.[34] المنظمة العالمية للإرشاد حول الإرضاع الطبيعي (2000) للوقاية من المشاكل المتعلقة بالإرضاع الطبيعي، احتياج الأمهات للمساعدة الفعالة فيما يتعلق بالإرضاع الطبيعي، واستمرارية العناية عن طريق المتابعة حتى يرضعن أطفالهن بطريقة فعالة وصحيحة. في بريستول في المملكة المتحدة، لوحظ ازدياد مميز في معدل الإرضاع الطبيعي الحصري عندما تعطى الأمهات الإرشاد حول تقنية الإرضاع الطبيعي في وحدة الأمومة. [26]

لوحظ وجود اختلاف مميز ذي أهمية إحصائية بين قبل وبعد برنامج التثقيف الصحي فيما يخص الأداء حول تقنية الإرضاع الطبيعي (جدول 3). تتطابق هذه النتيجة مع ،Karin (2002) حيث يشير أن إرشاد وتثقيف الأمهات عن الإرضاع الطبيعي من قبل طبيب الأطفال يمكن أن يؤدي إلى زيادة فترة الإرضاع الطبيعي فيما بعد. وتزيد فرص التعليم الفعال المعلومات والثقة وتحسن التوجه حول الإرضاع الطبيعي. تختلف ممارسات التثقيف الصحي حسب العرق، التعليم، الحالة الاقتصادية والاجتماعية، وعمر الأم. لوحظت أدنى معدلات بين الأمهات الشابات، الريفيات، وذوات المستوى التعليمي المتدني. [27]

بينت أيضاً الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين التعليم وأداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل وبعد التثقيف الصحي جدول (5، 6) يدل هذا ازدياد معدل البحث عن المعلومات الصحية كلما ارتفع المستوى التعليمي للسيدات. كما أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مكان الإقامة

وأداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي جدول (7، 8) تشير مراجع الأدبيات السابقة إلى أنه في المجتمعات الصناعية، الفرصة غير متاحة للسيدات لملاحظة عملية الإرضاع الطبيعي قبل أن يتعرضن هن لهذه التجربة. من ناحية أخرى، في المناطق النامية الفرصة متاحة أمام السيدات ليتعلمن من السيدات الأكثر خبرة، لأن عملية الإرضاع الطبيعي في هذه الثقافات من أكثر الظواهر الاجتماعية شيوعا. مع ذلك تحتاج الأمهات الخروسات للدعم كثيرا في هذه المجتمعات.[28]

تمتلك الممرضة بوضعها الجديد الأهمية في الفريق الصحي القدرة على التحديد والتدخل المبكر لحل أي مشكلة تتعلق بالثدي. خلال الشهرين الأخيرين من الحمل، يجب أن تثقف الأم حول تقنية الإرضاع الطبيعي ويجب أن يستمر التثقيف لما بعد الولادة. وبالتالي فإن جميع الممرضات اللواتي هن على احتكاك مع السيدات الحوامل، الأمهات والأطفال يجب أن يطلعن على سياسة الإرضاع الطبيعي وأن يفهمن دورهن في هذه السياسة. خلال 32 أسبوعاً من الحمل، يجب أن تتلقى جميع الأمهات الحوامل معلومات كاملة وواضحة عن الفوائد الصحية للإرضاع الطبيعي وأهمية تواجد الأم والطفل في حجرة واحدة بعد الولادة، تجنب الأغذية الإضافية والحلمات الصناعية، الإرضاع عند الطلب، وضعية الإرضاع الطبيعي الصحيحة، وملامسة الأم لوليدها بعد الولادة مباشرة.[29]

يجب على الممرضات وباقي مقدمي الرعاية الصحية والمنشآت الصحية تطبيق استراتيجية لمساعدة الأمهات اللواتي لديهن أطفال خدج أو أطفال مرضى ليحصلوا على حليب الثدي قدر الإمكان. يعاني الأطفال الخدج من ضغوط إضافية في البيئة التي يتواجدون فيها. وقد أثبت حليب الأم قدرته على تقليل بعض المضاعفات المرتبطة بالخداجة. يوجد برهان على أن حليب الأم يمكن أن يقلل من معدل الإصابة بالالتهاب المعوي القولوني التنخري وإنتان الدم بين هذه الفئة من المواليد. لقد أظهرت الدراسات أن هؤولاء المواليد أكثر استقرارامن الناحية الفيزيولوجية خلال عملية الإرضاع الطبيعي بالمقارنة مع الأطفال الذين يرضعون إرضاعاً صناعياً أو من أي مصدر آخر. بما أن العلم القائم على الدليل أشار إلى فوائد حليب الأم في تقليل معدل الإمراضية والوفيات بين هذه الفئة من المواليد ، يجب أن تشجع الأمهات لإرضا ع أطفالهن قدر المستطاع.[30]

تعكس نتائج الدراسة الحالية في الحقيقة الجهود التي يجب بذلها لتحسين تقنية الإرضاع الطبيعي بين الأمهات المرضعات. ويعتبر التثقيف الصحي في فترة الحمل ومابعد الولادة مهما وحيويا للأمهات الجدد ويمكن أن يدعم بالمعلومات المرئية– المكتوبة واللفظية التي تتعلق بتشريح الثدي بشكل مبسط، تقنية الإرضاع الطبيعي ، الأوضاع المختلفة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات

