

مجله پرستاری و مامایی تبریز

شماره ۱۷ (بهار ۱۳۸۹) ص ۱۸-۱۲

## تأثیر مراقبت آغوشی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر زنان نخست زا

مهین کمالی فرد: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز  
دکتر محمد حیدرزاده: فوق تخصص نوزادان، استادیار دانشکده پزشکی تبریز  
دکتر مرتضی قوجاژاده: دکترای فیزیولوژی، استادیار دانشکده پزشکی تبریز  
مرضیه محمدی: کارشناس ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Email: mzh.mohammadi@yahoo.com

پذیرش: ۸۸/۱۲/۸ دریافت: ۸۹/۲/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** آینده جامعه به سلامت کودکان آن جامعه بستگی دارد، لذا ضرورت دستیابی به بهترین شیوه تغذیه در کودکان با توجه به نقش آن در رشد و تکامل ذهنی و شناختی کودک به خوبی قابل درک است. از آنجا که در فرهنگ‌های مختلف عکس‌العمل‌های متفاوتی نسبت به مداخلات حین تولد مشاهده شده است، لذا با قاطعیت نمی‌توان گفت آیا مراقبت آغوشی در کشور ما نیز نتایج مثبت به همراه خواهد داشت. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی تأثیر مراقبت آغوشی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در نخست زایان می‌باشد.

**مواد و روشها:** در این مطالعه نیمه‌تجربی ۸۰ مادر نخست‌زا بستری در بیمارستان الزهراء (س) که نوزاد سالم و زنده بدنیا آورده بودند بطور تصادفی انتخاب شده و بصورت تصادفی در دو گروه مراقبت آغوشی و مراقبت روتین بیمارستان تقسیم شدند. بعد از روا و پایا نمودن ابزار، داده‌ها در ابتدا با استفاده از چک لیست حاوی مشخصات فردی- اجتماعی و اطلاعات بارداری و زایمان و پرسشنامه تغذیه انحصاری با شیر مادر پس از ماه چهارم تولد با تماس تلفنی جمع‌آوری شد، تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها بوسیله آزمون‌های آماری توصیفی، تفاوت میانگین، کای دو و آزمون دقیق فیشر انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که میانگین طول مدت تغذیه انحصاری در گروه آزمون بطور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است ( $P=0.04$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** مراقبت آغوشی بلافاصله بعد از زایمان بر طول مدت تغذیه انحصاری مؤثر است و از آنجایی که مراقبت آغوشی دارای فواید فراوانی است و امکان انجام آن در هر مکانی وجود دارد انجام روتین این روش در بیمارستان‌ها توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** مراقبت آغوشی / تغذیه انحصاری شیر مادر / نخست زایان

### مقدمه

مادر تغذیه می‌کند سه برابر کودکی که با شیر مادر تغذیه نمی‌کند شانس زنده ماندن دارد (۲). سازمان جهانی بهداشت تغذیه انحصاری با شیر مادر را از بدو تولد تا پایان ۴ تا ۶ ماهگی و سپس ادامه آن به طور غیر-انحصاری و همراه با تغذیه تکمیلی تا ۲ سالگی را جهت دستیابی به رشد و تکامل ذهنی شناختی و جسمی کودک مطلوبترین نوع تغذیه عنوان کرده و آن را بسیار با اهمیت میدانند (۳). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ طی گزارشی از ۹۴ کشور جهان اعلام نمود که

دنیای امروز شاهد یک حرکت جهانی در بازگشت به ترویج شیر مادر می‌باشد (۱). صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل (یونیسف) در بخشی از بیانیه خود به مناسبت هفته جهانی تغذیه با شیر مادر در سال ۲۰۰۷ اعلام می‌کند که تغذیه با شیر مادر سالانه جان ۱/۳ میلیون کودک را در جهان از مرگ حتمی نجات می‌دهد. این در حالی است که سوء تغذیه عامل بیش از ۵۰ درصد مرگ در میان کودک زیر ۵ سال در جهان می‌باشد. در یک کشور در حال توسعه کودکی که با شیر

حداقل به مدت ۳۰ دقیقه توصیه می‌کند (۳). با توجه به اینکه میزان تغذیه انحصاری شیر مادر به نسبت نامطلوبی در ایران ادامه دارد و با عنایت به اینکه ترویج شیر مادر با تاکید بر مراقبت‌ها و اقدامات حمایتی جهت بهبود شاخص‌های تغذیه‌ای با شیر مادر، یکی از اولویت‌های برنامه‌های بهداشتی در سراسر جهان می‌باشد (۲) و مراقبت آغوشی روشی است که هنوز بطور رایج در کشور ما مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و طبق نظر نامسن<sup>۲</sup> تماس پوستی بین مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد با هر طول مدتی از چند دقیقه تا چندین ساعت میتواند اثرات مثبت فراوانی داشته باشد (۹)، با این وجود مطالعات ضد و نقیضی درباره تاثیر مراقبت آغوشی بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود دارد (۱۰، ۱۱، ۱۲). بنابراین، انجام تحقیقی با هدف تعیین تاثیر مراقبت آغوشی بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، ضروری به نظر می‌رسد.

### مواد و روشها

این پژوهش از نوع مداخله ای نیمه تجربی بود. نمونه‌های آن شامل ۸۰ مادر نخست‌زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی- درمانی الزهرا(س) تبریز در سال ۱۳۸۸ با سن ۳۵-۱۸ سال، حاملگی ترم (۳۷-۴۱ هفته) و تک قلو، نداشتن مشکل آناتومیک و هرپس پستان در هر دو سینه مادر، داشتن شماره تلفنی برای تماس، داشتن حداقل سواد ابتدایی و راضی به شرکت در مطالعه بودند که براساس جدول اعداد تصادفی به طور تصادفی ۴۰ نفر درگروه مراقبت آغوشی(گروه آزمون) و ۴۰ نفرگروه مراقبت روتین بیمارستانی (گروه کنترل) قرار گرفتند، معیارهای ورود و خروج از مطالعه برای هر دو گروه اجرا گردید. جهت تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن ۵۰ درصد موفقیت در نخست زایان با تماس آغوشی و توان ۸۰ درصد و افزایش ۲۵ درصد (برای افزایش موفقیت از ۵۰٪ به ۷۵٪) و با  $\alpha = 0.05$  (دو دامنه) تعداد ۸۰ نفر (۴۰ نفر برای هر گروه) برآورده شد

۳۵ درصد شیر خواران تا ۴ ماهگی بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می‌شوند (۴).

طبق گزارش وزارت بهداشت و درمان در سال ۸۶ تنها ۲۸ درصد از نوزادان زیر ۶ ماه در ایران از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره مند شده اند و بیش از نیمی از این نوزادان قبل از ۴ ماهگی از تغذیه انحصاری با شیر مادر محروم شده بودند (۲). یکی از گام‌های مهم اقدامات ده‌گانه برای تغذیه موفقیت‌آمیز کودک با شیر مادر<sup>۱</sup> منتشر شده از طرف یونیسف، تشویق به برقراری تماس پوست با پوست بین مادر و نوزاد طی نیم ساعت اول پس از تولد و تغذیه نوزاد در طی یک ساعت اول جهانی و یونیسف شعار هفته جهانی تغذیه با شیرمادر را به اهمیت تغذیه در ساعات اولیه اختصاص داده است و عقیده دارند که اگر همه مادران دنیا در یک ساعت اول پس از زایمان با نوزاد خود تماس پوست با پوست داشته باشند و به او شیر بدهند و ۶ ماه کامل به جز شیر خود غذا یا شیر دیگری به شیرخوار ندهند از این طریق می‌توان جان بیش از یک میلیون نوزاد را در سراسر دنیا از مرگ نجات داد (۲).