يمكننا أن نستخلص من نتائج هذه الدراسة أن جميع النساء لم يتلقين الإرشاد والتثقيف الصحي حول تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة خلال فترة الحمل. كما يمكننا أن نستخلص أيضا أن معظم النساء المشاركات في هذه الدراسة ينقصهن الأداء المناسب حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي. وقد ظهر هذا القصور في الأداء في وضعية الأم والطفل، طريقة التقاط الطفل لثدي أمه والوقت المستغرق في عملية المص. من الإيجابي أن نلاحظ أن معظم النساء كنَّ على دراية بتقنية الإرضاع الطبيعي المناسبة بعد التثقيف الصحي. كما أن مستوى الأداء

حول تقنية الإرضاع الطبيعي قد ارتبط بالمستوى التعليمي للنساء وبمكان إقامتهن أيضا قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة الحالية، والتي كشفت نقصاً واضحاً وحقيقياً في أداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي. لذلك نقترح أنه من الضروري إدخال التثقيف الصحي كجزء أساسي من الخدمات الصحية التي تقدم لتعليم وتثقيف الأمهات حول تقنية الإرضاع الطبيعي المناسبة في فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة والتي يكون لها تأثير فعال في الوقاية من تشقق الحلمات.

كما أننا نقترح تعزيز ودعم مخططي التعليم التمريضي لوسائل وطرائق التثقيف الصحي حول الإرضاع الطبيعي في مناهج صحة الأم والطفل. وكذلك نقترح أن تركز برامج التثقيف الصحي في وسائل الإعلام وفي المنشآت الصحية على المعلومات التي تخص الإرضاع الطبيعي.

المراجع:

1. World Health Organization. Breastfeeding Counseling. A Training Course. Geneva: WHO, 2005:5-7.
2. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, 2002:9-13.
3. KRAMER, MS.; GUO, T.; PLATT, RW. et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. Am J Clin Nutr 2003; 78:291-295.
4. HENLY, S.; HULDEN, R. Update on breastfeeding: Healthy People 2010 Objectives. The American Journal of Maternal/Child Nursing 2000; 25(5):248.
5. MURRY, SS.; GORRIE, MT. foundations of Maternal Newborn Nursing.3rd ed. Toronto: WB Saunders Company Co, 2002; 429-432.
6. DEWEY, KI.; HEINING, MJ. Maternal Weight-Loss Patterns during Prolonged Lactation. American Journal Clinical Nutrition 2002; 58: 162-166.
7. PATON, LM.; ALEXANDER, JL. Pregnancy and Lactation have no Long- term Deleterious Effect on Measures of Bone Mineral in Healthy Women: a Twin Study. American Journal Clinical Nutrition 2003; 77: 707-714.
8. CAROLINE, L. The Management of Nipple Pain and/or Trauma Associated with Breastfeeding. THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE 2003; 7(3): 1.
9. HENDERSON, A. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. Birth. 2001; 28:4-8.
10. GOLDMAN, AS. The immune system in human milk and the developing infant. Breastfeeding Med. 2007;2(4):195-204.
11. HENLY, S.; HULDEN, R. Update on breastfeeding: healthy people 2010 objectives. The American Journal of Maternal/Child Nursing 2000; 25(5):248.
12. ZHENG, T. Lactation and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. Br J Cancer 2001 Jun; 84(11):1472-6.
13. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. Feb 2005; 115(2): 496-50.
14. SCHIFFMAN, R. An Ecological approach to breastfeeding. The American Journal of Maternal /Child Nursing 2002; 27(3): 154-161.

15. RICHARDS, M. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. Public Health Nutr. 2002; 5(5):631-5.
16. ODDY, WH, et al. Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. Paediatr Perinat Epidemiol. 2003; 17(1):81-90.
17. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 2001:22.
18. DEWEY, KG. Nutrition, Growth, and Complementary Feeding of the Breastfed Infant. Pediatric Clinics of North American. 2001; 48(1).
19. RIGHARD, L. ALADE, MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth. 1992; 19:185-9.
20. Brasil, M. The influence of breastfeeding technique on the frequencies of exclusive breastfeeding and nipple trauma in the first month of lactation. 2001.
21. Division of Nutrition and Physical Activity. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. August 26, 2006:20-28.
22. MUSTAPHA, N. Design, implementation, and evaluation of a health practices informational guide. Alexandria. University of Alexandria, Faculty of Nursing, 2005: 45.
23. AARTS, C. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. Acta Paediatr. 2004 May; 93(5):669-76.
24. INGRAN, J. JOHNSON, D. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. Midwifery. 2002;18:87-101.
25. American Academy of Pediatrics. A woman's guide to breastfeeding 2004.
26. DUFFY, EP. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. Midwifery. 1997; 13:189-96.
27. KARIN, M**.** Effect of an Educational Intervention about Breastfeeding on the Knowledge, Confidence, and Behaviors of Pediatric Resident Physicians. Pediatrics. 2002; 110 (5): 59.
28. PAVAN, C.; DAVANZO, R. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. J Hum Lac. 1999; 15(2): 125-30.
29. KATHLEN, G. The role of nurse in support of breastfeeding. Journal of Advanced Nursing 2010; 4(3): 263-285.
30. Breastfeeding and the Role of the Nurse in the Promotion of Breastfeeding position statements combined and reaffirmed by the AWHONN Board of Directors, December 1, 2007:1-4.