برقراری تماس پوست با پوست باعث بهبود وضعیت تنفسی و رفتارهای ارادی، افزایش وزن و تنظیم درجه حرارت بدن نوزاد شده و همچنین، همبستگی بین مادر و نوزاد و تولید شیر را افزایش می‌دهد (۶). در مراقبت آغوشی که برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ در کلمیا اجرا شد و منجر به ترخیص زودرس نوزادان نارس گردید. اجرای این روش در برزیل برای اولین بار در سانتزارسیت<sup>۱</sup> در اوایل دهه نود آغاز شد و کاربرد آن در سال ۱۹۹۹ مورد تایید وزارت بهداشت قرار گرفت (۷). واژه کانگورو از روشی شبیه به مراقبت این حیوان کیسه دار از فرزندش برگرفته شده است. وزارت بهداشت و درمان ایران نام مراقبت مادرانه آغوشی را برای آن برگزیده است (۸). سازمان جهانی بهداشت نیز برقراری این تماس را در دقایق و ساعات اولیه پس از تولد

(SPSS/Ver 15) استفاده گردید. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از مشخصات فردی- اجتماعی بر اساس جدول ۱ بیان شده است. همچنین سایر یافته‌ها مطالعه نشان دادند که در گروه آزمون ۹۷/۵ درصد مراقبت قبل از زایمان را دریافت کرده در حالیکه در گروه کنترل همه (۱۰۰٪) مراقبت قبل از زایمان را دریافت کرده بودند. بررسی نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/99$ ).

در گروه آزمون ۸۵ درصد آموزش شیردهی را دریافت کرده بودند در حالیکه در گروه کنترل ۹۰ درصد آموزش شیردهی را دریافت کرده بودند. بررسی نتایج آزمون رابطه مجذور کای نشان داد که تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/73$ ).

میانگین وزن هنگام تولد نوزادان در گروه آزمون ۳۸۷/۸ ± ۳۲۴۲/۸ گرم و در گروه کنترل ۳۷۸/۷ ± ۳۲۹۵/۳ گرم بود. بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت این میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/49$ ).

در هر دو گروه نمره آپگار دقیقه اول ۹ و نمره آپگار دقیقه پنجم ۱۰ بود. در طی چهار ماه پس از زایمان ۵ درصد نوزادان گروه آزمون و ۱۰ درصد نوزادان گروه کنترل سابقه بستری در بیمارستان را داشتند که تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/67$ ).

در گروه آزمون هیچ کدام از نوزادان سابقه دور ماندن از مادر بیش از ۲۴ ساعت را نداشتند و در گروه کنترل ۲/۵ درصد سابقه دورماندن از مادر بیش از ۲۴ ساعت را داشتند که تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/99$ ).

که جهت افزایش اعتبار مطالعه و احتمال افت نمونه‌ها تعداد ۴۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

برای گروه مراقبت آغوشی به مدت حداقل ۶۰ دقیقه بلافاصله بعد از زایمان بصورت تماس پوست با پوست مراقبت کانگورویی اعمال شد و گروه کنترل طبق روتین بخش مورد مراقبت قرار گرفت. با نشان دادن کارت رشد کودک در بخش پس از زایمان به مادر، نحوه تعیین رشد کمتر از حد طبیعی، رشد در حد طبیعی و رشد بیشتر از حد طبیعی به وی آموزش داده شد و قرار شد بعد از توزین ماهانه کودک در مراکز بهداشتی، مادر روند رشد کودک را ثبت کرده و در پایان ماه چهارم به ما گزارش نماید. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل دو بخش بود، چک لیست مشخصات فردی- اجتماعی و برخی مشخصات زایمان و بعد از زایمان که از طریق مصاحبه با مادر و یا از پرونده اخذ و ثبت شد، متغیرهای مربوط به تغذیه انحصاری با شیرمادر که خود شامل ۳ سؤال جهت تعیین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. در ماه چهارم بعد از تولد طی مصاحبه تلفنی با مادر تکمیل گردید. ملاحظات اخلاقی در این مطالعه شامل کسب معرفی نامه از ریاست محترم دانشکده پرستاری مامایی تبریز، ارایه‌ی معرفی نامه به مسؤولین مرکز آموزشی- درمانی الزهرا (س)، معرفی خود به افراد مورد پژوهش و توضیح اهداف پژوهش، اخذ رضایت کتبی از نمونه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات، رعایت اصول اخلاقی و امانت‌داری در استفاده از سایر منابع و تحقیقات پژوهشگران، شرکت افراد پژوهش در صورت تمایل.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین ± انحراف معیار) آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل در مورد متغیرهای کمی و آزمون رابطه کای دو یا آزمون دقیق فیشر در مورد متغیرهای کیفی و با استفاده از نرم افزار آماری

بودند در حالی که در گروه کنترل ۱۲/۵ درصد نوزادان رشد کمتر از حد معمول بودند که تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P=۰/۰۵$ ). میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر بر اساس جدول ۲ بیان شده است. در گروه آزمون  $۱۳/۲ \pm ۱۹/۸$  روز و در گروه کنترل  $۲۴ \pm ۱۰/۷۵$  روز بود بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ( $P=۰/۰۴$ ).

در طی ماه اول و دوم نوزادان هر دو گروه آزمون و کنترل دارای منحنی رشد طبیعی بودند. در طی ماه سوم ۹۷/۵ درصد نوزادان گروه آزمون دارای رشد طبیعی و ۲/۵ درصد دارای رشد کمتر از حد طبیعی بودند در حالی که در گروه کنترل ۹۲/۵ درصد نوزادان دارای رشد طبیعی و ۷/۵ درصد نوزادان دارای رشد کمتر از حد طبیعی بودند که تفاوت در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P=۰/۶۱$ ). در طی ماه چهارم منحنی رشد در گروه آزمون (۱۰۰٪) نوزادان دارای رشد طبیعی

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی - اجتماعی در دو گروه مراقبت آغوشی و مراقبت روتین بیمارستانی

متغیر	مشخصه	مراقبت آغوشی (درصد) تعداد	مراقبت روتین (درصد) تعداد	نتایج آماری
وضعیت اشتغال مادر	خانه دار	۳۱(۷۸/۵)	۳۴(۸۵)	$\chi^2 = ۰/۹۱$
	شاغل در منزل	۵(۱۲/۵)	۴(۱۰)	$df = ۲$
	شاغل در خارج از منزل	۴(۱۰)	۲(۵)	$P = ۰/۶۳$
وضعیت اشتغال همسر	بیکار	۱(۲/۵)	۰	$\chi^2 = ۳/۹۸$
	کارمند	۷(۱۷/۵)	۱۰(۲۵)	$df = ۴$
	کارگر	۳(۷/۵)	۵(۱۲/۵)	$P = ۰/۴۰$
	آزاد	۲۵(۶۲/۵)	۱۸(۴۵)	
	سایر شغل‌ها	۴(۱۰)	۷(۱۷/۵)	
وضعیت اقتصادی	دخل برابر با خرج	۱۱(۲۷/۵)	۵(۱۲/۵)	$\chi^2 = ۲/۸۵$
	دخل کمتر از خرج	۲۳(۵۷/۵)	۲۷(۶۷/۵)	$df = ۲$
	دخل بیشتر از خرج	۶(۱۵)	۸(۲۰)	$P = ۰/۲۴$
محل سکونت	شهر	۳۳(۸۲/۵)	۳۳(۸۲/۵)	$\chi^2 = ۰$
	روستا	۷(۱۷/۵)	۷(۱۷/۵)	$df = ۱$
میانگین سن مادر		$۲۲/۵ \pm ۳/۷۶$	$۲۴/۸۰ \pm ۴/۲۳$	$P = ۰/۹۹$
				$t = ۱/۸۶$
				$df = ۷۸$
				$P = ۰/۰۶$

جدول ۲: میانگین طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر در دو گروه مراقبت آغوشی و مراقبت روتین

نتایج آماری	انحراف معیار + میانگین (روز)	تعداد	گروه
$t=۲/۰۹$	$۱۱۹/۸ \pm ۱۳/۳۷$	۴۰	مراقبت آغوشی
$df=۶۰/۷۲$	$۱۱۰/۷۵ \pm ۲۴/۰۷$	۴۰	مراقبت روتین
$P=۰/۰۴$			

### بحث و نتیجه گیری

در ارتباط با هدف مطالعه یعنی مقایسه مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر در نخست زایان با و بدون مراقبت آغوشی در طی چهار ماه پس از زایمان در گروه آزمون میانگین امتیاز  $۱۱۹/۸ \pm ۱۳/۳$  و در گروه کنترل  $۱۱۰/۷ \pm ۲۴$  بود بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ( $P=۰/۰۴$ ).

وایدیا<sup>۱</sup> و همکاران در گزارش مطالعه خود که یک پژوهش توصیفی همبستگی آینده‌نگر بود و با هدف تعیین عوامل مؤثر بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر بر روی ۹۲ زوج مادر و نوزاد در نپال انجام شد، به این نتیجه دست یافتند که تماس پوستی بین مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان تأثیر مثبت بسیار زیادی بر طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر طی ۴ تا ۶ ماه اول پس از زایمان دارد و آن را افزایش می‌دهد (۱۰). آندرسون<sup>۲</sup> و همکاران نیز در یک بررسی سیستماتیک جهت ارزیابی تأثیر تماس پوستی بین مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان بر انحصاری بودن شیردهی در ماه اول، ماه سوم و سپس سال اول پس از زایمان به این نتیجه رسیدند که انحصاری بودن تغذیه با شیر مادر و مدت زمان آن در دو روش مراقبت استاندارد و مراقبت معمول پس از زایمان تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (۱۱). اما یافته‌های کارفوت<sup>۳</sup> و همکاران نیز در مطالعه‌ای مشابه نتوانست این مطلب را که تماس پوستی بین مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر و تداوم آن تا

ماه چهارم پس از زایمان را افزایش می‌دهد تأیید کند (۱۲). یافته‌های این مطالعه خط مشی‌های مبنی بر تسهیل تغذیه با شیر مادر در اولین فرصت ممکن و ترجیحاً طی دو ساعت اول پس از تولد و نیز فراهم نمودن امکان برقراری تماس پوستی بین مادر و نوزاد حداقل طی دو ساعت اول پس از زایمان و یا تا شروع اولین شیردهی (۱۳) را مورد تأیید قرار داده و از گام چهارم اقدامات ده‌گانه صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد جهت داشتن یک شیردهی موفق در بیمارستان‌های دوستدار کودک مبنی بر شروع تماس پوستی بین مادر و نوزاد طی نیم ساعت اول و شروع تغذیه با شیر مادر طی یک ساعت اول پس از تولد (۵) حمایت می‌نماید.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر را می‌توان در زمینه‌های مختلفی مانند خدمات مامایی، آموزش مامایی، آموزش و پژوهش استفاده کرد. ماما، متخصص زنان، متخصص نوزادان و کلیه افرادی که با مادران و نوزادان در ارتباط هستند، می‌توانند از این اطلاعات بهره ببرند. همه نمونه‌های مورد پژوهش نخست‌زا بودند، لذا نتایج حاصل قابل تعمیم به زنان چندزا نمی‌باشد.

همه نمونه‌های مورد پژوهش دارای نوزادان ترم و سالم بودند. در روش آغوشی ایده‌آل آن است که روش‌های دردناک مخدوش کننده مانند اپی زیاتومی وجود نداشته باشد، اما از آنجایی که تقریباً تمام زنان نخست‌زا در ایران اپی‌زیاتومی می‌شوند امکان حذف این عامل مخدوشگر وجود نداشت و از آنجایی که این عامل در هر دو گروه

1 -Vaidya

2 -Anderson

3 -Carfoot

روی زنان که زایمان طبیعی داشتند انجام شد، توصیه می‌شود مطالعه مشابه در زنانی که زایمان سزارین داشتند انجام شود. در این پژوهش پیگیری به صورت تلفنی بود، توصیه می‌شود مطالعه مشابه به صورت ملاقات در منزل انجام شود.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش همچنین پرسنل بخش زایمان و بعد از زایمان بیمارستان الزهرا (س) و سرکار خانم منیژه طاهری کارمند مرکز بهداشت شهرستان تبریز که در نمونه‌گیری صمیمانه اینجانب را یاری نمودند سپاسگزاری می‌نمایم.

### References

1. Behrman R.E, Kliegman R.M, Jenson H.B(2004). *Nelson textbook of pediatrics, 17th ed. USA, Saunders, 157-90.*
2. UNICEF. (2007). *Breastfeeding information in Iran. Available at: <http://www.unicef.org/iran/fa/media.html>. Accessed Aug 20.*
3. World Health Organization(2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Available at: [www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html](http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html). (Accessed Dec 11 2006)*
4. World Health Organization(2003). *Nutrition data banks: Global data bank on reastfeeding. Available at: <http://www.who.int/nut/db/bfd.htm>. (Accessed Dec 14, 2006).*
5. Pillittery A(2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 722-746.*
6. York Geneva, WHO.(1990). *Innocenti declaration on the protection, promotion, and support of breastfeeding.*

وجود داشت تا حدی این مورد کنترل شد. در روش آغوشی ایده‌آل آن است که برای مادر در طی لیبر رگ گرفته نشود و مایعات وریدی دریافت نکند، اما از آنجایی که در بیمارستان‌های ایران بطور روتین باید برای تمام زنان هنگام پذیرش رگ گرفته شود امکان حذف این عامل مخدوشگر وجود نداشت و از آنجایی که این عامل در هر دو گروه وجود داشت تا حدی این مورد کنترل شد. این پژوهش در نوزادان رسیده سالم انجام شد، توصیه می‌شود مطالعه مشابه در نوزادان نارس انجام شود. این پژوهش بر روی زنان نخست‌زا انجام شد، توصیه می‌شود مطالعه مشابه در زنان چندزا انجام شود. این پژوهش بر

Available at: <http://www.who.int/nut/db/bfd.htm>.

7. Peyman A, Rabane F, Gechpzon (2005). *[Effect Kangaroo mother care on nutrition and clinical state preterm newborn]. Navide , (37), 29-38.(Persian)*
8. Kadivar M, Norbakhsh sh. (2005). *Kangaroo mother care, 1 st ed. vesta, Tehran, 1-30.*
9. Nommsen-Rivers L. (2003). *Early skin to skin contact: Dose duration matter? J Hum Lac, 19(3), 331-332.*
10. Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. (2005). *Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. Nepal Med Coll J, 7(2), 138-40.*
11. Anderson GC, Moore ER, Hepworth J, Bergman N. (2003). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants(Cochrane review). In: Cochrane Library, Issue 2. ChiChester, UK: John Wiley and Sons.*
12. Carfoot S, Williamson PR, Dickson R.(2005). *A randomized controlled trial in the north of England examining the*

*effects of skin-to-skin care on breastfeeding. Midwifery, 21,71-9.*  
13. International Lactation Consultant Association (1999). Evidence based

*guidelines for breastfeeding management during the first 14 days. Available at:[http:// www. who.int/nut/db bfd.htm](http://www.who.int/nut/db/bfd.htm).*